

Flertydighet og fleksibilitet

En etnografisk studie av legevaktens profesjongrenser

Ambiguity and Flexibility

An Ethnographic Study of Professional Boundaries in the Emergency Department

Lars E. F. Johannessen

Stipendiat

Senter for profesjonsstudier, OsloMet – storbyuniversitetet

larsem@oslomet.no

SAMMENDRAG

Denne artikkelen er en etnografisk studie av profesjongrenser på arbeidsplassen – også kalt arbeidsplassjurisdiksjon. Mer spesifikt fokuserer artikkelen på grenser for diagnostikk, slik disse ble trukket mellom leger og sykepleiere på en norsk storbylegevakt. Sykepleierne var ansvarlige for å prioritere pasienter i legevaktens førstelinje, og arbeidet deres var formelt avgrenset fra legearbeidet både ved at de var påkrevd å bruke et prioriteringssystem, og ved at de ikke fikk lov til å diagnostisere pasienter. Samtidig viser analysen at disse grensene var preget av flertydighet, og at denne flertydigheten, i kombinasjon med andre faktorer, ga sykepleierne fleksibilitet til å prioritere pasienter på mer skjønnsmessig, «diagnostisk» vis. Fordi skjønnsbruken bidro til mer presis prioritering av pasienter, ble den også møtt med stor grad av uformell aksept blant ledelsen. Artikkelen bidrar til forskningen på arbeidsplassjurisdiksjon både ved å vise hvordan arbeidsplassens grenser kan være frikoblet fra jurisdiksjongrenser på makronivå, og ved å gi en detaljert analyse av flertydigheten, fleksibiliteten og mangfoldet i organisasjonsinterne profesjongrenser.

Nøkkelord:

etnografi, grenser, jurisdiksjon, profesjoner

ABSTRACT

This article is an ethnographic study of professional boundaries in the workplace, often referred to as workplace jurisdiction. Specifically, it focuses on the diagnostic boundaries drawn between physicians and nurses in a Norwegian emergency department. Here, nurses were responsible for prioritising patients in the frontline of the department. Their work was demarcated from that of physicians in that they were required both to use a formal system for priority setting and prohibited from diagnosing patients. However, the analysis shows that these boundaries were ambiguous and, furthermore, that this ambiguity, in combination with other factors, gave nurses flexibility to prioritise patients in a more discretionary, «diagnostic» manner. Because their use of discretion helped nurses prioritise patients more accurately, it was also met with a great degree of informal acceptance from management. The article contributes to research on workplace jurisdiction both by demonstrating how workplace boundaries can be decoupled from jurisdictional boundaries on a macro level, and by giving a detailed analysis of the ambiguity, flexibility and multiplicity of intra-organisational boundaries.

Keywords:

ethnography, boundaries, jurisdiction, professions.

INNLEDNING

Denne artikkelen handler om grenser mellom profesjonelle, også kalt *jurisdiksjon* eller *jurisdiksjongrenser*, i tradisjonen etter Abbott (1988) og hans studie av *det profesjonelle system*. Hos Abbott viser jurisdiksjon til en profesjons kontroll over bestemte arbeidsoppgaver, som for eksempel legeprofesjonens kontroll over diagnostikk og medisinsk behandling. Jurisdiksjongrenser er intimt forbundet med profesjoners identitet, makt, prestisje og økonomi, og jurisdiksjon er derfor et nøkkelt tema i studier av både profesjoner og grensedragning (Lamont & Molnár, 2002, s. 177–178).

Sosiologisk forskning har særlig fokusert på jurisdiksjongrenser på makronivå, med vekt på hvordan disse hevdes, vinnes, opprettholdes og endres (se bl.a. Etzioni, 1969; Freidson, 1970; Larson, 1979). Man har derimot viet mindre oppmerksomhet til jurisdiksjongrenser på arbeidsplassen – det Abbott (1988) kaller *arbeidsplassjurisdiksjon*. Dette til tross for at det kan være betydelig avstand mellom arbeidsplassjurisdiksjon og de grensene som trekkes opp i makroinstitusjoner som rettsvesenet. På arbeidsplassen må rettsvesenets klare grenser tilpasses organisasjonslivets kompleksitet, og tilpasningen vil i betydelig grad avhenge av organisasjonsmedlemmenes skjønn (Abbott, 1988, s. 64–69). Arbeidsplassen er derfor en sentral, men relativt understudert arena for hvordan profesjongrenser formes, forhandles og endres (Abbott, 1988; Bechky, 2003).

For å utforske profesjongrenser på arbeidsplassen, tar artikkelen utgangspunkt i et feltarbeid jeg gjorde i en norsk storbylegevakt i perioden april–desember 2015. Artikkelen fokuserer på grenser for diagnostikk, slik disse ble trukket mellom leger og såkalte *triagesykepleiere* på legevakten. Triagesykepleierne jobbet i legevaktens frontlinje og hadde ansvar for å prioritere pasienter til konsultasjon med lege. I likhet med legene hadde de

som oppgave å avklare pasienters helsetilstand, men i motsetning til legene måtte de bruke et formalisert prioriteringssystem, og de hadde ikke formelt lov til å diagnostisere pasientene. Samtidig var det, som artikkelens analysedel viser, knyttet flertydighet til hvor strengt prioriteringssystemet skulle binde dem, og til hva det innebar å «diagnostisere» pasienter. Triagesykepleierne hadde derfor fleksibilitet til å prioritere pasienter på mer skjønnsmessig, «diagnostisk» vis. Fordi skjønnsb Bruken bidro til mer presise prioriteringer, ble den også møtt med stor grad av uformell aksept blant legevaktledelsen. Artikkelen viser en betydelig avstand mellom organisasjonens formelle grenser og hva de ansatte uformelt gjorde – og fikk lov til å gjøre – i praksis. Den demonstrerer også hvordan organisasjonsinterne profesjonsgrenser kan være både flertydige, fleksible og mangfoldige, og gir med det et mer allment bidrag til forskningen på arbeidsplassjurisdiksjon.

I fortsettelsen redegjør jeg for forskning på diagnostikk og grenser, og for studiens data og metoder. Deretter presenterer og diskuterer jeg resultatene av analysen.

DIAGNOSTIKK OG GRENSER

På grunn av dets tverrprofesjonelle sammensetning og komplekse arbeidsdeling, har helsevesenet lenge vært et populært sted for studier av profesjonsgrenser. Særlig utforsket er relasjonen mellom medisin og sykepleie. Mens tidlige bidrag beskrev hvordan sykepleie var underordnet medisin (Freidson, 1970), finner nyere studier en svekking av medisins dominans, blant annet fordi legeprofesjonen har mistet makt og status, og fordi sykepleiere i dag utfører en rekke arbeidsoppgaver som tidligere var under legers jurisdiksjon (Allen & Hughes, 2002; Nancarrow & Borthwick, 2005).

Legeprofesjonen har likevel beholdt beslutningsmyndighet på en rekke sentrale domener. Dette gjelder blant annet for diagnostikk, som er ansett å være en av legenes mest distinkte kompetanse- og ansvarsområder. Selv om leger ikke er alene om å kunne diagnostisere pasienter, har ingen andre profesjoner så vidtrekkende myndighet over diagnostikk som den medisinske. I en tid der stadig flere medisinske oppgaver delegeres «nedover» i helsevesenets yrkeshierarki, har enkelte antydnet at legers diagnostiseringsferdigheter snart er det eneste som skiller dem fra andre helsearbeidere (Godlee, 2008).

Abbott (1988) presiserer at jurisdiksjonskamper utkjemper med offentligheten, rettssystemet og arbeidsplassen som primære arenaer, og vi kan bruke denne tredelingen for å se nærmere på helsevesenets diagnostiske grenser. På den offentlige arenaen forsøker profesjoner å vinne anerkjennelse for oppgave- eller områdeierskap i offentlig opinion, og her har legeprofesjonen sterk kontroll over diagnostikk: I vestlige land forbinder man typisk leger med diagnostikk, og diagnostikk med leger. Dette gjelder, interessant nok, også i sosiologien, hvor man ofte tar for gitt at det er legen som diagnostiserer pasienter (se f.eks. Blaxter, 1978; Jutel, 2011). Leger har også sterk kontroll over diagnostikk på den rettslige arenaen. For eksempel spesifiserer Helsepersonellovens (2001) paragraf 4 ledd 3 at «[v]ed samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient». Norsk lov tilkjenner med andre ord leger øverste beslutningsmyndighet i diagnostiske (og preskriptive) spørsmål.

Samtidig vil det, som allerede påpekt, kunne være betydelig avstand mellom diagnostiske grenser i offentlig diskurs eller lovverk, og de som formelt og uformelt trekkes opp innenfor rammene av bestemte arbeidsorganisasjoner. At dette også gjelder diagnostiske grenser, illustreres i en rekke sosiologiske studier som viser hvordan sykepleieres fortolkningsarbeid kan være til forveksling likt legers diagnostisering, og at sykepleieres «diagnostikk» kan være av stor betydning for pasientbehandlingen (Allen, 1997; Gamarnikow, 1991; Hughes, 1988; Liberati, 2017; Prowse & Allen, 2002; Snelgrove & Hughes, 2000; Stein, 1967; Svensson, 1996; Tjora, 2000; Walby & Greenwell, 1994; Weiss, 2011; Xyrichis, Lowton & Rafferty, 2017). Slik grensetilsløring forekommer blant annet i situasjoner preget av høyt arbeidspress, behov for å fatte raske beslutninger og vanskeligheter med å få tak i leger, hvor det å diagnostisere og starte behandling kan være avgjørende av hensyn til pasienten (Allen, 1997). Å jobbe isolert fra legestaben er også vist å øke sykepleieres spillerom, ettersom dette reduserer risikoen for å bli sanksjonert for overtredelser (Tjora, 2000). En rekke studier har også vist at erfarne sykepleiere er mer tilbøyelige til å tilsløre profesjonelle grenser, særlig i samhandling med mindre erfarne leger (Allen, 1997; Hughes, 1988; Tjora, 2000; Xyrichis mfl., 2017). På tross av dette finner man at sykepleiere som regel er motvillig til å omtale arbeidet sitt som diagnostikk, siden de anser dette for å være legers område (Allen, 1997; Hughes, 1988; Tjora, 2000).

Til tross for at disse studiene nyanserer bildet av legenes diagnostiske eksklusivitet, gir de relativt sparsommelige analyser av kompleksiteten i profesjonsgrenser på helsevesenets bakkeplan. De tematiserer i liten grad muligheten for at ulike aktører kan trekke grenser på ulike måter; de gir lite inngående beskrivelser av relasjonen mellom organisasjoners formelle og uformelle grenser; og de bæres av en idé om én formell grense mellom leger og sykepleiere, karakteristisk omtalt i entallsform som «*the nursing-medical boundary*» (Allen, 1997).

Denne artikkelen vektlegger i stedet potensialet for *mangfold* i arbeidsplassens profesjonsgrenser. For å gripe dette mangfoldet, anlegger jeg et praksisperspektiv der grenser forstås som resultatet av aktørers pågående *grensarbeid* (Gieryn, 1983). Grensarbeidsbegrepet ble lansert av Gieryn i hans analyse av hva som avgrenser vitenskap fra annen intellektuell aktivitet (det såkalte «demarkasjonsproblemet»). Framfor å se dette som et *filosofisk* problem, med vekt på hva som *egentlig* kjennetegner vitenskap, betraktet Gieryn demarkasjon som et *praktisk* spørsmål, med vekt på hvordan konkrete aktører trekker grenser mellom vitenskap og andre aktiviteter. Hans analyser viste hvordan vitenskapsfolkene gresedragninger varierte med hva de sammenliknet vitenskapen med, og med hva de ønsket å oppnå med sin sammenlikning. Gieryn illustrerte med det at grenser trekkes på fleksible, foranderlige, kontekstavhengige og ofte tvetydige måter (Gieryn, 1983, s. 792) – en innsikt jeg søker å bygge videre på i denne artikkelen.

Inspirert av nyinstitusjonell teori (DiMaggio & Powell, 1991), legger jeg også til grunn et heuristisk skille mellom formelle og uformelle grenser internt i organisasjoner. *Formelle* grenser artikuleres først og fremst i offisielle dokumenter og i ledelsens offisielle kommunikasjon til ansattgruppen som helhet. *Uformelle* grenser artikuleres derimot av aktører med mindre definisjonsmakt enn organisasjonens ledelse, eller av ledelsen i mindre offisielle, mer *backstage*-pregete (Goffman, 1992) sammenhenger.

Med utgangspunkt i dette relativt enkle begrepsapparatet, demonstrerer jeg først

hvordan legevaktens formelle grenser for diagnostikk var preget av flertydighet, og dernest hvordan denne flertydigheten, i kombinasjon med andre faktorer, ga sykepleierne fleksibilitet til å prioritere pasienter på en skjønnsmessig, «diagnostisk» måte. På den ene siden ble sykepleiernes skjønnsbruk møtt med stor grad av uformell aksept blant ledelsen, fordi den bidro til mer presis prioritering – noe som særlig var viktig for å kompensere for prioriteringssystemets problemer med å sortere store mengder pasienter. På den andre siden var det likevel vanlig å insistere på at kun leger diagnostiserte pasienter. Disse spenningene vil bli grundigere gjennomgått i analysedelen, men først vil jeg beskrive artikkelens data og metoder.

DATA OG METODE

Artikkelen er basert på feltarbeid – en velegnet metode for å studere grensdragning i praksis (Allen, 1997; Tjora, 2000). Feltarbeidet fant sted i en norsk storbylegevakt som var lokalisert i bykjernen, årlig utførte over 50 000 konsultasjoner, ansatte over 100 leger og sykepleiere, var åpen 24 timer i døgnet, syv dager i uken, og var dedikert til medisinske framfor kirurgiske problemstillinger.¹ Legevakten var delt inn i et «mottak» (bestående av en resepsjon, et venterom og to triagebåser) og en «innside» (bestående av nok et venterom, en arbeidsstasjon som legene og sykepleierne delte, og en rekke undersøkelsesrom). Den var ledet av en lege og hadde et mellomledersjikt bestående hovedsakelig av leger og sykepleiere. Basert på kompetanse og erfaring, rullerte sykepleiere «på gulvet» mellom en rekke ulike roller, hvorav triage var én av dem.

I perioden april–desember 2015 gjennomførte jeg 47 feltarbeidsøkter på denne legevakten.² Øktene hadde en gjennomsnittlig varighet på seks timer, og jeg skygget arbeidere i alle legevaktens kliniske roller, både på lege- og sykepleiersiden. 20 økter ble viet til observasjon av triage. Totalt observerte jeg 342 ansikt-til-ansikt-vurderinger, utført av to mannlige og 14 kvinnelige triageutøvere som i gjennomsnitt hadde jobbet på legevakten i tre og et halvt år (med en spredning fra ett til syv år). Jeg observerte også ni legevaktleger gjennomføre totalt 53 legekonsultasjoner. I tillegg fulgte jeg to heldagskurs i triagesykepleie og én forelesning i legevaktmedisin for sisteårs medisinstudenter, og mot slutten av feltarbeidet gjennomførte jeg semi-strukturerte intervjuer med syv sykepleiere, to leger og to mellomledere.

Hver feltarbeidsøkt innebar å skygge én ansatt gjennom hans eller hennes arbeidsdag. Jeg var kledd i legevaktuniform og bar et skilt med teksten «LARS – FORSKER». I situasjoner der pasienter var til stede inntok jeg en ren observatørrolle; i mer uformelle settinger, som på pauserommet, deltok jeg i større grad i samtaler. Jeg noterte nøkkelord og sitater underveis. Omtrent annen hver time tok jeg 30 minutters pause for å skrive mer utfyllende notater på PC, som så var utgangspunkt for skrivingen av de fulle feltnotatene

1. Merk at legevakt er en heterogen organisasjonsform som favner alt fra komplekse storbylegevakter til enkeltleger på vakt i rurale strøk (Hansen & Hunskår, 2016).
2. Av hensyn til analytisk kontrast ble ytterligere ni økter gjennomført ved to andre akuttenheter.

i etterkant av økten. Feltnotatene og intervjutranskripsjonene utgjorde totalt 1270 sider tekst.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. For å ivareta informantenes interne og eksterne konfidensialitet (Tolich, 2004) er deres navn og alder anonymisert. Jeg undertegnet en taushetserklæring med legevakten, og informerte de ansatte både skriftlig og muntlig om prosjektet.

Dataanalysen begynte fra første dag i felten. Jeg ble tidlig slått av likhetene mellom triagesykepleiernes og legenes arbeid, og gikk aktivt inn for å lære mer om disse. Både underveis i og etter feltarbeidet sorterte jeg feltnotatene i bredpenslede tematiske koder (Bazeley, 2007) i QSR Nvivo 10. Materialet til denne artikkelen er hovedsakelig hentet fra koden «Diagnostisering og fortolkning», bestående av om lag 230 sider med feltnotat- og intervjuutdrag. Jeg analyserte dette materialet gjennom nærlesing, induktiv kategorisering og skriving av analytiske notater. Resultatet av denne prosessen presenteres i den kommende analyseseksjonen.

ANALYSE

Triage er fransk for «sortering», og triagesykepleierne jobbet som nevnt i legevaktens mottak for å «sortere» pasienter til konsultasjon med lege. Som regel satt de to og to i hver sin «triagebås» og kalte inn pasienter. En triagevurdering varte typisk et sted mellom fire til åtte minutter, og i løpet av denne tiden skulle sykepleierne kartlegge en kortversjon av pasientens sykehistorie, registrere målinger som puls, oksygenmetning og temperatur, og iblant også gjennomføre små undersøkelser (f.eks. av pasientens nevrologiske tilstand). Vurderingene foregikk ofte under krevende betingelser – særlig på travle dager, når venterommet var bråkete og uoversiktlig og pasientene kom som på samlebånd. Da var det viktig at sykepleierne var grundige, så de ikke overså kritisk sykdom. Samtidig måtte de også være effektive, slik at de ikke lot kritisk syke sitte og vente. Balansegangene var mange og vanskelige. Derfor ble det også stilt krav til triagesykepleiernes kompetanse. Før de fikk praktisere måtte de ha minst ett års klinisk erfaring, og de var også påkrevd å delta på triagekurs og gjennomføre tre opplæringsvakter under oppsyn av triageinstruktør.

Som jeg kommer tilbake til senere, kunne likheten mellom triage og legekonsultasjoner være slående. Men i motsetning til legene måtte triagesykepleierne bruke et formalisert prioriteringssystem, og de hadde ikke formelt lov til å diagnostisere pasienter. Prioriteringssystemet var det såkalte *Manchester Triage System* (MTS) – det mest brukte triagesystemet i Europa (Manchester Triage Group, 2011). MTS består av 53 flytskjemaer, sortert etter «kontaktårsaker» som *Magesmerter*, *Hodepine* og *Psykisk lidelse*. Hvert skjema lister et sted mellom 13 til 32 symptomer³ av relevans. Disse rangeres i fem hastegrader, omtalt med fargekodene rød (mest akutt), oransje, gul, grønn og blå (minst akutt). I vurderingen av hver enkelt pasient skal sykepleieren først velge det mest passende av de 53 skjemaene,⁴ og deretter ta stilling til de skjemaspesifiserte symptomene én etter én, fra mest til minst alvor-

3. I biomedisinsk terminologi skiller man mellom subjektive *symptomer* og objektive *tegn*. For enkelhets skyld bruker jeg symptomer om begge.
4. For vanskelig klassifiserbare tilfeller finnes «restkategorier» som *Dårlig voksen* og *Dårlig barn*.

lig. Når sykepleieren får et positivt utslag på et symptom, skal pasienten få tildelt hastegraden som svarer til dette symptomet.⁵

Med sin symptom- og regelbaserte tilnærming var MTS blant de fremste uttrykkene for at sykepleierne ikke skulle *diagnostisere* pasienter i triage. Diagnostisering var regnet som legenes domene, og dette ble vektlagt både i organisasjonsinterne dokumenter, i ledelsens kommunikasjon til de ansatte, og av ansatte når de snakket om hva som var sykepleiernes «egentlige» ansvarsområder. Det blir også understreket i boka *Akuttmedisinsk triage* (Manchester Triage Group, 2011), som ligger til grunn for MTS-systemet og som sykepleierne måtte lese før de fikk delta på triagekurs. Der kan man blant annet lese at triage skal foregå «uten at det gjøres noen antakelser om diagnose» (Manchester Triage Group, 2011, s. 19).

Arbeidsdelingen virket med andre ord tydelig: sykepleierne skulle kartlegge symptomer, legene skulle diagnostisere. Men en nærmere analyse viste at grenseoppgangene var mer kompliserte enn som så. For det første var ikke sykepleierne forventet å følge MTS til punkt og prikke. Systemet hadde status som et «beslutningsstøttesystem», og sykepleierne var forventet å bruke det med en viss mengde skjønn. Akkurat hvor mye skjønn de kunne bruke, var det derimot ingen konsensus om.

Tilsvarende var det en viss flertydighet knyttet til hva det ville si å «diagnostisere» pasienter. De mest utvetydige grensene ble trukket for det å *stille* diagnoser. Dette, som innebærer å offisielt erklære at en pasient har en bestemt diagnose, var uomtvistelig forbeholdt legene. Når det gjaldt det å *gjøre seg opp formening* om pasienters diagnose, virket grensene mer uklare. Enkelte artikuleringer trakk i retning av at også dette var legenes domene. På triagekurs ble det for eksempel presisert at triagesykepleiere ikke skulle «tenke diagnoser», men bare «tenke symptom». Her ble sykepleierne også advart mot å «leke doktorer» – en metafor som understreket både at diagnostikk er legers domene, og at sykepleiere ikke er skikket til å utføre slikt arbeid. Samtidig var selv slike grensedragninger preget av en viss flertydighet: Det er på ingen måte *gitt* hva det innebærer å «tenke» diagnoser. Dessuten hendte det også at grensene ble trukket på andre måter, med vekt på at sykepleierne bare skulle avstå fra å *stille* diagnoser.

Annet enn for «stillingen» av diagnoser var det altså ingen *utvetydige* grenser for diagnostikk på legevakten. Dette er selvsagt ikke det samme som å si at det ikke ble trukket grenser overhodet. Alle legevaktens aktører var enige i at sykepleiere skulle støtte seg på triagesystemet MTS, og at de ikke skulle diagnostisere pasienter. Poenget er snarere at akkurat hva diagnostisering innebar, og hvor sterkt triagesystemet skulle binde dem, var åpent for tolkning.

«DIAGNOSER I BAKHODET»

I begynnelsen av feltarbeidet kunne det virke som om sykepleierne utelukkende forholdt seg til pasienters symptomer, uten å verken «tenke» eller «gjøre noen antakelser om» diagnoser. De unngikk blant annet å omtale arbeidet sitt som «diagnostikk», og jeg ble slått

5. MTS er grundigere beskrevet i Manchester Triage Group (2011).

av at pasienter som selv foreslo diagnoser for problemene sine, konsekvent ble møtt med spørsmål om hva slags symptomer som fikk dem til å mistenke denne diagnosen. Det var også slik at sykepleierne systematisk unngikk å foreslå diagnoser i notatene som oppsummerte triagevurderingene deres.⁶

Over tid lærte jeg likevel at sykepleierne ofte gjorde seg opp formeninger om diagnose når de triagerte pasienter. For eksempel hintet sykepleier Gina til dette da jeg spurte henne om sykepleieres forhold til begrepet diagnostikk.

I: Selve ordet diagnostikk, er det noe du ville brukt om [triagevurderinger]? Jeg har fått inntrykk av at det kanskje ikke er det [ordet] sykepleierne er mest komfortabel med å bruke?

Gina: Nei, man skal ikke det, egentlig. Du har jo ikke lov. Vi setter jo ikke diagnoser. Vi skal jo bare se etter symptomer. Og så har du i bakhodet hva du eventuelt tenker at det er.

Formelt skal sykepleiere se etter symptomer, ikke «sette» diagnoser, ifølge Gina. Det er dette som er deres «egentlige» oppgave. Men slik Gina så det, utelukket ikke dette at sykepleierne kan ha diagnoser «i bakhodet» når de prioriterer pasienter. Et tilsvarende poeng ble utbrodert i intervju med en annen sykepleier, Alice.

Vi har ikke lov til å diagnostisere pasientene, for det er det legene som gjør. Men selvfølgelig, vi vet jo om diagnoser, vi vet jo hva symptomene er. Det er ikke sånn at det er ukjent for oss. Så man tenker i disse banene her, at «kan denne pasienten ha hatt et drypp eller TIA [transitorisk iskemisk anfall]?». Sånne typer ting. «Kan han ha hatt et nevrologisk utfall?» Med ting som for eksempel besvimelse, *synkope*, som vi kaller det, så spør vi jo alltid: «Husker du hva som skjedde i forkant, da du besvimte?» Og da har du de pasientene som ikke husker hva som har skjedd i det hele tatt. Og det slår jo ikke ut på flytskjemaet. Det eneste som slår ut er at man har vært bevisstløs. Da får man en gul prioritering. Men når man får beskjed om at de ikke husker noe i forkant [...] Det vil jeg gi en oransje vurdering, fordi de ikke har fått et forvarsel, og da kan man mistenke at det kan være noe kardialt [hjerterelatert].⁷

Alices utsagn illustrerer hvordan sykepleiere – til tross for at de ikke har «lov» til å diagnostisere pasienter – tar stilling til diagnoser når de vurderer pasientenes hastegrad. Hun sier implisitt at sykepleiere resonnerer om pasientenes tilstand på en *differensialdiagnostisk* måte, altså at de formulerer diagnostiske hypoteser av relevans for pasientens problem som de så «tester» opp mot data om pasienten. I utdraget er denne prosessen eksemplifisert med pasienter som kommer for besvimelse, et symptom som kan følge av en hjerterelatert diagnose. Ettersom MTS, ifølge sykepleierne, ikke nødvendigvis tar høyde for alle relevante tilstander, spiller diagnosekunnskap en viktig heuristisk rolle i pasientvurderingen, som en

6. Jeg observerte riktig nok enkelte sykepleiere nedtegne en diagnostisk mistanke etterfulgt av et spørsmålstegn, for eksempel «migrene?». De fleste sykepleierne jeg snakket med var likevel av den oppfatning at man burde unngå slikt.

7. Eksempelet er også gjengitt på engelsk i Johannessen (2017), der jeg gir en grundigere gjennomgang av hvordan sykepleierne avvek fra prioriteringssystemet MTS.

sjekkliste for hvilke ytterligere symptomer man bør sjekke ut før man tar stilling til pasientens hastegrad.

Alices utsagn illustrerer også at sykepleiernes differensialdiagnostikk primært var avgrenset til akuttmedisinske diagnoser, og at sykepleiernes diagnostiske hypoteser ikke nødvendigvis var så veldig spesifikke – de resonnerte ofte med utgangspunkt i mer eller mindre brede sekkebetegnelser av typen «hjerteinfarkt», «slag» eller «TIA». Alices formuleringer – særlig forbehold som at symptomene *kan* indikere en bestemt diagnose – viser også at sykepleierne ikke nødvendigvis bekreftet sine diagnostiske hypoteser, men heller vurderte dem som mer eller mindre sannsynlige. Ved første øyekast ser dette ut til å antyde at sykepleierne kun i beskjeden grad tilslørte grensene mellom eget og legenes fortolkningsarbeid – men som jeg kommer tilbake til senere, var slike begrensninger også karakteristiske for legenes diagnostikk.

Alice understreket også det «selvfølgelige» i at sykepleiere kjenner til diagnoser. Utsagnet kan blant annet forstås i lys av at 45 av 180 studiepoeng i en norsk bachelorgrad i sykepleie består av «medisinske og naturvitenskapelige emner», med sykdomslære som en sentral del av undervisningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Diagnosekunnskap var også lett tilgjengelig på arbeidsplassen, hvor sykepleierne blant annet benyttet seg av legevaktens medisinske oppslagsverk og diskuterte diagnostikk med kollegaer. I tillegg bød triagerollen på gode muligheter til å erverve den tause ferdighetskunnskapen som inngår i diagnostisk praksis (Polanyi, 1967) gjennom gjentatt praktisering av intervjuing og undersøkelser. Sykepleierne hadde også elektronisk tilgang til legenes pasientjournaler, og dette lot dem kontrollsjekke egne diagnostiske mistanker opp mot hva legen senere skrev i journalen.

Legene var altså ikke de eneste i besittelse av diagnostisk kunnskap, og det var heller ingen som ønsket at legene skulle ha et slikt kunnskapsmonopol. Tvert imot var det godt tilrettelagt for at sykepleiere skulle erverve diagnostisk kunnskap på legevakten, og både lege- og sykepleierledelsen stilte seg positive til slikt kunnskapsserverv. Som vi skal se i neste seksjon, var det også noe aksept for at sykepleiere benyttet seg av denne kunnskapen for å gå utover MTS-systemets grenser. Hvor ofte, og med hvor stor grad av skjønn de skulle tiltales dette, var mer uavklarte spørsmål. Selv tilkjente sykepleierne seg iblant ganske vidtrekkende beslutningsmyndighet.

BESLUTNINGSTAKING

I Alices beskrivelse av potensielle slag- eller hjertepasienter så vi at sykepleieres diagnostiske mistanker kunne ha betydning for pasienters hastegrad. Alices eksempel gjaldt såkalt «opptriagering», som innebærer å gi pasienten en høyere hastegrad enn hva MTS anbefaler. Sykepleiere, leger og ledelse anså alle en viss grad av opptriagering som en nødvendighet, ettersom MTS ble sagt å kunne glippe ved visse akuttmedisinske tilstander.

Motsatsen, «nedtriagering», innebar å gi lavere hastegrad enn foreslått av MTS og var, som en av triageinstruktørene formulerte det, «strengt forbudt». Grensene for nedtriagering var med andre ord mer absolutte, og slike skjønsmessige avgjørelser skulle først og fremst være forbeholdt legevaktens leger. Likevel var det eksempler på at sykepleiernes diagnostiske resonnering ledet dem til å nedtriagere pasienter. Dette gjaldt særlig når syke-

pleierne mente det var lav sannsynlighet for at MTS-foreskrevne symptomer indikerte akuttmedisinsk sykdom. Sykepleier Anette ga følgende eksempel:

Med unge mennesker som har magesmerter, så er det [i flytskjemaet *Magesmerter* et] spørsmål om [smertene] stråler til ryggen, for da kan det være en trippel-a, altså et [abdominalt] aortaneurisme. Men hvis de sitter her og er klinisk fine, de er unge, har ikke hjerteproblemer, da spør vi ikke – i hvert fall, *jeg* spør ikke om det da.

Anettes beskrivelse viser at hun ikke forholdt seg slavisk til MTS-artikulerte grenser, men snarere vurderte relevansen av systemets føringer for hver enkelt pasient. Ettersom hun mente unge, «klinisk fine» mennesker har svært lav sannsynlighet for å ha diagnosen «trippe-l-a», anså hun ikke spørsmålet om «stråling til ryggen» som relevant for disse. Slike tilpasninger sparer tid, samtidig som de også er i tråd med det allmenne idealet for legevaktdiagnostikk: å bare spørre om opplysninger som har relevans for hva man skal gjøre med pasienten. Og siden slike relevansvurderinger innebærer mer skjønnsmessig diagnostikk enn hva MTS legger opp til, bidrar de også til å tilsløre grenser mellom sykepleiere og leger på legevakten.

Nedtriagering var særlig vanlig i situasjoner med høyt trykk på avdelingen. Sykepleierne mente at dersom de slavisk fulgte MTS i slike situasjoner, ville for mange pasienter få høye hastegrader. De følte derfor for å vurdere pasienter på en mer skjønnsmessig måte, slik at de bedre kunne rasjonere de høyere hastegradene. Sykepleierne var ikke alene om å mene dette. Mange av legene anså MTS for å være i overkant grovkornet, og de understreket ofte at de ikke ønsket en udifferensiert masse av «overtriagerte» pasienter. Også ledelsen var av den oppfatning at MTS kunne overprioritere pasienter. Av den grunn trakk de iblant diagnostiske grenser på en noe løsere og mer differensiert måte, særlig overfor de mer erfarne sykepleierne. En triageinstruktør fortalte for eksempel at hun uformelt anså skjønnsmessig nedtriagering for å være «greit» så lenge sykepleieren «har en viss erfaring», og så lenge nedtriageringen er klinisk begrunnet. Nedtriagering var med andre ord ikke «strengt forbudt» for alle, alltid. Dette viser at diagnostiske grenser ble trukket ulikt for sykepleiere med ulik erfaring, og følgelig også at diagnostiske grenser ikke bare ble trukket mellom profesjoner, men også innad i dem.

Sykepleiernes diagnostiske resonnementer ledet dem iblant til en mer ytterliggående form for nedtriagering, nemlig at de ikke ville skrive inn pasienter på legevakten overheadet – selv om pasientene, ifølge legevaktens retningslinjer, burde skrives inn. Dette gjaldt primært pasienter med «grønn» hastegrad, den nest laveste av MTS-systemets fem hastegrader. Mens sykepleierne (til en viss grad) hadde myndighet til å nekte pasienter i den laveste hastegraden, var de «grønne» avgrenset som legitime legevaktspasienter. Sykepleierne insisterte derimot på å trekke mer finmaskede grenser innad i denne kategorien, siden de mente mange «grønne» pasienter hadde problemer som var for «trivielle» for legevakten. I møte med slike pasienter forsøkte sykepleierne ofte å overbevise dem om å dra hjem eller søke hjelp andre steder, noe de uformelt refererte til som å «snu» pasienter.⁸

8. «Snuingen» utforskes grundigere i Johannessen (2018a).

Slik «snuing» innebar medisinsk differensiering innad i den grønne hastegradskategorien, og hvilte følgelig på en grundigere og mer selvstendig diagnostisk vurdering enn den som var foreskrevet av MTS. Som regel innebar dette at sykepleierne vurderte et bredere sett av symptomer og risikofaktorer for å utelukke relevante akuttmedisinske diagnoser. Iblant snevret de også pasientens problem inn til en konkret, ikke-kritisk diagnose, som vi ser i følgende feltnotat:

Joachim får inn en engelsktalende mor med et lite barn som har prikker i fjeset og på kroppen. Joachim undersøker barnet før han spør sykepleieren i triagebåsen ved siden av om å få en *second opinion*. Naboen undersøker barnet en stund før hun slår fast: «Jo, det er vannkopper». «Det er det, ikke sant?», svarer Joachim bekreftende. Naboen foreslår at Joachim bare skal be moren gå på apoteket og kjøpe en krem og Paracet. «Det er ingenting vi kan gjøre uansett», konkluderer hun. Joachim forteller dette til barnets mor, som svarer at hun trodde de kunne få en vaksine. Han forsikrer henne om at dette vil gå over om en uke og at det ikke er noe de kan gjøre med det. Moren spør igjen om han er sikker på at det ikke er farlig, og Joachim bekrefter. Mor og barn forlater triage, og Joachim fullfører dokumentasjonen sin.⁹

I dette eksempelet stilte sykepleierne uformelt diagnosen «vannkopper» på pasientens problem, for så å forskrive behandling i form av smertestillende og en reseptfri salve. Bemerkningen om at «det er ingenting vi kan gjøre uansett», viser at sykepleierne mente å kunne forutsi utfallet av legens konsultasjon. Ved å «snu» pasienten kunne de dermed spare både pasientens og legens tid, og i praksis var det da sykepleierne som gjennomførte konsultasjonen. I lys av debatter om hvorvidt sykepleiere formelt kan overta legeoppgaver (se bl.a. Buchan & Dal Poz, 2002), er det verdt å merke at betydelig oppgaveglidning allerede kan finne sted på uformelt nivå. Slik uformell glidning fant riktig nok bare sted når sykepleierne anså seg som kompetente til å være «stedfortreder» for legen – men i slike tilfeller kunne grensetilsøringen mellom de to profesjonene være nærmest komplett.

I likhet med legene jobbet altså triagesykepleierne for å avklare hvorvidt pasienter hadde akuttmedisinsk sykdom, de samlet inn data om pasienters symptomer og resonnererte differensialdiagnostisk om disse, de sendte hjem pasienter uten indikasjoner for kritisk sykdom, og de videresendte pasienter som de enten bekreftet – eller ikke kunne utelukke – at hadde kritisk sykdom. Det var med andre ord store likheter mellom triagevurderinger og lege-konsultasjoner på legevakten. Men dette må ikke lede oss til å overse forskjellene mellom de to. I motsetning til sykepleierne hadde legene autoritet til å gjøre sine diagnoser offisielle (bl.a. gjennom skriving av pasientjournaler); de var ikke påkrevd å benytte et formalisert fortolkningssystem (som MTS); de hadde i større grad autoritet til å handle på basis av sine diagnoser (f.eks. ved å henvise pasienter til akuttmottak eller skrive sykmelding); de hadde lengre medisintdannelse og var forventet å kunne mer om akuttmedisin; de diagnostiserte pasienten etter at triagesykepleier hadde gjort sin vurdering; de hadde

9. Eksempelet er også gjengitt på engelsk i Johannessen (2018b), der jeg undersøker hvordan sykepleierne lærer å overskride grensene mellom dem selv og legene.

mer tid til diagnostisering; og de hadde flere diagnostiske redskaper til rådighet. Legene hadde følgelig større formell autoritet til, og var gitt bedre betingelser for, å diagnostisere og behandle pasienters problemer. Derfor kunne de som regel diagnostisere pasienters problemer med større presisjon og visshet enn hva sykepleierne kunne. Legevaktens diagnostiske grenser ble altså ikke fullstendig, bare delvis tilslørt i triagesykepleiernes arbeid.

Samtidig må det legges til at forskjellen mellom legers og sykepleieres fortolkningsarbeid er mindre på legevakt enn i de fleste andre steder i helsevesenet, især hvis man sammenlikner med spesialisthelsetjenesten. Legevaktleger har typisk ikke truffet pasienten tidligere, de har ikke tilgang på pasientens journaler fra sykehus eller fastlegen, de har begrenset med diagnostisk utstyr til rådighet, de vurderer ofte pasienter svært tidlig i sykdomsforløpet (før alle symptomene har fått manifestere seg), og de skal først og fremst avklare hvorvidt pasientens problem kan være av akuttmedisinsk art (Vallersnes, 2016). Følgelig forklarte en lege at legevaktdiagnostikk er langt mer avgrenset enn den dybde- og breddeorienterte modellen folk flest forbinder med legevirkosomhet. Legevaktleger bedriver først og fremst «utelukkelsesdiagnostikk», som innebærer å utelukke diagnoser av akutt-alvorlig karakter. I den grad de bekrefter diagnoser, ble dette gjerne omtalt som «grovdiagnostikk». Dette var reflektert i legevaktens diagnostiske kategorisystem, som i stor grad bestod av såkalte «symptomdiagnoser». Disse er deskriptive merkelapper for pasienters problem som ikke innebærer noen antakelser om underliggende sykdomsmekanismer. Interessant nok var det også en del overlapp mellom sykepleiernes og legenes kategorisystemer, som eksemplifisert ved at symptomdiagnosene «magesmerter» og «hodepine» også var å finne som flytskjemaer i MTS. På legevakten er altså avstanden mellom lege og sykepleier i utgangspunktet mindre enn i de fleste andre helseorganisasjoner, og den ble gjort enda mindre i lys av sykepleiernes grensetilsløring.

GRENSER FOR OMTALEN AV ARBEID

Så langt har vi sett hvordan triagesykepleierne – som følge av stor pågang og et ufullkomment prioriteringssystem – tilslørte diagnostiske grenser mellom seg selv og legene. Vi har også sett hvordan sykepleierne til en viss grad var *forventet* å tilsløre grenser på denne måten, slik at de med større presisjon kunne prioritere pasienter – et tydelig uttrykk for at grensetilsløringen langt på vei var formålstjenlig for legevakten som organisasjon. Det vi derimot ikke har fått svar på, er hvorfor legevaktansatte likevel insisterte på at sykepleiere ikke diagnostiserer pasienter. Her vil jeg skissere flere komplementære svar.

For det første kan denne grensedragningen på organisasjonsnivå forstås som en *institusjonell myte* (Meyer & Rowan, 1977). Institusjonelle myter er ideer om formell struktur som organisasjonen er forventet å slutte seg til, men som i begrenset grad svarer til praksis, og som følgelig vil være frikoblet fra organisasjonens mer løselig definerte, uformelle struktur. Abbott (1988, s. 67) understreker blant annet at slike myter er viktig i kommunikasjon ut mot offentligheten, når han skriver: «The diversity of professional workplaces must be reduced, in public, to a clear, simple picture of straightforward jurisdictional relations between undifferentiated wholes». På helsefeltet kan slike myter spille en viktig konflikt-

dempende rolle, blant annet ved å forsikre helsemyndigheter og befolkningen om at oppgaver ivaretas av kompetente aktører, og ved å tilfredsstillte profesjoners ønske om en klart definert identitet ut mot offentligheten. Det er også i lys av slike offentlighetshensyn vi kan forstå hvorfor sykepleierne ikke fikk lov til å dokumentere sine diagnostiske mistanker, samtidig som flere lederfigurer uttalte at det var greit at de kommuniserte dem muntlig til legene. Sistnevnte holder «hemmeligheten» om grensetilsløring innenfor organisasjonens vegger, mens førstnevnte kan spres til et bredere publikum av tilsynsmyndigheter og andre potensielle kritikere.

For det andre kan insisteringen på at kun leger diagnostiserer pasienter til en viss grad forstås som en del av helsefeltets *doxa* (Bourdieu, 1977) – som en tatt-for-gitt-idé om hvordan arbeidsdelingen er og bør være mellom leger og sykepleiere. Blant annet fortalte sykepleierne at slike ideer var noe de terpet på i utdanningen, hvor de stadig fikk understreket at de, som sykepleiere, ikke skal diagnostisere pasienter.¹⁰ Riktig nok ble ikke disse ideene fullstendig tatt for gitt. Flere av sykepleierne var, i det minste når jeg spurte dem, åpne for at arbeidet deres kunne minne om legers diagnostikk. Når de til daglig likevel unngikk å omtale arbeidet med begreper som «diagnose», «diagnostisering» og «diagnostikk», kan det skyldes nettopp disse begrepene flertydighet. Som påpekt ovenfor, kan begrepene potensielt implisere den offisielle *stillingen* av diagnoser – et område som utvetydig er legens ansvar. For det tredje er det derfor nærliggende å tro, som også Tjora (2000) har foreslått, at sykepleierne også unngikk å bruke slike begreper fordi de potensielt signaliserer *overtredelse* av profesjonsgrenser.

Uavhengig av *hvorfor* aktørene trekker slike diagnostiske grenser, bør det legges til at det er noen problematiske sider ved å insistere på at kun leger diagnostiserer. For det første kan denne grensdragningen ha negative konsekvenser for pasientene. Dette gjelder blant annet dersom en sykepleier tolker den som å utelukke diagnostisk skjønn og følgelig opplever å *måtte* følge MTS slavisk. Det kan føre både til at enkeltindivider prioriteres for lavt (fordi MTS ikke tar høyde for alle symptomer av relevans), og til at for mange pasienter prioriteres for høyt (fordi MTS ikke er nyansert nok). Mens førstnevnte innebærer at man overser kritisk sykdom, vil sistnevnte medføre at det blir vanskeligere å identifisere dem som *virkelig* er syke. Begge deler vil kunne være til skade for pasientene.

En annen uheldig følge er at slike grensdragninger overdriver avstanden mellom leger og sykepleiere. Mens den forutgående sammenlikningen viste gradforskjeller i sykepleierne og legenes fortolkningsarbeid, signaliserer legevaktansattes begrepsbruk at det er vanntette skott mellom de to. Begrepsbruken kan dermed betegnes som mytisk i semiotisk forstand (Thwaites, Davis & Mules, 2002, s. 65–69), i og med at legers og sykepleieres fortolkningsarbeid reduseres til motpoler i den binære opposisjonen «diagnostiserer – diagnostiserer ikke». Da er det fort gjort å nedvurdere sykepleieres arbeid – som eksemplifi-

10. «Terping» på at sykepleiere ikke skal diagnostisere pasienter, er ikke nødvendigvis et uttrykk for sykepleiens underkastelse overfor legeprofesjonen. En alternativ lesning er at både lege- og sykepleierprofesjonen har interesse av å ivareta klare grenser: Førstnevnte fordi de ønsker å ivareta ideen om sitt monopol på diagnostikk, og sistnevnte fordi de ønsker å markere sykepleiens egenart – at de er *hele* sykepleiere framfor *halve* eller *kvarte* leger, for å parafrasere diakonissen Rikke Nissen (2000).

sert da jeg spurte en lege om hva som skiller legers diagnostisering fra triagesykepleieres vurderinger, og fikk følgende til svar:

[Vi er] trent på helt ulikt vis. [...] Man skal ikke glemme at vi [ler litt pustende] har jo en *utrolig* mye større bredde i kunnskapen. Faktisk. Det vil jeg si som en generell regel. Og dybde og, ikke sant, sånn at det er jo helt, helt forskjellig. Det ene [triagering] er jo et rent sorteringssystem, med gitte kriterier. Det andre er jo bruk av alt du har lært, på et vis.

Selv om denne og andre leger også kunne omtale sykepleierne som dyktige klinikere, tyder slike utsagn på at de opplevde forskjellen mellom eget og sykepleiernes fortolkningsarbeid som større enn hva som ofte var tilfellet. I en kultur hvor man trekker kategoriske grenser for diagnostikk, er det altså kort vei til at man også overser sykepleieres bidrag til pasientbehandlingen. Da usynliggjøres sykepleiernes medisinske kompetanse, og maktbalansen forskyves et uforholdsmessig hakk i favør av legene.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har jeg analysert profesjongrenser for diagnostikk, slik disse ble trukket mellom leger og triagesykepleiere på en norsk storbylegevakt. Artikkelen har demonstrert flertydigheten i legevaktens formelle grenser, og vist hvordan sykepleierne prioriterte pasienter på en måte som langt på vei tilsørte diagnostiske grenser mellom dem selv og legene. På den ene siden ble sykepleiernes praksis møtt med stor grad av uformell aksept blant ledelsen, fordi den bidro til mer presise prioriteringer og kompenserte for prioriteringssystemets problemer med å sortere store mengder pasienter. På den andre siden var det vanlig å insistere på at kun leger diagnostiserte pasienter, noe vi kan forstå både som en viktig institusjonell myte (Meyer & Rowan, 1977), som en del av helsefeltets *doxa* (Bourdieu, 1977), og som rasjonelt sett fra sykepleiernes eget ståsted (siden bruken av «legens begreper» impliserer at man trer over profesjongrenser).

I tillegg til å vise hvordan arbeidsplassjurisdiksjon kan være frikoblet fra jurisdiksjongrenser på makronivå, har artikkelen illustrert noe av mangfoldet i organisasjonsinterne profesjongrenser. Den viser at arbeidsplassjurisdiksjon utgjør et komplekst landskap av formelle og uformelle grenser, artikulert av ulike aktører i ulike situasjoner og kontekster med ulike perspektiver og interesser. Dette er i tråd med funn fra den bredere grensedragningslitteraturen, som vektlegger grensers situerte og ofte porøse og tvetydige karakter (Gieryn, 1983; Lamont & Molnár, 2002). Arbeidsplassjurisdiksjon er følgelig et langt mer komplekst og potensielt motsetningsfylt fenomen enn jurisdiksjongrenser på makronivå.

Til sist er artikkelen også et kritisk korrektiv til såkalt diagnosesosiologi (Jutel, 2011; McGann & Hutson, 2011), som overveiende har tatt for gitt at bare leger diagnostiserer pasienter. Slike tatt-for-gitt-heter demonstrerer noe av viktigheten ved å utforske profesjongrenser etnografisk. Framfor å reprodusere institusjonelle myter, bør sosiologisk forskning rette et kritisk blikk mot hvem som faktisk gjør hva på organisasjoners bakkenivå.

OM ARTIKKELEN

Jeg ønsker å takke Erik B. Rasmussen, Mats Lillehagen og Tore W. Rafoss for god (og humorfylt) artikkeldiskusjon. En stor takk også til de anonyme fagfellene, til min veileder Dag Album, til Beatrice Johannessen, og til legevaktens ansatte for deres åpenhet og interesse.

REFERANSER

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498–520. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00415.x>
- Allen, D. & Hughes, D. (2002). *Nursing and the Division of Labour in Healthcare*. Basingstoke: Palgrave.
- Bazeley, P. (2007). *Qualitative Data Analysis with NVivo*. Los Angeles: Sage.
- Bechky, B. A. (2003). Object lessons: Workplace artifacts as representations of occupational jurisdiction. *American Journal of Sociology*, 109(3), 720–752. <https://doi.org/10.1086/379527>
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine*, 12, 9–17. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90017-2](https://doi.org/10.1016/0271-7123(78)90017-2)
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buchan, J. & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, (80), 575–580.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York, N.Y.: Free Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Gamarnikow, E. (1991). Nurse or woman: Gender and professionalism in reformed nursing 1860-1923. I P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and Nursing* (s. 148–169). London: Routledge.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781–795. <https://doi.org/10.2307/2095325>
- Godlee, F. (2008). What skills do doctors and nurses need? *BMJ*, 337, a1722. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1722>
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Hansen, E. H. & Hunskår, S. (2016). *Legevaktarbeid: En innføringsbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.*
- Hughes, D. (1988). When nurse knows best: Some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, 10(1), 1–22. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340102>

- Johannessen, L. E. F. (2017). Beyond guidelines: Discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociology of Health & Illness*, 39(7), 1180–1194. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12578>
- Johannessen, L. E. F. (2018a). Narratives and gatekeeping: Making sense of triage nurses' practice. *Sociology of Health & Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12732>
- Johannessen, L. E. F. (2018b). Workplace assimilation and professional jurisdiction: How nurses learn to blur the nursing-medical boundary. *Social Science & Medicine*, 201, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.004>
- Jutel, A. (2011). *Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society*. Baltimore, Pa.: Johns Hopkins University Press.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
- Lamont, M. & Molnár, V. (2002). The study of boundaries in the social sciences. *Annual Review of Sociology*, 28, 167–195. <https://doi.org/10.2307/3069239>
- Larson, M. S. (1979). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Liberati, E. G. (2017). Separating, replacing, intersecting: The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary. *Social Science & Medicine*, 172, 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.008>
- Manchester Triage Group. (2011). *Akuttmedisinsk triage*. Oslo: Unipub.
- McGann, P. J. & Hutson, D. J. (2011). *Sociology of Diagnosis*. Bingley: Emerald Group.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363.
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897–919. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x>
- Nissen, R. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. Garden City: Doubleday.
- Prowse, M. & Allen, D. (2002). «Routine» and «emergency» in the PACU: the shifting contexts of nurse-doctor interaction. I D. Allen (red.), *Nursing and the Division of Labour in Healthcare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: Perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 661–667. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01321.x>
- Stein, L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699–703. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009>
- Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 379–398. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934735>
- Thwaites, T., Davis, L. & Mules, W. (2002). *Introducing Cultural and Media Studies: A Semiotic Approach*. Houndmills: Palgrave.
- Tjora, A. (2000). The technological mediation of the nursing-medical boundary. *Sociology of Health & Illness*, 22(6), 721–741. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00228>
- Tolich, M. (2004). Internal confidentiality: When confidentiality assurances fail relational informants. *Qualitative Sociology*, 27(1), 101–106. <https://doi.org/10.1023/B:QUAS.0000015546.20441.4a>

- Vallersnes, O. M. (2016). Legekunst på legevakt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, 2032–2033. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0181>
- Walby, S. & Greenwell, J. (1994). *Medicine and Nursing: Professions in a Changing Health Service*. London: Sage.
- Weiss, M. C. (2011). Diagnostic decision making: The last refuge for general practitioners? *Social Science & Medicine*, 73(3), 375–382. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.038>
- Xyrichis, A., Lowton, K. & Rafferty, A. M. (2017). Accomplishing professional jurisdiction in intensive care: An ethnographic study of three units. *Social Science & Medicine*, 181, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.047>