

En förtjänt patient? Moraliska bedömningar i sjukvården

Katarina Jacobsson

Docent, Socialhögskolan, Lunds universitet, Box 23, 221 00 Lund. E-post: katarina.jacobsson@soch.lu.se.

Läkare förväntas tjäna patienten på ett fördomsfritt och medicinskt korrekt sätt. Det hindrar dock inte läkare och övrig sjukvårdspersonal från att ha synpunkter på huruvida patienten förtjänar vård. Denna motstridighet dryftas utifrån fältanteckningar från en kardiologisk klinik. Genom att rikta sökljuset mot vilka omständigheter som poängteras av personalen när de diskuterar patienter, visar analysen hur patienter framställs som mer eller mindre förtjänta av vård. Vidare argumenteras för fler observationsstudier av vardagliga situationer som komplement till vinjettstudier där man söker identifiera individuella egenskaper eller "faktorer" och fastställa hur de varierar med bedömningar och beslutsfattande. Ett situationellt perspektiv visar att moraliska bedömningar konstrueras i samspel med andra och att individuella egenskaper inte enkelt kan sammankopplas med vissa typer av bedömningar och beslut.

Doctors are expected to serve the patient in an unbiased and medically accurate manner. Yet, this does not prevent doctors and other medical staff from having pronounced views on whether the patient deserves care. Based on field notes from a cardiology clinic, this contradiction is discussed and analyzed. In directing the spotlight on what circumstances are pointed out by the staff when discussing patients, the analysis shows how patients are presented as more or less deserving of care. Furthermore, it is argued that observational studies of everyday situations should complement vignette studies. A situational perspective shows that moral judgments are constructed in interaction with others and that individual characteristics can not easily be linked with certain types of judgments and decisions.

Introduktion

Fördelning av (ständigt) knappa offentliga resurser innebär ett kontinuerligt samhälleligt och akademiskt intresse för hur och på vilka grunder prioriteringar sker. Det är i synnerhet den grundläggande samhälleliga principen att medborgare ska behandlas på lika villkor som väcker intresse och

påkallar bevakning. Oavsett regler, lagar, policydeklarationer har exempelvis läkaren, åklagaren, socialarbetaren alltid ett handlingsutrymme (*discretion*): dvs. det sätt på vilket regler används och tolkas i praktiken (se t.ex. Hawkins [1994] om rättsväsendet och Terum [2003] samt Svensson, Johnsson och

Laanemets [2008] om socialtjänsten).

Mot bakgrund av begränsade offentliga resurser är det relevant att undersöka professionellas värderingar kring vem som ”verkligt” förtjänar dessa resurser. Så har exempelvis Kullberg (2005) funnit att socialarbetare anser ensamstående mammor vara mer förtjänta av deras hjälp än ensamstående pappor samt att de senare anses befina sig i en självförvårdad sits. Likaså har undersökningar om vilka patienter som anses förtjäna vård mer eller mindre än andra genomförts bland sjukvårdspersonal (Skinner, Feather, Freeman och Roche 2007).

På medicinens område finns en rad statliga regleringar som söker upprätthålla och kontrollera likabehandling, exempelvis genom styrning av läkarutbildningens innehåll, hälso- och sjukvårdslagen, socialstyrelsens riktlinjer för behandling och patientnämnder. Även de professionella organisationerna har normer kring hur yrket ska utövas, särskilt uttryckt genom etiska riktlinjer. I synnerhet två punkter (7 och 14) i Sveriges läkarförbunds nitton etiska regler¹ betonar likabehandling och att inte låta sig påverkas av medicinskt ovidkommande faktorer:

”Läkaren ska aldrig frångå principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande. /---/”

”Läkaren ska i sin gärning bidra till

att medicinska resurser användes i enlighet med dessa etiska regler och på bästa sätt till gagn för patienterna. Läkaren ska aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel.”

Sålunda finns statliga och professionella ansvarsstrukturer som syftar till att minimera godtycklighet och medicinskt irrelevanta bedömningsfaktorer och därmed garantera god vård för alla patienter. Läkaren förväntas *tjåna* patienten på ett fördomsfritt och medicinskt korrekt sätt. Detta hindrar dock inte läkare och övrig sjukvårdspersonal från att ha mer eller mindre uttalade synpunkter på huruvida patienten *förtjänar* vård. De kan tycka saker om patienten: känna för patienten, uppskatta patienten, tycka illa om patienten. I enlighet med tidigare forskning är det också rimligt att anta att moraliska bedömningar är väsentliga ingredienser i läkares (och annan sjukvårdspersonals) argument för eller mot specifika diagnoser och behandlingar (t.ex. Griffiths och Hughes, 1994).

Det finns en motsägelsefull spänning mellan föreställningar om likabehandling och förbehållslöst tjänande å ena sidan, och moraliskt färgade synpunkter kring vem som faktiskt förtjänar vården å andra sidan. Att överhuvudtaget resonera i termer av att förtjäna vård – oavsett om patienten får särskilt god eller särskilt dålig vård – bryter mot samhällliga normer och ideal om

¹ http://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/PDFer/Etiska%20regler%202010_webb.pdf (hämtad 20110923)

likabehandling. Det är detta normbrott som här ska dryftas utifrån två fall från en kardiologisk klinik i syfte att:

- a) analysera hur det kan gå till när patienter konstrueras som särskilt förtjänta eller icke förtjänta,
- b) diskutera vikten av etnografiska skildringar av fenomenet för att bland annat nyansera tendensen att söka individuella ”faktorer” (som klass, kön, etnicitet) som förklaringar till olika behandling av i övrigt likvärdiga medicinska åkommor.

Två klargöranden

Bedömningar och resonemang om hur väl någon förtjänar vård och behandling, är inte (nödvändigtvis) detsamma som i vilken grad vederbörande är *berättigad* till densamma. Här spelar förstås normer, regler och lagar in. Sjukvårdspersonal kan exempelvis anse att en patient som fortsätter att röka efter en hjärtoperation knappast har gjort sig förtjänt av ytterligare ett ingrepp, utan att för den sakens skull ifrågasätta patientens *rätt* till ett andra ingrepp (jfr. Feather och Johnstone 2002; Feather 2003).

Det ska vidare betonas att denna analys inte främst handlar om frågan om patienter *faktiskt* får bättre eller sämre vård och bemötande utan istället personalens mer eller mindre subtila ut-sagor om i vilken grad vederbörande förtjänar vården ifråga. Analysen koncentreras i första hand till hur sjukvårdspersonal konstruerar patienten som mer eller mindre förtjänt.

Metod och material

Materialet för denna artikel är hämtat ur fältanteckningar från en kardiologisk klinik.² Periodvis under 2009 och 2010 studerades vardagligt medicinskt beslutsfattande: jag följde sjuksköterskor och läkare i deras dagliga arbete – genom en etnografisk metod som kallas *shadowing* (Czarniawska 2007). Detaljerade fältanteckningar togs dels på plats när det fanns möjlighet till det (t.ex. under ”sittronden”), dels direkt efter ett avslutat arbetspass. I studien ingår även bandinspelade intervjuer med framför allt läkare, vilka dock inte ligger till grund för denna artikel.

Personalen pratade om patienter på många olika sätt men här har jag valt att koncentrera diskussionen till temat om hur patienter framställs och pratas om som mer eller mindre förtjänta. För analysen har jag valt två längre exempel som på intet sätt är unika för materialet som helhet. Däremot är de båda fallen särskilt tydliga och koncentrerade i såväl tid som omfång vilket lämpar sig väl för artikelformatet. I det övriga materialet förekommer liknande patientkonstruktioner flyktigt, sporadiskt och löpande. Det kan handla om en snabb kommentar i förbifarten kollegor emellan men i synnerhet inträffade denna typ av patientbeskrivningar vid så kallad rapportering (när en personal lämnar över till en annan).

En förtjänt patient

Samhällsvetenskaplig forskning har visat åtskilliga exempel på hur medicinska

² Projektet ”Jämställdhet och beslutsfattande i medicinsk praktik – exemplet hjärt- kärlsjukdomar” är finansierat av Vetenskapsrådet (Dnr. 2008-1310). Godkänd etikprövning 2009-01-13 (Dnr. 635/2008).

beslut inte bara sker utifrån medicinska kriterier utan involverar även moraliska aspekter (t.ex. Berg 1992; Atkinson 1995; Gabbay och le May 2004; Lutfey och McKinlay 2009). Som förklaring brukar framhållas att hårt ansträngda resurser framtvingar prioriteringar som i sin tur väcker resonemang med moraliska undertoner. Med ett starkt decentraliserat budgetansvar är ekonomiska spörsmål inte längre bara en fråga för politiker utan en del av det vardagliga samtalet inom sjukvården: ofta hänvisas till behovet av korta vårdtider genom att inte låta en patient ”ligga för länge” eller att man ska överväga den mindre kostsamma undersökningen eller behandlingen om det finns alternativ. Men även under omständigheter när ekonomin inte utgör ett direkt hinder, kan vi finna exempel på hur moraliska och sociala hänsyn formuleras för att motivera vad man gör för patienten och hur man gör det.

”Tar hand om barnbarn och går på vattengympa”

Det första fallet som ska diskuteras handlar om en patient med förmaksflimmer. Läkaren Lisa stoppar överläkaren Örjan i korridoren för att diskutera patienten ifråga. Från fältanteckningarna³:

Lisa drar snabbt en rad medicinska omständigheter kring patienten och jag lyckas fånga följande: En kvinna som är ”mycket aktiv – tar hand om barnbarn och går på vattengympa” har förmaksflimmer. Hon har ordinerats Waran [blodförtunnande

medicin med stor blödningsrisk] vilket Lisa är tveksam till om det verkligen är bra för henne. ”Henne måste man hjälpa tycker jag”, säger hon till Örjan. Lisa vill att någon av två specialister, Östen eller Lars, ska titta på henne så hon får en ”adekvat bedömning”. Örjan verkar stödja (eller åtminstone lyssna på) Lisas utläggning med medhållande kommentarer. /---/

Lite senare går Lisa in i ett litet ”läkarrum” med datorer och telefoner. Hon slår sig ner framför en datorskärm. Journalen för den patient hon pratade med Örjan om är uppe på skärmen. Det står i journalen att hon heter Britta Svensson och är född 1937. Lisa läser och mumlar. ”Så hon *har* varit hos Lotta...” (en läkare) säger hon tyst för sig själv. En annan läkare som också sitter i rummet börjar prata med Lisa om patienten. Lisa betonar att patienten har mycket flimmer och är helt tagen av det: ”Hon kan inte göra någonting! Henne *måste* man hjälpa.” Den andra läkaren låter förstå att han är osäker på hur mycket flimmer det *verkligen* är – hur mycket är bara patientens upplevelser? Lisa talar högt och tydligt: ”Jag tycker att en kvinna som är mycket fysiskt aktiv - tar hand om barnbarn och går på vattengympa - måste vi hjälpa. Hon ska inte behöva ha det så här!” Hon använder en ton som signalerar att detta är väl självklart. Lisa föreslår en annan typ av mediciner och vill att en expert ska göra en ”adekvat bedömning”.

³ Alla namn, år och datum är fingerade.

Därefter börjar hon diktera journalanteckningar och ett brev till Östen, en annan överläkare på avdelningen. I båda fallen nämner hon ”Mycket fysiskt aktiv, tar hand om barnbarn och går på vattengympa.” Hon ringer även till sekreteraren på kardiologen för att boka en tid för ny bedömning – ”helst till Östen eller Lars” – samt tid för UKG [ultraljud av hjärtat]. I journalen står antecknat om patienten: ”... som tidigare fixerad vid flimmer.” I journalen står även att ”patienten är negativt inställd till Waran.” Lisa dikterar ”viss fixering av flimmer”.

Detta exempel handlar inte om något större medicinskt beslut i likhet med en bypassoperation eller kranskärlsröntgen. Det handlar om något utöver det som redan är. Läkaren ställer sig tveksam till tidigare ordinerade mediciner och vill att patienten ska undersökas på nytt för ”en adekvat bedömning.” Underförstått: den tidigare bedömningen var kanske inte adekvat? I argumenteringen för en ny expertbedömning åberopar läkaren inte bara medicinska grunder utan även sociala och personliga. Patienten framställs som socialt förankrad (”passar barnbarn”) och ansvarstagande gällande sin hälsa (”mycket fysiskt aktiv och går på vattengympa”). Den här läkaren väljer att ta patientens oro för flimmer på allvar, något som andra läkare tycks ha varit skeptiska till (”hur mycket flimmer det *verkligen* är”). Notera även hur Lotta i journalanteckningarna mjukar upp den tidigare formuleringen ”... som tidigare fixerad vid flimmer” till

”viss fixering av flimmer.” Läkaren i detta fall verkar göra det där lilla extra för patienten: hon besvärar sig med att ordna en tid till en läkare som är särskilt skicklig på flimmer och beställer tid för ultraljud.

Moraliska värderingar och medicinska beslut

Inom sjukvården i allmänhet, men hjärtsjukvården i synnerhet, värdesätts och propageras för en hälsosam livsföring bland patienterna. Forskning visar med all önskvärd tydlighet sambandet mellan hjärt- och kärlsjukdomar och ett ohälsosamt leverne med exempelvis övervikt och rökning. Därför kan synpunkter på hur människor väljer att leva sina liv vävas in i medicinska resonemang: en god kandidat för en lyckosam insats är den som slutat röka, som äter hälsosam mat, motionerar regelbundet. Ofta poängteras att krav på förändrad livsstil *inte* är moraliskt orienterad. ”Det är inte en moralfråga, utan en patientsäkerhetsfråga”, citerades exempelvis en ortoped i kvällstidningen om kraven att sluta röka och gå ner i vikt för att få genomföra en operation.⁴

Det är sannolikt omöjligt att entydigt påvisa att moraliskt värderande av en patient *bestämmer* det medicinska beslutet, men det är tydligt att medicinska beslut kan *motiveras* med argument från den vardagliga moraliska sfären. Griffiths och Hughes (1994) hävdar att när det gäller prioriteringar av vård kan den kliniska argumentationen vara otillräcklig varför den kompletteras med en vardagsmoralisk sådan. Medi-

⁴ Aftonbladet <http://www.aftonbladet.se/nyheter/article13578974.ab> Hämtad 2011-09-23.

cinska beslut motiveras då på basis av en kombination av medicinska, sociala och personliga faktorer.

I en brittisk studie om bedömningar av vilka patienter som skulle få tillträde till neuro-rehabilitering visade det sig att personalen skiftade mellan ett rapporterande och ett berättelseorienterat samtalsätt. Rapportrandet avsåg klinisk information medan berättelsefragment innehöll upplysningar av personlig och moralisk art. Forskarna menar att det senare användes som ”naturlig retorik” i syfte att stärka argumentationen för tillträde till rehabiliteringen (ibid.).

På kardiologkliniken framkom likaså flera varianter på särskilt förtjänta patienter som ibland dessutom tycktes frammana personalens ambitioner att ”göra det lilla extra.” Det kunde vara 89-åringen med en härligt positiv livsinställning, den pensionerade idrottsläraren med synnerligen god fysik, eller den osannolikt otursdrabbade patienten som råkat ut för en rad besvärliga komplikationer. Omständigheter som betonades av personalen och som tycktes ha betydelse för en särskilt välvillig inställning till patienten var bland annat följande: om patienten har väldigt svåra symptom eller blivit utsatt för långdragen och/eller felaktig behandling inom vården (när det är ”synd om” patienten), om patienten är aktiv i sin önskan att förändra sin livsstil, om patienten är ovanligt charmig eller ”gullig.” Det är viktigt att poängtera att det inte är omständigheten i sig som är avgörande, utan det faktum att personalen lyfter fram vissa omständigheter

och *pratar om patienterna* i dessa termer (som ”duktig”, ”synd om”, ”gullig”). På så sätt framställs vissa patienter som mer förtjänta än andra.

En inte så förtjänt patient

På samma sätt som när det gäller förtjänta patienter kan en rad omständigheter lyftas fram för att betona motsatsen. Sociologer har intresserat sig för om det förekommer diskriminering inom vården – en företeelse som ju ligger nära (men inte behöver vara detsamma som) synen på vem som förtjänar vård. En amerikansk forskargrupp undersökte vilken typ av patienter som av läkare betraktades som förtjänta på akutmottagningar när det gäller smärtlindring (Hinze, Webster, Chirayath och Tamayo-Sarver, 2009). Exemplet på besvär var migrän, ryggvärk och ankelfraktur. Eftersom kraftig smärtlindring kräver medicin som ofta är beroendeframkallande, har läkarna att värdera om patienten är i riskzonen för läkemedelsmissbruk.

Vilka patienter var då läkarna tveksamma till att ge smärtstillande medicin? Läkarna undvek att skriva ut mediciner till patienter med a) nuvarande eller tidigare missbruk, b) som frekvent nyttjade akutmottagningen, och c) de vars skador hade uppstått på ett suspekt sätt (t.ex. genom att springa från polisen). Faktorer som indikerade tillhörighet i lägre samhällsklass inverkade likaså negativt på chansen att få smärtlindring. Forskarna anser sig ha belägg för att patientens sociala karaktäristika överskuggade medicinska bedömningar: att läkarna snarare bedömde i vilken utsträckning patienten förtjänade

vården än huruvida han eller hon var i riskzonen för läkemedelsmissbruk.

Det finns en allvarlig metodologisk brist i ovanstående studie. Den bygger nämligen på så kallade vinjetter – forskarna har konstruerat några patientfall som ett antal läkare fick ta ställning till i en enkät. Vinjettmetoden är långt ifrån ovanlig när det gäller att söka svar på huruvida vissa *typer* av människor diskrimineras (Egelund 2008). Problemet är just att den inte nödvändigtvis säger så mycket om hur det går till i praktiken, i den omedelbara situationen. Om vi istället observerar det dagliga arbetet blir det snart tydligt att denna typ av värderingar knappast entydigt kan kopplas till individers egenskaper som i sin tur därmed kan förutbestämma vilka beslut som fattas och vilken vård som ges (t.ex. ”kvinnor får sämre vård” eller ”invandrare diskrimineras i vården”).

”Hur många fler skrämnskott än hjärtstopp behöver man!”

Låt oss återvända till den kardiologiska kliniken för ett exempel på hur personalen pratar om en patient som de anser vara mindre förtjänt. Under en ”sittrond” – där läkare och ansvarig sjuksköterska går igenom patienterna i enrum – diskuterar Mohammad. Ur fältanteckningarna:

Mohammad, född 1966. Han är taxichaufför. Personalen tittar på svaren från thoraxkonferensen där man beslutat att göra en bypassoperation med dubbel förtur på Mohammad. I journalen står att

Mohammad kom in för hjärtinfarkt och ventrikelflimmer [i princip hjärtstopp] 1998 då han var ca 30 år gammal. Lena (överläkare): ”Tänk om han hade brukat allvar efter första gången så hade han kanske klarat tio år till. Istället har han fortsatt att röka och tar inga mediciner.” Lena pratar lite till om det obegripliga i att Mohammad inte tagit första incidenten på allvar: ”Ventrikelflimmer!! Hur många fler skrämnskott än hjärtstopp behöver man!” Hon tycker att det egentligen är otroligt att han klarat sig i över tio år utan medicinering och ändrade levnadsvanor. ”Sen finns det de som går hem och sköter sig och kommer tillbaka efter två månader!” säger Lena. ”Det finns ingen rättvisa i det där” säger Stefan (sjuksköterska) och får instämmande mummel från de andra.

Stefan fortsätter senare på dagen att prata kring samma tema med mig med anledning av Mohammad. Han tycker att vården inte ställer några som helst krav: ”Vi kör hela paketet oavsett om patienten visar att den skiter i att ta sitt ansvar. Då blir det så att vi har gjort allt för någon som egentligen inte har förtjänat det.” Jag frågar hur långt man ska dra det egna ansvaret. Stefan menar att en patient som inte slutar röka ger skäl till att inte ge ”hela paketet” – då har ju patienten gjort ett val och bör få ta konsekvenserna av det. Stefan tar också upp kostnaderna för hjärtvården och säger att en vårdplats kostar 15 000 kronor per dygn. En by-pass kostar 250-

300 000 beroende på hur man räknar. Och att PCI-stentar [för ”ballongvidgning”] kostar 4 000 medan läkemedelsbehandlade stentar kostar 15 000.

Klass, kön och etnicitet är faktorer som i forskning uppmärksammas som diskrimineringskänsliga, dvs. att samhällsmedborgare bemöts olika beroende på just klass, kön och etnicitet. Ett exempel är att etniska svenskar är underrepresenterade i domstolen vilket föranleder forskare att misstänka strukturell diskriminering (t.ex. Diesen et al. 2005). I det ovan beskrivna fallet kan Mohammad kategoriseras blott med hjälp av namn och yrke. Om det är etnicitet, kön och/eller klass som ligger till grund för att personalen ifrågasätter huruvida Mohammad gjort sig förtjänt av en bypassoperation, är emellertid inte möjligt att finna stöd för i ovanstående fältanteckning (eller ytterligare material från denna situation som ej visas här). Däremot är det tydligt att livsstil och bristande ”*compliance*” – patientens benägenhet att följa medicinska råd – framhålls när Mohammad beskrivs som en inte så förtjänt patient. Helt uppenbart är också att han fick sin bypassoperation. Man kan beskriva det som att Mohammad ansågs vara berättigad till operationen utan att ha förtjänat den.

Mohammad erhöll alltså bypassoperationen. Men fanns det något i personalens sätt att *bemöta* patienten som avslöjade deras synpunkter? Kanske var det faktum att överläkaren presenterade operationen som ett *erbjudande* till Mohammad ett uttryck för detta. I enligt

het med en samtida kundvalsdiskurs är all vård ett slags *erbjudande* men på den kardiologiska kliniken betonades bara ibland det faktum att man väntas förhålla sig till patienten som kund. Genom att erbjuda Mohammad en operation poängterades samtidigt det individuella ansvaret (jfr. Mol 2008). Vidare fördes samtal om rökning och livsstilsförändringar med emfas. Det var emellertid inget som tydde på att Mohammad behandlades med sämre omsorg. Stefan, sjuksköterskan, avsatte exempelvis på överläkarens inrådan längre tid än brukligt för att förklara och prata om operationen med Mohammad eftersom han var rejält orolig. Det visar att man inte enkelt kan likställa uppfattningar om icke förtjänta patienter med sämre tillträde till vården eller ens sämre bemötande.

Diskussion

Den huvudsakliga poäng som här framförts handlar om att grunden för bedömningar om att vara förtjänt av vård och behandling, inte nödvändigtvis (bara) sammanhänger med *vem* personen är, i bemärkelsen personens ”egenskaper” som klass, kön och etnicitet. Istället har *situationens* betydelse betonats. Med ett sådant perspektiv riktas det analytiska intresset mot omständigheter och karaktäristika som i situationen lyfts fram av sjukvårdspersonalen och som därmed konstruerar vissa patienter som mer förtjänta än andra. Därtill är det viktigt att poängtera att även om steget mellan en förtjänt patient och god vård tycks vara kort, är det inte självklart. Bristande resurser som t.ex. personalbrist gör sig dagligen påmind inom vården och resulterar i

att personalen inte alltid kan ge vård och gott bemötande i den utsträckning som de skulle önska och anser patienten förtjäna. På samma sätt är bedömningar av en patient som inte så förtjänt, inte självklart lika med utebliven eller dålig vård, som vi sett i exemplet ovan.

För att förstå medicinskt beslutsfattande är det mer fruktbart att studera situationer och interaktioner snarare än egenskaper och faktorer hos de inblandade. Genom etnografiska skildringar av vad som lyfts fram av aktörerna som särskilda omständigheter värda att betona, får vi kunskap om de moraliska bedömningar som vävs in i det medicinska arbetet. I förlängningen kan en sådan ansats ge insikter i hur dessa moraliska bedömningar varierar, förändras och ersätts över tid.

Referenser

- Atkinson, Paul (1995) *Medical talk and medical work*. London: Sage.
- Berg, Marc (1992) The construction of medical disposals. *Medical sociology and medical problem solving in clinical practice*. *Sociology of Health and Illness*, 14(2): 152-181.
- Czarniawska, Barbara (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmö: Liber.
- Diesen, Christian; Claes Lernestedt, Torun Lindholm, Tove Pettersson (2005). *Likhet inför lagen*. Stockholm: Natur och kultur.
- Egelund, Tina (2008). "Vinjettstudier" i *Forskningsmetodik för socialvetare*. Meeuwisse, Swärd, Eliasson-Lappalainen och Jacobsson. Stockholm: Natur och Kultur.
- Feather, N T och C Johnstone (2002). Social norms, entitlement, and deservingness: Differential reactions to aggressive behavior of schizophrenic and personality disorder patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27: 755-766.
- Feather, N. T. (2003) Distinguishing between deservingness and entitlement: earned outcomes versus lawful outcomes. *European Journal of Social Psychology* 33: 367-385.
- Furnham, Adrian, Katherine Simmons och Alastair McClelland (2000) Decisions concerning the allocation of scarce medical resources. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15 (2): 185-200.
- Gabbay, John och Andrée le May (2004) Evidence based guidelines or collectively constructed 'mindlines'? *Ethnographic study of knowledge management in primary care*. *British Medical Journal*, 329: 1-5.
- Griffiths, Lesley och David Huges (1994) 'Innocent Parties' and 'Disheartening' Experiences: Natural Rhetorics in Neuro-Rehabilitation Admissions Conferences. *Qualitative Health Research*, 4 (4): 385-410.
- Hawkins, Keith (1994) *The Uses of Discretion*. Oxford: Clarendon Press.
- Hinze, Susan W, Noah J Webster, Heidi T Chirayath och Joshua H Tamayo-Sarver (2009) Hurt running from police? No chance of (pain) relief: The social construction of deserving patients in emergency departments. *Research in the Sociology of Health Care*, 27: 235-261.
- Kullberg, Christian (2005) Differences in the seriousness of problems and deservingness of help: Swedish social workers' assessments of single mothers and fathers. *British Journal of Social Work*, 35: 373-386.

forskning och teori

Lutfey, Karen E och John B McKinlay (2009) What happens along the diagnostic pathway to CHD treatment? Qualitative results concerning cognitive processes. *Sociology of Health and Illness*, 31(7): 1077-1092.

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

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson, Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Terum, Lars Inge (2003) *Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i socialtjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.