



LUND UNIVERSITY

Beslutsfattande i sjukvården – en forskningsöversikt

Avendal, Christel; Jacobsson, Katarina

2012

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Avendal, C., & Jacobsson, K. (2012). *Beslutsfattande i sjukvården – en forskningsöversikt*. (Research Reports in Social Work; Vol. 2012:1). School of Social Work, Lund University.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Beslutsfattande i sjukvården

– en forskningsöversikt

CHRISTEL AVENDAL | KATARINA JACOBSSON



ISBN 978-91-7473-421-8

© Socialhögskolan

Redaktör: Torbjörn Hjort

Adress: Lunds Universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
1. INLEDNING	7
ÖVERSIKTENS SYFTE	8
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT OCH URVAL	8
2. BESLUTFATTANDE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	10
BEGREPPSPROBLEMATIK	10
3. BESLUTFATTANDE OCH INTERAKTIONEN MELLAN LÄKARE OCH SJUKSKÖTERS KOR.....	12
LÄKARE, SJUKSKÖTERS KOR OCH GENUS	12
KLASSIKERNA – STRUKTURER OCH HIERARKIER	13
AKTÖRER OCH INTERAKTIONER	14
4. LÄKARE OCH SJUKSKÖTERS KORS BESLUTSGRUNDER	17
SJUKSKÖTERS KORS BESLUTSGRUNDER – FORSKNINGEN BESKRIVER OCH VÄRDERAR	17
LÄKARES BESLUTSGRUNDER – FÖRETRÄDESVIS OM PROCESSER OCH KONSTRUKTIONER	20
5. DISKUSSION	23
REFERENSER	26

FÖRORD

Av Katarina Jacobsson

Denna publikation består av en forskningsöversikt som är författad av projektassistenten Christel Avendal under handledning av undertecknad. Christel har självständigt lagt upp arbetet inom ramen för det VR-finansierade projektet Jämställdhet och beslutsfattande i medicinsk praktik – exemplet hjärt- kärlsjukdomar. Forskningsöversiktens tyngdpunkt ligger på hur forskningen tagit sig an studiet av läkares och sjuksköterskors beslutsfattande, gemensamt och var för sig. Texten består också av detta förord där jag vill introducera forskningsöversikten och kommentera några av Christel Avendals slutsatser, samt relatera dessa till ovan nämnda studie.

Idén till projektet *Jämställdhet och beslutsfattande i medicinsk praktik – exemplet hjärt-kärlsjukdomar* föddes ur forskningsresultat som visade att kvinnor har sämre tillgång till viss medicinsk behandling på flera områden (Smirthwaite 2007), inte minst hjärt- och kärlsjukdomar (t.ex. Perers 2006; Schenk-Gustafsson 2004; Socialstyrelsen 2004). Forskningen visade emellertid inte *hur* denna diskrepans uppstår i praktiken.

Många medicinska behandlingsrekommendationer är könsneutrala, men trots detta kan det förekomma skillnader mellan hur män och kvinnor behandlas. En studie om behandling av psoriasis klagade exempelvis att män fick en dyrbarare behandling än kvinnor – något som dittills varit okänt för personalen (Osika, Evengård, Waernulf, Nyberg 2005). Diskrepansen mellan neutrala rekommendationer och resultatet av medicinsk praktik utgör i flera avseenden en blind fläck. Vad händer när behandlingsrekommendationer ska omsättas till praktisk handling? Vem involveras i beslutskedjan? Vilka grunder för beslut åberopas? Med dessa frågor påbörjades fältstudier på en hjärt-kärlklinik – sjuksköterskor och läkare följdes i det dagliga arbetet – med särskilt fokus på hur patientens kön hade betydelse för besluten.

Det visade sig vara svårare än jag först trodde. Å ena sidan är kön alltså närvarande inom sjukvården: bara genom att namn och personnummer nämns har könstillhörighet implicit rapporterats. Men som observatör är det omöjligt att enbart på detta sätt finna rimliga belägg för könstillhörighetens betydelse för beslutsfattande. Å andra sidan är kön uttalat frånvarande på den typ av avdelningar som följdes: ”Det här är en hjärtintensivavdelning!” kunde man utropa som förklaring till att könstillhörighet var underordnat det allvarliga medicinska tillstånd som oftast kännetecknar patienterna. Vidare fanns en skepsis mot forskningsresultat som pekade mot ojämlikhet i vården – det var något man inte ville kännas vid på den egna avdelningen. Snarare lyfts andra faktorer fram som betydelsefulla för medicinskt beslutsfattande, i synnerhet ålder.

David Hughes och Lesley Griffith (2004) har studerat medicinskt beslutsfattande kring hjärtkirurgi i Storbritannien genom observationer av läkarkonferenser där kardiologer presenterar tänkbara kandidater för en operation (s.k. case presentationer). Författarna framhåller att konferenserna i hög utsträckning karaktäriseras av tekniska diskussioner kring medicinska motiv och möjligheter att lyckas med ingreppet, i synnerhet

inleds presentationen av en patientkandidat på så sätt (Hughes och Griffith 2004:69). Därtill kommer en rad andra faktorer som inte är att betrakta som medicinska: ålder, livsstil, men också strukturella faktorer som klass, genus, etnicitet.

Ålder är det mest väldokumenterade socio-medicinska kriterium som påverkar läkares beslut om behandling (Hughes och Griffith 2004: 71). I de brittiska case-presentationerna tas åldern för givet som nödvändig information. Dess betydelse är ofta implicit men kan aktiveras i vissa sammanhang. Författarna fann att tydliga kopplingar mellan ålder och beslut oftast gjordes när det gällde yngre människor: ”Hon är ju bara 48 år.” På liknande sätt var ålder ofta en viktig referenspunkt i den svenska kontext som studerats inom projektet. Det förefaller rimligt att anta att även kön (som liksom ålder på ett implicit sätt alltid är känt) åberopas uttryckligt i vissa fall. Det visade sig dock vara förhållandevis ovanligt i det svenska materialet.

Däremot förekommer konstruktioner av patienters livsstil såväl i den brittiska studien som i min svenska. Det handlade i synnerhet om övervikt och rökning, två omständigheter som delvis sågs som ett resultat av egen vilja. Kommentarer om livsstil innebar ofta att en diskurs om att vara förtjänt eller icke-förtjänt av ett ingrepp väcktes till liv (Hughes och Griffith 2004; Andersson-Cederholm, Jacobsson, Leppänen, Säwe, Åkerström, opubl. manus). I den svenska studien gällde detta i synnerhet ”återfalls-patienter” – dvs. en redan behandlad patient som återkom med exempelvis en ny hjärtinfarkt. Det var så att säga mer synd om patienter som ”tagit hand om sig” och följt rekommendationerna med avseende på medicin, motion och kost. Motsatsen – en icke följsam patient – kunde föranleda syrliga och kritiska kommentarer när personalen diskuterade patienten ifråga.

Efter en relativt kort närvaro på fältet stod det klart att en rad omständigheter i en given situation har betydelse för hur patienter behandlas och bemöts: provsvar och kliniska undersökningar, nationella och lokala riktlinjer, medicinsk kunskap, omvårdnads-kunskap, personalen, patienten, den omedelbara arbetssituationen och mycket mer (jfr. Allen 1997 och Strauss 1978). Inte minst interaktionen mellan sjuksköterskor och läkare är väsentlig för hur beslut blir till, formuleras och försvaras. Det är denna breda syn på beslutsfattande – inte blott med utgångspunkt i genus – som varit vägledande för den forskningsöversikt som Christel Avendal genomfört. Ganska snart fann Christel att begreppet beslutsfattande gärna sammankopplas med försök att renodla och isolera icke-medicinska påverkansfaktorer i studier med förhållandevis snäva frågeställningar. Forskare som anlade ett bredare perspektiv på sjukvårdsarbete – som liksom vi intresserar sig för hur det går till i praktiken – var begreppet beslutsfattande märkligt nog ofta frånvarande. Denna iakttagelse ledde till en forskningsöversikt som inte bara stannar vid redogörelser för resultat, utan därtill diskuterar forskningsperspektiven som sådana och vilka slutsatser som därigenom genereras; en mer kunskapssociologisk forskningsöversikt, om man så vill.

Forskningsöversikten ser alltså även bortom resultaten och diskuterar hur angreppssätt och därmed också resultat är starkt färgade av inom vilken forsknings-tradition respektive studie genomförs. Christel Avendal finner stora skillnader i hur medicinskt beslutsfattande skildras i så kallad omvårdnadsforskning å ena sidan och mer sociologiskt orienterade studier å andra sidan. För omvårdnadsforskaren står sjukskö-

terskan i centrum vars arbete tycks vara nödvändigt att beskriva, (upp)värdera och legitimera. Sociologerna är snarare mer intresserade av läkargruppen (se även Gabe, Bury & Elston 2004:166), vars expertis och kunnande tas för given i så stor utsträckning att det inte ens omnämns som en väsentlig beslutsgrund. Avendal skriver vidare att det är anmärkningsvärt att ”kunskap och erfarenhet – som i hög grad betonas i omvårdnadsforskningen – inte pekas ut och specificeras som beslutsgrund i någon av de studier om läkare som jag har läst.” Det kritiska perspektiv som ofta präglar sociologiska studier har traditionellt sett snarare handlat om läkaryrkets makt och dominans samt när läkare skiftar till en social och moralisk sfär för beslutsfattande. Den medicinska kunskapen lämnas dock i stora avseenden oproblematiserad.¹ I båda forskningstraditionerna finns också en tendens att konstruera sjuksköterskors kunskap som i huvudsak intuitiv och erfarenhetsbaserad medan läkarnas kunskap – när den överhuvudtaget omnämns – konstrueras som teoretisk och skolad. Denna förenklade bild av två olika forskningstraditioners ”typiska” drag, kan sammanfattas på följande sätt:

	Omvårdnadsforskning	Medicinsk sociologi
Undersökningsgrupp	Sjuksköterskor	Läkare
Analytisk ansats	Faktorer som påverkar beslut	Processer och konstruktioner
Kunskapens karaktär	Intuitiv och erfarenhetsbaserad	Teoretisk och skolad
Professionell kunskap	Identifieras och värderas	Tas för given
”Agenda”	Legitimitetsprojekt	Kritisk granskning

Christel Avendal noterar även att det är sparsmakat med studier som uttryckligen jämför sjuksköterskors och läkares beslutsfattande. Icke desto mindre tycks de två yrkesgrupperna implicit ställas mot varandra vilket gör att olikheter betonas. Hon menar att skillnader i studiernas problemställningar, perspektiv och metoder leder till att förstärka olikheter snarare än likheter i sjuksköterskors och läkares arbetssätt och beslutsfattande, där de förra antas arbeta intuitivt och erfarenhetsbaserat och de senare vetenskapligt och objektivt. I fältanteckningarna från svensk hjärtintensivvård finns flera exempel som tvärtom vittnar om läkare som åberopar intuition och erfarenhet: ”Man *ser* på patienten om han har fula kranskärl!” menade en läkare som struntade i ett ”fint” EKG och ordinerade angiografi ändå. Det visade sig att läkaren hade rätt: patientens kranskärl var i akut behov av behandling. På samma sätt förekommer exempel på sjuksköterskor som strikt utgår från provsvar och kräver vetenskapliga belegg för att genomföra vissa uppgifter.

Det vore olyckligt om forskningen om medicinskt arbete anlägger ett slentrianmässigt enögt perspektiv på läkares och sjuksköterskors arbete och därmed riskerar att reproducera en måhända traditionell föreställning. En mer originell infallsvinkel på detta område skulle vara att undersöka likheter snarare än olikheter och därigenom öppna möjligheterna för att se något nytt. Forskningsfältet skulle likaså tjäna på att i större

¹ Notera att här avses i synnerhet ”sjukhusstudier” och medicinskt praktiskt arbete. Sociologer har i en rad andra sammanhang problematiserat medicinsk kunskap. Ett exempel är Arksey (1998) som studerat Repetitive Strain Injury (t.ex. tennisarm) och visar hur medicinska ”fakta” inte nödvändigtvis är baserade på ovedersägliga biologiska belegg utan snarare är resultatet av en rad kontroverser kring orsak och behandling som involverat både professionella och lekmän.

utsträckning sammankoppla fenomenet beslutsfattande med studiet av processer och konstruktioner; att undersöka beslutskedjor snarare än yrkesgrupper för att på så sätt synliggöra hur beslut formuleras och blir till i praktiken.

1. INLEDNING

Medicinsk sociologi växte fram som forskningsområde under den senare halvan av 1900-talet. Till skillnad från den medicinska vetenskapens fokus på biologi och fysiologi, behandlar medicinsk sociologi medicin som *social praktik* och intresserar sig för hur sociala faktorer påverkar uppfattningen av hälso- och sjukvård. Ett tidigt etablerat forskningsområde inom medicinsk sociologi var maktförhållandet och relationen mellan läkare och patient (Annandale, Elston & Prior 2004: 2f), med teman såsom patientens del i beslutsfattande (Karnieli-Miller & Eisikovits 2009; Matheson et al. 2006; Rapley 2008; Sheridan et al. 2010; Ågård, Hermerén & Herlitz 2000, Ågård 2005) eller patientens benägenhet att följa ordinerad behandling, så kallad *patient compliance* (Allen, Wainwright & Hutchinson 2011; Elliot 2010; Koenig 2011; Murphy & Canales 2001; Pilnick & Dingwall 2011; Trede & Higgs 2003). Dessa teman är än idag aktuella inom medicinsk-sociologisk forskning. Också arbetsfördelning och relationen mellan läkare och sjuksköterskor är föremål för flertalet studier i medicinsk sociologi. Inte sällan uppmärksammas hur läkare innehar en dominerande position i förhållande till sjuksköterskor och hur samarbete dem mellan därför kan vara problematiskt (Annandale, Elston & Prior 2004: 10f).

Storch och Kenny (2007) menar att samarbete mellan läkare och sjuksköterskor ofta är komplicerat, och argumenterar särskilt för att skillnader i läkare och sköterskors kunskapsbas och värdegrund försvårar samarbete i den kliniska vardagen. Sjuksköterskors arbete beskrivs ibland vara grundat i så kallad intuitiv, praktisk kunskap (ex. Benner & Tanner 1987). Användandet av intuition ses som ett kännetecken för sjuksköterskornas expertis, och det finns de som anser att sjuksköterskorna inte behöver kunna redogöra explicit för sitt handlande. Det intuitiva handlandet, som bygger på en förståelse utan uttalad grund, är istället ett bevis på erfarenhet och kompetens (ibid.). Detta förhållnings-sätt kan ses stå i kontrast till läkarnas arbete och det ofta framhållna idealet att läkarens medicinska beslut ska fattas på objektiv och vetenskaplig grund. Läkaren ska i sitt utlåtande kunna bestyrka vad som har saklig och professionell grund och skilja detta från annan information (Sveriges läkarförbund 2012). I dagens hälso- och sjukvård, där kraven på att sjuksköterskor och läkare ska samarbeta i den kliniska vardagen ökar, och där beslut i ökad grad fattas gemensamt, kan det tänkas att den påtalade kontrasten, eller motsättningen, mellan läkare och sjuksköterskors arbete accentueras. Hur fattar läkare och sjuksköterskor gemensamt beslut om patienters vård och behandling när de grunder på vilka deras beslut vilar kan antas stå i motsättning mot varandra? För att få en bild av denna förmodade motsättning är det relevant att undersöka hur, företrädesvis sociologisk, forskning uppmärksammar läkare och sjuksköterskors (eventuellt) skilda beslutsgrunder samt hur forskningen behandlar interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor vid gemensamt beslutsfattande.

Översiktens syfte

Syftet med denna forskningsöversikt är att redogöra för hur tidigare forskning behandlar beslutsgrunder och interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor vid beslutsfattande inom hälso- och sjukvård. Med beslutsgrunder menas i detta fall de faktorer och den kunskap som ligger till grund för beslutsfattandet. Syftet är vidare att undersöka huruvida forskningen uppmärksammar någon (eventuell) konflikt mellan de (skilda) beslutsgrunder som läkare respektive sjuksköterskor använder sig vid gemensamt beslutsfattande.

Tillvägagångssätt och urval

Under perioden juni-december 2011 gjorde jag litteratursökningar i databaserna SocIndex with full text (EBSCO) samt EBSCO Academic Search Complete för att finna relevant forskning. Där använde jag, var för sig och i kombination, sökorden: decision making, physician, doctor, medicine, nursing, nurse, collaboration, cardiology. Dessa sökningar resulterade i 500 träffar på artiklar. Jag gick även igenom samtliga artikeltitlar, totalt 1500 st., och valde ut de som verkade relevanta i tidskrifterna: *Social Science & Medicine*, *Sociology of Health & Illness*, *Journal of Advanced Nursing* samt *Medical Decision Making*. I tabell 1 redovisas totalt antal artiklar som jag har gått igenom och sedan gjort vidare urval från.

Tabell 1: Antal artiklar före urval.

Sökväg	Antal artiklar ²
Social Science & Medicine (år 2011)	500
Sociology of Health & Illness (år 2008-2010)	300
Journal of Advanced Nursing (år 2010-2011)	500
Medical Decision Making (år 2010-2011)	200
Artiklar funna via databassökningar på nämnda sökord	500
Totalt	2000

Utav dessa totalt 2000 artiklar valde jag sedan ut de som jag bedömde ha relevans för översiktens problemställning. Urvalet gjordes med grund i artikelns innehåll och publiceringsdatum. Forskning om läkares respektive sjuksköterskors beslutsfattande från 1980-talet och framåt inkluderas i översikten, samt även centrala studier inom området som publicerats tidigare. Då översikten skrivs inom ramen för ett projekt om beslutsfattande inom kardiologi har jag särskilt uppmärksammat studier inom detta område. Samhällsvetenskaplig forskning om kardiologi är därför något överrepresenterad i forskningsöversikten. Endast västerländsk forskning finns med eftersom hälso- och sjukvård ser så olika ut i olika delar av världen att en internationell översikt med nämnda problemställning skulle bli alltför omfattande och diversifierad. Utöver artiklar i ovanstående tabell använde jag mig i mycket stor utsträckning av referenslistorna i de artiklar jag har

² Avrundat till närmsta 10-tal.

läst för att finna nya artiklar och annan relevant litteratur. Urvalet resulterade i att 125 artiklar och annan litteratur bedömdes relevanta att inkludera i forskningsöversikten. Artiklarna är fördelade enligt följande.

Tabell 2: Antal artiklar efter urval.

Sökväg	Antal artiklar
Social Science & Medicine (år 2011)	3
Sociology of Health & Illness (år 2008-2010)	7
Journal of Advanced Nursing (år 2010-2011)	5
Medical Decision Making (år 2010-2011)	1
Artiklar funna via databassökningar på nämnda sökord	ca 19
Artiklar funna i referenslistor	ca 90
Totalt	125

I forskningsöversikten presenterar jag studier med relevans för den aktuella problemställningen och jag inkluderar även forskning som inte fokuserar direkt på beslutsfattande. Exempelvis behandlar inte all forskning om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor nödvändigtvis interaktionen vid just beslutsfattande. Dock anser jag att sådan forskning är relevant då den kan säga något om vad som händer mellan läkare och sjuksköterskor vid beslutsfattande.

2. BESLUTSFATTANDE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Beslutsfattande inom hälso- och sjukvård är ett stort forskningsfält där olika arbetsgrupper står i fokus och olika aspekter av beslutsfattande belyses. Exempelvis förefaller sociologer intressera sig för läkares arbete och samarbete mellan yrkesgrupper, men inte för sjuksköterskors arbete. Detta gör istället omvårdnadsforskare från hälsöhögskolor eller motsvarande – ibland är de själva sjuksköterskor – ofta utifrån antagandet att samarbete med läkare är problematiskt. Omvårdnadsforskning har dessutom oftare ett tydligt fokus på praktisk användbarhet, och forskarna summerar ibland sina resultat genom att ge rekommendationer till praktiken.

Forskningens mångfald avspeglar sig även i det stora antal tidskrifter, främst inom omvårdnadsfältet, som studier om beslutsfattande inom hälso- och sjukvård finns publicerade i. Förutom i den större tidskriften *Journal of Advanced Nursing*, finns forskning om beslutsfattande att hitta i ett antal mindre omvårdnadstidskrifter med olika inriktning såsom exempelvis *Nursing Ethics*, *Nursing Economics* eller *Journal of Clinical Nursing*. Sociologisk forskning om beslutsfattande inom hälso- och sjukvård hittas främst i tidskrifterna *Sociology of Health & Illness* och *Social Science & Medicine*, men även vetenskaps- och teknikstudietidskriften *Science, Technology & Human Values* tar upp ämnet.

Begreppsproblematik

I denna översikt använder jag termen hälso- och sjukvård för att benämna hela fältet inom vilket läkare och sjuksköterskor verkar, samt termerna medicin och omvårdnad för att skilja på läkares och sjuksköterskors respektive arbetsfält. Västerländsk forskning om beslutsfattande inom hälso- och sjukvård skrivs nästan uteslutande på engelska. Där används begreppen *medicine-physician/doctor* (medicin) och *nursing-nurses* (omvårdnad). Till skillnad från termen *nursing* som alltid betecknar sjuksköterskors arbete, är termen *medicine* problematisk, både på engelska och svenska. Forskare definierar inte alltid huruvida *medicine* betecknar hela hälso- och sjukvårdsfältet eller om det betecknar medicin som ett fält skilt från omvårdnad. Det är möjligt att forskare som studerar medicin/läkare inte reflekterar över begreppsanvändningen som problematisk. Medan forskningen om sjuksköterskor alltid är medveten om att sjuksköterskor finns i relation till läkare, verkar motsvarande forskning om läkare ofta bortse från sjuksköterskornas existens. I denna översikt utgår jag från att när man i tidigare forskning samtidigt talar om *medicine* och *physicians/doctors* avses medicin som ett fält skilt från omvårdnad, då innehållet i de studier jag har läst inte pekar på annat tolkningssätt.

Också termen beslutsfattande/*decision-making* inom hälso- och sjukvårdsfältet är problematisk eftersom vissa studier om beslutsfattande inte benämns i sådana termer. Termen beslutsfattande används nästan uteslutande av omvårdnadsforskare som behandlar sjuksköterskors beslutsfattande och mer kognitiva aspekter av enskildas beslutsfattande. Sociologiska studier som oftare fokuserar på medicin och på själva proces-

serna i beslutsfattandet förefaller inte använda termen beslutsfattande, och inte heller någon motsvarande term. Begreppsproblematiken illustreras i Bergs (1992) artikel om beslutsfattande inom medicin. Berg (1992:173) skriver: "Since I am interested here in a sociological study of medical problem solving in practice, I will not discuss the medical decision making literature that tries to describe the decision process of the individual physician in cognitive-psychological terms". Berg förefaller vara ensam om att använda termen *problem solving* och min slutsats är att det finns forskning som behandlar den process genom vilken sjukvårdspersonal kommer fram till vilka handlingar som ska vidtas i ett ärende, men som inte använder vare sig termen beslutsfattande eller någon annan motsvarande term för att beskriva sin studie. Följaktligen går denna typ av studier inte att finna genom databassökningar på just den typen av sökord. Konsekvensen för denna forskningsöversikt är att jag kanske inte har identifierat viss relevant litteratur. I översikten inkluderar jag dock all relevant litteratur som jag har funnit och som behandlar vad man skulle kunna beskriva som beslutsfattande, oavsett författarnas (avsaknad av) benämning.

3. BESLUTSFATTANDE OCH INTERAKTIONEN MELLAN LÄKARE OCH SJUKSKÖTERS KOR

Forskning om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor kan sägas spegla både den förändring i status och arbetsinnehåll som sjuksköterskeyrket har genomgått och utvecklingen i sociologisk metod och teori, något Annandale, Elston och Prior (2004:2) menar gäller för forskning inom medicinsk sociologi i stort. Forskningen om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor återfinns oftast i samhällsvetenskapliga tidskrifter såsom *Sociology of Health & Illness* och *Social Science & Medicine*, även om också diverse omvårdnadstidskrifter belyser frågan. Forskningen kan delas upp i två grova kategorier; den som visar på en strikt hierarkisk åtskillnad mellan läkare och sjuksköterskor, och som ser strukturer som styrande, samt den som antar ett interaktionistiskt perspektiv och visar hur aktörers handlingar utmanar strukturer. Forskning gjord på 60- och 70-talet tenderar att fokusera mer på strukturer medan forskningen från 80-talet och framåt vill fånga vardagliga interaktionsprocesser på arbetsplatsen. Den senare forskningen använder ofta (deltagande) observation och intervju som forskningsmetod och innehållsmässigt behandlar den ofta hur sjuksköterskor tar över arbetsuppgifter som tidigare utfördes endast av läkare samt hur gränserna mellan professionerna/yrkena blir alltmer otydliga.

Även om företrädevis sociologer menar att gränserna mellan professionerna blir alltmer uppluckrade, beskriver vissa studier som publicerats i omvårdnadstidskrifter hur läkarnas dominans fortgår.³ Möjligt är att forskarnas analyser av läkare och sjuksköterskors samarbete skiljer sig åt beroende på att sociologer och omvårdnadsforskare har skilda intressen och ingångar till studierna. Omvårdnadsforskare, som ofta tar sjuksköterskornas perspektiv och parti, behandlar bland annat hur läkares handlande påverkar sjuksköterskors arbetstillfredsställelse, exempelvis delaktighet i beslutsfattande (Baggs & Ryan 1990); sättet läkare kommunicerar med sjuksköterskor (Bekelja Wanzer, Wojtaszczyk & Kelly 2009); samt hur läkare uttrycker auktoritet (Adamson, Kenny & Wilson-Bamett 1995). Nathansons et al. (2011) amerikanska studie visar att vid mätningar av personalens tillfredsställelse med samarbete, är läkare nöjda och sjuksköterskor missnöjda, medan Yildirims et al. (2005) mätningar vid ett turkiskt sjukhus visar att sjuksköterskor är mer positivt inställda till samarbete än vad läkare är.

Läkare, sjuksköterskor och genus

Forskningen uppmärksammar också att relationen mellan läkare och sjuksköterskor är kopplad till genus; att läkare oftare är ofta män och sjuksköterskor oftare är kvinnor (t.ex.

³ För (lite äldre) litteraturreviews om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor från omvårdnadstidskrifter se Baggs och Schmitt (1988), McMahan et al (1994) samt Sweet och Norman (1995).

Lindgren 1992; Stein 1968). I praktiken ser det annorlunda ut idag⁴, och Gjerberg och Kjølrsrøds (2001) senare studie ger exempel på hur relationen mellan läkare och sjuksköterska kan se ut i det fall båda är kvinnor. Davies (2003) har gjort observationer och intervjuer på ett svenskt sjukhus. Hon uppmärksammar hur konstruktioner av medicin- och omvårdningsfältet bygger på föreställningar om (en viss typ av) maskulinitet respektive femininitet. Medicin beskrivs i termer av rationalitet, objektivitet och beslutsamhet medan omvårdnad innefattar underordning och beroende (i förhållande till medicinfältet). Detta menar Davies (2003) får konsekvenser för hur medlemmarna av respektive fält ser på varandra och hur de arbetar tillsammans. Hon uppmärksammar vidare hur genus manifesteras kroppsligt och hur genus görs i mötet mellan medicin- och omvårdningsfältets medlemmar. Andra svenska studier som berör frågan om genus, interaktioner och hierarkier är Lindgrens två böcker *Doktorer, systrar och flickor* (1992) samt *Klass, kön och kirurgi* (1999). Också Strömberg (1997) och delvis även Franssén (1997) berör dessa teman.

Klassikerna – strukturer och hierarkier

Klassiska sociologiska studier av läkare och sjuksköterskors arbete är Eliot Freidsons (1970) studie *Profession of Medicine* samt Amitai Etzionis (1969) antologi *The Semi-Professions and Their Organization* som är en samling av studier om semi-professioner. Freidsons (1970) är bland annat känd för att han banade vägen för sociologiska studier om sjukdom genom att dela upp sjukdom och hälsa i en fysiologisk/biologisk del som kan ses som objektiv och oberoende av betraktaren, och en social del som i stor utsträckning skapas av betraktaren (Annandale, Elston & Prior 2004:2). Freidson och Etzioni speglar sin tid när de visar på läkarens dominans över all övrig sjukvårdspersonal såväl som patienter, även om det är fallet även för vissa senare studier (ex. Gair & Hartery 2001; Manias & Street 2000). I Etzionis antologi menar Katz (1969) att sjuksköterskor i de allra flesta fall inte fattar beslut kring patienters vård, utan att de blott är utförare av läkarnas order. Katz menar också att sjuksköterskorna inte har någon egen professionell kunskapsbas som erkänns av andra yrken. Freidson (1970) uppmärksammar även hur genus, etnicitet och religiös tillhörighet sammanfaller med plats i den professionella hierarkin.

Bilden av en strikt hierarkisk relation mellan läkare och sjuksköterskor återkommer i en annan i sammanhanget klassisk studie – *The Doctor-Nurse Game* som bygger på psykiatrikern Leonard Steins (1968) kliniska erfarenheter. Stein myntade uttrycket *Doctor-Nurse Game* som kommit att bli vida använt, och som beskriver hur läkare och sjuksköterskors samarbete bygger på subtil och indirekt kommunikation där sjuksköterskor informerar och ger råd till läkare utan att utmana den rådande hierarkin. Öppen

⁴ Andelen kvinnor som är läkare har i Sverige ökat under en 10-årsperiod. År 1998 var 38% av Sveriges praktiserande läkare kvinnor, och år 2008 hade siffran ökat till 45%. Bland Sveriges praktiserande sjuksköterskor är dock kvinnorna fortfarande i stor majoritet. År 1998 var andelen sjuksköterskor som är kvinnor 92% och år 2008 var de 90% (Socialstyrelsen 2011). För vidare information om sjuksköterskeyrkets omvandling i Sverige ur ett könsperspektiv, se Dufwa (2004).

konflikt undviks till varje pris eftersom det stör etablerade hierarkier där, enligt Stein, genus spelar en viktig roll. Exempelvis menar Stein (1968) att sjuksköterskan ger rekommendationer om behandling på ett sådant sätt att läkaren, och andra, uppfattar det som att han i själva verket är den som formulerat rekommendationen. Sjuksköterskan beskriver patientens situation på ett sådant sätt att beskrivningen innehåller både diagnos och rekommendation, och läkaren behöver endast omformulera sköterskans ord till en ordination. Likaså ber läkaren om sjuksköterskans råd utan att det märks att så görs. På så sätt, menar Stein, kräver spelets regler att sjuksköterskan är offensiv och initiativtagande samtidigt som hon ger ett passivt intryck.

Aktörer och interaktioner

Under 70-talet började medicinsk sociologi intressera sig mer för empirisk forskning och forskarna anlade ofta ett interaktionistiskt perspektiv på studier av interpersonella relationer inom hälso- och sjukvård (Annandale, Elston & Prior 2004:4-9). Enligt resultat från mina litteratursökningar görs empiriska studier om relationen mellan läkare och sjuksköterskor främst på 1990-talet, sannolikt en reaktion på 1980-talets faktiska förändringar i relationen mellan läkare och sjuksköterskor. Från att ha fokuserat på läkarnas dominans och orubbliga position börjar den empiriska forskningen intressera sig för hur sjuksköterskeyrket får större utrymme i den praktiska vardagen och hur positionerna inte längre är så statiska som tidigare gjorts gällande. Bland annat kritiserar Steins (1968) *the Doctor-Nurse Game* (se ovan) för att ha en deterministisk syn på den sociala ordningen. Forskarna menar att sjuksköterskor i själva verket utövar explicit påverkan på läkare och att tolkningar måste ta hänsyn till den kontext aktörerna befinner sig i, vilket de anser att Stein inte gör (Hughes 1988; Porter 1991; Snelgrove & Hughes 2000). Också Stein själv återvänder till frågan då han i en senare studie beskriver hur interaktionen och relationen mellan läkare och sjuksköterskor har förändrats över tid då sjuksköterskorna i sin strävan att bli ett autonomt yrke ”decided to stop playing that game” (Stein, Watts & Howell 1991:547).

Negotiated order

Från 90-talet och framåt börjar flera forskare använda sig av begreppet *negotiated order* för att beskriva relationen och interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor. Anselm Strauss är den som främst förknippas med *negotiated order*, ett begrepp som han och hans forskningsteam redan på 60-talet använde för att beskriva den sociala ordningen på en psykiatrisk klinik (Strauss et al. 1963). Flera av studierna med detta perspektiv betonar hur formella och explicita regler inte är tillräckliga för att analysera läkares och sjuksköterskors relationer. Dessa beskriver istället att den sociala ordningen och arbetsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor hela tiden skapas, upprätthålls, utmanas och förhandlas genom vardaglig interaktion och informella förhandlingar. Griffiths (1998) studie ger exempel på hur sådana förhandlingar kan se ut. Hon visar hur humor används vid förhandlingstillfällen, både för att utmana hierarkier och påverka

beslut. Salhani och Coulter (2009) samt Traynor, Boland och Buus (2010a) visar hur sjuksköterskor utmanar rådande hierarkier och beslut genom att på eget bevåg, och utan förhandlingar, kringgå sina överordnades beslut.

I senare verk betonar Strauss (1978) tydligare hur formella strukturer påverkar förhandlingar och hierarkier på kliniken, något också andra forskare tagit fasta på. Svensson (1996) har intervjuat sjuksköterskor på en klinik i Sverige. Han visar att en förändrad syn på sjukdom samt nya sätt att organisera sjukvård bidrar till en ny sorts organisatorisk förhandlingskontext som ger sjuksköterskorna möjlighet att påverka avdelningens regel- och normsystem. Han menar exempelvis att sjuksköterskornas organisatoriskt stärkta ställning i relation till läkarna gör att deras roll som kontrollanter av läkarnas beslut blivit tydligare. Detta har bland annat utvecklat en ”*culture of questioning*” (1996: 390) där sjuksköterskorna ställer frågor till läkaren med syfte att kontrollera deras beslut. Samhälleliga förändringar och organisering ger således förutsättningar för förhandlingar och förändringar i hierarkier.⁵ Om förändringar i organisation och hierarkier skriver även Speed och Lukers (2006) i sin etnografiska studie om primärvård. Davina Allen (1997), som själv är sjuksköterska, behandlar också organisationens betydelse då hon påpekar att gränserna mellan läkare och sjuksköterskors arbete kan förändras även i de fall förhandlingar inte äger rum öga mot öga. Allen (1997:506ff) menar att sjuksköterskornas positioner flyttas framåt på bekostnad av läkarnas bland annat på grund av att sjuksköterskor ofta stannar längre på samma arbetsplats än vad läkarna gör, samt att sjuksköterskorna är stationerade på en specifik avdelning medan läkarna roterar på fler avdelningar. Allen uppmärksammar vidare metodologiska frågor och kritiserar Svensson (1996) för att i sin studie behandla intervjuer som speglingar av en faktisk verklighet. Dessutom menar Allen (1997) att hennes resultat väcker frågor om hur forskare definierar begreppet *negotiation*. Används begreppet i en vidare mening, för att beskriva olika processer vid social interaktion, frågar Allen, eller används det mer avgränsat? Hon menar att detta får konsekvenser särskilt för de forskare som jämför graden av förhandlande i olika situationer eller som fokuserar på förutsättningar för förhandlande.

Autonomi, gränser och Boundary Work

Andra studier om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor fokuserar särskilt på gränser och studerar *boundary work* i Thomas Gieryns (1983) ursprungliga bemärkelse. Gieryn (1983) myntade begreppet *boundary work* för att beskriva hur vetenskap skapas genom vardagliga praktiker, företrädesvis genom att man kontrasterar vetenskapliga aktiviteter och attribut mot icke-vetenskapliga sådana. Allen (2000a; 2000b; 2001; 2002) använder sig av detta begrepp. Hon studerar interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor och har genom bland annat observationer utav vardagligt arbete på sjukhus-

⁵ Om organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvård, gränser och förhandlingar mellan flera olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård skriver bland andra Golden-Biddle & Reay (2009); Nancarrow & Borthwick (2005); Mesler (1991); Nugus et al. (2010) samt Reeves et al. (2009).

avdelningar studerat sjuksköterskors och så kallade *nurse managers boundary work* med fokus både på praktiker (2000a; 2000b; 2002) och på tal/språk (2001). Sjuksköterskornas berättelser visar att de ser sig själva besitta expertis vilken de i högre grad borde förlita sig till, samtidigt som den inte erkänns av läkarkollegiet (Allen 2001), och Allens (2000b) observationer visar hur *nurse managers* kämpar för professionell autonomi i relation till både läkare och övrig personal genom, vad Allen tolkar som, *boundary work*. Bland annat tar *nurse managers* kontroll över hur politiska direktiv gällande förändringar i sjuksköterskors arbete ska hanteras på avdelningsnivå, samt ser till att sjuksköterskorna har relevant kunskap för att hantera de förändringar som initieras på politisk nivå. Sjuksköterskorna sätt att tala präglas vidare av att de uppvärderar en holistisk syn på patienten (Allen 2000b:337-348).

I samband med professioners gränser är det rimligt att nämna Andrew Abbott (1988), som introducerade en systemisk syn på professioner där han menar att de ständigt försvarar sina gränser och sin jurisdiktion. Abbott hämtar i sitt redan klassiska verk *The System of Professions* (1988) exempel från hälso- och sjukvård även om han inte fokuserar på just relationen mellan läkare och sjuksköterskor. Sanders och Harrison (2008) tar avstamp i både Abbott och Gieryn när de beskriver hur läkare, sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal legitimerar sina yrkesmässiga gränser. Sanders och Harrison (2008) identifierar vad de kallar för *occupational legitimation talk* där olika yrken i olika hög grad ägnar sig åt att understryka sin specialistkunskap, (kostnads-)effektivitet i organisering av patientvården, patientcentrering och holistiskt synsätt, samt kompetens. Enligt Sander och Harrison (2008) använder nyare yrken, såsom exempelvis hjärtspecialistsjuksköterskor, fler av ovanstående legitimerande uttalanden för att stärka sin yrkesroll och trovärdighet än vad äldre professioner såsom läkare gör. Carmel (2006) betonar däremot organisationens roll när han i sin etnografiska studie beskriver hur läkare och sjuksköterskor inom en avdelning tonar ner gränserna dem emellan, för att istället förstärka organisatoriska gränser gentemot andra avdelningar. Både läkarna och sjuksköterskorna på avdelningen ökar därmed sitt inflytande på sjukhuset i stort. Också Mizrachi och Shuval (2004) samt Mizrachi, Shuval och Gross (2005) brukar nämnas när man talar om medicin och *boundary work*. Deras fokus ligger dock på skolmedicinens gränser mot alternativmedicin.

Med begreppet *boundary work* närmar vi oss frågor om vilken kunskap sjukvårdspersonalen använder då de fattar beslut. I nästa avsnitt presenteras hur tidigare forskning behandlar läkare och sjuksköterskors beslutsfattande med fokus på vilka faktorer och vilken kunskap som utgör grund för beslut.

4. LÄKARE OCH SJUKSKÖTERSORS BESLUTSGRUNDER

I detta avsnitt presenteras forskning som på olika sätt behandlar de grunder vilka läkares och sjuksköterskors beslut vilar på. Studier om läkares och sjuksköterskors beslutsgrunder presenteras här var för sig, med anledning av att studierna skiljer sig åt beroende på om det är läkare och medicin eller sjuksköterskor och omvårdnad som står i fokus. Den forskning som behandlar sjuksköterskor och beslutsfattande utgörs ofta av studier som vill identifiera, isolera och beskriva sjuksköterskornas beslutsgrunder. Vanligt är att dessa utförs vid hälsohögskolor eller motsvarande och de publiceras ofta i omvårdnadstidskrifter. Även om viss forskning om läkares beslutsfattande också ser ut på detta sätt, är det vanligare att den anlägger en kritisk och konstruktionistisk ansats och fokuserar på de sociala processer genom vilka beslut artikuleras. Dessa studier görs ofta ur ett sociologiskt perspektiv och publiceras företrädesvis i samhällsvetenskapliga tidskrifter.

Sjuksköterskors beslutsgrunder – forskningen beskriver och värderar

Omvårdnadsforskningens fokus på faktorer som påverkar beslutsfattande är tydligt, även om forskningsmetoder och omvårdnadsfält skiljer sig åt mellan forskarna. Det är vanligt att studierna bygger på intervjuer där forskarna använt sig av vignetter. Ett undantag från detta är Watson (1994) som förutom intervjuer också använder sig av observationer. Forskarna uppmärksammar olika faktorer som påverkar sjuksköterskors beslut: etik (Cottone & Claus 2000; Coombs & Ersser 2004), kontakten med patientens familj och sjuksköterskornas arbetsbörda (Stajduhark et al. 2011), patientens etnicitet och kulturell härkomst (Baker 2002), ekonomi (Torbica & Fattore 2010), samt det kliniska arbetets ovisshet/osäkerhet (Vaismoradi et al. 2010). Papathanassoglou et al. (2005) beskriver hur bland annat kön och utbildning påverkar sjuksköterskors autonomi vid beslutsfattande. Dock uppmärksammas framförallt att kunskap och erfarenhet är de faktorer som påverkar sjuksköterskors beslut (Baumann & Bourbonnais 1982; Benner 1984; Reischman & Yarandhi 2002; Thompson & Sutton 1985; Watson 1994).

Två angreppssätt – kunskap som "objektiv och teoretisk" eller "intuitiv och praktisk"

En stor del av forskningen om sjuksköterskors beslutsfattande ägnas åt att identifiera och beskriva den kunskap som används vid beslutsfattandet. Främst två angreppssätt framträder: det som beskriver beslutsfattande som en rationell och teknisk process grundad i objektiv kunskap, och det som beskriver beslutsfattande som komplext,

intuitivt och grundad i så kallad tyst kunskap⁶. Inte sällan framställs dessa dikotomiskt. Trots att en enhetlig terminologi eller sätt att definiera angreppssätten saknas i forskningen, är det tydligt att det är två enhetliga fenomen som beskrivs. Jag gör här inte någon grundligare analys av vad dessa innefattar och väljer att använda termerna objektiv och intuitiv kunskap för att benämna de två angreppssätten, eftersom jag anser att dessa termer åskådliggör skillnaden mellan dem. Andra i litteraturen förekommande termer är exempelvis: *technicality, rationality, information-processing model, cognitive, theoretic, systematic-positivistic, embrained, encoded knowledge* (objektiv kunskap) eller *indeterminacy, intuitive-humanistic model, tacit, practice-based, embodied, embedded knowledge* (intuitiv kunskap).

Forskning som beskriver beslutsfattande som en kognitiv och teknisk process innehållande vissa förutbestämda steg har ofta som intresse att belysa beslutsprocessens beståndsdelar, gärna genom beslutsmodeller. Tidigare studier från 70- och 80-tal om beslutsfattande är oftare exempel på sådan forskning. Forskarna kommer ofta från omvårdnadsfältet och forskningen presenteras företrädesvis i omvårdnadstidskrifter (Baumann & Bourbonnais 1982; Cottone & Claus 2000; Hancock & Easen 2006; Tanner 2006). Också de forskare som framhäver att beslutsfattande är en intuitiv process kommer företrädesvis från omvårdnadsfältet. Den som framförallt förknippas med sjuksköterskors intuition är Patricia Benner (Benner 1984; Benner & Tanner 1987; Benner, Tanner & Chesla 1996). I sitt välciterade verk *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984) argumenterar hon för erfarenhetens betydelse för kliniskt arbete och hon använder sig av termen praktisk kunskap för att beskriva den kunskap som sjuksköterskan, till skillnad från teoretisk kunskap, tillskansar sig genom erfarenhet av kliniskt arbete. Benner sammankopplar intuitiv kunskap med expertis⁷ och menar att den oerfarne sjuksköterskan har behov av att använda analytiska principer, mallar och riktlinjer, medan expertsjuksköterskan ”med sin enorma erfarenhetsbakgrund kan /.../ intuitivt uppfatta varje situation” (Benner 1993:45). Trots att hon förespråkar praktisk kunskap är Benner vag när det gäller att definiera sitt begrepp och mycket av kritiken mot henne handlar följaktligen om detta. English (1993) efterfrågar bland annat en tydligare definition av begreppen intuition och expert och Easen och Wilcockson (1996) analyserar begreppet intuitiv kunskap med utgångspunkt i Benners verk, just med anledning av att en tydlig och enhetlig definition saknas.

Andra studier fokuserar på den kliniska verksamheten. Kosowski och Roberts (2003) intervjustudie ger en bild av intuitivt arbete i praktiken genom att återge hur sjuksköterskor upplever och berättar om intuitivt beslutsfattande, vad de tänker och hur de handlar; allt från att få en magkänsla till hur de använder sin kunskap om hur avdelningen och dess invånare fungerar för att få gehör för sin sak. Kontos och Naglie (2009) tar också avstamp i sjuksköterskors egna berättelser för att beskriva intuitiv

⁶ Polanyi (1966) är den som främst förknippas med begreppet tyst kunskap, vilket han behandlar i boken *The Tacit Dimension*.

⁷ Benner bygger sina argument på Dreyfus och Dreyfus (1986) modell för utvecklandet av handlingskompetens. Enligt Dreyfus och Dreyfus (1986) nås expertis genom fem utvecklingsstadiet där nybörjaren är beroende av riktlinjer och instruktioner medan experten förlitar sig på sin intuition utan att vara i behov av vare sig eftertanke eller analys.

kunskap. De vill bredda begreppet till att innehålla en kroppslig dimension, och utifrån resultat från sina fokusgrupper introducerar de begreppet *embodied selfhood*. Kontos och Naglie (2009) beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonal aktivt använder kroppsliga erfarenheter och uttryck i arbetet med patienter med demens. Bland annat beskriver personalen hur de använder sin egen upplevelse av kroppsliga sensationer, såsom exempelvis hur kyla känns, som grund för sitt handlande. Genom egen erfarenhet känner personalen patientens kyla som vore den deras egen, och personalen skyndar därför att torka och värma patienten efter ett bad. Likaså beskriver personalen hur sociala- och kulturella vanor kan ta sig uttryck i patienternas kroppsliga aktivitet. Exempelvis kan rörelser som symboliserar ett tidigare yrke vara ett sätt för patienterna att uttrycka sin identitet.

Uppluckrade gränser mellan objektiv och intuitiv kunskap

Medan ovanstående forskare i hög grad ägnar sig åt att försvara eller argumentera för användandet av intuitiv kunskap, intresserar sig andra istället för att problematisera uppdelningen av beslutsprocesser som antingen intuitiva eller objektiva. Dessa forskare menar ofta att sjuksköterskor använder sig av *både* objektiv och intuitiv kunskap i sitt kliniska arbete. Thompson (1999), Harbison (2001) och Banning (2007) för teoretiska diskussioner i ämnet. Thompson (1999) menar att objektiv och intuitiv kunskap är ändpolar på ett kontinuum istället för motsatser och att beslut kan grunda sig på både objektiv och intuitiv kunskap. Harbison (2001) stödjer i sin artikel Thompsons resonemang, med tillägget att sjuksköterskors beslutsfattande och kunskapsbaser måste värderas, inte bara beskrivas. Banning (2007) har efter en review av litteratur om kliniskt beslutsfattande identifierat också ett tredje angreppssätt till beslutsfattande: the clinical decision-making model, vilken innehåller aspekter av, vad hon kallar, både information-processing model (objektiv kunskap) och intuitive-humanist model (intuitiv kunskap).

Andra forskare har tydligare fokus på det kliniska arbetet. Enligt Traynor, Boland och Buus (2010a, 2010b) beskriver sjuksköterskorna i deras fokusgruppsstudie att de använder sig av både intuitiv och objektiv kunskap vid beslutsfattande. Jacavone och Dostal (1992) samt Aitken (2003) har observerat och intervjuat sjuksköterskor inom hjärtsjukvården om hur de fattar beslut gällande behandling med fokus på kunskapsanvändning. Lindseth et al. (1994) intresserar sig istället för hur sjuksköterskor och läkare talar om vård för patienter som är nära döden. Forskarna menar att vid vård i etiskt svåra situationer använder både läkare och sjuksköterskor sig av djupt mänskliga och personliga erfarenheter av omvårdnad, men att användandet av denna erfarenhetsbaserade och personligt grundade kunskap får olika konsekvenser för läkare respektive sjuksköterskor. De beskriver att sjuksköterskorna i studien betonar vikten av omvårdnad, och talar om omvårdnad utifrån ett personligt och praktiskt perspektiv vilket de inte ser behov av att problematisera. Trots att också läkarna betonar vikten av omvårdnad, menar Lindseth et al. (1994) att läkarna istället ser sin egen omvårdande och icke-rationella hållning som ett hot mot sin förmåga att fatta grundade och rationella beslut. Lauri och Salanterä (1998) identifierar med hjälp av enkäter skillnader i sjuksköterskors

beslutsfattande beroende på omvårdnadsfält. Bland annat menar sjuksköterskorna att de använder en intuitiv beslutsmodell i intensivvård men inte i långvård. Vad dessa skillnader kan bero på ger dock studien ingen förklaring till.

Läkares beslutsgrunder – företrädesvis om processer och konstruktioner

Forskning om läkares beslutsfattande har inte samma tydliga fokus på faktorer som påverkar beslutsfattandet som forskning om sjuksköterskors arbete har. I de fall man trots allt söker efter påverkansfaktorer är det intressant att notera att kunskap och erfarenhet – som i hög grad betonas i omvårdnadsforskningen – inte pekas ut och specificeras som beslutsgrund i någon av de studier som jag har läst. Kanske beror skillnaden på sjuksköterskornas underordnade ställning i relation till läkare, och hur de på ett annat sätt än läkare har behov av att definiera och hävda sin kunskap och autonoma beslutsfattande. Studier som behandlar grunder för läkares beslut framställer ofta (objektiv) kunskap som en självklar beslutsgrund, och undersöker istället hur andra faktorer ibland kan influera besluten. Clark, Potter och McKinlays (1991) lite äldre review presenterar sådana studier uppdelat på hur patientkaraktäristika, läkarkaraktäristika samt social kontext påverkar besluten. Liksom är fallet med sjuksköterskestudierna använder forskare som undersöker faktorer som påverkar läkares beslutsfattande sig av vignetter och intervjuer. Exempel på sådan forskning är Adams et al. (2006 och 2008) undersökningar av hur patienters och läkares kön respektive ålder kan påverka diagnostisering av kranskärlssjukdom. Ytterligare exempel är von dem Knesebecks et al. (2008) studie som fokuserar på hur hälso- och sjukvårdssystem påverkar diagnostisering och beslut, samt Skånér et al. (2000) som undersökt symtom som påverkar diagnostisering av hjärtfel. Scott et al. (1996) har istället använt sig av statistiska data för att titta närmare på hur patientens socioekonomiska status påverkar läkares beslut. Forskarna menar att läkare i större utsträckning utför tester, såsom exempelvis blodprov eller röntgen, på patienter med hög socioekonomisk status än de med låg, medan läkarna i större utsträckning förskriver recept till patienter med låg socioekonomisk status.

Även om ovan nämnda studier visar vilka faktorer som kan tänkas påverka beslut, behandlar de inte själva beslutprocessen. Kunskap om beslutsprocesser ger istället studier med en konstruktionistisk ingång där den kliniska vardagen inom hälso- och sjukvård ofta står i fokus. Gabbay och le May (2004) beskriver i en etnografisk studie hur läkare och sjuksköterskor använder sig av informella riktlinjer, *mindlines*, som underlag för beslut. Dessa *mindlines* skapas genom egen erfarenhet samt kunskapsinhämtning från betrodda kollegor. Gabbay och le May (2004) menar att *mindlines* vidare internaliseras kollektivt genom kollegiala samtal och blir till gemensamma informella riktlinjer vilka ständigt rekonstrueras genom interaktion och diskussion. Gabbay och le May (2004) kan således ses vara en motbild till bilden av läkares beslutsgrunder som strikt vetenskapliga och objektiva. Också Hughes och Griffiths (1996) tar in det utom-medicinska i sin studie av medicinska konferenser på en kardiologisk klinik. De visar hur läkares beslutsfattande rör sig inom både en teknisk och social diskurs. När beslut om vård och behandling fattas

förhandlas sociala faktorer som ”den värdiga patienten”, patientens livsstil eller ålder i relation till tekniska fakta. Också Lutfey och McKinlays (2009) vignettstudie pekar på hur det sociala, psykologiska och medicinska samexisterar vid läkares beslutsfattande vid kranskärslsjukdom. Lutfey och McKinlay (2009) visar vidare hur medicinskt ovidkommande beslutsgrunder får konsekvenser för diagnostisering av den enskilda patienten, men även hur felaktiga diagnoser får vidare spridning genom att de används som underlag vid statistikinhämtning eller konstruktion av riktlinjer. Baszanger (1992) däremot, har i sin komparativa studie vid två smärtkliniker observerat hur läkarens sätt att förstå patienternas smärta påverkar dennes agerande och relation till patienten. Baszanger (1992) väcker också frågor om relationen mellan teori och praktik och pekar på svårigheterna att applicera medicinsk teoretisk kunskap i praktiken. Hon menar att teoretisk kunskap kan vara till hinder då läkaren använder den som ett ramverk inom vilket han eller hon försöker passa in sin kliniska verklighet.

Berg (1992) visar genom deltagande observationer och intervjuer att läkare inte endast tar hänsyn till en kombination av olika faktorer såsom exempelvis medicinska kriterier och sociala aspekter då de fattar beslut om behandling, utan istället aktivt förändrar och anpassar dessa för att en lösning ska kunna finnas. Studier som tangerar Bergs är Davis (1986) som beskriver hur terapeut och klient gemensamt konstruerar ett problem som går att hantera inom ramen för psykoterapi, samt Fujimuras (1987) välciterade studie om hur ”*do-able problems*” konstrueras inom cancerforskning.

Kunskap som konstruerad

Som tidigare konstaterats ägnar sig en stor del av forskningen om sjuksköterskors kunskap åt att beskriva eller (upp-)värdera den kunskap sjuksköterskorna använder sig av i sitt arbete, medan detta inte görs om läkares kunskap. Forskningen om läkare och kunskap har istället en mer kritisk och konstruktionistisk ansats där forskarna utmanar synen på vad som utgör vetenskaplig kunskap i medicinsk praktik (undantag är exempelvis Smith et al. 2003 som beskriver hur läkare tillägnar sig och använder olika former av kunskap). Bland annat menar forskarna att maktrelationer kan avtäckas genom att studera hur vetenskaplig kunskap och praktik skapas relationellt, vilket Casper och Berg (1995:397) uppmärksammar. Mykhalovskiys (2001) etnografiska studie av forskning inom hjärtsjukvård pekar på forskningens konstituerande funktion. Genom att studera forskning som social praktik ger han ett alternativ till synen på forskning som bärare av neutrala och tekniska lösningar på problem. Istället ses forskning som en social och subjektiv process ur vilken subjektiva produkter skapas. Fox (1993, 1994) etnografiska studie av läkares agerande uppmärksammar istället makt och diskurs i den kliniska vardagen samt hur konstruktionen av patienten påverkar den vård som ges. Fox (1994) beskriver hur två specialistläkares olika sjukdomsdiskurser, eller syn på patienten, kan försvåra patientbehandling. Medan kirurgen ser till patientens sjukdom och planerar för hur behandling ska reducera patientens sjukdom, menar Fox (1994) att narkosläkaren istället ser till patientens hälsa och hur ett visst mått av hälsa måste uppnås för att patienten ska kunna genomgå narkos. På så sätt kan narkosläkarens bedömning hindra en behandling,

även efter det att kirurgen har gjort sin bedömning och påbörjat behandling. Quinlan (2009) utforskar istället hur kunskap artikuleras och skapas i multidisciplinära team. Hon menar att dialogen inom det multidisciplinära teamet öppnar upp för att tyst/intuitiv kunskap artikuleras, men att hierarkier inom sjukvården kan försvåra denna process.

Paul Atkinson är en inflytelserik forskare inom medicinsk sociologi som behandlar hur medicinsk kunskap och en viss diskurs skapas. I boken *Medical Talk and Medical Work* (1995) visar Atkinson den sociala aspekten av medicinsk kunskap, språk och teknik samt relationen dem emellan. Enligt Atkinson är medicinsk praktik inte endast det arbete som utförs praktiskt, utan han ser också språket och tal om praktiskt arbete som centralt för konstruktionen av medicinsk praktik. En klassisk antropologisk studie som rör kunskapens konstruktionistiska natur är Latour och Woolgar (1979) som genom att studera vardagligt arbete i laboratorium visar hur medicinska fakta skapas snarare än upptäcks. Nästan tio år senare uppmärksammade Bury (1986) att flertalet studier anlägger ett konstruktionistiskt perspektiv på medicinsk kunskap och praktik, och i sin review ifrågasätter Bury värdet i att studera medicin från sådant perspektiv. Han menar att ett socialkonstruktionistiskt perspektiv är problematiskt bland annat på grund av sin relativism och pekar på att konstruktionismen inte kan betona det socialas del i kunskaps-skapande utan att underminera sina egna uttalanden. Vidare menar Bury (1986) att socialkonstruktionismens syn på sjukdomstillstånd som socialt skapade kategorier är problematisk. Det gör sjukdomskategorier oanvändbara, menar han, eftersom de inte anses vara en del av en oberoende verklighet utan bara speglar maktstrukturer eller andra intressen. King (1987) utgår från Bury (1986) när han utforskar de svagheter som finns i att anlägga ett konstruktionistiskt perspektiv på medicinsk kunskap och transsexualism. Bland annat beskriver han transsexualism dels utifrån perspektivet att sjukdom upptäcks, dels utifrån att sjukdom skapas socialt. Han menar att det inte är mer trovärdigt att anse att sjukdom skapas än vad det är att anse att sjukdom upptäcks, trots att det senare ofta avfärdas i nutida sociologiska studier av medicin. Nicolson och McLaughlin har i två artiklar utifrån både teoretisk (1987) och empirisk (1988) grund kritiserat Burys ställningstagande. De menar bland annat att ett konstruktionistiskt perspektiv inte utesluter att man ser sjukdomstillstånd som ett verkligt fysiskt fenomen, men att innebörden av detta fenomen skapas socialt.

5. DISKUSSION

Syftet med denna översikt har varit att redogöra för hur forskningen behandlar beslutsgrunder och interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor vid beslutsfattande inom hälso- och sjukvård, samt att undersöka huruvida forskningen uppmärksammar någon konflikt mellan de beslutsgrunder som läkare respektive sjuksköterskor använder sig av. Jag har i denna översikt redogjort för hur forskning om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor speglar förändringar i sjuksköterskeyrkets status och arbetsinnehåll såväl som utvecklingen i sociologisk metod och teori. Forskningen om interaktionen mellan läkare och sjuksköterskor gjord på 60- och 70-talet tenderar att fokusera mer på strukturer och en hierarkisk åtskillnad mellan läkare och sjuksköterskor, medan forskningen från 80-talet och framåt antar ett interaktionistiskt perspektiv och visar hur aktörer genom vardagligt handlande utmanar strukturer. Vidare har jag presenterat forskning om läkare och sjuksköterskors beslutsgrunder och konstaterat att forskningen skiljer sig åt beroende på om det är läkare och medicin eller sjuksköterskor och omvårdnad som behandlas. Den forskning som behandlar sjuksköterskor och beslutsfattande utgörs oftare av studier som vill identifiera, isolera och beskriva sjuksköterskornas beslutsgrunder, medan det är vanligare att forskning om läkares beslutsfattande anlägger en kritisk och konstruktionistisk syn på vad som utgör vetenskaplig kunskap i medicin och fokuserar på de sociala processer genom vilka beslut artikuleras.

Jag har under arbetet med denna översikt inte funnit att forskarna särskilt uppmärksammar någon konflikt mellan de beslutsgrunder som läkare respektive sjuksköterskor använder sig av, vilket var ett av översiktens syfte att utröna. Den forskning jag har tagit del av syftar sällan till att behandla skillnader i läkare och sjuksköterskors beslutsgrunder eller arbete, men jag kan däremot konstatera att forskningen förstärker bilden av att läkare och sjuksköterskors beslutsfattande skiljer sig åt. Forskningsperspektiv, forskningens genomförande samt problemställning är olika beroende på om det är läkare eller sjuksköterskor som står i fokus. Dessa skillnader i att lägga upp och genomföra studierna leder till att olikheter, snarare än likheter, mellan professionerna betonas.

Liksom tidigare nämnts ägnar forskarna sig gärna åt att identifiera och (upp-) värdera sjuksköterskors kunskap och arbete, medan motsvarande inte görs gällande läkare. Jag menar att eftersom forskningen om sjuksköterskors arbete på ett så tydligt sätt ägnar sig åt att uppvärdera detsamma förstärks bilden av att sjuksköterskornas arbete behöver förklaras och legitimeras. Forskningen som ämnar stärka sjuksköterskornas arbete och ge legitimitet till deras intuitiva kunskap inbegriper således ett implicit ifrågasättande, och försöken att uppvärdera sjuksköterskornas arbete kan till och med verka kontra-produktivt. Det omvända gäller för läkarna. Genom att forskarna inte på samma sätt värderar läkarnas kunskap och arbete, samt genom att de behandlar läkarnas användande av medicinsk kunskap närmast som en icke-fråga, bekräftas bilden av att läkarnas arbete eller kunskap inte behöver ifrågasättas eller diskuteras. Att viss sociologisk forskning utmanar synen på vetenskaplig kunskap i medicinsk praktik bidrar inte nödvändigtvis till

att läkarnas *kunskapsanvändande* kritiskt granskas, eftersom forskningen snarare intresserar sig för kunskapsproduktion och processer vid beslutsfattande.

De aspekter av sjuksköterskornas arbete som forskarna vill uppvärdera är främst intuitiv, erfarenhetsbaserad kunskap. Särskilt Benner (1984:45) kopplar tydligt samman expertis med intuition och förmåga att använda sin erfarenhetsbakgrund. En reflektion är att det förefaller osannolikt att inte läkarna i praktiken definierar sin expertis på samma sätt som Benner (1984) definierar sjuksköterskornas. Torde inte ”objektiv och teoretisk kunskap” samt ”intuitiv och praktisk kunskap” i praktiken vara sidor av samma mynt snarare än de ändpunkter på ett kontinuum som Thompson (1999) föreslår? Dreyfus och Dreyfus (1986), som Benner (1984) bygger sitt resonemang på, beskriver hur praktikerns handlingskunskap utvecklas och hur intuitivt kunskapsanvändande i själva verket grundas i teorier och regler. Dreyfus och Dreyfus (1986) menar att nybörjarens handlande är beroende av allmänna regler och teorier, och att denne med tiden lär sig hur hon/han ska applicera dem på specifika situationer. Praktikern får därigenom en erfarenhetsbaserad förståelse för vilka regler och teorier en situation kräver. Dreyfus och Dreyfus (1986) menar vidare att praktikern genom erfarenhet och sitt vardagliga kliniska arbete internaliserar de explicita regler och teorier denne använder. Klinisk erfarenhet ger således praktikern förmåga att använda sig av regler och teorier utan att själv reflektera över det. Kanske är praktikern inte längre medveten om att den besitter teoretisk kunskap, och kanske kan hon/han inte sakligt redogöra för den – kunskapen har blivit intuitiv. Dreyfus och Dreyfus benämner en praktiker med denna förmåga som expert. Det är därmed möjligt att intuition är detsamma som kliniskt kunnande, ett begrepp som kanske oftare används för att beskriva läkares arbete än sjuksköterskors.

Med Dreyfus och Dreyfus (1986) resonemang kan vi se att ”intuitiv och praktisk kunskap” inte är så väsensskild från ”objektiv och teoretisk kunskap” som forskning om läkares och sjuksköterskors beslutsfattande kanske ger sken av. Så varför uppmärksammas inte läkarnas intuition i forskningen om beslutsfattande⁸? Kan det vara så att en uppdelning mellan teori och praktik, där teoretisk kunskap anses vetenskaplig och tillskrivs större värde, lever kvar inom medicin, och att läkarna av legitimitetsskäl inte vill sätta fokus på sin intuitiva kunskap? För vad skulle hända om läkaren inte kunde redogöra för grunderna till sitt beslut, eller belägga det vetenskapligt? Den politiska och organisatoriska kontext som läkarna befinner sig i har betydelse för frågan. Exempelvis kan kanske vårdens ökade krav på ansvarsskyldighet påverka läkarnas eventuella obenägenhet att hävda sin intuition. I dagens vård där avvikelserapportering och Lex Maria-lagar är ständigt närvarande kan det vara svårt för läkaren att lita till sin intuition och mer diffust erhållna erfarenhetsbaserade kunskaper. Att svara på en Lex Maria-anmälan med motiveringen att ett beslut ”kändes rätt” förefaller så när som omöjligt, och skulle säkerligen leda till ifrågasättande av läkarens kompetens och omdöme.

⁸ Då jag har sökt litteratur om läkares beslutsfattande har jag inte funnit forskning som uppmärksammar läkares intuition. Trots detta finns studier som visar på att också läkares arbete och kunskap kan förstås som intuitivt (ex. Hunter 1991; Naylor 1995; Pope 2003; Traynor 2009).

Även det aktuella fenomenet med införlivande av evidensbaserad praktik i medicinskt arbete kan tänkas ha inverkan på läkarnas intuitiva handlande. Enligt Socialstyrelsen (2012) innebär evidensbaserad medicin att den kliniska verksamheten utgår från bästa bevis från systematisk forskning. Vidare är det enligt Socialstyrelsen nödvändigt att praktikern använder sig av systematiska kunskapsöversikter och praktiska rekommendationer i form av riktlinjer. Evidensbaserat arbete kan alltså tolkas såsom att det vilar på motsatt tanke, att teknisk kunskap, riktlinjer och standardiserade instrument borgar för ett kvalitativt arbete utfört med professionalitet och expertis. Det borde för praktikern vara svårt att i detta kunskapsklimat, och mot Socialstyrelsens rekommendationer, motivera att intuition sprungen ur erfarenhet ska vara vägledande för medicinskt beslutsfattande. Vissa forskare inom medicin och omvårdnad har dock uppmärksammat att det råder en konflikt mellan evidensbaserad medicin och arbete baserat på intuitiv kunskap. De menar bland annat att evidensbaserad medicin kan reducera själva hälso- och sjukvårdens väsen, och innebära ett hot mot autonomi hos professioner som bygger på intuitiv kunskap (Andersson, Omberg & Svedlund 2006; Flynn & Sinclair 2005; Greenhalgh, Flynn och Long 2005; Greenhalgh, Flynn & Tysons 2008; Rolfe 1999; SmithBattle & Diekemper 2001; Traynor 2009). Hur evidensrörelsen svarar på sådan kritik återstår att se.

Att anlägga ett sociologiskt perspektiv på läkare och sjuksköterskors beslutsfattande inom hälso- och sjukvård ger oss således möjlighet att uppmärksamma frågor av klassisk epistemologisk karaktär: Vad är kunskap? Hur kan kunskap nås? Det ger oss vidare möjlighet att beröra spänningsfältet mellan teori-praktik och vetenskap-intuition. Ämnet rymmer också frågor om professionalitet, makt, legitimering av det egna handlandet, kvalitet och om allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvårdspersonal. Studier av hälso- och sjukvård ur ett sociologiskt perspektiv har relevans också för andra människo-behandlande organisationer. Diskussionen om evidensbaserad praktik är aktuell inte minst inom socialt arbete. Praktisk verksamhet, utbildning såväl som forskning berörs av frågan gällande vad som ska betraktas som vetenskap och giltig kunskap, och hur sådan kan nås.

REFERENSER

- Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Adams, Ann; Buckingham, Christopher D.; Arber, Sara; McKinlay, John B.; Marceau, Lisa & Link, Carol (2006) The influence of patient's age on clinical decision-making about coronary heart disease in the USA and the UK. *Ageing & Society*, Vol. 26, pp. 303–321.
- Adams, Ann; Buckingham, Christopher D; Lindenmeyer, Antje; McKinlay, John B; Link, Carol; Marceau, Lisa & Arber, Sara (2008) The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, No. 1, pp. 1-18.
- Adamson Barbara J; Kenny, Dianna T & Wilson-Bamett, Jenifer (1995) The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.21, pp. 172-183.
- Aitken, L.M. (2003) Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 12, pp. 476–483.
- Allen, Davina (1997) The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, Vol. 19, No. 4, pp. 498-520.
- Allen, Davina (2000a) *The Changing Shape of Nursing Practice. The Role of Nurses in the Hospital Division of Labour*. London: Routledge.
- Allen, Davina (2000b) Doing occupational demarcation: the 'boundary work' of nurse managers in a district general hospital. *Journal of Contemporary Ethnography*, No. 29, pp. 325–55.
- Allen, Davina (2001) Narrating nursing jurisdiction: "atrocious stories" and "boundary-work". *Symbolic Interaction*, Vol. 24, No. 1, pp. 75–103.
- Allen, Davina (2002) *Nursing And The Division Of Labour In Healthcare*. London: Palgrave MacMillan.
- Allen, Dawn; Wainwright, Megan & Hutchinson, Thomas (2011) 'Non-compliance' as illness management: Hemodialysis patients' descriptions of adversarial patient-clinician interactions. *Social Science & Medicine*, Vol. 73, pp. 129-134.
- Andersson, Anna-Karin, Omberg, Monica & Svedlund, Marianne (2006) Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, Vol. 11, No. 3, pp. 136-145.
- Andersson-Cederholm, Erika; Katarina Jacobsson; Vesa Leppänen, Filippa Säwe, Malin Åkerström (opubl. manus). Servicemötets disharmoni (arbetstitel).
- Annandale, Ellen; Elston, Mary Ann & Prior, Lindsay (2004) Medical Work, Medical Knowledge and Health Care. Themes and Perspectives. I Annandale, Ellen; Elston, Mary Ann & Prior, Lindsay (Ed.) (2004) *Medical Work, Medical Knowledge and Health Care. A Sociology of Health & Illness Reader*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Arksey, Hilary. (1998) *RSI and the Experts: The Construction of Medical Knowledge*. London: UCL Press.

- Atkinson, Paul (1995) *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage.
- Baggs, Judith G. & Schmitt, Madeleine H. (1988) Collaboration between nurses and physicians. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 20, No. 3, pp. 145-149.
- Baggs, Judith G & Ryan, Sheila A (1990) ICU Nurse-Physician collaboration & nursing satisfaction. *Nursing Economics*, Vol. 8, No. 6, pp. 386-392.
- Baker, Marjorie E. (2002) Economic, Political and Ethnic Influences on End-of-Life Decision-Making: A Decade in Review. *Journal of Health & Social Policy*, Vol. 14, No.3, pp. 27-39.
- Banning, Maggie (2007) A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17, pp. 187-195.
- Baszanger, Isabelle (1992) Deciphering chronic pain. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 14, No. 2, pp. 181-215.
- Baumann, Andrea & Bourbonnais, Frances (1982) Nursing decision making in critical care areas. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 7, pp. 433-446.
- Bekelja Wanzer, Melissa; Wojtaszczyk, Ann M. & Kelly, Jill (2009) Nurses' Perceptions of Physicians' Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration. *Health Communication*, Vol. 24, No. 8, pp. 683-691.
- Benner, Patricia (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, California: Addison-Wesley
- Benner, Patricia & Tanner, Christine (1987) Clinical Judgement: How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*, Vol. 87, No. 1, pp. 23-31.
- Benner, Patricia (1993) *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur
- Benner, Patricia; Tanner, Christine & Chesla, Catherine (1996) *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, Marc (1992) The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 14, No. 2, pp. 152-181.
- Bury, Michael (1986) Social constructionism and the development of medical sociology. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 8, No. 2, pp. 137-169.
- Carmel, Simon (2006) Boundaries obscured and boundaries reinforced: incorporation as a strategy of occupational enhancement for intensive care. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 28, No 2, pp. 154-177.
- Casper, Monica J. & Berg, Marc (1995) Constructivist perspectives on medical work: Medical practices and science and technology studies: Introduction. *Science Technology & Human Values*, Vol. 20, pp. 395-407.
- Clark, Jack A; Potter, Deborah A. & McKinlay, John B. (1991) Bringing social structure back into clinical decision making. *Social Science & Medicine*, Vol. 32, No. 8, pp. 853-866.
- Coombs, Maureen & Ersser, Steven J. (2004) Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 46, No. 3, pp. 245-252.

- Cottone, Rocco R. & Claus, Ronald E. (2000) Ethical decision-making models: a review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, Vol. 78, pp. 275-283.
- Davies, Karen (2003) The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 25, No.7, pp. 720-742.
- Davis, Kathy (1986) The process of problem (re)formulation in psychotherapy. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 8, No.1, pp. 44-74.
- Dreyfus, Hubert & Dreyfus, Stuart (1986) *Mind over Machine*. N.Y: The Free Press.
- Dufwa, Sune G. (2004) *Kön, lön och karriär. Sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*. Växjö: Växjö University Press.
- Easen, Patrick & Wilcockson, Jane (1996) Intuition and rational decision-making in professional thinking: a false dichotomy? *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 24, pp. 667-673.
- Elliott, Naomi (2010) 'Mutual intacting': a grounded theory study of clinical judgement practice issues. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 66, No. 12, pp. 2711-2721.
- English, Ian (1993) Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, pp. 387-393.
- Etzioni, Amitai (Ed.) (1969) *The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.
- Flynn, Angela & Sinclair, Marlene (2005) Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 11, pp. 142-149.
- Fox, Nicholas J. (1993) Discourse, organization and the surgical ward round. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 15, No. 1, pp. 16-42.
- Fox, Nicholas J. (1994) Anaesthetists, the discourse on patient fitness and the organisation of surgery. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 16, No. 1, pp. 1-18.
- Franssén, Agneta (1997) *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv förlag.
- Freidson, Eliot (1970) *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Fujimura, Joan H. (1987) Constructing 'Do-able' problems in cancer research: Articulating Alignment. *Social Studies of Science*, Vol. 17, pp. 257-293.
- Gabbay, John & le May, Andrée (2004) Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal*, Vol. 329, pp. 1-5.
- Gabe, Jonathan; Mike Bury och Mary Ann Elston (2004) *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE.
- Gair, G. & Hartery, T. (2001) Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit. *Journal of Nursing Management*, Vol. 9, pp. 3-11.

- Gieryn, Thomas F. (1983) Boundary work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, Vol. 48, pp.781-795.
- Gjerberg, Elisabeth & Kjølørød, Lise (2001) The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Social Science & Medicine*, Vol. 52, pp. 189-202.
- Golden-Biddle, Karen & Reay, Trish (2009) Negotiating a new role in a gendered order: a cultural lens. *Negotiation and Conflict Management Research*, Vol. 2, No. 1, pp. 31-41.
- Greenhalgh, Joanne, Long, Andrew F. & Flynn, Rob (2005) The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: lack of impact or lack of theory? *Social Science & Medicine*, Vol. 60, pp. 833-843.
- Greenhalgh, Joanne, Flynn, Rob, Long, Andrew F. & Tyson, Sarah. (2008) Tacit and encoded knowledge in the use of standardised outcome measures in multidisciplinary team decision making: A case study of in-patient neurorehabilitation. *Social Science & Medicine*, Vol. 67, pp. 183-194.
- Griffiths, Lesley (1998) Humour as resistance to professional dominance in community mental health teams. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 20, No. 6, pp. 874-895.
- Hancock, Helene C. & Easen, Patrick R. (2006) The decision-making process of nurses when extubating patients following cardiac surgery: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 43, pp. 693-705.
- Harbison, Jean (2001) Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 35, No. 1, pp. 126-133.
- Hughes, David (1988) When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 10, No.1, pp. 1-22.
- Hughes, David & Griffiths, Lesley (1996) 'But if you look at the coronary anatomy...': risk and rationing in cardiac surgery. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 18, No. 2, pp. 172-197.
- Hunter, Kathryn Montgomery (1991) *Doctors' Stories: the Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton New Jersey: Princeton University Press.
- Jacavone, Josephine & Dostal, Monica (1992) A descriptive study of nursing judgement in the assessment and management of cardiac pain. *Advanced Nursing Science*, Vol. 15, No.1, pp. 54-63.
- Katz, Fred E. (1969) Nurses. In Etzioni, Amitai (Ed.) (1969) *The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.
- Karnieli-Miller, Orit & Eisikovits, Zvi (2009) Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time Encounters, *Social Science & Medicine*, Vol. 69, pp. 1-8.
- King, Dave (1987) Social constructionism and medical knowledge: the case of transsexualism. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 9, No. 4, pp. 351-377.
- von dem Knesebeck, Olaf; Bönnte, Markus; Siegrist, Johannes; Marceau, Lisa; Link, Carol; Arber, Sara; Adams, Ann & McKinlay John (2008) Country differences in the diagnosis and management of coronary heart disease – a comparison between the US, the UK and Germany. *BMC Health Services Research*, Vol.8, pp.1-7.

- Koenig, Christopher J. (2011) Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science & Medicine*, Vol. 72, pp. 1105-1114.
- Kontos, Pia C. & Naglie, Gary (2009) Tacit knowledge of caring and embodied selfhood. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31, No. 5, pp. 688-704.
- Kosowski, Margaret M. & Roberts, Vanice W. (2003) When Protocols Are Not Enough : Intuitive Decision Making by Novice Nurse Practitioners. *Journal of Holistic Nursing*, Vol. 21, No. 52, pp. 52-72.
- Latour, Bruno & Woolgar, Steve (1979) *Social Construction of Scientific Facts*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lauri, S. & Salanterä, S. (1998) Decision-making models in different fields of nursing. *Research in Nursing & Health*, Vol. 21, pp. 443-452.
- Lindgren, Gerd (1992) *Doktorer, systrar och flickor. Om informell makt*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Lindgren, Gerd (1999) *Klass, kön och kirurgi. Relationer mellan vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liberg.
- Lindseth, A., Marhaug, V., Norberg A. & Udén, G. (1994) Registered nurses' and physicians reflections on their narratives about ethically difficult care episodes. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 20, pp. 245-250.
- Lutfey, Karen E. & McKinlay, John B. (2009) What happens along the diagnostic pathway to CHD treatment? Qualitative results concerning cognitive processes. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31, No. 7, pp. 1077-1092.
- Manias, Elizabeth & Street, Annette (2000) Nurse-doctor interactions during critical ward rounds. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 10, pp. 442-450.
- Matheson, Catriona; Van Teijlingen, Edwin; Bond, Christine M; Cameron, Isobel M. & Cronkshaw, Grahame (2006) Specialist substance misuse nurses' assessment and decision making in the management of drug misusers. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 13, No.6, pp.551-562.
- McMahan, Eva, M; Hoffman, Kathleen & McGee, Gail, W. (1994) Physician-Nurse Relationships in Clinical Settings: A review and critique of the literature, 1966-1992. *Medical Care Research and Review*, Vol. 51, No. 1, pp. 83-112.
- Mesler, Mark A. (1991) Boundary encroachment and task delegation: clinical pharmacists on the medical team. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 13, pp. 310-331.
- Mizrachi, Nissim & Shuval, Judith T. (2004) Changing Boundaries: Modes of coexistence of alternative and biomedicine. *Qualitative Health Research*, Vol. 14, pp. 675-690.
- Mizrachi, Nissim; Shuval, Judith T. & Gross, Sky (2005) Boundary at work: Alternative medicine in biomedical settings. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 27, No. 1, pp. 20-43.
- Murphy Nancy & Canales Mary (2001) A critical analysis of compliance. *Nursing Inquiry*, Vol. 8, No. 3, pp. 173-181.
- Mykhalovskiy, Eric (2001) Troubled hearts, care pathways and hospital restructuring: exploring health services research as active knowledge. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, Vol. 7, pp. 269-296.

- Nancarrow, Susan A. & Borthwich, Alan M. (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 27, No. 7, pp. 897-919.
- Nathanson, Brian H.; Henneman, Elizabeth A.; Blonaisz, Elaine R.; Doubleday, Nancy D.; Lusardi, Paula & Jodka, Paul G. (2011) How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67, No. 8, pp. 1817–1823.
- Naylor, C. David (1995) Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine, *The Lancet*, Vol. 346, No. 8953, pp. 840–842.
- Nicolson, Malcolm & McLaughlin, Cathleen (1987) ‘Social constructionism and medical sociology: a reply to M. R. Bury’. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 9, No.23, pp.107-126.
- Nicolson, Malcolm & McLaughlin, Cathleen (1988) Social constructionism and medical sociology: a study of the vascular theory of multiple sclerosis, *Sociology of Health & Illness* Vol. 10, No. 3, pp. 234-261.
- Nugus, Peter; Greenfield, David; Travaglia, Joanne; Westbrook, Johanna & Braithwaite, Jeffrey (2010) How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in healthcare. *Social Science & Medicine*, Vol. 71, pp. 898-909.
- Osika, Ingrid; Evengård, Birgitta; Waernulf, Lena; Nyberg, Filippa (2005) “Tvättsäcksprojektet – genusskillnader inpå bara skinnet. Olika behandling för män och kvinnor vid några vanliga hudsjukdomar”. *Läkartidningen*, 40.
- Papathanassoglou, Elizabeth; Tseroni, Maria; Karydaki, Athena; Vazaiou, Georgia; Kassikou, Joanna & Lavdaniti, Maria (2005) Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, Vol. 13, pp. 154–164.
- Pilnick, Alison & Dingwall, Robert (2011) On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. *Social Science & Medicine*, Vol. 72, pp. 1374-1382.
- Polanyi, Michael (1966) *The Tacit Dimension*. London: Routledge.
- Porter, Sam (1991) A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 16, pp. 728-735.
- Pope, Catherine (2003) Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health*, Vol. 7, No. 3, pp. 267–282.
- Quinlan, Elizabeth (2009) The ‘actualities’ of knowledge work: an institutional ethnography of multi-disciplinary primary health care teams. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31, No. 5, pp. 625-641.
- Rapley, Tim (2008) Distributed decision making: the anatomy of decisions-in-action. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30 No. 3, pp. 429–444.
- Reeves, Scott; Rice, Kathleen; Conn, Lesley, Gotlib; Miller, Karen-Lee; Kenaszchuk, Chris & Zwarenstein, Merrick (2009) Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 23, No. 6, pp. 633-645.
- Reischman Rosalyn R. & Yarandi Hossein N. (2002) Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.39, No. 1, pp. 24-34.

- Rolfe, Gary (1999) Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*, Vol. 19, pp. 433-442.
- Salhani, Daniel & Coulter, Ian (2009) The politics of interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. *Social Science & Medicine*, Vol. 68, pp. 1221-1228.
- Sanders, Tom & Harrison, Stephen (2008) Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace: the case of heart failure care. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, No. 2, pp. 289-308.
- Schenk-Gustafsson, Karin (2004) "Hjärt-kärlsjukdomar". S 187-197 i *Kropp och genus i medicinen*. Birigta Hovelius, Eva E Johansson (red.) Lund: Studentlitteratur.
- Scott, Anthony; Shiell, Alan & King, Madeleine (1996) Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Social Science & Medicine*, Vol. 42, No. 1, pp. 35-46.
- Sheridan, Stacey L; Griffith, Jennifer M; Behrend, Lindy; Gizlice, Ziya; Cai, Jianwen & Pignone, Michael P. (2010) Effect of Adding a Values Clarification Exercise to a Decision Aid on Heart Disease Prevention: A Randomized Trial. *Medical Decision Making*, Vol. 30, pp. E28-E39.
- Skånér, Ylva; Bring, Johan; Ullmand, Bengt & Strendera, Lars-Erik (2000) The use of clinical information in diagnosing chronic heart failure: A comparison between general practitioners, cardiologists, and students. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 53, pp. 1081-1088.
- Smith, Andrew; Goodwin, Dawn; Mort, Maggie & Pope, Catherine (2003) Expertise in practice: an ethnographic study exploring acquisition and use of knowledge in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 91, No. 3, pp. 319-328.
- Smirthwaite, Goldina (2007) (O)jämslälldhet i hälsa och vård. En genusmedicinsk kunskapsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SmithBattle, Lee & Diekemper, Margaret (2001) Promoting Clinical Practice Knowledge in an Age of Taxonomies and Protocols. *Public Health Nursing*, Vol. 18. No. 6, pp. 401-408.
- Snelgrove, Sherrill & Hughes, David (2000) Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 31, No. 3, pp. 661-667.
- Socialstyrelsen (2004) *Jämslälld vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011) *Statistikdatabasen – Hälso- och sjukvårdspersonal*. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas> (2011-12-13).
- Socialstyrelsen (2012) *Evidensbaserad medicin*. <http://www.socialstyrelsen.se/ekonomiskaanalyser/resursfordelningochprioriteringar/prioriteringarihalso-ochsjukvarden/evidensbaseradmedicin> (2012-02-06).
- Speed, Shaun & Luker, Karen A. (2006) Getting a visit: How district nurses and general practitioners 'organise' each other in primary care. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 28, No. 7, pp. 883-902.
- Stajduhar Kelly I; Funk Laura; Roberts Della; McLeod Barbara; Cloutier-Fisher Denise; Wilkinson Carolyn & Purkis Mary Ellen (2011) Home care nurses' decisions about the

- need for and amount of service at the end of life. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67, No.2, pp. 276–286.
- Stein, Leonard I. (1968) The Doctor-Nurse Game. *The American Journal of Nursing*, Vol. 68, No. 1, pp. 101-105.
- Stein, Leonard I; Watts, David T. & Howell, Timothy (1990) The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 322, No. 8, pp. 546-549.
- Storch, Janet L. & Kenny, Nuala (2007) Shared Moral Work of Nurses and Physicians. *Nursing Ethics*, Vol. 14, No. 4, pp. 478-491.
- Strauss, Anselm; Schatzman, Leonard; Ehrlich Danuta; Bucher, Rue & Sabshin, Melvin (1963) The hospital and its negotiated order. In Freidson, Eliot (ed.) (1963) *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press.
- Strauss, Anselm (1978) *Negotiations, Varieties, Contexts, Processes and Social order*. London: Jossey-Bass.
- Strömberg, Barbro (1997) *Professionellt förhållningssätt hos läkare och sjuksköterskor. En studie av uppfattningar*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Svensson, Roland (1996) The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 18, No. 3, pp. 379-39.
- Sveriges läkarförbund (2012) *Läkarförbundets etiska regler*. <http://www.slf.se/Etikochansvar/Etik/Lakarforbundets-etiska-regler/> (2012-01-18).
- Sweet, Sarah J. & Norman, Ian J. (1995) The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, pp. 165-170.
- Tanner, Christine A (2006) Thinking like a nurse. A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, Vol.45, No. 6, pp. 204-211.
- Thompson, Carl (1999) A conceptual treadmill: the need for ‘middle ground’ in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33, No. 5, pp. 1222-1229.
- Thompson, David, R. & Sutton, Terence W. (1985) Nursing decision making in a coronary care unit. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 22, pp. 259-266.
- Torbica, Aleksandra & Fattore, Giovanni (2010) Understanding the impact of economic evidence on clinical decision making: A discrete choice experiment in cardiology. *Social Science & Medicine*, Vol. 70, pp. 1536-1543.
- Traynor, Michael (2009) Indeterminacy and technicality revisited: how medicine and nursing have responded to the evidence based movement. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 3, No. 4, pp. 494-507.
- Traynor, Michael; Boland, Maggie & Buus, Niels (2010a) Professional autonomy in 21st century healthcare: Nurses accounts of clinical decision-making. *Social Science & Medicine*, Vol. 71, pp. 1506-1512.
- Traynor, Michael; Boland, Maggie & Buus, Niels (2010b) Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 66, No. 7, pp. 1584-1591.

Trede, Franziska & Higgs, Joy (2003) Re-framing the clinician's role in collaborative clinical decision making: re-thinking practice knowledge and the notion of clinician-patient relationships. *Learning in Health and Social Care*, Vol. 2, No. 2, pp. 66-73.

Vaismoradi Mojtaba; Salsali Mahvash & Ahmadi Fazlollah (2011) Nurses' experiences of uncertainty in clinical practice: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67, No.5, pp. 991-999.

Watson, Steve (1994) An exploratory study into a methodology for the examination of decision making by nurses in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 20, pp. 351-360.

Yildirim, Aysegul; Ates, Metin; Akinci, Fevzi; Ross, Thomas; Selimenc, Deniz; Issever, Halim; Erdim, Aylin & Akgün, Meftun (2005) Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, pp. 429-437.

Ågård, Anders (2005) *Ethical Issues in Cardiology Patients' views of information and decision-making*. Lund: Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Lund University

Ågård Anders; Hermerén, Göran; Herlitz, Johan (2000) Should cardiopulmonary resuscitation be performed on patients with heart failure? The role of the patient in the decision-making process, *Journal of Internal Medicine*, Vol. 248, pp. 279-286.



LUNDS
UNIVERSITET

www.soch.lu.se

LUNDS UNIVERSITET

Box 117
221 00 Lund
Tel 046-222 00 00
www.lu.se