

Profesjonsgrenser i medisinsk bilediagnostikk

Tid for en ny arbeidsdeling?

Einar Vigeland



Masteroppgave

Erfaringsbasert masterstudium i helseledelse og
helseøkonomi

Institutt for Helse og Samfunn,
Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

07.09.2010

Sammendrag

Sykehus er komplekse institusjoner der grenser mellom samhandlende helseprofesjoner stadig utfordres. Denne oppgaven tar for seg forholdet innen fagfeltet medisinsk bildediagnostikk der radiologer som legespesialister, jobber tett sammen med radiografer, en yrkesgruppe med treårig bachelorutdannelse. Etter eksempel fra utlandet ønsker norske radiografer nå utvidede roller der de ikke bare fremskaffer bildemateriale, men også selvstendig bidrar i tyding og rapportering av undersøkelsene. Med dette ekspanderer de inn på radiologenes tradisjonelle enemerker. En slik jobbglidning vil kreve videreutdanning og opplæring der radiologene må gi fra seg praktisk og teoretisk kunnskap til sine tradisjonelle medhjelpere, radiografene. Radiografenes profesjonsbevissthet øker, samtidig som deres utdanningsinstitusjoner gjennomgår en akademisering. Jobbglidning kan åpne nye karriereveier og passer derfor godt inn i dette bildet.

Det er i Norge som i mange andre land, økende etterspørsel etter bildediagnostiske tjenester. Radiologene opplever stort arbeidspress og ser seg selv som en mangelfull ressurs.

Jeg som forsker er selv radiolog. Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse fenomenet jobbglidning sett fra radiologenes synsvinkel. Hva avgjør radiologenes holdninger til dette, og i hvilken grad uttrykker de en pågående profesjonskonflikt? For å utvide egen horisont har jeg skaffet meg et teorigrunnlag fra profesjonssosiologien der særlig Andrew Abbotts refleksjoner rundt samhandling mellom profesjoner står sentralt. Jeg ser også nærmere på prosesser og arbeidsdeling mellom radiologer og radiografer i andre land, særlig Storbritannia

Empiri er hentet fra debatt i norske radiologiske fagfora og fra to fokusgruppeintervjuer med til sammen ni leger fra radiologiske sykehusavdelinger. Legene er svært splittet i sin argumentasjon. De framstiller en presset hverdag preget av vanskelige prioriteringer og følelse av utilstrekkelighet. De ønsker avlastning men har likevel store betenkeligheter med å slippe til sine tidligere medhjelpere radiografer på det diagnostiske området. I et klima der opplæring av nye legespesialister ofte må nedprioriteres i forhold til ren produksjon, ønsker de å prioritere sine egne framfor en annen yrkesgruppe. De mener også de som leger, har et spesielt ansvar og uttrykker bekymring for kvalitet og pasientsikkerhet hvis ikke-leger slipper til. Det avtegner seg et bilde av en klassisk profesjonskonflikt der svært mange av de mekanismer Abbott beskriver er til stede. Legene ønsker prinsipielt å holde på sin jurisdiksjon

til hele det diagnostiske området. De understreker viktigheten av egen akademisk kunnskap og setter seg selv i en særstilling blant helsepersonell. De har likevel respekt for radiografene som ansvarsfulle medarbeidere som utfører viktige oppgaver, men ser altså helst at de holder seg innenfor sine tradisjonelle enemerker. Radiologene er imidlertid ikke helt avvisende til enhver form for jobbglidning. Gitt klare begrensninger og tilstrekkelig medisinsk kontroll, kan flere av legene se for seg utvalgte radiografer i begrensede diagnostiske roller. Det er likevel ingen stor entusiasme å spore blant radiologkollegene.

Forord

Takk til alle som har inspirert og hjulpet meg i arbeidet med denne masteroppgaven.

Veileder Olaf Gjerløw Aasland har med sin store erfaringsbakgrunn bidratt med gode råd og verdifulle innspill. En spesiell takk til Sverre Vigeland Lerum som viste vei inn i profesjonssosiologien og til min kjære kone Lisbeth Thoresen som med sin fagbakgrunn har vært en verdifull diskusjonspartner og medhjelper.

Takk til informantene, kolleger som i en travel hverdag tok seg tid til å reflektere og diskutere i fokusgruppene.

Til slutt en takk til staben ved Institutt for helse og samfunn for et spennende år som mastergradsstudent og til mine medstudenter på HELED kull 23 for gode samtaler, engasjerende diskusjoner og mye moro.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	9
1.1	Introduksjon	9
1.1.1	Sykehuset som profesjonsarena	9
1.1.2	Radiologifaget.....	10
1.1.3	Radiologenes rolle	11
1.2	Forskningsspørsmål, avgrensning og relevans	13
1.3	Framgangsmåte	14
1.4	Oppgaven videre	14
2	Profesjonsteori	16
2.1	Hva er en profesjon?	16
2.2	Trender i profesjonsforskningen	16
2.2.1	Everett Hughes	17
2.2.2	Freidson og legene	19
2.3	Abbott og “ <i>The System of Professions</i> ”:.....	20
2.3.1	Jurisdiksjonsbegrepet	21
2.3.2	Objektive og subjektive arbeidsoppgaver	22
2.3.3	Profesjonell praksis og rutine	23
2.3.4	Jurisdiksjonens tre arenaer	24
2.3.5	Abstraksjon og kunnskap.....	26
2.3.6	Profesjongrensener og “settlements”	27
2.3.7	Organisering og styrkeforhold.....	29
2.4	Medisinske profesjoner	30
2.4.1	Legene	30
2.4.2	Hjelpeprofesjonene	32
3	Radiologi.....	35
3.1	Pionertiden	35
3.2	Radiologen.....	36
3.3	Sykepleiere og radiografer	37
4	Jobbglidning.....	39
4.1	Begrep og definisjon.....	39
4.2	Skills mix	39

4.3	Radiografer tar initiativ	41
4.4	Radiologene svarer	42
4.5	Debatt og polemikk	45
5	Internasjonale erfaringer.....	47
5.1	Radiografrollen i internasjonalt perspektiv.....	47
5.2	Storbritannia.....	48
5.2.1	“Red dot”	48
5.2.2	Sonografer og ultralyd.....	48
5.2.3	Et helsevesen i endring.....	49
5.2.4	“The four tier structure”	49
5.2.5	Radiologenes rolle	51
5.2.6	Felles retningslinjer	52
5.3	Andre land	53
5.3.1	USA	53
5.3.2	Danmark	54
5.3.3	Australia.....	54
5.4	Sammenlignende studier.....	55
5.5	Oppsummerende betraktninger	56
6	Metode	57
6.1	Om valg av kvalitativ metode	57
6.2	Fokusgrupper.....	58
6.3	Utvalget – etiske og metodologiske betraktninger	59
6.4	Framstilling og behandling av data	60
6.5	Forskerens posisjon og forforståelse	61
6.6	Generaliserbarhet	62
7	Resultater og refleksjoner.....	63
7.1	En presset yrkesgruppe?	63
7.2	Samarbeidet radiolog - radiograf	65
7.3	Hierarki og maktforhold	67
7.4	Om jobbglidning og drivkrefter	69
7.5	Prinsipper står for fall?	71
7.6	Konkrete arbeidsområder	73
7.6.1	Ultralyd	73
7.6.2	Skjelettdiagnostikk	76

7.7	Kunnskap og opplæring.....	78
7.8	Ansvar og kontrollbehov	80
7.9	Oppfatninger om radiologene som gruppe.....	82
8	Generell diskusjon.....	84
8.1	Forutsetninger og premissleverandører	85
8.1.1	Medisinsk teknikk, markedsføring og prestisje	85
8.1.2	Passivitet og kommersielle hensyn	86
8.1.3	Effektivisering og industrialisering	87
8.1.4	Profesjonelle forsvarsmekanismer.....	88
8.2	Jurisdiksjon og grenseflaten mellom profesjonene	89
8.2.1	Radiografenes oppbygning mot selvstendig profesjon.....	89
8.2.2	Grenseflater og gjensidig avhengighet.....	90
8.3	Kontroll og ansvarsfordeling	93
8.3.1	Den juridiske arena.....	94
8.3.2	Samfunnets arena	95
8.3.3	Kunnskap og makt	96
8.4	Praktiske løsninger og mulige veier videre.....	97
9	Litteraturliste.....	100
10	Vedlegg	107
10.1	Informasjonsskriv til informanter med samtykkeerklæring.....	107
10.2	Intervjuguide	110
10.3	Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste:.....	111

1 Innledning

1.1 Introduksjon

1.1.1 Sykehuset som profesjonsarena

Norske sykehus er komplekse profesjonelle arenaer der helsepersonell med forskjellig utdanning og gruppetilhørighet kontinuerlig utfordres til innordning og samarbeid. Sammen skal de svare på samfunnets store forventninger om tilgjengelighet, kvalitet og profesjonalitet i helsevesenet. Det er systemer i stadig endring. På det medisinske området skjer det en rivende utvikling innen diagnostikk og behandling, og det etableres tilbud til stadig nye pasientgrupper. Helsepolitiske prioriteringer endres, og sykehusene organiseres og struktureres på nye måter. Fagpersonellet må orientere seg i et skiftende landskap der gamle arbeidsoppgaver forsvinner samtidig som nye kommer til. Mange av de sykehusansatte representerer sterke og profilerte profesjonsgrupper. Det pågår derfor en stadig disputt om myndighet, ansvarsområder, og arbeidsoppgaver (Abbott 1988). Profesjonsgrenser tøyes og utfordres, ofte til høylytt diskusjon før aksept og ny likevekt innstiller seg. Sykehusene er hierarkiske strukturer der man stadig har sterke elementer av over- og underordning (Freidson 1970). Dette gir rom for konflikt og profesjonskamp, ikke minst i et utpreget egalitært samfunn som det norske.

Også internt innenfor de forskjellige profesjonsgruppene skjer det store endringer. En fellesnevner er styrket utdanning. Dette skjer i en vekselvirkning mellom profesjonene selv og utdanningsinstitusjonene. For mange tradisjonelt praktisk rettede yrker ser vi en akademisering med teoriutvikling og etablering av selvstendig forskning (Smeby 2008). Typisk er dette faggrupper med middels lange utdanningsløp, gjerne omtalt som høyskolegrupper, slik som sykepleiere, vernepleiere, bioingeniører og radiografer. De hevder seg samtidig på den administrative arena og går inn i organisatorisk overordnede stillinger. Legene, som tradisjonelt har vært den overordnede profesjon, utfordres på stadig flere av sine tidligere maktområder. Dette gjelder også innenfor det rent medisinske, innen diagnostikk og pasientbehandling.

Denne masteroppgaven ønsker å belyse disse forhold ved å se nærmere på en pågående disputt innen fagområdet medisinsk bildediagnostikk, også kalt radiologi. Her er det grenseflaten mellom legespesialistene, radiologene og deres tradisjonelle medhjelpere, radiografene som er i endring.

1.1.2 Radiologifaget

Radiologien er karakterisert av en rivende og på mange måter akselererende teknisk utvikling. Nye bildediagnostiske metoder basert på røntgenstråler, ultralyd og magnetfelt utvider bruksområdet til nye grupper av pasienter og diagnostiske problemstillinger. Undersøkelsenes kvalitet bedres også med mer nøyaktighet og stadig større detaljnivå i bildene.

Bilediagnostikk handler ikke lenger bare om anatomi. Dagens undersøkelsesmetoder kan også gi opplysninger om vevets kjemiske sammensetning og funksjonstilstand.

Det har skjedd en digital revolusjon i norsk radiologi i løpet av de siste par tiår. Tidligere var røntgenavdelingene fotolaboratorier med film, mørkerom og fremkallermaskiner. Bildene ble gransket på store lyskasser og arkivert i hyller med konvolutter. I dagens digitale avdelinger produserer effektive maskiner store mengder diagnostisk informasjon som bearbeides digitalt og granskes på skjerm. Bilder og data kan lett overføres til andre avdelinger eller institusjoner. De gamle arkivene er erstattet av digitale lagringsmedier med nærmest ubegrenset kapasitet.

I dette raskt skiftende landskapet jobber flere faggrupper. Tradisjonelt besto røntgenavdelingene av radiolog og røntgensykepleier. Arbeidsfordelingen var relativt enkel; sykepleieren håndterte utstyret, sørget for pasientlogistikken og tok bildene (Lone 1995). Legen på sin side tolket bildene, diagnostiserte og formidlet resultatene til legekolleger eller direkte til pasientene. Etter hvert som virksomheten ekspanderte fikk man assistanse fra kontorpersonale og fotoassistenter som tok seg av mørkeromsarbeid, opphenging av film, bildekonvolutter og arkivering. Fra midt på 1970-tallet dukket en ny yrkesgruppe opp, radiografene. Disse hadde en tre-årig utdanning med fokus på teknikk og strålehygiene. Utdannelsen inneholder også anatomi og sykdomslære samt sykepleiefag med vekt på pasienthåndtering og omsorgsfunksjoner (Lone 1995). I dagens moderne radiologi utgjør radiografene den tallmessig langt største faggruppen ved avdelingene, og har nærmest helt erstattet røntgensykepleierne. Også nye yrkesgrupper med spesialkompetanse har kommet til. Den intensive bruken av informasjonsteknologi, skaper jobber for ingeniører og andre med

spesifikk teknisk kompetanse. Økte krav til teknisk kvalitetskontroll og strålehygiene gjør at større avdelinger også har ansatt fysikere. De radiologiske avdelingene har utviklet seg fra å være små oversiktlige enheter med legen som det soleklare faglige sentrum, til store arbeidsplasser, ofte med over hundre ansatte, et tverrfaglig sammensatt team av fagpersoner med forskjellig utdanningsbakgrunn og kompetanse

1.1.3 Radiologenes rolle

Radiologenes rolle og arbeidsområde utfordres fra flere kanter. Tilsynelatende handler dette om økende arbeidsmengde, om for mange radiologoppgaver og for få legespesialister til å utføre dem. Antallet henvisninger til røntgenavdelingene har økt betydelig i de senere år, og dette har flere årsaker (Børretzen 2007). For det første kan det sees som uttrykk for den nevnte utvikling innen faget selv med stadig nye bildediagnostiske muligheter. I annen rekke handler det om en generell teknifisering av medisinen. Kravet om etterprøvbare, evidensbasert medisin øker behovet for objektivisert diagnostikk. Gamle dagers legehåndverk med manuelle undersøkelser, stetoskop og kvalifisert subjektiv synsing er ikke lenger nok. Sykdom og behandlingsresultater skal dokumenteres helst i form av konkrete bildefunn eller andre kvantifiserbare prøveresultater. Et tredje moment er informasjonssamfunnet der det allmenne publikum via elektroniske medier har tilgang til kunnskap som tidligere var forbeholdt medisinerne og andre eksperter. Denne kunnskap fører igjen til forventninger og krav om avanserte diagnostiske tester (Lysdahl 2009).

Det skjer i radiologien et markant skifte fra tradisjonelle røntgenbilder, som ofte kan tydes relativt raskt, til volumavbildning og snittfotografering ved CT og MR (Børretzen 2007). Den enorme informasjonsmengden i mange av disse moderne bildediagnostiske undersøkelsene, gjør tydingen svært tidkrevende for radiologene. Større detaljnivå har diagnostisk verdi men øker samtidig risikoen for å overse små, men vesentlige detaljer, i det foreliggende bildematerialet. Slike potensielle feil kan lett dokumenteres i ettertid. Undersøkelsesdata med bilder og vurderinger lagres digitalt ”til evig tid” og kan lett hentes fram ved senere anledninger.

De økonomiske ressursene er begrensede og kravet til budsjettkontroll begrenser ekspansjonen av legeressursene. Utdanning av radiologer er svært tidkrevende. Inkludert grunnutdanning dreier dette seg om i størrelsesområdet minst 12 år. Tilgangen på ferdige

legespesialister er begrenset både i Norge og andre europeiske land. Markedsverdien på radiologer er derfor høy, og private røntgeninstitutter konkurrerer med sykehusene om de ferdige spesialistene.

Mot denne bakgrunn er det ikke uventet at mange spør hva som kan gjøres for å avlaste radiologene. Finnes det andre faggrupper som etter tilpasset opplæring, kan ta over noen av disse legenes diagnostiske oppgaver? Er det mulig å øke kapasiteten ved de radiologiske avdelingene samtidig med at man demmer opp for de siste års store kostnadsøkninger? Særlig i Storbritannia har radiografene utvidet sitt arbeidsområde inn på det som tradisjonelt har vært radiologenes enemerker. Dette har ikke vært uten kontroverser, men man har etter hvert funnet fram til en ny organisert arbeidsdeling med delegasjon av legeoppgaver etter definerte kriterier. Etterutdanning av radiografer drives av universitetene i nært samarbeid med de enkelte avdelingene. Engelske radiografer driver selvstendig diagnostikk innen områder som mage-tarm-sykdommer, bruddskader, brystkreft og generell ultralyd. Ordningen er utbredt og har bidratt til å avhjelpe en mangeårig radiologmangel. Lignende organisering diskuteres også i flere andre land.

Her i Norge har det vært tatt initiativer, først og fremst fra radiografhold. Norges Radiografforbund har gjort jobbgledning til et prioritert satsningsområde. Høgskolen på Gjøvik har gjennomført en prøveordning med en toårig videreutdanning for radiografer innen ultralyddiagnostikk (sonografutdanning). Enkelte avdelinger har sendt radiografer til utlandet for utdanning innen skjelettrøntgen. Mens et flertall av radiografene synes å ønske en slik utvikling velkommen, er legene splittet og mange uttrykker en inngrodd skepsis til radiografer som diagnostikere. En debatt publisert på hjemmesidene til Radiologforeningen vitner om sterkt polariserte syn (Norsk radiologisk forening 2010). Enkelte leger går langt i sin karakteristikk av radiografene og deres forsøk på å "tilrane" seg deler av radiologenes tradisjonelle arbeidsområde.

1.2 Forskningsspørsmål, avgrensning og relevans

De for masteroppgaven formulerte forskningsspørsmål, er følgende:

*Hva karakteriserer norske radiologers holdninger til jobbglidning mot radiografer?
Hva former disse holdningene, og på hvilke måter uttrykker de en pågående profesjonskonflikt?*

Spørsmålene mer enn antyder at det pågår en profesjonskamp innen radiologifaget, og bakgrunnen for denne konflikten er allerede lansert i introduksjonen. Ved spørsmålsformuleringen begrenser jeg oppgaven til i hovedsak å behandle en av partene i denne konflikten, nemlig legespesialistene eller radiologene. Det er også i hovedsak disse som kommer til orde i oppgavens empiridel. Oppgaven inneholder likevel en ganske utførlig omtale av den annen part, radiografene, og deres vei fra legens assistenter og medhjelpere til bevisste selvstendige profesjonsutøvere. Dette er etter min mening, en helt nødvendig bakgrunn for å forstå radiologenes holdninger og posisjoner i forhold til den tematikk som behandles.

Avgrensningen er dels pragmatisk begrunnet i denne masteroppgavens begrensede omfang (30 studiepoeng), men den er også utslag av at jeg som forsker selv er radiolog. Prosjektet handler om å granske eget miljø innenfra, samtidig som jeg prøver å skape en viss avstand og et annet perspektiv ved å bruke nye ”briller”. Forforståelse som jeg med min bakgrunn bringer med inn i prosjektet, er en vesentlig faktor. Den farger utvilsomt alle ledd i prosessen fra planlegging og datainnsamling til analyse og konklusjon. Som forfatter har jeg et egenerfart forhold til de fenomener som studeres, men har samtidig et personlig behov for bedre å forstå de komplekse mekanismer som påvirker roller og arbeidsfordeling i en tverrfaglig sammensatt avdeling. Diskusjoner om ressursutnyttelse og rollefordeling i helsevesenet vil fortsatt gå livlig i årene som kommer. Forholdene innen feltet medisinsk bildediagnostikk er kanskje på noen områder spesielle. De er likevel ikke så unike at de er irrelevante i andre sammenhenger der ulike profesjoner og grupper av helsepersonell samhandler. Det er derfor mitt håp at oppgaven kan ha generell interesse og synliggjøre mer universelle problemstillinger gyldig også for andre medisinske fagområder.

1.3 Framgangsmåte

For å finne svar på forskningsspørsmålet, har jeg som forsker på forskjellig vis lyttet til fagpersonell som har sitt arbeid innen feltet radiologi. Sentralt står to fokusgruppeintervjuer med til sammen 9 leger ansatt ved to sykehusavdelinger. Det empiriske grunnlag består i tillegg av skriftlige utsagn framkommet i aktuelle fagfora. I dette materialet kommer både representanter fra radiolog- og radiografmiljøet til orde. Noen av disse er offisielt pregede uttalelser gitt på vegne av en hel faggruppe eller organisasjon. Andre er mer subjektive uttalelser der vedkommende gir uttrykk for synspunkter av personlig art.

Forskningsspørsmålene forsøkes videre besvart mot en bakgrunn av sammenlignbare erfaringer fra andre land. Det er gjort søk gjennom tilgjengelige databaser på jakt etter relevante internasjonale publikasjoner. Det dreier seg dels om publiserte artikler og kommentarer i medisinske tidsskrifter, samt skriftlige uttalelser fra relevante yrkesorganisasjoner og offentlig myndigheter. Det meste av dette materialet har opphav i Storbritannia.

Tilgjengelig empiri er lagt til egen forforståelse og analyseres i form av en profesjonsteoretisk, sosiologisk tilnærming. Dette er det sett av ”briller” som gir en overordnet tilnærming til problemstillingene. Mitt håp er at teorigrunnet har gitt den nødvendige distanse til eget miljø og nye synsvinkler som åpner for betraktning og refleksjon.

Prosjektet benytter kvalitativ metode slik det beskrives av Malterud og Kvale (Malterud 2002) (Kvale 2009).

1.4 Oppgaven videre

Kapittel 2 er oppgavens teoribase. Her diskuteres profesjonsbegrepet og helseprofesjonene omtales spesielt. Kapitlet vier spesielt stor plass til Andrew Abbott og hans bok *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Abbotts tanker rundt jurisdiksjonsbegrepet gir et utfordrende og spennende perspektiv på oppgavens hovedtema. Også arbeider av Everett Hughes og Eliot Freidson trekkes fram.

Kapittel 3 er et i hovedsak historisk kapittel. Det beskriver radiologiens første år og hvordan fagområdet etablerte seg ved norske sykehus. Kapittelet tar for seg legespesialiteten radiologi, hvordan denne ble opprettet, og hvordan norske radiologer i dag er organisert. Videre omtales røntgensykepleiere og radiografer. Mot slutten beskrives etableringen av radiografiutdanningen, og radiografenes videre vei mot selvstendig profesjonsstatus.

Kapittel 4 omhandler fenomenet jobbglidning, definerer begrepet, og setter det inn i en større helsefaglig sammenheng. Her presenteres opptakten til den aktuelle disputt mellom de to yrkesgruppene og noen av deres standpunkter. Den del av empirien som hentes fra skriftlige kilder, presenteres mot slutten av dette kapittelet.

Kapittel 5 setter jobbglidning inn i en internasjonal sammenheng. Først omtales radiografrollen på den internasjonale arena. Deretter tar kapittelet for seg utviklingen i Storbritannia, der det gjennom år har foregått en betydelig jobbglidning mellom faggrupper innen radiologi. Det omtaler også forholdene i noen andre land. Mot slutten kommenteres kort studier som på forskjellig vis sammenligner radiografer og radiologer og deres prestasjoner på det diagnostiske området.

Kapittel 6 er et metodekapittel der jeg som forsker gjør rede for valg av kvalitativ metode generelt og mer spesifikt, bruken av fokusgrupper. Det beskriver framgangsmåten ved datainnsamlingen og den videre analyse.

Kapittel 7 presenterer utvalgte data fra fokusgruppeintervjuene og starter diskusjonen omkring de fenomener som bringes fram.

Kapittel 8 er et generelt diskusjonskapittel hvor jeg forsøker å bringe sammen forforståelse, teori og empiri.

Til slutt følger litteraturliste.

Informasjonsskriv til informanter, intervjuguide og brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste vedlegges.

Alle sitater er i oppgaven gjengitt med kursiv. I kapittel 7 følges hvert sitat av en henvisning der FG1 og 2 står for henholdsvis første og andre fokusgruppeintervju mens tallene i klammer henviser til tegnposisjon i transkriberingen omgjort til ren tekstfil.

2 Profesjonsteori

2.1 Hva er en profesjon?

Hva er en profesjon? Dette tilsynelatende enkle spørsmålet har opptatt samfunnsvitenskapelige forskere gjennom mange tiår. Er det kun en betegnelse for en hvilken som helst yrkesgruppe, eller inneholder begrepet noe mer? Kan hvem som helst kalle seg profesjon, eller finnes det spesielle forutsetninger eller kriterier som må være oppfylt? Profesjonsbegrepet utvides til stadighet, og nye grupper kommer til. ”Når en yrkesgruppe beskriver seg selv som profesjon, uttrykker den sitt eget selvbilde og prøver å overbevise andre om sin betydning og berettigelse” (Molander/Terum 2008:17). Man kan grovt anlegge to forskjellige aspekter til å forstå profesjoner (Molander/Terum 2008). Det første alternativet er en primært organisatorisk tilnærming. Man betrakter profesjonen som en sammenslutning av profesjonelle. De kjennetegnes av selvstendighet og autonomi og profesjonen har gjerne et institusjonalisert sett av plikter og rettigheter. I sin mest uttalte form kan dette dreie seg om eksklusivt monopol. Det andre alternativet er å betrakte profesjonene i et performativt aspekt. Da konsentrerer man seg om profesjonsutøvernes arbeidsoppgaver og handlinger. Det handler om tjenester, klientsituasjoner, ansvarsforhold og kunnskap, eller uttrykt med Abbott: ”Apply somewhat abstract knowledge to particular cases” (Abbott 1988:8) (Molander/Terum 2008). Det foreligger ingen allment akseptert eller endelig definisjon av begrepet profesjon i litteraturen. Fenomenet forklares og beskrives inn i en stadig skiftende kontekst avhengig av tid, samfunnsforhold, politikk og ideologi.

2.2 Trender i profesjonsforskningen

Den skotske økonomen og samfunnsfilosofen Adam Smith var på slutten av 1700-tallet opptatt av tillit når han beskrev forholdet mellom profesjonsutøver og klient (Smith 1977, omtalt i Fauske 2008). Slike forhold var annerledes og inneholdt mer enn det man ser i forholdet mellom kjøper og selger. Han formulerer hvordan vi overgir helsen til legen, og hvordan vi legger eiendom og noen ganger liv og ære i advokatens hender. Også forholdet mellom profesjonen og samfunnet var basert på tillit, mente Smith. Flere senere tenkere har gått i samme spor. Ross oppfattet rundt forrige århundreskifte, profesjonene som voktere av

folkets interesser, en motkraft til det kommersielle (Ross omtalt i Fauske 2008). Det er noe opphøyet og edelt over profesjonsutøverne. De ivaretar standarder, service og moralsk autoritet i den moderne verden. Omkring 1930 skriver Carr-Saunders og Wilson i England om profesjonsorganisasjonene som stabiliserende elementer i samfunnet, som noe som demmer opp for de rå kreftene som truer samfunnets fredelige evolusjon (Carr Saunders og Wilson omtalt i Fauske 2008).

Den amerikanske sosiologen Talcott Parsons understreket på samme vis hvordan profesjonenes bidrag til å styrke den samfunnsmessige solidariteten, var helt avgjørende for løsningen av det postindustrielle samfunnets problemer (Parsons omtalt i Fauske 2008). I følge Parsons hadde profesjonene vokst fram innenfor ”*a great tradition in European culture*”, der de representerte et bindeledd mellom liberalisme og vitenskapelig rasjonalitet. Det som i følge Parsons skilte profesjonene fra andre yrkesgrupper, var et element av edel altruisme, ikke nødvendigvis hos hver enkelt profesjonsutøver, men i den tradisjon og kultur profesjonen kollektivt var bærer av. Det handlet altså om noe “opphøyet”, mer enn kun praktisk kunnskap og evne til å utføre spesifikke arbeidsoppgaver.

2.2.1 Everett Hughes

En alternativ retning innen profesjonsteori vokste fram parallelt med Parsons fra 1950-tallet. Denne hentet sin inspirasjon fra den såkalte Chicagoskolen i sosiologien (Fauske 2008). Her ble profesjonene fremstilt i et mindre edelt lys, og man la mer vekt på profesjonenes egne bestrebelser på å etablere seg og forsvare sine enemerker. Everett C. Hughes var en av de tidlige skikkelser innen denne tradisjonen (Hughes omtalt i Fauske 2008). Han la grunnlaget for studier som ikke bare så på relasjonene mellom profesjon og klient, men fokuserte i økende grad på dynamikken mellom de ulike profesjons- og yrkesgrupper. Hughes introduserte begrepene lisens og mandat. Lisens er både en legal rett til å utøve et yrke og en forventning fra samfunnet omkring, en offentlig aksept for at bestemte yrkesgrupper er forbeholdt bestemte arbeidsoppgaver som andre ikke får lov til, eller er i stand til å utføre. Profesjonene har selv mandat til å definere hva som er god og dårlig utøvelse av det aktuelle yrket. De har også rett til å uttale seg offentlig om samfunnsmessige spørsmål innen sitt fagområde. Leger har for eksempel mandat til å uttale seg om hva som er god helsepolitikk, liksom advokater kan uttale seg om kriminalpolitikken. Gjennom utdanning og praksis har de som profesjonsutøvere opparbeidet status som eksperter, og når denne ekspertstatus

aksepteres av samfunnet som legitim, mener Hughes det er tegn på at de er fullverdige profesjoner (Hughes omtalt i Fauske 2008).

I 1951 publiserte Hughes en artikkel om amerikanske sykepleiere og deres profesjonelle rolle. (Hughes 2009). Om bakgrunnen for denne skrev Hughes: *"In these days of crisis and of so much change in the organization of health institutions and services..."* (Hughes 2009:315). Det var uro og profesjonskamp i sykehusene da som nå. Hughes beskriver hvordan sykepleierne som alle andre profesjoner, alltid står i en organisasjon med innbyrdes avhengighetsforhold til andre grupper. Organisasjonen er avgjørende for selve profesjonens eksistens: *"No organization, no job. No other people, no work for me."* (Hughes 2009:312). Det er nettopp i grenseflatene mot andre grupper, sykepleierne kan beskrive og avgrense sin egen rolle. Selve begrepet sykepleier er uløselig knyttet person og tittel men også til et knippe av oppgaver: *"A person, a name and a bundle of tasks"* (Hughes 2009:313). Ikke alle oppgaver i dette knippet er like interessante, noen har høy prestisje, andre har lav. Hughes satte dette opp som en "prestisjeskala" :

<i>Prestisje:</i>	<i>Gammel situasjon:</i>	<i>Ny situasjon:</i>
Høy	C	A
		B
		C
Middels	D	D
Lav	E	E
		F
		G

(Fra Hughes 2009:313)

La oss si at sykepleiernes oppgaver opprinnelig besto av C, D og E. Av disse var C den mest spennende og prestisjefylte oppgaven. Så skjer det endringer. Det kan være introduksjon av en ny behandlingsmetode eller ny teknologi. Kanskje dreier det seg om endrede pasientbehov med nye krav eller en reorganisering av sykehuset. Endringene gjør at nye oppgaver legges til sykepleiernes arbeidsområde. Av disse er noen mer attraktive enn de gamle (A og B), mens

andre gjøremål ligger i motsatt ende av skalaen (F og G). Det som typisk skjer, er at man deler opp det nye settet av oppgaver i mindre knipper. Sykepleierne som her er en profesjon med høy status, beholder gjerne knippet med de mest prestisjefylte oppgavene. Det kan bety nye karrieremuligheter, og det kan kanskje gi opphav til en ny form for spesialsykepleier. Knippet med de mindre fristende gjøremålene overlates helst til andre. Det kan skyves nedover i hierarkiet til en annen eksisterende yrkesgruppe, eller muligens opprettes en ny gruppe medarbeidere med en ny og annerledes betegnelse. Slike endringer i grensesonene mellom profesjonene er uunngåelige skriver Hughes, og de skjer hele tiden.

På 60 og 70-tallet bringes maktbegrepet inn som en viktig faktor i profesjonsforskningen (Fauske 2008). Det handler dels om individuell makt i forholdet mellom profesjonsutøver og klient, men også profesjonene i mellom, samt mellom profesjon og samfunn. Perspektivet blir mer kritisk enn før med fokus på monopolisering og profesjonenes kamp for privilegier og beskyttelse av eget arbeidsområde. Max Weber karakteriserte profesjoner ved hjelp av idealtyper og snakket om privilegerte arbeidsgrupper som leger, advokater og kunstnere. Disse bestreber seg på å posisjonere seg i forhold til hverandre for å oppnå eller opprettholde status i samfunnet (Weber omtalt i Fauske 2008). Weber ble en viktig inspirasjonskilde for andre forskere i denne perioden.

2.2.2 Freidson og legene

En markant røst på denne tiden var Eliot Freidson med sine to bøker med studier av den medisinske profesjon (Freidson hos Fauske 2008). Hans ”oppgjør” med legene ble på mange måter generalisert til den generelle profesjonsforskningen, og det fikk stor betydning for dennes videre retning. Freidson røkter grundig ved oppfatningen av profesjonene som ivaretagere av fellesskapets beste. Han mener legene har tatt seg til rette i forhold til andre yrkesgrupper og at deres yrkesmonopol er svakt begrunnet. Legenes status er betinget av ideologiske og politiske forhold, mener Freidson. Gjennom statlig beskyttelse har legene sikret seg autoritet over klientene og de yrkesgruppene de samarbeider med, og deres autonomi går langt utover det som deres profesjonelle autoritet skulle tilsi. Legene har et visst teknisk og kunnskapsmessig overtak som de beskytter ved å lisensiere autoritet (Freidson hos Hafferty og Light 1995). De besitter retten til å definere og gradere sykdom gjennom diagnosesystemer og sykemeldingspraksis. De kontrollerer også goder som tilgang til

medikamenter og behandling ved sykehus. Freidson mener legenes og andre autonome profesjoner status er ustabil og truet innenfra. Autonomi med liten grad av tilsyn og kontroll utenfor egne rekker kan føre til selvkorumpering ved at man blander sammen viten, praksis, og eget selvbilde (Freidson hos Hafferty og Salloway 1993). Man hever seg over den helt nødvendige kontinuerlige selvransakelse og selvkritikk som er avgjørende dersom profesjonen skal beholde grepet. Han hevder også at forholdet mellom profesjon og klient er for svakt og profesjonens status kan derfor ikke holde i det lange løp.

Freidson var også opptatt av at en profesjon ikke kunne oppfattes uavhengig av sin historiske og kontekstuelle sammenheng. Etter hvert som kampen om samfunnet og statens aksept og beskyttelse ble fremtredende, var det mulig for langt flere yrkesgrupper å etablere seg som ”profesjoner”. Han mente derfor at det ikke var mulig å gi noen form definisjon på hva en profesjon egentlig er uavhengig av den aktuelle samfunnsmessige kontekst (Freidson hos Fauske 2008).

Mot slutten av 80-tallet ble den svært kritiske profesjonsforskningen avløst av en mer åpen, sammenfattende tilnærming (Fauske 2008). Freidson tok selv aktivt del i denne utviklingen. Han mente at hans tidligere forskning dels var blitt misbrukt og ville fremheve de positive sidene ved profesjonene. Profesjonene ble trukket fram som ”en tredje logikk”, et alternativt korrektiv til tidens andre to rådende logiske systemer, nemlig markedet og byråkratiet. Profesjonene representerer et bolverk mot arbeidsgivernes økende kontroll ved at de er basert på et normativt grunnlag der idealene holdes i hevd (Freidson hos Fauske 2008).

2.3 Abbott og “*The System of Professions*”:

En annen velkjent profesjons sosiolog på denne tiden er amerikaneren Andrew Abbott. Også han bygger videre på tradisjonen fra Hughes men er mer systemorientert enn Freidson (Abbott omtalt i Fauske 2008). Det er profesjonene selv og ikke den enkelte profesjonsutøver som er i fokus. Profesjonene er relatert til hverandre og inngår i et omfattende dynamisk system som stadig endrer seg. Denne dynamikken og de mekanismene som styrer denne utviklingen er på mange måter Abbotts hovedanliggende.

"The professions dominate our world. They heal our bodies, measure our profits, save our souls" skriver Abbott i sin bok, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor* (Abbott 1988:1). Verket har stadig en sterk posisjon innen profesjonssosiologien, mer enn 20 år etter at boken kom ut. Det at Abbott tar for seg profesjonenes grenseflater, og hvordan de gjensidig påvirker og utfordrer hverandre, gjør den egnet for analyse av nettopp den problematikk dette mastergradsprosjektet vil utforske. Jeg har derfor i de følgende valgt å gi en noe mer omfattende framstilling av Abbotts teorier.

Abbotts bygde sin empiri på egne erfaringer fra en 5 års observasjonsperiode i en større psykiatrisk institusjon i 70-årenes USA, men også på observasjoner fra Storbritannia og Frankrike (Abbott omtalt i Fauske 2008) (Abbott 1988). Han hentet ofte sine eksempler fra den medisinske verden, selv om også andre profesjoner innen fagfelt som jus, undervisning, økonomi og teologi også omtales utførlig i boken.

2.3.1 Jurisdiksjonsbegrepet

Hver profesjon er i følge Abbott bundet til et bestemt sett av arbeidsoppgaver (*tasks*), og disse gir dominans og kontroll over et område (Abbott 1988:33). Denne bindingen betegnes jurisdiksjon, et helt sentralt begrep i Abbotts analyse. Jurisdiksjonen er ofte eksklusiv (Abbott 1988:34) og utelukker gjennom det som regel andre grupper fra et arbeidsområde. En profesjons jurisdiksjon er dens aktivum, dens rett til og hevd på bestemte arbeidsoppgaver. Den utgjør med det selve grunnlaget for profesjonens eksistens. Profesjonene eksisterer ikke selvstendig for seg selv men inngår i et større system der de står i gjensidige avhengighetsforhold til hverandre (Abbott 1988:33). Profesjonene deler arbeidsoppgavene seg i mellom ofte etter mer eller mindre klart definerte grenser. Som eksempel kan vi se somatisk sykdom som legenes tradisjonelle område. Her er det de som har dominert og satt agenda. Lovsfæren er det juristene som kontrollerer, og her utfordres de bare i liten grad av andre.

Jurisdiksjon og profesjonsgrenser kan i øyeblikket synes faste men utfordres kontinuerlig, og de vil derfor endres over tid (Abbott 1988:2). Slike endringer skyldes noen ganger eksterne faktorer som ligger utenfor profesjonens kontroll. Det kan eksempelvis være tekniske nyvinninger eller endrede behov eller krav fra samfunnet. På den andre siden kan også endringene skyldes interne faktorer, forhold innen profesjonen som gjør at den selv legger til eller skiller ut arbeidsoppgaver (Abbott 1988:35). Ikke sjeldent ser man da hvordan

oppgavene overlates til andre profesjonsgrupper. Hvilke oppgaver eller "tasks" som henger sammen og således legges inn under en enkelt profesjon, forandrer seg altså hele tiden.

2.3.2 Objektive og subjektive arbeidsoppgaver

Abbott skiller mellom objektive og subjektive arbeidsoppgaver (Abbott 1988:35). De objektive er typisk knyttet til konkrete objekter eller til teknologi. En slik tilknytning gjør det opplagt for de fleste at et sett av oppgaver hører sammen. Objektive oppgaver kan på samme vis være knyttet til institusjoner og organisatoriske overbygninger eller til naturgitte fenomener som for eksempel været (meteorologi) eller universet (astrologi) (Abbott 1988:39).

De subjektive arbeidsoppgavene på den annen side, oppfattes lett mer vage og flytende. Eksempler på slike er teologi eller komposisjon av musikk (Abbott 1988:36). Dette er mer å betrakte som abstrakte konstruksjoner eller tankeprosesser. At oppgaver av en slik karakter hører sammen, er ikke alltid like opplagt. Derfor er også disse arbeidsoppgavene generelt mer utsatt for konkurranse profesjonene i mellom. Deres karakter gjør det mulig å redusere eller omdefinere et oppgaveområde slik at det kan passe inn i en bestemt profesjons fagområde. Abbott kaller denne mekanismen "*reduction*", og som et eksempel trekker han fram hvordan alkoholisme kan defineres inn under en rekke forskjellige profesjoners sfære (Abbott 1988:37). Alkoholisme kan ses på som en moralsk synd og sortere under teologien, eller det kan betraktes som somatisk sykdom og bli et medisinsk problem. Videre kan det betraktes som et personlighetsmessig avvik som derfor bør håndteres av psykologer, eller det kan sees som en forbrytelse og således ligge under juristenes område. Vi ser ved dette hvordan en rekke svært forskjellige profesjoner således kan hevde en form for eiendomsrett til det samme problemområdet.

De objektive arbeidsoppgavene er annerledes nettopp ved at de ikke så lett kan dissekteres og stykkes opp på denne måten. De kan således framstå som mer statiske og varige. Likevel er det lett å se at dagens raske teknologiske utvikling hurtig vil kunne endre teknologisk tilknyttede oppgaver. På samme måte vil utstrakt omorganisering forandre oppgaver knyttet mot institusjon eller organisasjon. En profesjon er særlig sårbar overfor endringer i det objektive grunnlaget som utgjør profesjonens kjerneområde (Abbott 1988:39). Ny teknologi kan for eksempel på kort tid gjøre en hel yrkesgruppe overflødig, likesom tekniske nyvinninger også kan gi opphav til helt nye yrkesgrupper.

2.3.3 Profesjonell praksis og rutine

Abbott deler den profesjonelle praksis inn i tre deler eller ledd: "Diagnosis", "inference" og "treatment" (Abbott 1988:40): "Diagnosis" er at man hevder en rett til å kunne klassifisere eller diagnostisere et problem slik at det passer inn under profesjonens aktuelle virkeområde. Det neste leddet "inference", er der problemet bearbejdes og prosesseres i profesjonens "indre gemakker". Dette skjer ved hjelp av det kunnskapssystemet profesjonen til enhver tid besitter. Det tredje leddet "treatment" er den ferdige "output" i form av behandling eller tiltak som anbefales eller iverksettes. Samfunnets aksept av profesjonens jurisdiksjon er særlig knyttet mot dette siste leddet. Det er resultatene som teller. En profesjon som over tid ikke kan tilby behandling eller vise til konkrete resultater, vil neppe kunne beholde grepet om et arbeidsområde.

Det midtre leddet, prosesseringen eller den interne tankeprosessen, er altså bindeleddet mellom diagnose og behandling (Abbott 1988:49). Denne prosessen vil gjerne til en viss grad holdes skjult slik at profesjonen verner og beskytter denne noe "obskure" kjernen i sitt arbeid. Den ideelle arbeidsoppgave krever i følge Abbott, en passende mengde intern prosessering. Dersom sammenhengen mellom diagnose og behandling er for direkte og opplagt for de som står utenfor, får man lett et forklaringsproblem. Det er rett og slett ikke argumenter for en fortsatt profesjonalisering av oppgaven. Internt i profesjonen vil slike oppgaver også uvegerlig oppfattes som rutine. De blir uinteressante, og man vil begynne å se seg om etter muligheter for å kvitte seg med dem. Typisk vil oppgavene delegeres eller gli over til grupper som står lavere på den profesjonelle rangstigen.

Også for mye internprosessering kan være en trussel mot jurisdiksjonen:

But just as professions doing mostly routine work risk jurisdiction incursions, so also do professions that refer nearly all their cases to formal inference. For one thing, the claim that all problems are nonroutine does not persuade external critics. For another, the profession cannot reinforce legitimacy by showing how, in simple cases, the professional knowledge system leads ineluctably from diagnosis to treatment. (Abbott 1988:51)

Profesjonen får et forklaringsproblem dersom den ikke vil vedgå at enkle arbeidsoppgaver med opplagte årsakssammenhenger er rutineoppgaver. Dersom absolutt alt skal være

gjenstand for omfattende prosessering og bearbeiding internt i profesjonen, blir man rett og slett ikke trodd.

Finally, it seems clear that professions cannot afford to invoke either too much or too little inference. Too little makes their work seem not worth professionalizing. Too much makes their work impossible to legitimate. In either case, their jurisdiction is weakened (Abbott 1988:52)

2.3.4 Jurisdiksjonens tre arenaer

Jurisdiksjon er mer enn profesjonell kultur og behandling av oppgaver. Det handler også om forholdet til samfunnet omkring, om omgivelsenes anerkjennelse og legitimering (Abbott 1988:59). Denne anerkjennelse hentes grovt sett på tre forskjellige arenaer: I folkeopinionen, på den juridiske arena og lokalt på arbeidsplassene. Disse tre skiller seg fra hverandre på flere viktige områder.

Et krav om jurisdiksjon i forhold til folkeopinionen handler om å påberope seg en rett til kontroll over en bestemt type arbeid. Denne kontrollen gir mulighet til å utføre arbeidet på en måte som passer den gjeldende profesjon. Vanligvis handler det om å kunne ekskludere andre fra det samme arbeidet. Profesjonen vil samtidig hevde rett til å dominere det offentlige rom med kvalifiserte meninger på det gjeldende samfunnsområde (Abbott 1988:60). Ofte ligger det også et element av forpliktelse til å utføre bestemte oppgaver. Dette kan være formalisert, men ligger like ofte kun i profesjonens interne etiske kode. En slik offentlig jurisdiksjon må hele tiden vedlikeholdes. Dette kan for eksempel gjøres ved å avdekke utvalgte deler av profesjonens spesielle kunnskap. Populærvitenskapelig litteratur, foredrag og kåserier er eksempler på dette. Publikums bilde av profesjonene er i følge Abbott, konservativt og endres langsomt over tid. Det er gjerne homogent i det et individ oppfattes primært som representant for en yrkesgruppe ("en lege er en lege"). Man har også tendens til å dyrke fra "arketyper". I publikums oppfatning eksisterer profesjonene derfor typisk i abstrakte adskilte yrkesmessige rom der homogene grupper handler innenfor klare profesjonsgrenser (Abbott 1988:61).

Den andre arena, den juridiske, er på lignende vis varig og grunnleggende konservativ (Abbott 1988:63). Lovreguleringer gir rettigheter, for eksempel rett til å kreve betaling, men gjerne også forpliktelser som profesjonen må oppfylle. Også på den juridiske arena behandles profesjonene som en ensartet gruppe. Eksempelvis gjelder de rettigheter og plikter loven gir

leger for alle medlemmer av profesjonen. Abbott mener lovregulert jurisdiksjon typisk i tid ligger etter folkeopinionen, ofte langt etter. Loven er samtidig rigid og lite tilpasningsdyktig, og lovreguleringer har sannsynligvis mindre betydning i dag enn hva som var tilfellet for hundre år siden. De er i liten grad toneangivende: *“The legalities of professional jurisdiction today reflect outside forces, rather than determine them”* (Abbott 1988:64)

På den tredje arena arbeidsplassen, er forholdene grunnleggende annerledes. Her opplever man en ganske annen dynamikk. Den offisielle arbeidsdelingen mellom profesjonene erstattes av en intern organisering. Her spiller lokale forhandlinger, praktiske ordninger og sedvane en vesentlig rolle. Man tilpasser seg den aktuelle situasjon på en langt mer pragmatisk og uoffisiell måte. Organisering og arbeidsdeling skifter raskt, kanskje i løpet av måneder eller i høyden få år. Arbeidsbelastningen kan her være avgjørende, og det er en generell tendens til at profesjonelle erstattes av mindre profesjonelle medarbeidere: *“Or if there is too much professional work, nonprofessionals do it. Boundaries between professional jurisdictions therefore tend to disappear in worksites, particularly in overworked worksites.”* (Abbott 1988:65).

På arbeidsplassene er man også inneforstått med de betydelige variasjoner i kunnskap og yteevne som eksisterer mellom individer innad i den enkelte profesjon, og man tilpasser seg dette: *“In the jurisdictional system of a workplace, it is the real output of an individual, not his credentialed or nondentialed status, that matters”* (Abbott 1988:66). Dyktige personer fra underordnede grupper tilegner seg ferdigheter fra profesjoner høyere i hierarkiet (*assimilation*). Ofte gjøres dette på en praktisk måte uten samme vektlegging av overordnet akademisk preget kunnskap.

Slike uoffisielle tilpasninger er gjerne mest uttalt i små produksjonspregede og lite prestisjefylte institusjoner. I de større akademiske universitetsmiljøene er det annerledes, og der ser man typisk ikke den samme grad av tilpasning med glidning av arbeidsoppgaver (Abbott 1988:66). Abbott mener dette skyldes en form for seleksjon i det at de dyktigste utøverne, de som utgjør eliten, trekkes mot de mest prestisjefylte arbeidsstedene. Disse har gjerne en større profesjonsbevissthet. Det kan også være resultat av større ressurstillgang ved de store institusjonene og derved mindre produksjonspress.

Abbott beskriver videre en tendens til glidning og oppløsning av profesjongrenser over tid ved den enkelte arbeidsplass. Hierarkiet er gjerne strammest og mest rigid i nyetablerte

organisasjoner, mens det blir løsere og mer avslappet der man har vært i funksjon gjennom lengre tid.

Det er typisk stor diskrepans mellom folkeopinionen og den langt mer uoffisielle praktiske arbeidsdeling internt på arbeidsplassene. Profesjonene har forskjellige metoder for og hankses med disse uoverensstemmelsene. Generelt vil overordnede, dominante profesjoner ha en tendens til å dekke til og undervurdere betydningen. De ønsker utad å opprettholde bildet av de tradisjonelle profesjonsgrensene og vil gjennom dette forsvare og bygge oppunder sin posisjon og profesjonelle overlegenhet. Underordnede (subordinerte) profesjoner vil derimot gjerne det motsatte, nemlig å formidle og løfte fram i lyset den likhet og praktiske tilpasning som eksisterer innad på arbeidsplassen (Abbott 1988:67).

I forhold med over og underordede profesjoner vil en typisk dominant strategi, i følge Abbott, være å understreke viktigheten av den teoretiske basiskunnskap som utgjør den dominante profesjonens akademiske kjerne. Abbott mener slik kunnskap ofte kan være ganske irrelevant, men han innser at denne argumentasjonen kan ha betydelig gjennomslagskraft i det offentlige rom:

Similarly, the central public argument against workplace assimilation holds that subordinates lack the theoretical education necessary to understand and use what they know by assimilation. This is often a fiction, since the theoretical education in the dominant profession is often irrelevant to practice. (Abbott 1988:68)

But the argument seems to work very well in public contexts, and the irrelevant learning continues to be a central part of professional education. (Abbott 1988:68)

2.3.5 Abstraksjon og kunnskap

Som strategi for å holde på sin jurisdiksjon tyr profesjonene typisk til abstraksjon, teoretisering og akademisering av den interne tankeprosessen (Abbott 1988:53). Det legges gjerne stor vekt på sammenhengen mellom abstrakt teori og den praksis som anvendes. Profesjonen forsvarer seg mot utenforstående utfordrere nettopp ved å understreke det teoretiske, og dette gir en form for kulturell legitimitet. I moderne profesjoner hevder man typisk å bygge på kulturelt aksepterte verdier som rasjonalitet, logikk og vitenskapelighet. Det at andre utenfor profesjonen kan vise til gode resultater, gjelder ikke dersom de ikke har oversikt over og behersker den rådende teorien profesjonen besitter.

En del av denne strategien er utstrakt systematikk og nitid kategorisering. (Abbott 1988:53). Det som er kategorisert, kan nemlig ikke så lett overtas av andre. Det abstrakte teoretiske system profesjonen rår over, vil således være omfattende og klassifiserer nærmest alle tenkelige problemer, ofte langt ut over det som er mulig å overføre til praksis. Klassifikasjon og system synliggjør grensene for jurisdiksjonen, hva som ligger innenfor og hva som kan defineres ut av profesjonens kontroll.

Profesjonen vil ha et sterkt ønske om kontroll med egen utdanning og opplæring.

Utdanningen kan til nød overlates til en profesjon som står over i et hierarkisk system, men aller helst vil man selv ha hånd om denne viktige, definerende virksomheten og holde den internt i profesjonen.

Den abstrakte kunnskapen er profesjonenes maktbase. Den må derfor vernes og beskyttes. I konkurransen om profesjonsmakt er kunnskapen den harde valuta som gjelder: *“Knowledge is the currency of competition”* (Abbott 1988:102)

2.3.6 Profesjongrenser og “settlements”

Profesjongrenser utfordres til stadighet, og Abbott beskriver inngående konkurransen og de disputtene som stadig er til stede mellom tilgrensende profesjoner. Selv om hver enkelt profesjon primært ønsker full og eksklusiv jurisdiksjon over sitt område, er dette ofte ikke mulig (Abbott 1988:71). Man må derfor pragmatisk akseptere mindre optimale ordninger i virkelighetens verden. Typisk ender man opp i kompromisser og mellomløsninger, en form for ”våpenhvile”, eller det som Abbott betegner *”settlements”*. Han beskriver ulike former for slike som ofte kan gli over i hverandre. Ikke sjeldent er de flyktige og kortvarige, og en type ”settlement” kan gjerne sees som en overgang på vei fra en ordning til en annen.

Den vanligste form for *”settlement”* er underordning eller subordinering. Sykepleie er her et klassisk eksempel, og Abbott trekker fram historien om Florence Nightingale. Hun hadde en opprinnelig visjon om sykepleien som en selvstendig og uavhengig profesjon likestilt med den medisinske. Nightingale møtte mye motstand blant 1800-tallets medisinere. Det at leger og sykepleiere ville være helt avhengig av hverandre i det praktiske arbeidet, kombinert med rekrutteringsproblemer til sykepleieyrket, gjorde at sykepleien endte opp som en subordinert profesjon under medisinen. (Abbott 1988:71). Et typisk trekk ved slik underordning er at den dominante profesjonen gjerne beholder retten til den teoretiske, akademiske modell, men

”låner ut” deler av denne til de som utfører arbeidet på deres vegne: *”Doctors do not provide the service; their knowledge system provides an abstract model for those who do.”* (Abbott 1988:87)

Subordinerte profesjonsgrupper gir den dominante profesjonen mange fordeler (Abbott 1988:72). Ordningen gjør det mulig å delegere rutinepreget, ubehagelig og kanskje også farlig arbeid. Ofte kan underordning også gjøre den interne arbeidsdelingen enklere og mer oversiktlig, men underordningen har også sine ubehagelige og problematiske sider. Det skjer typisk en underminering av ordningen gjennom den praktiske tilpasning og arbeidsdeling som finner sted på arbeidsplassene slik det er beskrevet tidligere i kapittelet. De subordinerte grupper utfører der i stor grad selvstendige oppgaver, uten direkte løpende kontroll av de overordnede. Gjennom dette tilsløres den opprinnelige ordning og struktur. Dette fenomenet er særdeles tydelig ved kompliserte institusjoner, som sykehus. Et annet moment er at den dominante profesjon blir fullstendig avhengig av de subordinerte, og vil etter hvert ikke være i stand til å utføre store deler av sitt arbeid uten disses medvirkning. Institusjonen kan kort og godt ikke fungere uten de underordnede. Systemet blir gjennom dette i seg selv ustabil og må kontinuerlig aktivt vedlikeholdes utad overfor opinion og samfunn (Abbott 1988:73). Hvis publikum skal oppfatte sykepleiere som underordnet leger, må de også både tro og akseptere at legene vet og kan mer enn sykepleierne på det medisinske området. Legene jobber derfor aktivt for å opprettholde dette bildet og ser i følge Abbott, så langt ut til å lykkes: *”The public fiction survives that only doctors can do certain things, when nurses and others are in fact doing them all over the professional world”* (Abbott 1988:68).

Som en form for *”settlement”* midt mellom underordning og full oppsplitting, beskriver Abbott noe han kaller intellektuell jurisdiksjon. Dette er et forhold der en profesjon beholder kontrollen over teori og tankemodeller, men den tillater, eller tvinges til å tillate, andre å praktisere på grunnlag av profesjonens intellektuelle basis. En slik ordning må betegnes som ekstremt ustabil. De som står utenfor vil lett kunne utvikle sitt eget kognitive teorigrunnlag på bakgrunn av tankegodset de slik har ”lånt”. Et godt eksempel her er psykoterapien som opprinnelig ble utviklet av psykiatere. I USA kunne bare leger oppnå status som psykoanalytikere. Over tid har imidlertid psykologer, sosialarbeidere og andre ”ikke-leger” brukt tankegodset til å utarbeide sine egne teorimodeller med det resultat at de har tatt over store deler av denne arenaen (Abbott 1988:75).

På skalaen mellom underordning og full oppsplitting beskrives en lignende men enda løsere form for avtale eller ”*settlement*”. Det er den rådgivende jurisdiksjon (Abbott 1988:75). Med dette menes at en profesjon påberoper seg rett til alternativt å komplimentere en forståelse ut fra sitt eget faglige ståsted. Man forlanger altså ikke full rett til å ta over et arbeidsområde eller en klientgruppe, men ser seg selv som et nødvendig supplement. Et eksempel som brukes er forholdet mellom psykiatrien med legene på den ene siden og teologene med sin sjelesorg eller pastoral kliniske virksomhet på den andre. Prestene ønsker ikke med dette å ta over kontrollen med de psykisk syke, men hevder at de med sin kompetanse, har en alternativ nødvendig forståelsesmodell.

Av andre typer ”*settlements*” har vi allerede nevnt full oppsplitting der et arbeidsområde deles mellom to yrkesgrupper, og de får jurisdiksjon til hver sin del. Dette skjer typisk på ekspanderende fagområder i stor utvikling og representerer da en form for spesialisering. En annen mulighet er at flere profesjoner deler og på samme tid har likeverdig tilgang til et arbeidsområde. Imidlertid er dette ofte vanskelig og derfor i følge Abbott, mindre vanlig. En tredje praktisk og mer pragmatisk form for ”*settlement*” er deling basert på klient. Her er det ikke fag og arbeidsområder som splittes, men profesjonene deler det praktiske arbeidet ved rett og slett å betjene hver sin del av brukermassen eller klientene. Det kan da være deling basert på faktorer som geografisk tilhørighet, sosial klasse eller betalingsevne.

2.3.7 Organisering og styrkeforhold

Abbott diskuterer også interne strukturelle forhold innad i de enkelte profesjonene. Disse har karakteristiske særtrekk. Hver profesjon har typisk indre grupperinger, mindre ofte spesialiserte fellesskap der medlemskap kun gis de som har bestemt kompetanse eller ferdigheter. Gruppene kan også være bygget opp rundt en spesiell mer funksjonell oppgave (kontroll, opplæring, lobbyvirksomhet etc.) En forutsetning for medlemskap i gruppene er tilhørighet til en større overbyggende profesjonsorganisasjon. Profesjonene ønsker som nevnt å kontrollere institusjonene eller skolene som utdanner nye kandidater. Det samme gjelder for tester, eksamener og lisenser (Abbott 1988:79). Videre legger de vekt på og holder i hevd et sett av etiske koder som profesjonsutøverne forventes å følge. Den interne organiseringen av profesjonen er i følge Abbott av avgjørende betydning: ”*..the importance of professional social structure lies in its effect on professions’ abilities to maintain themselves within a competing system.*” (Abbott 1988:82). Med andre ord: Det er gjerne den best organiserte

profesjonen som vinner i kampen ved profesjongrensene. Det er likevel viktige unntak. Uttalt organisering kan i enkelte tilfeller også være en hemsko i form av rigiditet og manglende tilpasningsevne. Det å tilhøre en mindre velorganisert og regulert gruppe, kan av og til også være en fordel, kanskje særlig lokalt på arbeidsplassens arena. Større mobilitet og fleksibilitet gjør at disse lettere kan settes inn der arbeidsoppgaver har blitt ledige. Det kan også være slik at de mest organiserte profesjonene med sine omfattende inklusjonskriterier bare langsomt kan svare på endrede ytre kapasitetskrav. Man er rett og slett ikke i stand til å utdanne og lære opp tilstrekkelig mange nye medlemmer til å møte en raskt økende etterspørsel. Det er altså ikke uten videre en optimal profesjonsorganisasjon. Det som kan være en fordel i det ene tilfellet, kan bli en ulempe i andre sammenhenger (Abbott 1988:83).

2.4 Medisinske profesjoner

2.4.1 Legene

Uavhengig av skiftende kriterier og definisjoner av profesjonsbegrepet, synes legene å framstå som selve arketyper og den klassiske inkarnasjonen av en profesjonsgruppe. Den første kjente bruk av begrepet profesjon i relasjon til medisin, går helt tilbake til i år 47 e. Kr. Legen og apotekeren Scribonius arbeidet ved hoffet hos keiser Claudius, og han omtaler legen som profesjon inn i en kontekst knyttet mot den Hippokratiske ed (Pellegrino 2002). Da middelalderens universiteter ble dannet i Europa, var legen blant de tre klassiske profesjoner; teologi, juss og medisin. Freidson beskriver hvordan medisinen i kontrast til de to andre, har hatt suksess ved å integrere moderne naturvitenskapelig metode og teknikk i sin kunnskapsbase (Freidson 1970). På tross av skiftende retninger, framstår derfor medisinen fortsatt i vårt moderne samfunn som en helt sentral profesjon med høy status og prestisje:

Indeed, in one way or another, the profession of medicine, not that of law or the ministry or any other, has come to be the prototype upon which occupation seeking a privileged status today are modeling their aspirations (Freidson 1970: XVIII).

I historisk tid og helt fram mot 1940, var legenes arbeid først og fremst preget av diagnose og prognose. Legen kunne ofte lite gjøre når det kom til behandling og helbredelse. Den

medisinske profesjon nøt likevel stor respekt og ble tillagt edle og høyverdige motiver i sin gjerning. Fra omkring annen verdenskrig gikk medisinen på mange måter inn i en ny tidsalder preget av en rivende utvikling innen teknologi og behandlingsmuligheter. Det ble samtidig starten på en periode med raskt økende status for legene. Tiden fra 1940 fram mot ca. 1970 kalles ofte medisinenes gullalder (Aasland 2006). Etter denne tid har legenes status i de fleste land blitt kraftig redusert, og de utfordres etter hvert i økende grad av de tidligere underordnede profesjoner. Vi har blitt vitne til en økende byråkratisering og industrialisering. Legenes kunnskapsdominans er redusert i takt med økende utdanningsnivå i befolkningen og enklere informasjonstilgang gjennom nye elektroniske medier.

I det tradisjonelle norske bondesamfunnet var legen en del av embetsmannsstanden. Utover 1800-tallet økte imidlertid antallet leger i Norge langt utover det antall embeter som fantes i den offentlige forvaltningen. De nye legene ble privatpraktiserende. I 1910 var 60% av norske leger privatpraktiserende mot bare 7,5% i 1832 (Haave 2007). Lege-pasient-forholdet sto sentralt. Legen var den som hadde kunnskap, den som visste og derfor hadde overtaket. Dette forholdet ble ytterligere forsterket av at forholdet var personlig, og at legen tok betaling for sine tjenester (Berg 2005). Mot slutten av århundret ble det etablert flere forsikringsordninger med private sykekasser, en ordning som ble gjort obligatorisk fra 1911. Legene var på denne tiden som et broderskap. Medisinske studenter fikk automatisk praksisrett etter avsluttet utdanning. Legene passet hverandre, og ingen andre overvåket dem og deres forhold til pasientene. I 1927 kom imidlertid statlig autorisasjon inn i legeloven. Praksisretten skulle fra da tildeles av departementet. Det var stor uenighet blant legene i dette spørsmålet da man fryktet for *”lægestandens uavhengige stilling”* (Tandberg sitert i Haave 2007). Som profesjon føyer med dette de norske legene seg inn i et samtidig europeisk mønster. Flere profesjonsforskere ser på statsautorisasjonen som en styrking av legenes maktbase, en inngjerding mot konkurrerende grupper som gir en form for monopol. Haave mener imidlertid dette i liten grad lå bak den norske lovendringen i 1927. Viktigere her til lands var nok behovet for å verne legeprofesjonen mot uskikkede medisinere.

I de første tiårene etter forrige århundreskifte var det store flertall av norske leger allmennpraktikere. Legen virket stort sett i et lokalmiljø, ikke et fagmiljø. Omkring 1900 var bare hver tiende lege tilknyttet institusjon, i 1930 var dette økt til hver femte (Berg 1987)

Også her i Norge hadde legene sin ”golden age” fra avslutningen av 2. verdenskrig fram mot 1970. Norsk sykehusvesen var inne i en kraftig ekspansjon, og stadig flere leger fikk sitt

arbeid ved institusjonene. Legene gikk fra lokalmiljø og solopraksis til fagmiljø, et miljø som etter hvert kommer til å bestå av flere typer helsearbeidere. I samme periode hadde legene sentrale posisjoner og stor makt i forvaltningen (medikratiet) (Berg 2005).

I løpet av 70-årene skjer det et større hamskifte i Helse-Norge, slik det også gjør i de fleste andre vestlige land. Utgiftsveksten er ikke bærekraftig og bremsene slås på. Samtidig mister medikratiet mye av sin makt i den nasjonale forvaltningen. Utover i 80-årene slår høyrebølgen inn også over vårt land. Det økende utgiftsproblemet ved sykehusene møtes med krav om effektivisering. Industriell styringslogikk innføres også innen helsevesenet gjennom new public management (NPM). Nye profesjonsgrupper innen jus, økonomi og statsvitenskap vinner innpass ved sykehusene. Legene mister på mange måter det administrative grepet og blir arbeidstakere på en helt annen måte enn før (Berg 2005). Med helsepersonelloven fra 1999, sidestilles legene juridisk i mange henseende med de andre helseprofesjonene.

Et annet trekk ved medisins moderne utvikling er spesialisering. Aasland skiver om hvordan inndelingen i spesialiteter ikke følger noe logisk system, men er preget av historiske og teknologiske tilfeldigheter (Aasland 2006). Den enkelte leges identitet synes likevel sterk knyttet til spesialiteten. Spesialisering er et svar på kunnskapsveksten innen medisinen. Etter som tilfanget av kunnskap øker, stykkes det opp i håndterbare størrelser, dette for å gi mulighet til fordypning og detaljkunnskap innen et mindre felt. I følge Berg, gir spesialiseringen medisinalvesenet et hierarkisk preg (Berg 1987). Spesialisten står over allmennpraktikeren, mens subspecialisten står over spesialisten på det aktuelle felt. Det er også slik at jo mer spesialisert helsearbeidet er, jo mer institusjonalisert vil det vanligvis være, og jo større og mer komplekse institusjoner vil det vanligvis være tilknyttet (Berg 1987).

2.4.2 Hjelpeprofesjonene

Et særegent fenomen knyttet til den medisinske profesjon, er det mangfold av yrkesgrupper som er etablert i dens omgivelser. Disse har tradisjonelt vært underordnet legene, og Abbott betegner dem derfor som subordinerte grupper (Abbott 1988). Freidson bruker begrepet paramedisinsk personale (Freidson 1970), semiprofesjoner er en annen betegnelse (Berg 2005). Jeg velger å bruke uttrykket hjelpeprofesjoner i den videre diskusjon. Det er sykehusene med sin komplekse struktur som danner grunnlaget for fremveksten av disse. Sykehusene gir den arena der det er mulig å opprettholde den hierarkiske struktur som

ordningen bygger på. Tilsvarende hierarkier finnes ikke i samme grad omkring de andre tradisjonelle profesjonene som teologi og juss (Freidson 1970).

Den klassiske og mest markante av hjelpeprofesjonene er uten tvil sykepleierne. Historisk ble ikke sykepleien koblet til medisinen og legene før mot slutten av 1800-tallet (Berg 1987). Før denne tid var sykehusene mer å betrakte som oppbevaringsanstalter der det ikke ble drevet behandling. Arbeidet ved disse institusjonene ble sett på som tungt husholdningsarbeid, og de som ble ansatt for å gjøre det, var stort sett kvinner fra arbeiderklassen uten noen form for utdanning. De hadde yrkesbetegnelser som ”sygeoppvartersker” og ”gangkoner”. I andre halvdel av 1800-tallet begynner en gradvis fagliggjøring av sykepleien. Den første sykepleierskole opprettes ved en diakonal institusjon i Tyskland allerede i 1836. Pioneren Florence Nightingale starter sin berømte skole ved St Thomas i 1860.

Ettersom legene litt etter litt gjør sitt inntog ved sykehusene, endrer disse karakter ved at det legges økende vekt på diagnostikk og behandling. Det skjer en begynnende teknifisering ved at det bl.a. opprettes laboratorier. Generelt øker legenes behov for assistanse, og sykepleierne går inn i medisinske hjelperoller. De knyttes nærmere legene og underordnes på mange måter disse. ”Oppbevaringen” eller pleien av pasienter blir under legenes påvirkning stadig mer fagliggjort. Ny viten innen ernæring, bakteriologi og hygiene, stiller økende krav til pasienthåndteringen. Sykepleierne påtar seg også organisatoriske og administrative funksjoner knyttet til pleieoppgavene. Sykepleiefaget medikaliseres og får med det økende anseelse og prestisje, det ”borgeliggjøres” (Berg 1987). Berg beskriver på samme tid en verdiendring innen sykepleiefaget. Det diakonale barmhjertighetsidealet nedtones ettersom sykepleierne i økende grad lar seg koble til legene, hovedsakelig som deres assistenter. *”Den (sykepleien) tok del i medisinsens verdiorientering, og overtok noen av de enklere medisinske oppgavene legene etterlot seg, ettersom deres egen kunnskapsfront ble flyttet”* (Berg 1987:40)

Teknologiutviklingen har senere gitt opphav til nye grupper som bioingeniører og radiografer. Disse dekker områder som tidligere ble ivaretatt av sykepleiere og springer således på mange måter ut fra sykepleieryrket. På behandlingssiden kan nevnes fysioterapeuter og ergoterapeuter, mens man lenger ned i hierarkiet finner hjelpepleiere, legesekretærer og forskjellige typer assistenter. Flere av de hjelpeprofesjonene ble opprinnelig etablert på grunnlag av teknisk kunnskap formidlet fra legene. Deres funksjoner har tradisjonelt hatt preg av assistanse, og det var således ikke meningen at de i særlig grad skulle erstatte legene innen sentrale områder som diagnose og behandling. De skulle derimot handle etter instruksjon fra

legene og under deres supervisjon. Autonomien var av denne grunn sterkt begrenset, og de kunne vanligvis ikke oppnå samme grad av autoritet og prestisje i vanlige folks øyne (Freidson 1970).

Legenes overordnede og dominerende stilling kunne lenge legitimeres ved at de var eneste gruppe med universitetsutdannelse. I motsetning til dette gjennomgikk annet helsepersonell yrkesrettede utdanninger utenfor universitetsmiljøene, ved skoler og seminarer som ofte var etablert av leger (Freidson 1970). Fra slutten av 60-tallet så man i Norge, som i mange andre vestlige land, en markant ekspansjon av høyere utdanning. Nye høyskoler ble etablert og mange yrkesutdanninger løftet fra videregående- til høyskolenivå. Høyskolene var til å begynne med mange og små, men særlig etter høyskolereformen i 1994 fikk man sammenslåinger til færre og større høyskoleinstitusjoner. Det er en internasjonal trend at skillet mellom høyskoler og universiteter blir stadig mindre (Smeby 2008). I Norge har dette fått konkrete resultater ved at tidligere høyskoler i løpet av de siste årene har oppnådd universitetsstatus. For eksempel utdannes sykepleiere i dag både ved Universitetet i Agder og Stavanger Universitet. Universitetene i Tromsø og Bergen utdanner radiografer, sistnevnte tilbyr også et masterprogram. Det er en generell tendens til at institusjoner med lavere status ønsker å imitere de med høy ved å øke forskningsaktivitet og legge til rette for mer akademisk preget aktivitet. Dette er ikke uten konflikt da det innen de tidligere ”høyskoleprofesjonene” også er en sterk praktisk kunnskapstradisjon med skepsis til en for ensidig vektlegging av abstrakt teoretisk kunnskap.

Det tradisjonelle syn er at kunnskap gjennom utdanning er en nødvendig og en vesentlig forutsetning for profesjonell praksis. De fleste ser ut til å akseptere en slik forklaring. Det er likevel verd å merke seg kritiske røster som vektlegger praktisk tilegnet kunnskap. Collins hevder at tilegnelsen av nødvendig kunnskap og nødvendige ferdigheter først og fremst foregår i arbeidslivet. Ekspansjonen av høyere utdanning er derfor hovedsakelig et resultat av yrkesgruppers strategier for å monopolisere adgangen til lukrative yrker (Collins 1979, 1990 omtalt i Smeby 2008).

3 Radiologi

3.1 Pionertiden

Medisinsk radiologi går tilbake til Wilhelm Conrad Røntgens banebrytende oppdagelse i 1895. Røntgen som var fysiker, drev som mange andre på den tiden eksperimenter med katodestråler. Nærmest ved en tilfeldighet oppdaget han de til da ukjente ”X-strålene” og demonstrerte deres fototekniske egenskaper. Røntgen forsto raskt det store potensialet som lå i oppdagelsen. Han arbeidet hurtig og la i et fram sine arbeider i et foredrag i Fysisk-medisinsk selskap allerede i januar 1896. Han gjenga et bilde i dette sitt første arbeid. Dette bildet som Røntgen hadde tatt av sin kone, viser håndens knokler og en ring fru Røntgen har på ringfingeren (Åkhus/Poppe 1995). De medisinske miljøene grep begjærlig de mulighetene som lå i røntgenstrålene, som de raskt ble hetende, og aktiviteten på feltet var enorm i de første årene. Det diagnostiske potensialet ble utforsket, og særlig tyskerne var svært tidlig ute. Allerede i 1900 kom den første tyske lærebok i røntgenundersøkelser på markedet. Briter og Amerikanere fulgte hakk i hæl. Flere fagtidsskrifter ble dannet, og leger med interesse for radiologi søkte sammen i foreninger. I England etablerte man The Roentgen Society så snart som i 1897. Kort etter århundreskiftet ble man også oppmerksom på de terapeutiske muligheter som lå i ioniserende stråler, både fra røntgenrør og radioaktive isotoper. Strålebehandling av flere typer cancer ble forsøkt tidlig, og effekt ble oppnådd. Pionerene hadde dessverre lite eller ingen kjennskap til strålenes potensielt skadelige virkninger. Stråleskader var derfor vanlig i den første tiden, der både liv og lemmer gikk tapt (Åkhus/Poppe 1995).

Nyheten om de nye fantastiske røntgenstrålene spredte seg raskt også til Norge. Diakonisseanstaltens sykehus anskaffet røntgen-apparat allerede i 1897, mens Rikshospitalets Røntgeninstitut ble etablert i 1898. Til å begynne med var det særlig kirurger og barneleger som fattet interesse for den nye teknologien. Kirurgene utnyttet mulighetene i forhold til bruddbehandling. Pediatere var særlig interessert i skånsomme undersøkelser. De fleste norske sykehus på den tiden var små og hadde gjerne en kirurgisk lege som ansvarlig for driften. Flere av disse drev ved siden av kirurgien også med radiologi.

3.2 Radiologen

Det tok 20 år fra de første røntgenundersøkelser ble utført i Norge til radiologi ble etablert som egen medisinsk spesialitet. Dette skjedde i 1917 da de første spesialistreglene ble vedtatt. Radiologenes utdanning var til å begynne med sparsom og omfattet kun et års tjeneste ved røntgenavdeling. Man kunne imidlertid ikke oppnå slik godkjenning før minst fire år etter avlagt embetseksamen. I 1930 var det 18 godkjente norske spesialister i ”røntgenundersøkelse og behandling”, som faget da het. I 1952 passerte antallet 100 (Aakhus/Poppe 1995). I 2008 hadde vi i Norge 653 spesialister i radiologi (Statistisk Sentralbyrå 2010). Dagens spesialistutdanning består av fem års praksis ved radiologisk sykehusavdeling. Det er et betydelig innslag av praktisk kunnskapsformidling fra erfarne kolleger gjennom det daglige arbeidet ved avdelingene. Mester-svenn-begrepet benyttes ofte for å beskrive denne noe mer uoffisielle utdanningspraksis. I tillegg skal kandidatene, som i dag betegnes lege i spesialistutdanning (LIS), gjennomføres 256 timer obligatoriske kurs med bestått kursprøve (Den norske legeförening 2007). Den norske legeföreningen har stadig en meget sentral rolle i utforming og drift av spesialistutdanningen, selv om staten formelt tok over dette ansvaret i 1980.

Norsk Forening for Medicinsk Radiologi ble stiftet i 1920. Det var ikke hvem som helst som kunne bli medlem i den nystartede foreningen. I 1923 uttalte formann Severin A. Heyerdahl at *”Foreningen bør være en noget eksklusiv forening og bør ikke opta som medlemmer læger som driver røntgenpraksis som bibeskjæftigelse; man bør forlange fuld radiologisk utdanninge”* (Heyerdahl gjengitt i Aakhus/Poppe 1995:207). Opprinnelig tok forening seg av både de faglige og økonomiske interesser som radiologene hadde, men fra 1938 fikk man en deling ved at fagforeningsdelen ble skilt ut under navnet Norsk Radiologforbund. Båndene mellom de to var imidlertid tette. For eksempel ble forbundets årsmøter alltid holdt i samme lokaler som, og umiddelbart før, møter i den vitenskapelige foreningen. Som spesialforening under Den norske legeförening hadde radiologforbundet også ansvaret for spesialistutdanningen. I 1991 valgte man igjen å slå sammen de to foreningene under navnet Norsk radiologisk forening (Skjennald 1995). Denne er fra 2008 en fagmedisinsk forening og en underavdeling av Den norske legeförening. I radiologforeningens vedtekter heter det at leger som søker medlemskap, må være tilsluttet Den norske legeföreningen. Alle med tilslutning til fagfeltet kan søke, men ikke-leger kan kun bli assosierte medlemmer og har ikke stemmerett (Norsk Radiologisk Forening 2008).

3.3 Sykepleiere og radiografer

I norsk radiologis første år ble røntgenapparatene stort sett betjent av leger og teknikere, men sykepleiere kom raskt på banen, og de tok etter hvert over mye av det praktiske arbeidet med pasienter, apparatur og bildefremkalling. Arbeidet var ikke ufarlig med høyspent elektrisitet og stor strålingsrisiko (Lone 1995). Opplæringen sykepleierne fikk var nokså tilfeldig. De uerfarne fikk lære av de som hadde mer erfaring selv om nok legene også bidro til en viss grad. I 1940 startet man mer planmessig utdanning for spesialelever ved Rikshospitalet. Det dreide seg om 8 måneders opplæring og praksis. Røntgensykepleierne, som de etter hvert ble kalt, var ikke særlig fornøyd med dette og oppfattet utdannelsen som mangelfull. De ønsket lovfestet en ettårig teoretisk utdanning etter minst et års praksis ved røntgenavdeling. Helsemyndighetene var imidlertid av en annen oppfatning. Det ble hevdet at utdannede sykepleiere burde ha sitt arbeid ved sykesengen. Annet spesialutdannet personale skulle overta det arbeidet røntgensykepleierne tidligere hadde hatt. Utover i 60-årene diskuterte man flere modeller for slik utdanning. Man var også uenig om hva en slik ny yrkesgruppe skulle kalles. Etter hvert samlet man seg om betegnelsen radiograf som blant annet brukes i Storbritannia. Oslo kommune etablerte landets første radiografskole i 1970. Utdannelsen var til å begynne med ledet og drevet av røntgensykepleiere. Mange av de første radiografene var nettopp deres egne kolleger, røntgensykepleiere som oppnådde radiografattest etter 1 ½ år ved radiografskole. Søkningen fra sykepleiere avtok raskt og undervisningsopplegget ble endret. Tekniske og kliniske fag ble integrert og man fikk en fullstendig treårig utdanning. Fra 1981 ble skolene høgskoler. Året etter ble de overført fra sykehusene til Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet og lagt under høgskolesystemet. Utdanning innen stråleterapi ble fra 1987 en ettårig tilleggstudium for radiografer (Lone 1995).

Røntgensykepleierne etablerte like etter krigen en faggruppe innen Norsk sykepleierforbund. Norsk Radiograførbund ble stiftet i 1973. Forbundet utgir sitt eget fagtidsskrift "Hold pusten" Etter at radiografutdanningen ble etablert, stoppet rekrutteringen av røntgensykepleiere. Årene har gått og det er i dag svært få sykepleiere som arbeider i de radiologiske avdelingene. Radiografene er nå tallmessig den helt dominerende yrkesgruppe. I 2008 arbeidet 1674 radiografer i somatiske sykehus (Kilde: Statistisk Sentralbyrå). I tillegg er radiografer sysselsatt i private røntgenlaboratorier og industri.

Radiografutdanningen er i dag et tre-årig universitets/høgskolestudium som fører fram til bachelorgrad. Det er seks utdanningssteder: Oslo, Bergen, Tromsø, Trondheim, Gjøvik og

Drammen og flere etårige videreutdanninger tilbys. Radiografer med bachelor bygger videre på sin utdannelse og tar master- og PhD-grader ved universitetene innen helsefag. Professorater i radiografi er etablert i tilknytning til utdanningsstedene.

4 Jobbglidning

4.1 Begrep og definisjon

Uttrykket jobbglidning er relativt nytt og derfor trolig ukjent for mange. Hva ligger i dette begrepet og hvor kommer det fra? Et raskt søk på norske internettsider via søketjenesten Google gir bare et titalls treff, noe som kan tas til inntekt for at begrepet bare brukes i begrenset grad (mars 2010). Jobbglidning er imidlertid et hovedtema i denne oppgaven og begrepet fortjener derfor en nærmere presisering. I dokumentet Strategi 2020 for Helse Midt-Norge, et saksframlegg for styret i det regionale helseforetaket, finnes følgende formulering:

Jobbglidning innebærer en systematisk forskyvning av oppgaver fra en profesjonsgruppe til en annen. Helse Midt-Norge skal arbeide for at enheter blir i stand til å finne fleksible løsninger uten at dette går på bekostning av faglige kvalitetsstandarder. (Helse Midt-Norge 2009).

Det handler altså om omfordeling av arbeidsoppgaver for bedre å utnytte personale ved en enhet som for eksempel en sykehusavdeling. Selv om jeg ikke finner det uttrykkelig presisert, oppfatter jeg at dette i praksis handler om å forskyve arbeid nedover i hierarkiet av helsepersonell. Oppgaver overføres til mindre utdannede og gjerne lavere lønnet personale. Det ligger en form for systematikk og planlegging i dette, noe som typisk inkluderer lokal opplæring eller mer omfattende videreutdanning. Tanken er at relativt enkle rutinepregede oppgaver for en høyt kvalifisert gruppe, med fordel kan skyves over til en gruppe lavere i systemet, som igjen kan oppfatte dette som en utfordrende og spennende utvidelse av sitt arbeidsområde.

4.2 Skills mix

Uttrykket jobbglidning er beslektet med det engelske ”skills mix”. Dette begrepet har vært brukt flittig i engelskspråklig helserelevant litteratur gjennom en årrekke, og typisk i sammenhenger relatert til bemanningsforhold, ressursutnyttelse og økonomisk effektivitet. ”Skills mix” dreier seg i vid forstand om sammensetningen av arbeidsstyrken på flere plan:

The term can refer to: the mix of posts in the establishment; the mix of employees in a post; the combination of skills available at a specific time; or the combinations of activities that comprise each role, rather than the combination of different job titles. (Buchan 2001).

Vi ser altså at det uttrykker alt fra stillingsstruktur, via sammensetningen i den gruppen av medarbeidere man faktisk har ansatt, ned til det sett av aktiviteter eller gjøremål som tillegges den individuelle arbeidstaker. "Skills" blir et uttrykk for det faktiske sett av oppgaver man er i stand til å utføre uavhengig av tittel eller profesjon: *"It may also refer to combinations of activities or skills needed for each job within the organization"* (Buchan 2002). Det er i denne siste betydningen av begrepet vi etter min oppfatning, finner parallellen til det norske "jobbglidning". Selv om det ikke er direkte formulert i de over nevnte definisjoner, handler også "skills mix" i praksis om å avlaste høyt kvalifisert og kostbart helsepersonell ved å overføre oppgaver til grupper med lavere kompetansenivå. Drivkraft kan være personalknapphet eller økonomiske forhold. Det handler om på en mest mulig optimal måte å utnytte de begrensede ressurser man til enhver tid har til rådighet. Det foreligger en rekke internasjonale publikasjoner om emnet. Hovedtrekk i denne litteraturen oppsummeres i en artikkel fra 2002 utgitt av WHO (Buchan 2002). Artikkelen forteller om generelt økende interesse for feltet med et økende antall av særlig amerikanske publikasjoner. Artiklene omhandler gjerne lokale forhold der man typisk rapporterer og evaluerer endringer gjort ved et enkelt sykehus eller i en mindre helseregion. Majoriteten dreier seg enten om tilfeller der man har erstatter sykepleiere med mindre kvalifisert pleiepersonale, eller der sykepleiere eller jordmødre erstatter leger på utvalgte områder. Mange av disse siste er hentet fra primærhelsetjenesten der allmennpraktikere avlastes i deler av sitt arbeid. Det finnes videre også et antall publikasjoner der nye "typer" av helsearbeidere introduseres. Klassisk er dette på landsbygda der det viser seg vanskelig å rekruttere kvalifisert helsepersonale, særlig leger. Studiene er gjerne av deskriptiv karakter og dessverre ofte også metodologisk svake når det gjelder kritisk evaluering av resultater og effekt. Buchan gjør derfor et poeng av at lokal kontekst er helt avgjørende. Man skal være ytterst varsom med å overføre resultater fra en setting til en annen, og det er vanskelig å trekke generelle slutninger om gevinst og nytte av slike tiltak (Buchan 2002).

En Cochrane rapport fra 2004 oppsummerer publikasjoner som omhandler jobbglidning der sykepleiere substituer leger innen primærhelsetjenesten (Laurant 2004). Forfatterens konklusjon er at pasientene ofte er vel så fornøyd med de tjenester som utføres av

sykepleierne som de er med legenes arbeid. Sykepleierne bruker gjerne mer tid på den enkelte pasient og er opptatt av god pasientinformasjon. Økt tidsbruk og hyppigere tilbakekallinger blant sykepleierne, gjør at man ikke kunne påvise sikre økonomiske innsparinger ved slike ordninger. Det var heller ingen entydige resultater i forhold til om slike ordninger letter legenes arbeidsbyrde. I den grad man kunne vurdere endepunkter hos pasienter som ga uttrykk for helseeffekt, kunne man heller ikke påvise signifikante forskjeller.

4.3 Radiografer tar initiativ

I flere, særlig engelskspråklige land, har jobbglidning og rolleutvidelse for radiografer blitt et virkemiddel for å løse kapasitetsproblemer innen feltet medisinsk bildediagnostikk. Norske radiografer har naturlig nok fulgt nøye med i denne utviklingen, og de har selv tatt initiativ til å sette temaet på dagsordenen. Jobbglidning har de siste årene utviklet seg til et sentralt satsningsområde for Norsk Radiografforbund (NRF). Forbundet organiserer det store flertallet av norske radiografer og har omkring 2 200 medlemmer. Organisasjonen presenterer seg selv på sine hjemmesider både som profesjonsforbund og arbeidstakerorganisasjon (Norsk Radiografforbund 2010). NRF utgir tidsskriftet "Hold Pusten" som fra 1. januar 2009 har oppnådd status som vitenskapelig fagtidsskrift. Bladet er på mange måter i seg selv et tegn på radiografenes ønske om større faglig uavhengighet og en økende profesjonell bevissthet. Radiografer kommer ikke direkte til orde i denne masteroppgaven, men en gjennomgang av senere årganger av "Hold Pusten" gir en god indikasjon på deres agenda og posisjoner. Spørsmål om jobbglidning og rolleutvidelse er da også gjengangere i en rekke artikler.

I juni 2007 hadde "Hold Pusten" et temanummer med tittelen "Radiografer i nye roller". Dette inneholdt både redaksjonell reportasje og en artikkel med utgangspunkt i Sør-Afrika der rolleutvidelse for radiografer i omtales (Williams 2006) (Kristensen 2007). Etter dette ser man et stadig økende antall reportasjer, artikler og innspill i fagtidsskriftet. Fra radiografmiljøet ved Høgskolen i Buskerud kommer en bredt anlagt kronikk under tittelen: "Quo vadis, radiograf?" (Stranden 2009). I denne påpeker professor Erling Stranden og medarbeidere hvordan norske radiografer allerede jobber i grenselandet mot radiologer med f. eks gjennomlysnings-undersøkelser, bildebearbeiding, innleggelse av venefloner, kontrastinjeksjoner og assistanse ved intervensjonsprosedyrer. Jobbglidning er således ikke å betrakte som noe nytt, det er bare et skritt videre på en vei man allerede har fulgt i mange år.

Artikkelen har betraktninger rundt hvordan profesjoner og profesjonsgrenser stadig er i endring. Radiografprofesjonen må gripe de mulighetene som de raske endringene i helsevesenet gir. *”For motiverte radiografer vil utvikling av rollen kunne bety økt jobbtilfredshet, muligheter for spesialisering og økt kompetanse”* (Stranden 2009).

Rolleendringer og jobbglidning var et viktig tema ved Radiografforbundets landsmøte i 2009. Møtet omtales i ”Hold Pusten” under overskriften ”Forskyvning av profesjonsgrenser” (Amundsen 2009). Professor Stranden uttalte på landsmøtet, i følge dette referatet, at radiograffaget må gis enda mer tyngde, og det må bevisst satses på utvikling av master- og doktorgradsprogrammer. For radiografene er nemlig forutsetningen for erobringen av nye oppgaver formalisert utdanning, kvalitetssikring, dokumentasjon av gevinster, forskning og akademisering. Dette skal skje i formelt samarbeid med myndighetene og legene gjennom Radiologforeningen.

Vinteren 2007 ble det satt i gang et forsøksprosjekt med videreutdanning av radiografer innen diagnostisk ultralyd. Utdanningen ble organisert som et toårig deltidsstudium og var et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet og Høgskolen på Gjøvik. Det første (og foreløpig eneste) kullet med 8 sonografer var ferdig ved utgangen av 2008. De enkelte kandidatene kom fra radiologiske avdelinger ved flere sykehus. Opplæringen inneholdt et betydelig innslag av praksis, og denne skulle gjennomføres ved den avdeling radiografen normalt jobbet. Hver enkelt radiograf måtte derfor ved studiets oppstart framlegge en skriftlig avtale som forankret utdannelsen lokalt. Disse avtalene var undertegnet av radiolog ved de respektive deltakende sykehus.

4.4 Radiologene svarer

Høsten 2007 satte styret i Norsk Radiologisk Forening ned et utvalg som skulle *”kartlegge spredning av ultralyddiagnostikk og gi føringer for foreningens holdning til denne utviklingen”* (Radiologforeningens ultralydutvalg 2008:4). Dette var en opplagt respons på det over nevnte pilotprosjektet ved Høgskolen i Gjøvik, og kom delvis som et svar på henvendelser til foreningen fra leger ved lokale sykehus som var direkte berørt av prosjektet. Rapporten og den senere behandling i Radiologforeningens styre, er interessant da den på en illustrerende måte synliggjør radiologers holdninger til jobbglidning på et konkret område.

Uttalelsene har en form for offisiell status, da de kommer fra sentrale representanter for norske radiologers egen fagorganisasjon.

Ultralydutvalget hadde fem medlemmer, hvorav fire kom fra radiologiske avdelinger ved større universitetssykehus. I utvalgets rapport kan man i forbindelse med pilotprosjektet på Gjøvik, lese følgende kommentar: *”Dette er gjort uten forankring i Radiologforeningen eller Den norske legeförening”* (Radiologforeningens ultralydvalg 2008:4).

Rapporten diskuterer både ”horisontal spredning” av ultralyddiagnostikk til andre leger, og ”vertikal spredning” med etablering av sonografer som ny faggruppe. Horisontal spredning, der kliniske leger i større grad selv gjør ultralyd av sine pasienter, oppfatter utvalget ikke som særlig problematisk. Det at behandlende lege, med sitt nære kjennskap til pasient og problemstilling, selv gjør undersøkelsen, kan ha sine fordeler. Man mener likevel at radiologene har, og fortsatt skal ha, en sentral posisjon innen utvikling av teknikk og utdanning av fremtidige utøvere. Dette inkluderer også opplæring av leger fra de kliniske fag.

Når det gjelder den vertikale spredningen med etablering av sonografer som ny yrkesgruppe i Norge, er man betydelig mer skeptisk. Utvalget understreker hvordan norske radiologer tradisjonelt har hatt en sterkt utøvende rolle i ultralyddiagnostikken, dette i motsetning til i mange angloamerikanske land. Der har sonografer vært de som rent praktisk har utført undersøkelsene mens radiologen har hatt en beskrivende, rapporterende funksjon. Dette er en arbeidsdeling man stiller seg kritisk til.

Utvalget uttrykker generell bekymring for ultralydteknikkens posisjon blant norske radiologer. Det er for få entusiastiske utøvere, og man tror at innføring av sonografrollen ytterligere vil svekke legenes interesse og metodens stilling innen radiologifaget. Dette mener man vil være uheldig. Man er særlig betenkt med tanke på leger i spesialistutdanning (LIS). Nye radiologer trenger kompetanse og praktiske ferdigheter innen ultralyd for å kunne dekke opp slike tjenester under vakt og i akutte situasjoner. Man spør om antallet undersøkelser vil være stort nok til å opprettholde tilstrekkelig kvalitet på LIS-utdanningen, dersom man lar sonografer på slippe til. Ultralydutvalget er opptatt av roller og ansvarsforhold. Det hevdes at *”Det er i dag bare leger som har autorisasjon til å utføre radiologisk diagnostisk virksomhet”* (Radiologforeningens ultralydvalg 2008:6). Dersom sonografer blir de som skal utføre selve bildeopptaket, mens lege beskriver eller kontraserer undersøkelsen, mener man sonografen må betraktes som en medhjelper. Rapporten henviser i så henseende til helsepersonellovens §

5 (Helsepersonelloven 1999). Dette er en arbeidsdeling man ikke på noen måte vil gå inn for. Utvalget sier derfor, at hvis sonografer overhode skal ha en plass i norsk radiologi, må de jobbe selvstendig. Det vil i så fall etter utvalgets mening, nødvendiggjøre en lovendring:

Hvis sonografer skal arbeide ved radiologiske avdelinger mener vi at de må ha en egen autorisasjon som gjør at de kan drive selvstendig virksomhet og være ansvarlig for hele undersøkelsen. En slik autorisasjon må evt. nedfelles i lovverket etter en større utredning (Radiologforeningens ultralydutvalg 2008:6-7)

Ultralydutvalget er i sum klar i sin konklusjon og påfølgende tilrådning til radiologforeningen. Deres standpunkt kommer klart til uttrykk i følgende formulering: ”Utvalget er i mot innføring av sonografer som yrkesgruppe i en vanlig radiologisk virksomhet.” (Radiologforeningens ultralydutvalg 2008:3).

Radiologforeningens styre behandlet rapporten i desember samme år og sluttet seg i hovedsak til konklusjonen: ”Radiologforeningen har store motforestillinger mot å opprette en ny yrkesgruppe utgått fra radiografutdannelsen til å utføre ultralydundersøkelser selvstendig.” (Norsk Radiologisk forening 2009).

Man åpnet imidlertid en liten luke ved å si: ”Det er et prinsipielt skille mellom diagnostiske undersøkelser og kontroll av kjente tilstander. For kontroll av kjente tilstander, vil bruk av medhjelpere til bildeopptak kunne være aktuelt.” (Norsk Radiologisk forening 2009).

Sonografer kan altså slippe til under legenes strenge kontroll på svært begrensede felt, men til syvende og sist er det bare leger som er skikket til å utføre selvstendige undersøkelser. Styreformannen uttaler om seg senere på styrets vegne i radiologforeningens fagtidsskrift ”Noraforum” og sier dette om sonografer:

Vi kan ikke se at radiografutdannelsen med ett års tilleggsutdanning i ultralyd kvalifiserer for diagnostiske utredninger med ultralyd i abdomen. Dette dreier seg om hensynet til pasientsikkerhet. Det vil være en klar forringelse av helsetjenesten om vi reduserer kravet til utdanning for radiologisk diagnostikk så betydelig at utredningen kan utføres av personell med 4 års utdanning. (Kløw 2009)

4.5 Debatt og polemikk

Både ved sykehusavdelinger og private røntgeninstitutter er det tett daglig kontakt mellom radiologer og radiografer. Man leser hverandres fagtidsskrifter, utveksler meninger og synspunkter, og følger gjerne godt med i saker som angår de enkelte yrkesgrupper og samarbeidet mellom dem. Radiografenes ønske om utvidede arbeidsoppgaver, sonografutdanningen på Gjøvik og Radiologforeningens reaksjoner på denne, førte vinteren 2010 til en livlig debatt på Radiologforeningens nettsider (Radiologforeningen 2010). Her deltok representanter for begge yrkesgrupper. Enkelte av legene var tydelig sterk provosert av radiografenes initiativ. Med henvisning til artikler i ”Hold Pusten”, skriver en radiolog følgende i et av nettinnleggene:

Det er på høy tid at radiologene og ikke minst de sentrale personene i radiologforeningens styre, begynner å tenke på hva man kan gjøre for å hindre en høyskoleutdannet gruppe i å prøve å finne bakveien til legeyrket. (Swensen 2010a)

Og i et senere innlegg:

Er det noe rart at man som lege reagerer? Her kommer en gruppe med manglende klinisk utdanning og kunnskaper og vil nærmest sidestilles med radiologene? (Swensen 2010b).

En annen radiolog uttaler:

Men det må være klinkende klart at det er radiologer som skal bedømme radiologiske undersøkelser. (Stiris 2010)

Men radiologene framstår ikke som noen ensartet gruppe i debatten. Andre ser nye muligheter og potensielle fordeler også for radiologene:

Hadde det ikke vært kjærkomment for radiologene å kunne fordype seg i mer avansert bildediagnostikk ved å overlate deler av de enorme mengdene med rutinearbeid til noen som har lyst til å avhjelpe? (Borgen 2010)

Sentrale personer i Norsk Radiografforbund deltar aktivt i debatten. Forbundets leder, Anna Pettersen understreker i to innlegg hvordan radiografenes identitet og status er endret. De ser seg selv som en selvstendig profesjon, noe som medfører både rettigheter og plikter:

Tiden der radiografene var å anse som medhjelper og jobbet på delegasjon er blitt historie. Grunnlaget for de ulike profesjonenes rolle og funksjon er endret gjennom ny lovgivning. Den enkelte profesjon kan ikke påberope seg monopol på arbeidsoppgaver. (Pettersen 2010a)

Pettersen innser imidlertid på radiografenes vegne at det eksisterer et ”skjebnefellesskap” av gjensidig avhengighet mellom de to profesjonene. Radiografene trenger radiologene med på laget. Fagområdet er under stort ytre press. Hvis man ikke holder orden i eget hus, vil andre utenfor radiologimiljøet diktere vilkårene, og man står i fare for å miste kontrollen:

Jeg mener premissene må settes av aktørene selv, radiografene og radiologene i det kliniske fagfeltet. Det er først når aktørene selv ikke makter dette, at andre kommer på arenaen og setter premisser. Derfor er det viktig at radiografene og radiologene i fellesskap kommer frem til de gode og hensiktsmessige løsningene, idet rolleutvidelse og krav til jobbglidning settes på dagsorden. (Pettersen 2010b)

5 Internasjonale erfaringer

5.1 Radiografrollen i internasjonalt perspektiv

I et globalt perspektiv er radiografer langt fra noen ensartet yrkesgruppe. Status og anerkjennelse varierer betydelig fra land til land, det samme gjør arbeidsoppgaver og utdanningsnivå. Også benevnelse og yrkestittel er forskjellig. Betegnelser som brukes er ”radiographer”, ”radiologic technologists”, ”X-ray technicians” og ”medical radiation practitioners” (Cowling 2008). Radiografi inkluderer i tillegg til diagnostisk bildediagnostikk, ofte felt som stråleterapi, nukleærmedisin og ultralyd. Grunnutdannelsen varierer fra fireårige collegeprogrammer som i Japan, Taiwan og Sør-Korea, til stedvis ingen standardisert opplæring i store land som Kina og India.

Noen få nasjoner har etablert systematiske etterutdanningsprogrammer som kvalifiseres for utvidede roller, såkalt ”advanced practice”. Det er særlig Storbritannia som leder an på dette feltet. Radiografer i flere andre land synes å ønske en tilsvarende utvikling. Temaet er godt synlig på dagsordenen i internasjonale radiograffora som for eksempel The International Society of Radiological Technologists (ISRRT), en paraplyorganisasjon der 83 nasjonale radiografassosiasjoner sto tilsluttet i 2008 (Cowling 2008). Karakteristisk er det nasjoner med godt etablerte, formaliserte og gjerne universitetsassosierte grunnutdanninger som løfter fram disse spørsmålene. Agendaen varierer imidlertid betydelig mellom landene avhengig av nasjonale fagtradisjoner og tidligere oppgavefordeling innen radiologi. Det er således ikke bare direkte diagnostisk aktivitet med selvstendig tolkning av undersøkelser som diskuteres. I en artikkel med en internasjonalt sammensatt forfattergruppe, der også en norsk forfatter er med, markerer man avstand fra prinsippet om utvidet praksis som kun delegerte oppgaver (Hardy 2008). Man stiller et grunnleggende spørsmål ved om spesialiserte radiografer fortsatt skal være en subordinert profesjon under radiologers ledelse. Det påpekes at rolleutvidelse for radiografer i dag gjerne dikteres av mangel på kvalifiserte radiologer eller krav om økonomiske innsparinger. Dette oppfatter forfatterne som alt for snevert. Man ønsker i stedet fokus på pasientservice og kvalitet der de mener radiografer på disse områdene kan bidra positivt i større grad enn tidligere. Det er også opplagt, om enn noe mindre uttalt, at man ønsker fagutvikling og nye utvidede karriereveier for radiografer som autonom, selvstendig profesjon.

5.2 Storbritannia

Storbritannia er i særklasse i Europa når det gjelder jobbglidning innen radiologi. Man har der gjennomført vesentlige rolleutvidelser for radiografer. Også mer ufaglært personale er systematisk trukket inn i arbeidet ved de radiologiske avdelingene, der de utfører oppgaver som tidligere ble ivaretatt av radiografer. Det er mange paralleller mellom norsk og britisk helsevesen. En fyldig omtale av britiske forhold synes derfor på sin plass i denne masteroppgaven.

5.2.1 "Red dot"

Sykehus i Storbritannia har gjennom en årrekke rapportert knapphet på fagpersonale innen feltet medisinsk bildediagnostikk. Spesielt har mangel på kvalifiserte radiologer vært et tema gjennom flere tiår. Allerede på 70-tallet kom det rapporter om dårlig samsvar mellom ønsket nivå på diagnostiske tjenester og tilgjengelige radiologressurser (Price 2007). For å avhjelpe dette ble det så tidlig som i 1971 foreslått å bruke radiografer til å "grovsortere" røntgenbilder av skjelett (Robinson 1999). Midt på 80-tallet dukket begrepet "red dot" opp i britisk radiologi. Dette er et system der radiografer initialt markerer mulige brudd eller annen patologi direkte på røntgenbildene ved hjelp av en rød prikk. Markeringen er ment som en hjelp for klinikere som ofte må ta stilling til behandling av pasienten før endelig radiologbeskrivelse foreligger. Radiologen som etter hvert gransker og beskriver bildene, får også en noe enklere jobb. "Red dot ordningen" fikk etter hvert stor utbredelse og er i dag i bruk ved et stort antall radiologiske avdelinger i Storbritannia (Price 2009).

5.2.2 Sonografer og ultralyd

Da ultralyddiagnostikken ble utviklet mot slutten av 60-tallet, var britiske radiografer raskt på banen (Price 2010). The Society of Radiographers arbeidet fram et opplæringsprogram, og en formell kvalifikasjon i form av "Diploma in Medical Ultrasound" for radiografer ble lansert i 1977. Betegnelsen "sonographer" kom i bruk. Fra 1990 ble diplommet erstattet av en mer systematisert høyere utdanning som i dag tilbys ved 18 universiteter og colleges i Storbritannia (The Society of Radiographers 2010). Det har pågått en mangeårig disputt med britiske radiologer over hvem som skal rapportere og beskrive undersøkelsene som sonografene utfører. I mange år var sonografene faktisk formelt utelukket fra dette gjennom

føringer gitt i et ”Statement of Conduct” utstedt av ”Radiographers Board at the Council for Professions Supplementary to Medicine”. Denne formelle restriksjonen ble opphevet i 1987, men uenigheten vedvarte ennå i mange år og er fortsatt til stede i enkelte miljøer. Utviklingen har likevel klart gått i retning av sonografer som uavhengige rapporterende diagnostikere. I en større undersøkelse publisert i 2008, oppga nær 90 % av responderende radiologiske avdelinger at sonografer praktiserte selvstendig rapportering uten at de skrevne ultralydsvarene ble kontrollert eller verifisert av radiolog (Price 2008).

5.2.3 Et helsevesen i endring

Tidlig på 1990-tallet var det i Storbritannia stort fokus på kapasitetsproblemer og ventelister innen det offentlige NHS (National Health Service) (Bull 2003). Spørsmålet ble politisk innen en kontekst av personalmangel og økende krav fra brukere av helsetjenestene.

Markedstankegangen gjorde samtidig sitt definitive inntog ved sykehusene. De fleste NHS trusts så omforming av arbeidsstyrken som et mulig og nødvendig virkemiddel. Det britiske helsedepartementet la samtidig restriksjoner på underordede legers arbeidstid, noe som ytterlig synliggjorde mangelen på kvalifiserte helsearbeidere. Samtidig så man en dreining mot mer dagbehandling og personellbruken ved poliklinikkene økte. Dette var for en stor del ikke-leger. Dagbehandlingen økte presset på de radiologiske tjenestene med forventning om raske og stadig mer omfattende diagnostiske utredninger. Trykket på avdelingene økte også på grunn av den raske tekniske utviklingen innen bildedannende utstyr med økende bruk av CT og MR-baserte undersøkelser. Korte beskrivelser av enkle røntgenbilder ble erstattet av mer sofistikerte, og for radiologene tidkrevende prosedyrer. Ved mange radiologiske avdelinger ble nettopp jobbgliedning med utvidede roller for radiografer en måte og hanskes med disse økende krav. Slike ordninger vokste fram som resultat av lokale initiativer, bar preg av ad hoc løsninger. Det fantes på 90-tallet fortsatt i liten grad sentrale føringer og kontroll (Price 2007).

5.2.4 “The four tier structure”

I 1999 introduserte Evans den såkalte ”four tier structure” (Evans 1999). Dette var til å begynne med en modell for løsning av personellmangelen innen det britiske mammografiscreeningprogrammet. ”Four tier” som betyr noe sånt som fire stammer eller grener, skisserte en modell med fire typer ”practitioners”. Ordinært utdannede radiografer ble

i dette systemet betegnet bare ”practitioner”. I tillegg foreslo Evans tre nye kategorier: Under seg hadde radiografen ”assistant practitioner”, en rolle tiltenkt personer uten formell radiografutdannelse som etter begrenset, men målrettet opplæring, kunne assistere under opptak av røntgenbilder under supervisjon av godkjent radiograf. I den andre enden av spekteret foreslo han to nye grader, som begge innebar en videreutvikling av radiografrollen. Disse ble betegnet henholdsvis ”advanced practitioner” og ”consultant practitioner”. Begge innebar en formalisering av utvidede radiografroller der diagnostisk arbeid med bildetolkning og selvstendige pasientkonsultasjoner inngikk etter videreutdanning på universitetsnivå. Dette var altså gjøremål som til da hadde vært utført av radiologer.

Forslaget ble raskt omfavnet av The College of Radiographers som ønsket å utvide konseptet til generell radiologi, og altså ikke bare mammografiscreening. Organisasjonen hadde alt i 1997 publisert et såkalt ”vision paper” om radiografer og tyding av bildeundersøkelser. Radiografene så dette på mange måter som en naturlig rolleutvidelse da de jo alltid, om enn kun muntlig, overfor radiologene hadde uttrykt sitt profesjonelle syn på røntgenundersøkelser de hadde produsert (Omtalt i Friedenberg 2000). NHS sentralt oppfordret i denne perioden til nytenkning omkring arbeidsdeling og bemanning i helsetjenestene og konseptet med ”The four tier structure” passet utmerket i dette henseende (Price 2007). I 2003 utga det britiske helsedepartementet rapporten ”Radiography Skills Mix. A report on the four-tier service delivery model” der systemet gjøres til en mer generell offentlig standard. I rapportens innledning kan man blant annet lese følgende:

The demand for diagnostic and therapeutic radiography services is increasing at a time when there are continued shortages of suitably trained and qualified staff.

Radiography Skills Mix sets out a career progression model which encourages new ways of working for existing staff and introduces the new role of assistant practitioner in radiography (Department of Health 2003).

En statusrapport som tar for seg året 2008, kvantifiserer og evaluerer utbredelse av utvidede radiografroller etter ”four tier” i Storbritannia (Price 2009). Rapportens datagrunnlag er tall innhentet fra 108 av 230 sykehusavdelinger. 73 % av disse radiologiske avdelingene hadde ”advanced practitioners” i sin arbeidsstyrke. Totalt dreide dette seg om 885 personer. Antallet ”consultant practitioners” var vesentlig lavere, kun 14 personer. 63 % av avdelingene hadde i tillegg tilsatt ”assistant practitioners” for å avlaste radiografstyrken.

Rapporten forteller videre at innen diagnostisk arbeid var flest radiografer engasjert i beskrivelse av skjelettundersøkelser. ”Red dot” prinsippet ble praktisert ved 84 % av de responderende avdelingene. Radiografene bidro med beskrivelser også på en rekke andre felter som CT av hjerne, bariumundersøkelser (mage-tarm), mammografi, skjelettscintigrafi, beintetthetsmålinger, urografier, urogrammer og thorax-røntgen. Fra enkelte sykehus rapporteres det også om radiografer som beskriver utvalgte MR-undersøkelser, venografier og miksjonscystografier.

5.2.5 Radiologenes rolle

Flertallet av britiske publikasjoner på området synes å ha sitt utspring fra radiografmiljøet. Hva med britiske radiologer? Hvilke holdninger representerer de, og hvilken rolle har de spilt i denne utviklingen? Utvilsomt har det vært en del skepsis blant britiske radiologer i forhold til utvidede diagnostiske oppgaver for radiografer. Price skriver i den over refererte statusrapporten fra 2008, at avdelingene oppgir motstand fra radiologer som den viktigste årsak til at man ikke lykkes med å gjennomføre ønskede rolleendringer for radiografer (Price 2009).

I Skottland ble det i 2004 gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant radiologer om holdninger til radiografers rolleutvidelse (Forsyth 2007). 63 % av skotske radiologer responderte på forespørselen. Av disse var et klart flertall (82 %) generelt positive til at radiografene utvidet sitt ansvarsområde. Forfatterne bemerker at disse faktisk utgjorde et flertall av alle radiologer i Skottland. På den positive siden så radiologene radiografenes mulighet til kompetanseutvidelse som viktig for deres yrkesstolthet, noe som kunne bidra til å holde radiografer aktive innen faget. De mente også at dette generelt var god personellutnyttelse. Utsiktene til mindre arbeidspress for radiologene selv ble videre trukket fram, samtidig som man kunne oppnå økt servicenivå og fleksibilitet i forhold til pasienter og rekvirenter. På den negative siden var radiologene mest bekymret for utdanningsforholdene for egne spesialistkandidater, da de så radiografene som konkurrenter i forhold til en samlet sett begrenset utdanningskapasitet. Man hadde også bekymringer rundt de juridiske ansvarsforhold som mange mente var for dårlig avklart. Det er interessant å merke seg i denne undersøkelsen at radiologer med administrativt ansvar generelt var mer pragmatiske og positive i forhold til rolleutvidelse for radiografer sammenlignet med kolleger i ren klinisk praksis. Det var også mer positivitet blant yngre spesialister med relativt få år i faget.

5.2.6 Felles retningslinjer

I januar 2007 utga de britiske radiologenes og radiografenes organisasjoner i fellesskap et sett av retningslinjer om ”skills mix” og rolleutvidelser. I dette dokumentets innledning kan man lese følgende:

The aim of this joint guidance is to provide a framework for implementation of skills mix and role development to support major changes which healthcare services in general and diagnostic services in particular are currently facing (The Royal College of Radiologists, The Society and College of Radiographers 2007:16).

Videre slår man fast at Storbritannia har et kronisk underskudd både på radiologer og radiografer. Ved å klargjøre retningslinjer for god praksis, ønsker man å skape nasjonale standarder som gjør det mulig for spesialutdannet personale å jobbe ved alle sykehus i Storbritannia. Med hensyn til ansvarsforhold, fastslår retningslinjene at en henvisning til en radiologisk avdeling er en forespørsel om en medisinsk spesialistuttalelse, og denne skal normalt rettes til en lege. Den overlege (”consultant radiologist”) som mottar henvisningen, kan imidlertid delegere denne videre til annet kvalifisert helsepersonell. Ved delegasjonen går overlegen god for at vedkommende har tilstrekkelig kompetanse på feltet. Dette er vanligvis ikke individuelle avgjørelser, men en generalisert ordning spesifisert i form av avdelingsprosedyrer. Ledende overlege ved avdelingen står da som ansvarlig. En radiograf som utfører en selvstendig undersøkelse, er likevel både legalt og profesjonelt ansvarlig (”accountable”) for dette. Retningslinjene sier eksplisitt at ved ordinære røntgenbilder og ultralyd, kan beskrivende radiografer motta henvisning direkte, effektuere og ferdigstille undersøkelser, forutsatt at formell delegasjon foreligger i avdelingen. Det skal ved avdelingene foreligge oppdaterte arbeidsbeskrivelser, og alt fagpersonell skal inngå i en systematisert ordning for faglig vedlikehold (”continuing medical education, CME”). Dokumentet omhandler også ”assistant practitioners” som under supervisjon av godkjent radiograf kan utføre radiografarbeid.

5.3 Andre land

5.3.1 USA

Også i USA erfarer man en voksende etterspørsel etter medisinsk bildediagnostikk.

Arbeidsbyrden for den enkelte amerikanske radiolog oppgis å ha økt med 25 % fra 1992 til 2002 (May 2008). Mengden prosedyrer har altså økt raskere enn antall radiologer.

Ultralydundersøkelser blir i hovedsak utført av sonografer i USA. Dette er en tradisjon som går mer enn 25 år tilbake i tid. Arbeidsdelingen er imidlertid slik at radiologer både beskriver undersøkelsene og autoriserer rapportene, basert på de bilder sonografene har tatt. Ca 100 000 sonografer arbeider i USA (Radiologforeningens ultralydutvalg 2008). Det er gjort enkelte forsøk med spesialutdannede sonografer, såkalte "sonographer practitioners" (Lockhart 2003). Disse har en utvidet rolle der de avlastet radiologer ved å utarbeide preliminnære rapporter som legen senere autoriserer. "Sonographer practitioners" kan også lette radiologens arbeidsbyrde ved å følge opp andre sonografer uten denne form for spesialutdannelse. Dette kan dreie seg om opplæring, gjennomgang av bilder før en pasient forlater undersøkelsesrommet, eller kontroll av eventuelle funn.

Man har også i USA lagt til rette for andre typer av "advanced practitioners". Etter initiativ fra American Society of Radiologic Technologists er det etablert en ny gruppe radiologipersonale kaldt "radiologist assistant" (May 2008). Dette er radiografer som etter obligatorisk yrkespraksis, videreutdannes på bachelor eller masternivå. Som tittelen antyder, yter disse avanserte assistentfunksjoner, og deres oppgave er å legge til rette for radiologene slik at deres arbeid effektiviseres og strømlinjeformes. Det kan være pasientvurderinger med tanke på valg av prosedyrer og protokoller, direkte pasientrelaterte prosedyrer, eller oppsummeringer og foreløpige vurderinger av bildemateriale. Det eksisterer også en lignende gruppe kalt "radiology practitioner assistant" med utdannelse fra Utah. Det som er helt klart er at disse assistentgruppene ikke kan opptre uavhengig på en slik måte at de utfører en endelig tyding av bildene eller utsteder en ferdig rapport. Det er kun radiologer som har slik myndighet og som har rett til økonomisk refusjon fra offentlig eller privat finansieringskilde. Dette siste gjør at bruken av "advanced practitioners" er begrenset i USA.

5.3.2 Danmark

Jobbgliedning trekkes fram som et generelt satsningsområde i en publikasjon fra de danske regioner (Danske Regioner 2009). Brosjyren som har tittelen ”Professionalisme uden grænser”, inneholder til sammen ti eksempler på det man oppfatter som vellykket overføring av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper. To eksempler er hentet fra det radiologiske fagfeltet. Det ene gjelder radiografer som ved Vejle Sygehus selvstendig beskriver skjelettbilder. Det andre gjelder assistenter som gjør arbeid vanligvis tiltenkt radiografer ved mammografiscreening.

Danske radiografer har utvidet sine roller med mer tolkende diagnostiske arbeidsoppgaver siden 2001. Det utføres selvstendige ultralydundersøkelser av øvre abdomen, og det beskrives skjelettundersøkelser (Stranden 2009). Opplæringen ble først gitt i England men fra 2009 er det startet videreutdanning i tolkning av skjelettbilder, og det eksisterer også en nasjonal sonografutdanning i Danmark.

5.3.3 Australia

Australia erfarer knapphet på radiologisk personell samtidig som etterspørselen etter bildediagnostikk er sterkt økende. Det er mangel både på radiologer og radiografer i landet (Kenny 2007). Også her øker antallet prosedyrer raskere enn antallet radiologer med stadig økende arbeidsbyrde for den enkelte lege. Australske radiografer har foreslått rolleutvidelser etter britisk modell og mener mye bør ligge til rette for å etablere lignende ordninger (Smith 2007). Radiologene har imidlertid gjennom sine organisasjoner uttrykt stor grad av skepsis. De mener beskrivelse av bilder skal være forbeholdt radiologer med medisinsk bakgrunn og spesialistutdanning. Deres svar på de økende utfordringene er i stedet et forslag om at radiologer i større grad involveres i de kliniske vurderinger som gjøres før en bildeundersøkelse bestilles. Gjennom dette mener man det er mulig å redusere antallet unødvendige og unyttige pasientundersøkelser og derigjennom bøte på mangelen på fagpersonell (Kenny 2007).

5.4 Sammenlignende studier

Innen feltet medisinsk bildediagnostikk finnes det et antall publiserte studier der man på forskjellig vis sammenligner resultater av forskjellige yrkesgruppers arbeid. Dette er i utgangspunktet interessante problemstillinger. Kan man for eksempel dokumentere at spesialutdannede radiografer kan tolke bilder like godt eller bedre enn radiologer? Hva med sonografers prestasjoner, kan de måles og veies i forhold til hva radiologene kan gjøre? Det som kjennetegner disse studiene slik jeg ser det, er at de ofte er utført av entusiaster som søker bekræftelse av kvalitet i egen lokal praksis. Slik tror jeg er mange av studiene dessverre bare i begrenset grad overførbare til andre kontekster. Et stort antall publikasjoner stammer ikke uventet fra Storbritannia.

Brealy og medarbeidere ved University of York publiserte i 2005 en metanalyse av studier som omhandler radiografer som tolker og beskriver tradisjonelle røntgenbilder, hovedsakelig skjelettbilder. Disse ble vurdert mot og sammenlignet med radiologer eller forskjellige former for referanseundersøkelser. Til sammen 12 studier ble inkludert i analysen. Deres konklusjon var at det ikke var påviselige forskjeller i diagnostisk presisjon mellom yrkesgruppene.

En nederlandsk gruppe gjennomgikk publikasjoner som omhandler radiografer som bildetydere i mammografiscreening (van den Biggelaar 2008). Seks studier ble inkludert i denne review-artikkelen. I fire av studiene viste bedre spesifisitet hos radiologene (færre falske positive), mens det ikke var forskjell i sensitivitet. I en studie hadde sågar radiografene bedre sensitivitet enn radiologene.

Studier som sammenligner sonografer og radiologer er sjelden kost, i alle fall i en form som jeg mener kan overføres til norske forhold. I de land hvor sonografer spiller en vesentlig rolle, er dette typisk resultat av en historisk arbeidsdeling. Problemstillingen synes derfor ikke alltid like relevant. Det er få publiserte data om kvaliteten på sonografers arbeid i USA (Radiologforeningens ultralydutvalg 2008). Fra Storbritannia foreligger en prospektiv studie der 100 pasienter ble undersøkt både av sonograf og radiolog (Leslie 2000). Det var stor overensstemmelse mellom funn og ingen signifikante forskjeller, men en så liten studie kan knapt appliseres utover den aktuelle institusjon og det personalet og som utførte den.

En annen noe større undersøkelse så på radiologer som beskrev undersøkelser utført av sonografer, og hvor ofte disse endret sonografens foreløpige arbeidsbeskrivelse (Bates 1994). Vesentlige endringer ble utført hos 7 av til sammen 1046 undersøkelser. 4 av disse ble senere

bekreftet som riktige korreksjoner. I et tilfelle tok radiologen feil mens i de to siste var det ikke mulig å etterprøve resultatet. Beskrivende lege tilføyde kommentarer hos 66 pasienter, oftest forslag til videre utredning. Ellers ble det gjort en del mindre forandringer, oftest av mest språklig karakter.

5.5 Oppsummerende betraktninger

Som dette kapittelet viser, er det eksempler på vellykket jobbglidning mellom radiologer og radiografer i andre land. Det er likevel tydelig at spørsmålet er kontroversielt også andre steder enn i Norge. Nøkternt sett er det slik jeg oppfatter det, bare i Storbritannia en slik ny arbeidsdeling har fått særlig utbredelse. Det er derfor på de britiske øyer vi må søke etter kunnskap og praktisk erfaring. Prosessen har der vært drevet fram av en mer uttalt ressursmangel både når det gjelder personell og økonomi, enn hva vi så langt har sett i vårt land. Det er således ikke overraskende at utviklingen der har kommet vesentlig lenger enn hos oss. Det er interessant å merke seg studien der et stort antall skotske radiologer karakteriserer jobbglidning som et positivt fenomen. Likevel uttrykker de også i Skottland mange av de samme motforestillingene som kommer fra skeptiske radiologer i Norge.

Et annet tegn på aksept er de felles retningslinjer om ”skills mix” som er publisert av radiologenes og radiografenes faglige organisasjoner. Man har gjennom det kommet til en form for avklaring som begge yrkesgrupper ser seg tjent med.

Fra Storbritannia er det først og fremst historien og det praktiske erfaringsgrunnlaget vi kan trekke lærdom av. De publikasjoner som forsøker å sammenligne og bedømme kvaliteten av de enkelte gruppenes diagnostiske prestasjoner, mener jeg har mindre å tilføre av argumenter til den norske debatten. Storbritannia viser også vei når det gjelder organisert videreutdanning av radiografer. Her tror jeg man kan finne gode opplæringsmodeller. Det samme tror jeg gjelder organiseringen av systematisk kvalitetskontroll evaluering og innad i institusjonene.

6 Metode

6.1 Om valg av kvalitativ metode

Kvalitative forskningsmetoder forbindes gjerne med samfunnsvitenskapene og humanistisk forskning. Ofte er man ute etter å beskrive, forstå og forklare sosiale fenomener fra innsiden, slik det oppleves i en sammenheng for de involverte selv. I de senere år har medisinerne i økende grad fått opp øynene for de muligheter som ligger i slike tilnærminger (Malterud 2002). Kvalitativ forskning er et vidt begrep, og metodene har mange anvendelsesområder. Innen medisinen har slik forskning for eksempel gitt vesentlige bidrag til å forstå pasienters egen oppfatning av sykdom og hvordan de opplever helsepersonell og deres innsats. Kvalitative forskningsmetoder kan også bidra til innsikt i holdninger og sosiale relasjoner i og mellom grupper, slik som i dette prosjektet.

Kvalitative forskningsdata hentes gjerne fra tekstlige kilder som nedtegnes etter observasjoner, samtaler eller intervjuer. Alternativt kan man også studere forskjellige former for allerede eksisterende skriftlig materiale. Kildematerialet gjennomgår en systematisk analyse der målet er å frambringe innsikt og forståelse for de fenomener som studeres. Malterud understreker hvordan forskeren i kvalitative studier er å betrakte som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen, og hvordan dennes kunnskap og posisjon får avgjørende betydning for hva slags kunnskap som kommer fram (Malterud 2002). En god analyse forutsetter at forskeren er seg dette bevisst og åpent formidler sitt utgangspunkt og posisjon (transparens). Det er også vesentlig og reflektere rundt og diskutere de følger nettopp dette har for resultater og konklusjoner av forskningen.

Valg av metode i dette mastergradsprosjektet var ikke tilfeldig. Jeg som forsker har bakgrunn fra et medisinsk fagmiljø (radiologi) der naturvitenskapelig og kvantitativ forskning er ganske dominerende. Jeg hadde ved oppstart av dette prosjektet, et bevisst ønske om å utforske en annen og alternativ vitenskapelig tilnærming. Prosjektet er del i en lederutdanning, en forberedelse til en type arbeid som på en noe annen måte fordrer innsikt og forståelse av mellommenneskelige relasjoner og gruppeprosesser. Hvordan bedre forstå de man ønsker å lede? Hvem er de, og hvordan betrakter de seg selv og sin egen posisjon i forhold til andre grupper og profesjoner?

6.2 Fokusgrupper

Samfunnsforskere har brukt gruppeintervjuer helt siden 1920-tallet (Kvale 2009). Under 2. verdenskrig brukte man metoden til å teste reaksjoner på amerikansk krigspropaganda kringkastet via radio. Senere fikk metoden økende anvendelse i markeds- og opinionsundersøkelser samt organisasjonsforskning (Barbour 2007). Etter hvert ble fokusgrupper tatt i bruk også i helserelatert forskning og da særlig i forhold knyttet til pasientopplevelser ved kroniske sykdommer. Fokusgrupper kan gi kunnskap om hva gruppedeltagere mener, og ikke minst, hvorfor de mener som de gjør (Barbour 2007). Malterud uttaler at tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud 2002).

En fokusgruppe består vanligvis av seks til ti personer og ledes av en moderator. Den kjennetegnes av en fri og lite styrende intervjustil der moderator presenterer emnene som skal diskuteres, men lar samtalen løpe relativt fritt. Formålet er ikke å komme til noen form for enighet, men derimot få fram flere syn på en sak og det mangfold av meninger som eksisterer i gruppen (Kvale 2009)

Forsknings spørsmålene i denne oppgaven handler nettopp om å forstå holdninger i en gruppe og bakgrunnen for disse. Ønsket er å synliggjøre et mangfold av meninger, og la disse spilles ut og brytes mot hverandre. Selv om oppgavens tema engasjerer i de radiologiske miljøene, kan det neppe betegnes som særlig sensitivt eller følsomt. Det synes derfor godt egnet for en slik åpen diskusjon som fokusgruppen representerer. Man kan også legge til at fokusgrupper framstilles som en god pragmatisk tilnærming som gjør det mulig å skaffe fram ny og nyttig informasjon med overkommelig innsats (Malterud 2002). Det er derfor flere gode grunner til at jeg så fokusgrupper som en god datainnsamlingsmetode innenfor de begrensede rammer som denne masteroppgaven gir.

6.3 Utvalget – etiske og metodologiske betraktninger

Datagrunnlaget i denne oppgaven er innhentet fra to fokusgrupper. Til sammen ni leger fra to forskjellige radiologiske avdelinger deltok. Gruppedeltakerne var kjent med hverandre i og med at hver gruppe var satt sammen av kolleger fra samme arbeidsplass.

I hver av de to gruppene fantes en nøkkelperson som fungerte som min kontaktperson mot miljøet. Nøkkelpersonene kjente meg som forsker fra før og hadde en viss forforståelse for prosjektet og de temaer som skulle diskuteres. Disse bidro lokalt til å rekruttere informanter ved de to avdelingene. I denne prosessen forsøkte de å legge til rette for en sammensatt gruppe der deltakerne skulle ha varierende synspunkter på temaet som skulle diskuteres. Det var med andre ord, en form for seleksjon av personer man mente kunne være representative informanter. En liste med aktuelle navn ble presentert, og jeg kontaktet deretter potensielle deltakere via e-post. Alle som var villige til å delta, ble inkludert i gruppene.

Nøkkelpersonene bidro praktisk med gjennomføringen av selve gruppesamtalene ved å skaffe lokaler og sørge for at deltakerne fysisk ble samlet. De deltok så i diskusjonen på lik linje med de andre informantene.

Informantene var alle leger som til daglig arbeider ved en radiologisk sykehusavdeling. Sju var overleger og ferdige spesialister, to var leger i spesialistutdanning (LIS). Det var fem kvinner og fire menn. I forbindelse med forespørselen mottok potensielle gruppedeltakere et brev med informasjon om prosjektets tema og planlagte gjennomføring (Vedlegg 2). Jeg redegjorde i dette brevet for min posisjon som radiolog og ansvarlig overlege ved tilsvarende sykehusavdeling. Dette ble også kommentert ved oppstart av gruppesamtalene. Begge fokusgruppene varte omkring en time. De foregikk på de to arbeidsplassene, i møterom som legene selv brukte i det daglige arbeidet. Atmosfæren var vennlig og avslappet, og det ble servert kake og kaffe. Det var imidlertid noe uro i form av telefonoppringninger under intervjuene, og ved et par anledninger måtte enkeltdeltakere kort forlate rommet for å håndtere henvendelser fra annet personale ved avdelingen. Diskusjonen hadde et kollegialt preg på den måte at alle syntes godt inneforstått med faget og de daglige rutiner ved drift av en radiologisk avdeling. Som moderator introduserte jeg kort en liste med de aktuelle temaene ved oppstart (Vedlegg 3). Diskusjonen forløp deretter nokså fritt men jeg brøt av og til inn for å få presisert uttalelser eller introdusere nye temaer. Selv om jeg som forsker forsøkte å holde en lav profil, bar intervjuene på mange måter preg av samtale mellom leger og ”likemenn”.

Jeg ble flere ganger tiltalt og trukket inn i resonnementene på lik linje med de andre gruppedeltakerne.

Det norske radiologimiljøet er forholdsvis lite, og det kan derfor ikke helt utelukkes at lesere av oppgaven kan identifisere avdelinger og enkeltindivider blant informantene. Disse forhold ble påpekt i informasjonsskrivet som fulgte forespørselen om å delta i fokusgruppene. Temaet ble også berørt i samtalen. Ved et par anledninger ble forsker bedt om ikke å sitere enkeltuttalelser, noe som selvfølgelig ble respektert. Sitater og gjengivelse av synspunkter i oppgaven er også forsøkt framstilt på en måte som i minst mulig grad gjør det mulig å identifisere opphavskilden.

6.4 Framstilling og behandling av data

Det ble gjort digitale opptak ved hjelp av PC i begge fokusgruppene. Disse opptakene transkriberte jeg selv tilnærmet ordrett få dager etter at gruppesamtalene var gjennomført. Det ble deretter påbegynt en innholdsanalyse ved hjelp av koding slik det bl.a. beskrives hos Kvale (Kvale 2007). Prosessen startet ved at det ble utarbeidet et sett av foreløpige koder bestående av temaer eller kategorier som sto sentralt i gruppesamtalene. Sjekklisten som ble brukt under intervjuene, fungerte her som et utgangspunkt. I vekselvirkning mellom tekst og teorigrunnlag ble de foreløpige kodene endret og modifisert. Meningsbærende uttalelser fra de to fokusgruppene ble så klassifisert og merket ved hjelp av et enkelt dataprogram (Weft QDA). Programmet gjorde det enkelt å sammenligne og analysere sitater som omhandlet samme tema, og gjennom dette identifisere meningsinnhold. Kodene utgjorde en disposisjon og ga overskrifter og temainndeling til oppgavens analysekapittel. Også under selve skriveprosessen ble det foretatt omkodning og restrukturering av disposisjonen, etter som nye aspekter og sammenhenger manifesterte seg. Sitatene som brukes i analysekapittelet er noe redigert for å gi dem en mer skriftlig form. Typisk muntlige enstavellesord, gjentakelser og lignende er til en viss grad utelatt for å gjøre sitatene lesbare. Redigeringen er forsøkt gjort så skånsomt som mulig uten at innhold eller mening endres.

Analysen var av kvalitativ karakter. Målet var å synliggjøre det mangfold av synspunkter og meninger som fantes i de to gruppene. Det var i høyeste grad en teoristyrte analyse da

forskeren nettopp gjennom oppgavens teorigrunnlag forsøkte å forstå noen av de mekanismer som ligger bak selve meningsdannelsen.

6.5 Forskerens posisjon og forforståelse

Det er verd å reflektere rundt min rolle og posisjon som forsker. På hvilke måter og i hvilken grad kan det at jeg er radiolog og lege tenkes å ha påvirket prosessen i fokusgruppene? Det er ingen tvil om at jeg her er blant mine egne. Jeg er ingen nøytral observatør, men en representant for intervjuobjektene egen profesjon og sannsynligvis også deres profesjonelle interesser. På den positive siden kan man tenke seg at dette kunne legge til rette for en åpen og fri diskusjon ved at informantene kunne tillate seg oppriktig, ”usminket” omtale av egen profesjon og de utfordringer man står overfor. Andre yrkesgrupper kunne også omtales uten at man behøver å ta særlig hensyn til om man virket støtende eller for direkte. Hadde jeg kommet utenfra og vært uten relasjon til helsevesenet, ville diskusjonen ganske sikkert ha forløpt annerledes. Det samme hadde utvilsomt vært tilfelle hvis jeg hadde vært radiograf.

Samtidig kan min posisjon også ha lagt visse restriksjoner på gruppedeltakerne. Det kan tenkes at informantene hadde en forutinntatthet i forhold til hva de trodde jeg som forsker ønsket å høre. Hvorfor interesserer han seg for disse spørsmålene? Hva er hans agenda? Det faktum at de to nøkkelpersonene kjente forskeren fra før, kan også ha spilt inn. Disse hadde et visst kjennskap til mine standpunkter i de spørsmål som ble diskutert, og kan ha latt seg farge av dette. Særlig i forhold til de yngre deltakerne, LIS'ene, kan min alder og fartstid innen faget også være av betydning. Jeg har normalt også en viss overordnet rolle i jobbsammenheng, dog uten at jeg står i noe direkte arbeidsmessig forhold til noen av informantene.

I analysen har jeg som tidligere nevnt, forsøkt å bruke teorigrunnlaget som et nytt sett ”briller”. Likevel må jeg være ærlig overfor det faktum at jeg har jobbet i radiologimiljøet og i nært samarbeid med de profesjonsgrupper som studeres i mer enn 15 år. Dette erfaringsgrunnlaget gir utvilsomt et sett av fordommer og en ramme om analysen, som til tider nok kan stå i fare for å overskygge de mer teoretiske aspektene. Det er viktig å reflektere åpent omkring disse forhold. De gir en form for bias som både kan være en styrke og en svakhet. Styrke i form av innsyn og forståelse, svakhet i form av manglende objektivitet og kanskje blindhet for viktige sider ved egen profesjon.

6.6 Generaliserbarhet

Spørsmålet om generaliserbarhet er interessant og melder seg med særlig styrke i en studie med et begrenset utvalg som denne. I hvilken grad er de standpunkter som kommer fram i fokusgruppene representative for norske radiologer i sin helhet? Dette kan ikke uten videre besvares, men forskerens referanser og personlige kjennskap til miljøet kan her være en styrke. Det var et relativt vidt spekter av meninger som kom fram. Disse var likevel nyanserte og mange vil si nokså ”moderate” i sitt uttrykk. Forskeren tror at et flertall av norske radiologer befinner seg langs denne ”gylne middelvei”. De mer outrerte synspunktene, særlig blant motstandere av jobbglidning, kommer likevel til en viss grad fram også i denne oppgaven i form av de uttalelser fra nettdebatten som gjengis i kapittel 3. Utvalget var lite og representerte kun to radiologiske avdelinger. Man kan derfor ikke si at man nådde noen form for metning i intervjudataene (Kvale 2009). Flere informanter ville sikkert kunne tilført ytterligere informasjon og utvidet materialet. Likevel vil forskeren subjektivt hevde at resultatene fra denne begrensede undersøkelsen har en form for generaliserbarhet utenfor den kontekst som fokusgruppene representerer. Det er likevel ingen vitenskapelige bevis i dette, og påstanden må derfor i hovedsak stå for forskerens egen regning.

7 Resultater og refleksjoner

7.1 En presset yrkesgruppe?

Etterspørselen etter bildediagnostikk er stor, og antallet utførte undersøkelser i Norge øker fra år til år. Samtidig skjer det, som tidligere nevnt, en dreining fra enkle, raskt utførte prosedyrer til mer komplekse undersøkelser med mer omfattende bildemateriale enn tidligere. Slik jeg ser det, har misforholdet mellom etterspørsel og tilgjengelige ressurser blitt en stor utfordring for det radiologiske fagmiljøet. I diskusjonen om jobbglidning mellom radiolog og radiograf, er det nettopp arbeidsmengde og knapphet på menneskelige ressurser i diagnostikken som oftest trekkes fram som argument for endring. Spørsmål knyttet til arbeidspress og oppfatning av egen arbeidssituasjon, var derfor et naturlig inngangstema til radiologene i fokusgruppene. Er det virkelig en generell oppfatning at det er et misforhold mellom behov og tilgjengelige ressurser? Opplever informantene selv et økende arbeidspress, og hvordan håndterer de i så fall dette?

Det var stor grad av enighet innad i de to gruppene når det gjaldt disse spørsmålene. Informantene sier de kjenner dette presset på kroppen, og de som hadde jobbet noen år i faget, mente dette utvikler seg i negativ retning. En informant svarte noe summarisk på spørsmålet om man merket økende arbeidspress på denne måten:

Svaret er ja, utvilsomt, ja, flere oppgaver, ja, økt volum, ja. Litt ressursøkning men ressursmengde står ikke i samsvar til oppgaver. FG 2 [317-451]

En annen kom med følgende utsagn:

Jeg synes også det har utviklet seg veldig i de årene jeg har vært i radiologien, som nå er ca 15 år. Det har vært en veldig utvikling med mye mer å gjøre, og det er klart det er stress hver eneste dag. FG 2 [1170-1385]

Radiologene når ikke ”til bunnen av bunkene” slik man greide før og ”bordet er ikke ryddet” før man går hjem. Dette krever en annen innstilling der det gjelder å tilpasse seg:

Men kanskje som en konsekvens av at det produseres så vanvittig mange undersøkelser og mange bilder, så har du endret din innstilling til det, og da på en

måte akseptert at uansett hva jeg gjør her så blir det ikke ryddig. Og det er kanskje en bra erkjennelse å komme til. FG 1 [3773-4065]

Stresset har ikke bare med antallet bilder og undersøkelser å gjøre. Radiologene føler seg splittet mellom forskjellige gjøremål, og arbeidsdagen preges av avbrytelser og følelsen av å skulle være flere steder samtidig. De enklere tradisjonelle røntgenundersøkelsene er på vei ut, og utviklingen går mot mer omfattende og detaljerte undersøkelser der ”djevelen sitter i detaljene”:

Sitter du på CT så sitter du jo time etter time etter time og beskriver polikliniske CT-undersøkelser hvor det i stor grad er snakk om å lete etter en liten lymfeknute eller en liten lesjon på alle sammen. FG 1 [4913-5119]

Informantene ytret også bekymring rundt hvordan store undersøkelser stadig må tydes på en rask og overfladisk måte. Det er bare tid til å få med seg det viktigste:

Ved for eksempel akutt abdomen eller nyresteinsproblematikk så tror jeg mange av oss ser mye mer overfladisk på bildene enn det vi gjorde tidligere. FG 1 [6053-6189]

Vi fikk lære ”look in the corners”, altså se etter tilfeldige funn i periferien av bildet. Jeg må innrømme at hverdagen min nå er nærmest det motsatte. FG 1 [5274-5445]

Tidspresset gjør at man går på akkord med hva man egentlig ønsker. Det finnes kanskje vesentlig informasjon i bildene som man burde benyttet seg av, ting som burde vært studert nærmere. Radiologene føler seg likevel presset til å velge den raske tilnærmingen, dette for å komme videre med arbeidsdagen:

Vi har ikke egentlig tid til å slå opp hvis det er noe du lurter på. Veldig ofte synes jeg man sitter og veier at dette burde man fordype seg i, dette burde man snakke med noen kollegaer om, og så tenker man nei, nå har vi ti til på lista, og da tar man og velger en sånn mellomløsning også går videre. Fordi man aldri er à jour. FG 2 [730-1110]

I den ene fokusgruppen trakk de fram en annen faktor som bidrar til økende arbeidspress:

Og så handler det jo like mye om å ha nødvendig støttepersonell rundt seg. Det er jo en ting som man i daglig radiologi har kvittet seg med. Det er sekretærer, dels radiografer, hjelpepleiere. Tidligere så fantes det et sted du kunne ringe hvis du skulle

få satt noe opp på en vegg eller ordna en seng. Nå er det nesten sånn at du må ta med deg verktøy sjøl. FG 2 [3992-4448]

Dette utsagnet utløste en viss munterhet i den aktuelle gruppen, men det var likevel ganske åpenbart at det var alvorlig ment. Forhold knyttet til ny informasjonsteknologi ble også trukket fram i den samme diskusjonen. Dette ble beskrevet som en tidstyv og heller ikke på dette området oppfattet man å ha tilstrekkelige støttetjenester:

Man må få folk inn for å ta IT-delen av radiologien for oss, så kan radiologene jobbe med faget. FG 2 [5627-5723]

I sum bekrefter altså radiologene i fokusgruppene at de føler seg utsatt for økende og overdrevent arbeidspress. De tilpasser seg som best de kan, men er bekymret for kvaliteten på det arbeidet som utføres. I tillegg til økende etterspørsel trekker de fram en opplevd mangel på støttepersonell.

Informantene gir mange måter en tankevekkende negativ framstilling av egen arbeidssituasjon. Spørsmålene som ble stilt var kanskje til en viss grad ledende, men svarene er likevel reelle nok.

7.2 Samarbeidet radiolog - radiograf

Radiografene spiller en sentral rolle i driften av de radiologiske avdelingene, og de er i antall en langt større gruppe enn radiologene. Tradisjonelt har det i det daglige arbeidet vært et tett samarbeidsforhold med hyppig direkte kontakt mellom radiograf og radiolog. Digitalisering og elektronisk informasjonsflyt har ført til endringer. Det er ikke lenger i samme grad romlig nærhet mellom radiografen på bildelaboratoriet og radiologen. Oftere brukes elektroniske meldinger og telefon i stedet for personlig direkte kontakt. Avdelingene organiserer seg her ganske forskjellig. På spørsmål om vilkår for daglig kontakt mellom radiograf og radiolog, observerer jeg en viss forskjell mellom de to avdelingene som er representert i undersøkelsen. Dette er nok delvis et uttrykk for avdelingenes forskjellige størrelse. Poenget illustreres av en uttalelse fra en av legene som har byttet jobb:

Jeg kommer jo fra et mindre sykehus, og jeg synes det jeg reagerte på når jeg kom hit, var at vi jobbet så adskilt. Radiografene holdt veldig mye på med sitt, og de satt til

dels på et helt annet sted på avdelingen. Vi har veldig få møtepunkter, sånn med felles undervisning, felles møter og vi spiser lunsj på hvert vårt sted. FG 2 [7807-8164]

De fleste av informantene mener at klimaet i samarbeidet mellom de to gruppene er godt. Det brukes begreper som ”ekstremt godt”, ”veldig bra”, ”lite gnisninger”. Særlig radiologene fra den minste avdelingen, gir radiografene honnør for fleksibilitet og vilje til å stå på for fellesskapet:

Enkeltindividene bidrar men det er jo helheten vi snakker om. Og den fleksibiliteten som dere er inne på, den..det tror jeg er ganske spesielt og veldig viktig for en avdeling og et sykehus. FG 1 [19503-19709]

Men det er jo en ekstrem fleksibilitet. Det er jo det, og den er jo veldig linka til de ressurspersonene, ikke sant. Du får jo folk til å jobbe gjennom lunsj og i alle retninger uten noen problemer. FG 1 [18818-19045]

Man er tydelig stolt av en samarbeidskultur som man mener er fremherskende ved avdelingen. Samtidig er man ikke blind for individuelle forskjeller både når det gjelder kompetanse og innsatsvilje også hos radiografene:

Det der er veldig personavhengig. Noen er veldig oppegående og det er de som ofte er der på dagtid når du kommer. Ikke alltid er det det. Hvis disse menneskene ikke er der, eller kanskje på vakttid så kan det være en helt annerledes situasjon. FG 1[17389-17662]

Det synes som om informantene har forståelse for radiografenes til tider vanskelige arbeid, særlig i vaktsituasjoner. Dersom ting ikke fungerer optimalt, er man tilbøyelig til å skylde på organiseringen med mange arbeidsoppgaver og mangelfull opplæring. Radiografene er også i en vanskelig situasjon og gjør sitt beste under de rådende forhold:

Når det skorter så er det mer en systemfeil, at de har fått for dårlig opplæring, sånn at de bare er dryppvis innom ultralyd eller dryppvis innom CT fordi de har andre hovedoppgaver og selvfølgelig da ikke kjenner labben og kjenner heller ikke rutinene. Ja, det går mer på system og mindre på person, synes jeg da (bifall fra flere). FG 2 [7423-7803]

Flere av uttalelsene i begge fokusgrupper hadde et konserverende tilsnitt når det gjaldt forholdet mellom profesjonene. Fordelingen av arbeidsoppgavene er greie som de er. De har sitt, vi har vårt:

Det er liksom sånn... Da trenger de ikke å slå seg inn på våre områder for de vet at de er bedre enn oss på en bit som de har. Det er deres. FG 1 [27414-27582]

Man mente radiografene har nok av utfordringer innen de felt som tradisjonelt har vært deres arbeidsområde. Dersom man verdsetter dette arbeidet og gir dem utviklingsmuligheter, ville ønsket om jobbglidning der radiografer jobber seg inn på legenes enemerker bli borte:

Det kan jo hende at den autonomien som de føler, også i at de faktisk leverer et ferdig produkt, gjør at de er tilfredse med jobben de gjør, og at de ikke føler at de trenger å drive noe videre, spise seg inn på andre områder. Fordi de vet, og vi vet også at de gjør den jobben mye bedre enn oss. FG 1 [26931-27250]

Dette utsagnet kan tolkes som en slags ”positiv strategi”: Gi radiografene anerkjennelse og respekt for de arbeidet de utfører, da har de nok med sitt, og ønsket om å ekspandere inn i diagnostikken vil avta.

Hovedinntrykket er altså at radiologene i fokusgruppene mener det er et godt klima i samarbeidet mellom de to profesjonene. Radiografene framstilles som flittige og serviceinnstilte. Også arbeidsforholdene for radiografer er til tider vanskelige. Informantene uttrykker i den sammenheng sympati og forståelse og er tilbøyelig til å skylde på ”systemet” heller enn den individuelle radiograf.

7.3 Hierarki og maktforhold

Abbott beskriver ulike typer ”settlements”, ordninger og avtaler som avgrenser profesjonenes ansvars og arbeidsområder (Abbott 1988). Dette handler ofte om rangordninger og maktforhold. Kan vi i informantenes uttalelser finne spor av dette?

Flere utsagn gir klart uttrykk for at informantene både som leger og spesialister, ser på seg selv som noe kvalitativt annet enn en radiograf. Dette handler ikke bare om antall år med utdanning, det handler heller ikke bare om erfaring. ”En lege er stadig en lege”:

Vi har gått på skole... en helt annen skoleretning. Vi har ikke bare gått tre år mer, men vi har altså studert medisin. Og radiografutdanning er noe helt annet. Det er ikke halvparten av en medisinsk utdanning som lege. FG 1[48866-49247]

Altså, det handler om at vi har tross alt har en lang utdanning og kan veldig mye anatomi og patologi. Og radiografene, med et års tilleggsutdanning, så kommer de selvfølgelig et stykke opp på den stigen, men de kan jo ikke sammenlignes med en spesialist i radiologi. FG 2 [23568-23912]

Disse formuleringene må tolkes dit hen at informantene selv ser sin egen gruppe som superior og ganske unik i forhold til radiografene. Når diskusjonene etter hvert bringes inn på spørsmål om jobbglidning og radiografer som diagnostikere, kommer disse holdningene enda tydeligere fram:

Jeg tror hvis jeg hadde vært pasient så hadde jeg jo ønsket å bli undersøkt av lege, i hvert fall. FG 1 [47528-47629]

For eksempel hvis min kone skulle være syk, skulle jeg gå til en radiograf? Aldri i livet! FG 2 [22948-23090]

Ikke særlig tvil om hvordan disse to informantene rangerer de to profesjonene når det gjelder skikkethet i diagnostisk arbeid. De tar pasienter og deres pårørende til inntekt for sitt syn. Også forholdet til kliniske leger, de som henviser til radiologiske undersøkelser, bringes inn:

Jeg synes det skal være henvisning til spesialist eller spesialavdeling. Det skal være leger som gjør det, ja. FG 1 [53421-53534]

Vi har jo jobbet nå for å få rekvisisjoner til å bli henvisninger, ikke sant. Og henviser man til en radiograf? FG 1 [49999-50110]

Det som her gjengis viser, slik jeg tolker det, at informantene ser seg selv som del av en dominant, overordnet profesjon. De har som leger del i en unik kunnskapsbase, og de har en opphøyet stilling, så vel i medisinens verden som i samfunnet for øvrig, en posisjon som radiografer ikke kan komme i nærheten av. At de mener radiografene er subordinerte og hører inn under deres maktsfære, kommer også fram i det følgende. Her er det forhold knyttet til at andre leger enn radiologer driver med bildediagnostikk (horisontal spredning) som er tema:

Du kan ikke påvirke det så mye. Vi er bare nødt til å godta det og svelge det når det gjelder våre egne kollegaer. Men med radiografer, der kan vi si at dette er vi uenig.
FG 1 [47333-47508]

I sum kan vi altså si at informantene synes å mene at radiologene har hevd på alt diagnostisk arbeid innen radiologien. Det er derfor de som skal sette premissene. Denne jurisdiksjonen mener de også blir bekreftet både av det øvrige medisinske miljøet og av samfunnet omkring.

7.4 Om jobbglidning og drivkrefter

Informantene fikk begrepet jobbglidning definert i informasjonsbrevet som fulgte forespørselen om å delta i gruppeintervjuene. Jeg fikk likevel i intervjusituasjonen, det klare inntrykk at informantene også fra før hadde kjennskap til fenomenet. Alle syntes å ha fanget opp den pågående diskusjon omkring temaet i forskjellige radiologiske fagfora. De fleste syntes også å vite at jobbglidning foregikk i andre land, og da særlig Storbritannia og Danmark. Informantene ble spurt om hvorfor jobbglidning mellom radiolog og radiograf nå var blitt et tema også i Norge. Samtidig ble det i spørsmålsstillingen påpekt at mye initiativet synes å komme fra radiografhold, og det ble bedt om synspunkter på dette. Responser fra informantene fulgte i hovedsak to linjer. Den ene dreide seg om økonomi, besparelser og økt produktivitet, den andre om radiografenes ønske om å utvide sitt arbeidsområde og åpne for nye karrieremuligheter.

Uttalelser i første kategori var slike som:

En drivkraft til at radiografer kommer inn, ikke fra radiografer, men generelt i samfunnet, kan jo være mer kynisk og økonomisk. Radiografene koster ikke mer enn halvparten av en radiolog. Og så tenker man når man løfter blikket og ser det veldig i fugleperspektiv: Hvis vi kan oppnå nesten samme kvalitet, kanskje litt dårligere men god nok kvalitet til halv pris, så går vi for det. FG 1 [42434-42848]

Fordelen er at man kan produsere mye mer ved avdelingen. Man tjener mye mer penger. FG 2 [10669-10772]

At radiografene som gruppe har jobbglidning på sin agenda, var en gjennomgående oppfatning i begge grupper. Flere påpekte som en opplagt forklaring, overskuddet på nyutdannede radiografer i kombinasjon med en erfart mangel på radiologer:

Men det er jo helt klart et poeng at det begynner å bli trangt i døra inn som radiograf. Altså at det utdannes veldig, veldig mange radiografer hvert år, og man ser etter måter å sette de nyutdannede og de erfarne i arbeid med noe annet. Og det er klart, da er jo jobbglidning et fristende alternativ for radiografene som gruppe. FG 1 [36563-36899]

En informant satte fokus på administrasjonen av avdelingen, og det forhold at radiografer nå sitter i viktige, toneangivende posisjoner:

Det har nok vært mye drevet fram av administrasjonen, vil jeg påstå. Vi har jo hatt en sjef her som er radiograf til nå. FG 2 [15435-15555]

Men også radiologene selv er med på å berede grunnen for jobbglidning. Det er ikke bare knappheten på radiologer som skaper ”ledige rom” i det diagnostiske arbeidet. Det er også det forhold at radiologene trekker seg bort fra visse områder, oppgaver som de oppfatter som kjedelige og rutinepregede:

Jeg tror ikke noen er så veldig begeistret for å beskrive det man kan, altså bare rutine. FG 2 [41373-41463]

Altså, vi har et problem her. Det er en del rutinepreget arbeid som radiologer kvier seg for å gjøre. Og hvem skal gjøre det? FG 1 [56907-57032]

Det handler heller ikke bare om det å få jobben gjort. Kanskje er det også slik at radiologenes manglende interesse går ut over kvaliteten?

Tror du en drittlei radiolog gjør en bedre jobb enn en dedikert radiograf på å tolke skjelettrøntgen og frakturer? FG 1 [58899-59013]

Det er derfor ikke overraskende at slike holdninger fanges opp av dem man jobber sammen med til daglig. En underordnet profesjon på jakt etter nye oppgaver ser et ledig rom, en interessant mulighet til å utvide sitt område. En av informantene sa det slik:

Så er de jo litt motivert på det med skjelett. Det er ikke den delen av radiologien som flest radiologer interesserer seg for. Leting etter brudd, ikke sant? Etter hvert så synes

man kanskje ikke det er så veldig spennende. Så da har vel radiografene tenkt at det er lett. Brudd kan man kanskje lett lære seg å se, og det er en mulighet til å ekspandere.
FG 2 [36903-37327]

Gruppedeltakerne kunne altså i diskusjonen trekke fram en rekke faktorer som påskynder en utvikling der arbeidsoppgaver glir fra radiologer til radiografer. Det handler om administrative og økonomiske forhold, om radiologenes manglende interesse for rutinepregede oppgaver, og sist men ikke minst, om våkne radiografer som ser nye muligheter.

7.5 Prinsipper står for fall?

Jobbglidning er som nevnt et relativt nytt ord men fenomenet det beskriver, er definitivt av eldre dato. Innen bildediagnostikken har det etter forfatterens mening, gjennom år skjedd en nærmest kontinuerlig overføring av arbeidsoppgaver fra leger til andre grupper. Det har tidligere vært pekt på hvordan radiologenes oppmerksomhet særlig rettes mot det som er nytt enten det gjelder utstyr, prosedyrer eller metoder.

Det er det samme fenomenet Hughes beskriver i forhold til sykepleiere og illustrerer med figuren som er gjengitt i denne oppgavens teorikapittel (Hughes 2009). Gamle, innarbeidede oppgaver får derimot lett innslag av rutine, noe som gjør at de lett glir over til andre gjerne underordnede grupper. Fra norsk radiologi er allerede røntgensykepleiernes rolle i de tidlige år beskrevet. De tok som nevnt, over betjeningen av apparatene og håndterte pasientene slik at radiologen kunne konsentrere seg om den for legen mer interessante diagnostikken. Et senere eksempel er injeksjon av kontrastmidler. Dette var til å begynne med definert som legearbeid. I dag utføres dette arbeidet i all hovedsak av radiografer. Flere av informantene påpekte dette: Jobbglidning foregår hele tiden. Det er ikke nødvendigvis slik at det radiologiske fagmiljøet er i ferd med å krysse en ny og avgjørende grense.

Det foregår faktisk i det daglige, på labbene, på de enkelte sykehus, ved at radiografer gjør en masse ting som egentlig skulle vært en radiologjobb. Alt fra stikk, legge inn katetere, gjøre klart til intervensjonsprosedyrer. FG 2 [33388-33741]

Elektronisk bildebehandling ble trukket fram som eksempel på slik gradvis jobbglidning i de senere årene. Dette handler i korthet om å velge ut og bearbeide bildedata til rekonstruksjoner, avanserte bilder som på særlig tydelig vis framstiller spesielle organer eller utvalgte strukturer som for eksempel blodårer. At utvalgte radiografer overtar slike oppgaver, synes ikke å være spesielt konfliktylft, dette selv om den som gjør jobben må bruke skjønn og faktisk står i fare for ubevisst å tilsløre relevant informasjon i bildene. En av overlegene ordla seg slik:

Radiografene gjør her hos oss mye som er legearbeid andre steder. Bildebearbeiding på CT og MR, MR-angiografier, CT-angiografier for eksempel. Der får vi angiografiene servert på et fat. Og det er jo et veldig legesparende arbeid som for mange av oss ville bli sett på som rutinepreget, men som de (radiografene) liker å gjøre. FG 1 [21009-21680]

Man sparer altså legetid, men samme informant så også en annen positiv effekt av denne formen for jobbglidning. Radiografen som skal gjøre arbeidet med rekonstruksjonene, er nemlig også delaktig i selve bildeopptaket. Det at vedkommende er ansvarlig for sluttproduktet, gjør bevisstheten om maksimal kvalitet i alle ledd enda større:

Så det fører også til at de gjør en bedre jobb helt fra de begynner, fordi de vet hva de skal ende opp med...Utgangspunktet må være skikkelig for å ende opp med for eksempel gode MIP-rekonstruksjoner.(Samme ref. som over)

Spørsmålet om hva som kan karakteriseres som ”diagnostisk arbeid” kom flere ganger opp til diskusjon. Flere av informantene var opptatt av at det går en prinsipiell grense mellom det å drive diagnostikk, og det å skaffe fram data (bilder). Diagnostikken mente man, skulle være forbeholdt leger. Man var imidlertid ikke alltid enig om hvor denne grensen gikk, og at det i mange tilfeller kunne være et kunstig og ganske utydelig skille. Jordmødrenes bruk av ultralyd i svangerskapsomsorgen, kom spontant opp som tema i begge gruppene. Dette er eksempel på ikke-leger som driver diagnostisk arbeid med bildedannende utstyr. Man mente likevel at dette ikke helt kunne betraktes som selvstendig diagnostikk, all den tid man drev en form for siling, der lege måtte trekkes inn dersom man fant avvik fra det normale:

Altså, de (jordmødrene) siler ut de normale. Du kan jo si at det er diagnostikk, men det er noe med at med en gang man ser noe som atskiller seg fra det normale, kan man ikke nok patologi til å vite, til å sette en diagnose på det, så da må man få noen andre

inn i bildet. Jeg vet ikke nok i detalj om akkurat hvordan det der foregår, men for meg er det i hvert fall en forskjell der. FG 2 [36083-36461]

Abbott beskriver hvordan profesjongrenser typisk utviskes når arbeidstrykket øker (Abbott 1988). Dette illustreres av følgende eksempel fra en av fokusgruppene: Gjennomgang og prioritering av henvisninger til CT-undersøkelser blir gjerne sett på som legeoppgave, men skillet er på ingen måte absolutt, i alle fall ikke når ressursene ikke strekker til:

De få gangene hvor jeg ber om hjelp fra radiografer det er hvis det er sommer, man er på CT alene og ser at dette blir for mye å gå gjennom og de har veldig god erfaring de som er på CT-lab, så sier jeg bare at dette samarbeider vi om. FG 1 [15848-16090]

Det vi her ser illustrerer nettopp poenget med de forskjellige arenaer, om hvordan de praktiske ordninger på arbeidsplassen skiller seg fra mer kategoriske offisielle holdninger innen profesjonen (Abbott 1988). Informantene utfordret i diskusjonen hverandre og var ofte kritiske til utsagn fra andre i gruppen. Den reelle arbeidsdeling, og det at radiografene allerede bidrar på en rekke områder, gjør det vanskelig å være prinsipiell.

7.6 Konkrete arbeidsområder

Det er for tiden to konkrete arbeidsområder der jobbglidning diskuteres særlig høyt innen det norske radiologiske miljøet. Det handler om ultralyddiagnostikk og tyding av skjelettrøntgen. Diskusjoner omkring disse to temaene tok stor plass i gruppeintervjuene, særlig gjaldt det forhold som gjaldt ultralyd.

7.6.1 Ultralyd

Informantene uttrykte forskjellig syn på radiografers rolle i ultralyddiagnostikken. Enkelte av gruppedeltakerne var nærmest helt avvisende. De fleste holdt likevel døra på gløtt, om enn med en ganske liten glipe. Ultralyd er i dag en utbredt diagnostisk metode, og en modalitet som brukes ved mange typer indikasjoner. I hverdagen utgjør ultralyd av abdominalorganer det største volumet ved de radiologiske avdelingene. Det ble uttrykt ganske inngående skepsis til radiografdeltakelse i denne konkrete diagnostikken. En av spesialistkandidatene uttrykte seg slik:

Jeg synes jo at det er et paradoks at man sier at man skal sette radiografer til å gjøre ultralyd abdomen som strengt tatt kanskje er en av de vanskeligste radiologiske undersøkelsene av alle å ta til et høyt nivå. FG 1 [28557-28771]

En overlege i samme fokusgruppe så det på samme måte:

Jeg tror egentlig det kan gjelde for ganske mange erfarne leger også, at ultralyd abdomen er ikke noen lett undersøkelse. Det er derimot en undersøkelse hvor det er ganske lett å overse alvorlig patologi. FG 1 [29255-29479]

Vesentlig i argumentasjonen for ikke å slippe radiografen til, var ideen om at en slik abdominalundersøkelse er noe mer enn bare et bildeopptak. En informant stilte seg tvilende om radiografer kan ha den helhetlige kliniske kompetanse som de mente var påkrevet:

Det er jo et av de områdene hvor vi virkelig bruker klinisk skjønn i tillegg. Vi snakker jo med pasientene samtidig og tar opp et slags revidert anamneseopptak. FG 1 [29546-29713]

Flere snakket også om betydning av å kjenne alle bildediagnostikkens modaliteter, det at man i tillegg til utralyd, var vant til å se samme type patologi framstilt ved CT, MR og vanlig røntgen. Dette mente de var en bredde-erfaring spesialutdannede radiografer ikke så lett ville kunne tilegne seg:

Hele den ballasten som man får med å se flere modaliteter med de samme tingene, den mister man. Så... en selvstendig tolkning av ultralyd med sonografer det synes jeg må virke helt feil altså. FG 1[42034-42221]

Gruppedeltakerne erkjente likevel at ultralyd som metode ikke alltid har særlig høy status blant radiologene. Andre nyere teknikker som CT og MR har overtatt og ligger i front når det gjelder utvikling og interesse. Det er kanskje derfor et ”ledig rom” i alle fall innen deler av ultralyddiagnostikken der radiografene kan få slippe inn.

Derimot så tror jeg det er uklokt og uriktig å si nei til at radiografer skal gjøre ultralyd helt generelt, si et absolutt nei. Jeg kan se for meg at hvis man gjør kontroll av kjente tilstander, i mer screeningsammenheng, for eksempel abdominalt aortaaneurisme.....Så ved kontroll av kjente tilstander, for den sakens skyld screene for carotis-stenoser, så tror jeg at radiografer kan gjøre en like god og kanskje vel så god jobb som en lege. FG 1 [29914-30357]

Overlegen som kom med dette utsagnet møtte noe motbør fra sine kolleger, men holdt fast på at det er mange rutinepregede oppgaver innen ultralyd som radiologene hverken ser som spesielt utfordrende eller attraktive:

Hvis du skulle starte et screening-program for abdominale aortaaneurismer. Tviler på om du ville få noen doktor til å sitte og gjøre den screeningen. (Bifall) FG 1 [31002-31160]

Andre i gruppen måtte si seg enig i dette. Gjennomgående var oppfatningen at radiografer etter opplæring kunne drive ultralyd så lenge det dreide seg om avgrensede, definerte oppgaver gjerne i form av kontroller av kjente tilstander og screening. Mer generell diagnostikk var man altså avvisende til:

Det må jeg bare tilstå, at en ting er kontroller av kjente tilstander, det er sånn jeg tenker. Det kan være greit men at de skal drive diagnostikk helt selvstendig, det er en bøyg for meg. FG 2 [34350-34568]

Som tidligere beskrevet, er arbeidsfordelingen innen ultralyd en annen i mange andre land. I Storbritannia har man gjennom mange år hatt en stor gruppe sonografer, spesialutdannede radiografer som utfører et stort spekter av undersøkelser. I USA domineres faktisk ultralyddiagnostikken helt av denne yrkesgruppen. Mens norske radiologer fortsatt tar hånd om et vesentlig volum av ultralydundersøkelsene, har klinikere for en stor del overtatt feltet på kontinentet. Der er det forskjellige legespesialister utfører ultralyd knyttet opp til sine spesialfelt.

Særlig i den ene fokusgruppen ble forholdene i USA beskrevet nærmest til skrekk og advarsel. At amerikanske radiologer er lite aktive ved ultralydmaskinene, betyr dårlig opplæring for spesialistkandidater og manglende utnyttelse av metodes potensial for eksempel i vaksammenheng:

Jeg hørte et foredrag på RSNA (amerikansk radiologikongress) for noen år siden. Det var utredning på vakt av hydronefrose hvor det helt rutinemessig ble vist til at hydronefrose det kjører man på CT. Da var det en som spurte: Hvorfor i himmelens navn gjør man ikke bare ultralyd? Det var til og med innen barneradiologi eller noe sånt. Nei, altså sonografene, dette var et stort amerikansk universitetssykehus, de har ingen vaktordning hos oss, så ultralyd det er ikke noe som brukes i vakt situasjon i det

hele tatt. Jeg tror så ekstremt vil det jo forhåpentligvis aldri bli her. FG 2 [34692-35271]

Også i Norge ser man en utvikling mot at kliniske legespesialister uten spesiell radiologierfaring, tar i bruk ultralyd. De fleste ultralydapparater ved norske sykehus står ikke lenger i de radiologiske avdelingene men er plassert ved poliklinikker og kliniske sengeavdelinger. Også privatpraktiserende spesialister og allmennpraktikere har tatt teknikken i bruk. Denne ”horisontale spredning” til legekolleger så man som relativt uproblematisk:

Klinikerne tar i alle fall fullt og helt ansvar for de undersøkelsene som de gjør og gjør de i en klinisk setting hvor de kjenner pasienten og følger forløpet. Så det at man har ansvaret for en pasient klinisk, og så velger å ta en leverbiopsi selv i stedet for å sende de til radiologisk avdeling for å få tatt den leverbiopsien, det er vel mer naturlig jobbglidning kanskje. FG 1 [44761-45136]

Informantene så seg som radiologer på ingen måte ansvarlig for denne diagnostikken. En legekollega får gjøre som han vil så lenge han tar ansvaret for sine pasienter og følger opp resultatene. Noen påpekte at opplæringen av klinikerne før de satte i gang kunne være så som så, men dette følte man heller ikke spesielt ansvar for.

7.6.2 Skjelettdiagnostikk

Spørsmålet om radiografer og tyding av skjelettbilder, kan synes noe mindre kontroversielt. Det ble heller ikke i samme grad gjenstand for diskusjon i gruppene. Ved et av sykehusene som informantene kom fra, var det tatt et konkret initiativ, og radiografer hadde startet opplæring på feltet. Denne utdanningen var ennå ikke avsluttet. Radiografenes framtidige rolle i det diagnostiske arbeidet ved avdelingen var heller ikke fullstendig avklart. Man skisserte i gruppediskusjonen forskjellige modeller. Den mest restriktive innebar egentlig ingen direkte diagnostisk aktivitet for radiografene på området. Etterutdanningen ville kun gi bedret forståelse av hva bilder skal vise, og gjennom det, hva diagnostikere (i dette tilfellet fortsatt legen) ser etter. Denne innsikten ville bedre kvaliteten på det tradisjonelle radiografarbeidet, altså gi radiologene bedre røntgenbilder. I motsatt ende av skalaen så de radiografer som selvstendige diagnostikere. Radiografene ville da granske bildene og lage selvstendige beskrivelser som så ville bli sendt ut til henvisende instans. Dette ville normalt skje uten at radiolog ble involvert. Informantene var imidlertid opptatt av at det måtte være

begrensninger og klare retningslinjer i slikt arbeid. Det var ”det vanlige” som radiografene skulle håndtere. Det gjaldt å sikre involvering av radiolog når man kunne mistenke sjeldnere og mer alvorlige tilstander:

...tydelig definerer arbeidsoppgaver for eksempel for muskel skjelett så kan man si: De skal bare se på ekstremitetsskjelett på voksne over 18 år. Der hvor det er mistanke om tumor eller noe som ser unormalt ut, må de konferere med radiolog. Enkle frakturer, det kan man godt beskrive, men viktigst, spør når det er noe man lurert på. Altså, man må lage noen sånne retningslinjer, felles forståelse av noen retningslinjer. FG 2 [24523-25457]

I den andre av fokusgruppene diskuterte man ordninger lik ”red dot” i Storbritannia (Kap 5.2.1). En grovsortering i normalt og unormalt kunne kanskje være til hjelp og spare legetid:

Den jobbglidningen kunne jo kanskje ha letta legenes arbeid og hvis man for eksempel i skjeletterøntgen tenkte seg at de sorterte ”ikke sett patologi, sett patologi eller fraktur”, så må kanskje en lege gå i gjennom allikevel, men at det på en måte er en slags grovsortering.

Dette at lege likevel skulle gå gjennom bildene, også de som var sortert i bunken ”normale” syntes andre var meningsløst, ja, kanskje til og med en potensiell kvalitetstrussel:

Oversette frakturer er tross alt verre og viktigere. Tenk deg at du har en liste med 150 eller 200 undersøkelser som alle er beskrevet preliminært som normale, og så skal du gå gjennom og kontrasignere det. Da tror jeg det går fort i svingene, og at den primært oversette frakturen fort blir oversett sekundært også (latter). FG 1 [38096-38424]

Enkelte informantutsagn påpekte verdien av at legen hadde en klinisk ballast fra turnustjeneste og gjerne også annen legepraksis. Dette er en type erfaring som radiografer normalt ikke har:

Så har jo vi legene, en viss erfaring fra å ha stått i mottaket og faktisk reponert frakturer, faktisk diagnostisert frakturer klinisk. Vært i legevakt og henvist, valgt å ikke henvise og den type ting. Det er jo en ballast som man tar med seg også inn på tyderommet når du skal beskrive frakturer. FG 1[40353-40660]

Som en oppsummering, kan det sies at det blant informantene var svært delte meninger i hvor vidt radiografer bør slippe til som diagnostikere. Mye av skepsisen bunnet i redsel for oppsplitting og fragmentering. Det handler i korthet om at undersøkelser isoleres og tas ut av en større sammenheng der de tolkes uten blick for sammenheng og helhet. Dette gjelder både i forhold til andre deler av bildediagnostikken, men ikke minst i forhold til klinikken. Dersom radiografer skal slippe til som diagnostikere, var informantene opptatt at oppgavene nøye må spesifiseres. Det skal handle om ”enklere” undersøkelser eller screening preget av store volumer og få positive funn.

Muligens ser vi her spor av en av Abbotts kontrollstrategier (Abbott 1988). En dominant profesjon hevder at en tilsynelatende enkel arbeidsprosess likevel er komplisert. At man må kjenne til og være del av en større kunnskapsbase for ”å prosessere” informasjonen på rett vis. Det er ikke bare spørsmål om konkret resultat, men å forstå dette i forhold til et større teoretisk system. Likevel handler det i dette tilfellet like mye om praktisk erfaring som leger tilegner seg gjennom en lang vei mot radiologisk spesialitet. Det er altså i liten grad akademisk preget teori, slik det presenteres i Abbotts system. Parallellen blir derfor ikke så helt overbevisende, etter min mening.

7.7 Kunnskap og opplæring

“Knowledge is the currency of competition” (Abbott 1988:102)

Denne korte formuleringen, som også tidligere er sitert i denne oppgaven, er en passende innledning til temaet som følger. Kapittelet handler om kunnskapsoverføringen, om undervisning, veiledning og oppfølging av de som skal tilegne seg ferdigheter på det radiologiske området. To av informantene i fokusgruppene var assistentleger eller LIS (leger i spesialistutdanning). For dem var dette et hovedanliggende i gruppediskusjonene. Fra LIS’enes synsvinkel, vil videreutdanning av radiografer bety økt konkurranse om et knapphetsgode. Opplæring tar tid og krever personellressurser. Alle vet det er helt nødvendig aktivitet sett i et langtidsperspektiv, men på kort sikt blir ofte undervisning og veiledning lett nedprioritert i en travel produksjonshverdag. En av LIS’ene sa det på følgende måte:

Men det er jo en konstant konflikt på en avdeling, synes jeg, dette med opplæring, utvikling og produksjon. Det enkleste er jo klart at alle gjør det de kan best hele tiden, men da får man jo ingen videre utvikling, ingen får lære seg noe nytt og man stagnerer. FG 2 [40261-40595]

Legenes spesialistutdanning er for en stor del basert på mester-svenn prinsippet. Den som skal lære, jobber under supervisjon og side ved side med den ferdige spesialist. En av LIS'ene påpekte som et faktum, at antallet spesialistkandidater i radiologi har økt i forhold til ferdige overleger. Ressursene til denne type læring i avdelingene har således blitt knappere.

Antallet bildeundersøkelser kan også være en begrensende faktor mange steder slik som følgende sitat om bruddiagnostikk aktualiserer:

På en del sykehus med relativt begrensede ortopediske fasiliteter er det en grense for hvor mange primære skjelettbilder som kommer med spørsmål om fraktur. Det sies at i dette utdanningsopplegget skal radiografene gå gjennom tre tusen skjelettbilder hver med tanke på fraktur. Hvis man da har to eller tre i utdanning på et sykehus, vil jo de spise en veldig stor andel av de skjelettbildene som assistentlegene trenger for å kunne det selv. De er jo de framtidige overlegene som skal kontrasignere disse bildene til syvende og sist. FG 1 [22381-22955]

Også apparatur og tilgjengelige undersøkelsesrom begrenser. Særlig gjelder dette i forhold til opplæring innen ultralyd. Dersom man har to ultralydlaboratorier, noe som er tilfelle ved mange middels store avdelinger, ser man en klar interessekonflikt:

Det ville ha betydd at, enten så ble assistentlegene kastet ut av ultralydlabben de dagene sonografen var der, eller så ble overlegen kastet ut og det ble assistentlege og en sonograf som var der. Begge deler ville jo åpenbart redusert kvaliteten på assistentlegens utdanning og kanskje også kvaliteten på det som ble gjort. FG 1 [51648-51977]

En av LIS'ene var også bekymret for at ferdige sonografer ville utkonkurrere mer uerfarne spesialistkandidater. Spesialiserte sonografer ville kunne "masseprodusere" undersøkelser lett og effektivt. Hensynet til produksjonskapasitet ville da lett gjøre det mer rasjonelt å la disse kjøre sine løp, med den følge at LIS'ene ikke slipper til og ender opp med en mangelfull utdanning med huller i sitt sett av ferdigheter.

De to LIS'ene var i det hele tatt svært kritiske til hele ideen om jobbglidning og opplæring av radiografer. Dette handlet overveiende om hensynet til egen utdanning:

Man blir ikke så veldig positivt innstilt til en sånn utdanning hvis man føler at sin egen opplæring blir satt til side eller den må gå på bekostning av en sånn sonografutdannelse. FG 1 [51230-51420]

Lojaliteten har de først og fremst til sin egen gruppe. Man ønsker å bringe kunnskap videre, men da til sine egne:

Jeg tror ikke vi trenger sonografer. Jeg tror vi kommer til å ha nok leger som kan gjøre det, og jeg tror, at skal jeg velge å lære opp noen, så vil jeg velge å lære opp leger framfor sonografer. FG 1 [53119-53313]

De to informantene mente deres oppfatninger kunne generaliseres til flertallet av deres LIS'kolleger. Spesialistkandidater er skeptiske til å slippe radiografene inn og mange LIS'er er rett og slett motstandere av hele jobbglidningen:

Så jeg synes de fleste, i hvert fall blant LIS, de fleste er veldig mot å slippe (radiografene) inn. Altså, de fleste er i mot. FG 2 [21926-22065]

I et profesjonssosiologisk perspektiv er det kanskje ikke så overraskende at motstanden mot jobbglidning er stor blant "juniorene", de som står lavest i legehierarkiet. Deres posisjon trues i større grad enn de erfarne overlegene, av radiografene som framstormende representanter for en tradisjonelt subordinert profesjon. Ved å dele kunnskapen som overføres fra erfarne spesialister med radiografer, risikerer de unge legene at de ved senere korsveier utkonkurreres og mister eksklusiv jurisdiksjon til for dem viktige områder.

7.8 Ansvar og kontrollbehov

Radiologenes har tradisjonelt oppfattet seg overordnet alt arbeid i de radiologiske avdelingene. De har hatt en form for kontroll med alle ledd i kjeden, også over de gjøremål som utføres av hjelpepersonell inkludert radiografer. Med kontrollen følger ansvar. Begrepet medisinsk faglig ansvar står stadig sterkt blant legene, selv om dagens helsepersonell ikke setter legene i samme særstilling som tidligere. Dette juridiske faktum trenger gradvis inn i

profesjonen, men er ikke alltid lett å akseptere. En uttalelse fra en av informantene illustrerer dette:

Og myndighetene i helsepersonelloven, har jeg skjønt, har sagt at nesten hvem som helst kan gjøre bestemte typer jobber bare man kan dokumentere at de har fått god nok utdanning. Det er en utfordring som gjør at folk vil kreve, presse seg innpå, alle mulige typer yrkesfelt. Men da må vi passe på at de som kommer inn på radiologiens yrkesfelt, har god nok utdanning til å kunne gjøre en fornuftig jobb innenfor bestemte områder, innenfor bestemte retningslinjer, slik at vi har kontrollen. Faren er at man sier nei, og så lener seg tilbake og dette vil vi ikke ha noe med å gjøre og så plutselig er vi der, så har vi ikke kontroll, og da har andre tatt over faget vårt. FG 2 [19035-19746]

Om det juridiske ansvaret har endret karakter, gjelder det likevel å beholde initiativ og faglig kontroll. Det gjelder å forsvare fagets integritet og radiologenes makt til å bestemme hva som er fornuftig og godt nok.

Et forhold som ble mye diskutert i gruppene, er hvor vidt radiologer eventuelt skal godkjenne svar forfattet av radiografer. Dette vil i så fall dreie seg om en form for dobbeltgranskning og kontrasignatur. Her var informantene delt. Noen syntes det helt å oppgi denne formen for kontroll ble for drøyt:

Men det at de skal drive diagnostikk og at det for eksempel ikke skal være en radiolog som er involvert i det hele tatt, det er kanskje litt sånn bøyg for noen da. FG 2 [34144-34308]

Likevel ytret flere av gruppedeltakerne at det må være enten eller. Skal radiografer eller andre først gjøre diagnostikk, må de stå for sine funn og resultater. Det forplikter å være diagnostiker og man må selv ta konsekvensene av sine eventuelle feil. Dersom radiologer skal inn å godkjenne alle svar, forsvinner også mye av hensikten i forhold til å spare legetid. Informantene syntes også generelt det var problematisk ved signatur å skulle stå som garantist for andres arbeid. Dette gjelder særlig hvis undersøkelsesmetoden har et sterk subjektivt element slik som ved ultralyd.

... da forsvinner noe av vitsen, da vil legen ofte ende nærmest som et gissel fordi du ikke kan overprøve alt mulig. I den grad radiografer skolerer for å gjøre noe, da må de gjøre det selvstendig og være ansvarlige for det. FG 1 [32436-32698]

7.9 Oppfatninger om radiologene som gruppe

Gruppedeltakerne ble under intervjuene bedt om å formidle det de tror er den jevne kollegas syn på spørsmålet om jobbglidning. I tillegg ba forskeren om kommentarer til profesjonsdebatten på Radiologforeningens hjemmesider, slik denne er referert tidligere i denne oppgaven. Flere av informantene mente nettdebatten ga uttrykk for ganske outrerte synspunkter.

Er det ikke sånn at noen er veldig negative og noen er mer moderat positive og avventende, ikke sant? Og da er det kanskje de som er sterkt negative som har den sterkeste stemmen. FG 2 [32493-32676]

Det kan med andre ord være grunn til å tro at det er de sterkeste meningene som kommer til uttrykk i en slik debatt. Flere av gruppedeltakerne mente mange radiologkolleger er mer pragmatiske, og at de inntar en stilltiende, mer avventende holdning. En av informantene kommenterte i forbindelse med dette, en diskusjon under Radiologforeningens høstmøte i oktober 2009. Et innlegg som utrykte sterkt motstand mot jobbglidning, ble der angivelig fulgt av applaus fra salen. Informanten var likevel usikker på om dette var så representativt for det jevne medlem og uttalte følgende:

Jeg har snakket med andre kollegaer som jobber med mye som synes at det (jobbglidning) er greit, er spennende. Og under hånden sier ryktet at det er mange som egentlig synes dette er alright, men de tør ikke å stå fram og fortelle det. FG 2 [32244-32489]

Usagnet utløste humrende bifall blant deltakerne i gruppen.

Radiologene som deltok i fokusgruppene hadde svært forskjellige meninger om hvor vidt radiografer var ønsket inn på den diagnostiske arena. Særlig de yngre utdanningskandidatene, LIS'ene var som nevnt, uttalt skeptiske. Mange av informantene understreket imidlertid viktigheten av å ta vare på det gode samarbeidsklimaet i de radiologiske avdelingene. De innså at spørsmålet om jobbglidning var opphav til en gryende profesjonskonflikt mellom radiologer og radiografer, men ønsket å bidra til å nedtone denne. Jeg velger derfor å avslutte kapittelet med et sitat av forsonlig og pragmatisk karakter:

..håper jo vi kan gjøre dette i minst mulig grad til en fagforeningssak eller profesjonskamp. At vi kan greie å ta utgangspunkt i hva som er hensiktsmessig bruk av ressurser, hva som er det beste for pasientene her. Hvis vi kan greie det, så får vi jo heller bli færre radiologer da hvis det er det som er det beste. FG 2 [44152-44493]

8 Generell diskusjon

Ved innledningen til diskusjonskapittelet ønsker jeg på nytt å trekke fram forskningsspørsmålene:

*Hva karakteriserer norske radiologers holdninger til jobbglidning mot radiografer?
Hva former disse holdningene, og på hvilke måter uttrykker de en pågående profesjonskonflikt?*

Den følgende diskusjonen vil konsentreres om følgende temaer:

- Forutsetninger og premissleverandører: Om hvordan radiologer styres av ytre faktorer og forhold internt i profesjonen, samt hvordan disse håndteres og skaper holdninger i profesjonsspørsmål.
- Jurisdiksjon og grenseflaten mellom profesjonene: En sammenligning av radiografers og radiologers ulike bakgrunn, om gjensidig avhengighet, underordning og andre former for "settlements" (Abbott 1988)
- Kontroll og ansvarsfordeling: Om de ulike profesjonelle arenaer, jus, samfunn og om kunnskap som maktfaktor og hard valuta.
- Praktiske løsninger og mulige veier videre: Mine egne oppfatninger og oppsummerende råd til egen profesjon.

Forskningsspørsmålene forsøkes besvart med empirisk kunnskap hentet fra flere kilder. I sentrum står selvfølgelig fokusgruppediskusjonene. Videre vil de refererte uttalelsene fra fagmiljøene og den pågående debatt i norske radiologiske fora, bli trukket inn. Det er nok en gang på sin plass å minne om mangeårig egenerfaring fra fagmiljøet. Den forforståelse jeg bringer med inn i arbeidet med oppgaven, spiller utvilsomt også en framtrædende rolle.

8.1 Forutsetninger og premissleverandører

Norske radiologer synes å være en presset yrkesgruppe. Informantene i fokusgruppene ga klart uttrykk for over år stigende arbeidsbelastning og økende grad av stress. Dette kom som påfallende, nærmest unisone uttalelser, og stemmer godt med min forforståelse og egenerfaring fra radiologmiljøet. Litteraturgjennomgangen viser at dette er en utbredt oppfatning også i andre land. Etterspørselen etter bildediagnostiske tjenester øker, og det er tilsynelatende en relativ radiologmangel. Tilgangen på nye legespesialister er begrenset, og flere steder søker man derfor etter alternative løsninger.

En interessant studie publisert i 2009, stilte spørsmål til et stort antall norske radiologer om deres oppfatning av årsakene til denne stigende etterspørsel (Lysdahl 2009). Radiologene ble samtidig spurt om forekomst og årsaker til det de betegnet unødvendige radiologiske undersøkelser. Nær halvparten av de spurte i undersøkelsen (46 %) oppfattet at virksomheten de jobbet i hadde generell underkapasitet, altså at det ikke var samsvar mellom tilgjengelige ressurser og forventninger hos brukere av tjenestene. Når det gjaldt økningen i bruk av radiologiske undersøkelser, oppga radiologene fem årsaker som de viktigste: Ny teknologi, allmennhetens økende krav om sikker kunnskap, lavere toleranse hos henvisende leger, utvidede indikasjonsområder for bildediagnostikk og økt tilbud/tilgjengelighet til radiologiske tjenester.

8.1.1 Medisinsk teknikk, markedsføring og prestisje

Faget medisinsk radiologi er uløselig knyttet til medisinsk teknologi. Som kanskje eneste medisinske spesialitet, ble radiologien etablert som en direkte følge av en teknisk oppfinnelse, oppdagelsen av røntgenstrålene. Faget hevder i dag en form for eierforhold til et spekter av medisinsk teknisk diagnostisk utstyr med det ene til felles at det produserer bildemateriale. Det pågår en rask teknisk utvikling som i stor grad drives framover av store multinasjonale selskaper. Tungtveiende kommersielle hensyn er utvilsomt av stor betydning. Industrien har, slik jeg ser det, naturlig nok en egeninteresse av å holde tempoet i utviklingen oppe. Man bringer fram ny teknologi som utkonkurrerer gammel. Utstyret har kort levetid og krever ideelt hyppige utskiftninger. Markedsføringen rettes mot leger og sykehusadministratorer men også mot det allmenne publikum. Ved å gi publikum kjennskap til ny teknologi og nye diagnostiske muligheter, skapes det allmenn etterspørsel og gjennom det marked for nye oppdaterte produkter. Radiologi er som få andre medisinske fagområder preget av

kapitalintensivt utstyr. Fortjenesten kan derfor være betydelig, og ressursene som settes inn i utvikling og markedsføring prioriteres deretter.

Det radiologiske fagmiljøet er naturlig nok tett koblet opp mot denne utviklingen.

Fagpersonellet ønsker ny teknologi velkommen og er ofte, slik jeg ser det, like mottagelig for markedsføringen som legfolket. Man vil gjerne utforske det siste og ligge ”i tet” i forhold til teknikk og undersøkelsesmetodikk. Det er den nye teknologien som står i fokus for forskning og som i hovedsak presenteres på internasjonale kongresser. Den gir prestisje og faglig legitimitet, den gir tilgang på ressurser og forskningsmidler.

Bildedagnostikken som fag syne å utvikle seg radiært, som en sirkel som stadig utvides.

Faget beveger seg utover i alle retninger etter som nye muligheter åpnes. Kravet til spesifikk kunnskap og spesialisering øker samtidig som sirkelens areal, den totale kunnskapsmengden, langt overstiger hva den enkelte radiolog er i stand til å ta innover seg og enda mindre i stand til å mestre. Ved at de fleste ønsker å oppholde seg i sirkelens spennende periferi, dannes et slags tomrom i sirkelens senter. Gammel metodikk blir uinteressant, oppfattes som rutine, blir kjedelige oppgaver som man ikke liker å beskjeftige seg med. Man ser seg om etter forenklete løsninger og alternativer som frigjør fra rutinen.

8.1.2 Passivitet og kommersielle hensyn

Det er slik jeg ser det, en utbredt oppfatning i det radiologiske fagmiljøet at radiologien styres og dikteres av de kliniske fag den betjener. Radiologifaget speiler bare utviklingen innen klinisk diagnostikk og behandling, og er således prisgitt de trender og disposisjoner som gjøres i andre deler av medisinen. Karakteristisk nok organiseres også radiologi ved sykehusene inn i klinikker eller divisjoner med navn som ”medisinsk service” eller ”medisinske støttefunksjoner”. Mange radiologer oppfatter seg således ikke i særlig grad som premissleverandører. De synes å mene at de har små muligheter til å begrense pågang og arbeidsmengde. Flere av informantene i fokusgruppene beklaget seg over det økende antall henvisninger. De oppfattet at det over år var blitt en lavere terskel for å be om avanserte, arbeidskrevende undersøkelser og at mange av disse var unødvendige. Slike oppfatninger kan tolkes som en form for passivitet, satt på spissen, en slags fatalisme. Det er ”de andre” som avgjør, det er de som overforbruker, og det er de som rekvirerer undersøkelser på feilaktig grunnlag. Samlet uttrykker disse forhold noe jeg tror er et viktig dilemma og problemområde som opptar mange radiologer. De mener på den ene siden at det i Norge gjøres for mange

radiologiske undersøkelser (Lysdahl 2009). Indikasjonsstillingene er ofte vage og den medisinske nytte i mange tilfeller svært begrenset. Likevel er norske radiologer, etter min oppfatning, lite aktive i forhold til å styre og begrense bruken av bildediagnostikk. Hvorfor er det slik?

Jeg mener det i denne sammenheng er relevant å trekke fram virksomheten ved de private røntgeninstituttene. Denne drives i relativt stor skala særlig i de større byene, og er både supplement og konkurrent til de offentlige sykehusavdelingene. Mange radiologer er i løpet av karrieren tilknyttet forskjellige former for privat virksomhet. Arbeidet er i all hovedsak stykkprisfinansiert, og man har derfor økonomisk interesse av å holde produksjonsvolumet oppe. Det er i denne sammenheng interessant å merke seg at Lysdahl og Hofmann fant at radiologer ansatt i private institutter, rapporterte lavere forekomst av det de betegnet unødvendige undersøkelser, enn kolleger i offentlig virksomhet (Lysdahl 2009). Dette forhold gir etter min oppfatning, en vanskelig dobbelthet i fagmiljøet. Man er på den ene siden overveldet av det økende antall henviste pasienter og stadig nye indikasjonsstillinger. Samtidig har det vist seg vanskelig å få til bred faglig enighet om strengere prioriteringer og regulering av henvisningspraksis.

8.1.3 Effektivisering og industrialisering

Begrensede bevilgninger til spesialisthelsetjenesten og strenge krav til budsjettkontroll ved sykehusene, setter likevel en form for tak på den radiologiske virksomheten. Med dagens svært begrensede stykkprisfinansiering, der hele 70 % av bevilgningene kommer som fast rammetilskudd, har sykehusene nå lite å hente på å øke sin produksjon. Også takstene knyttet til polikliniske radiologiske undersøkelser, har blitt vesentlig redusert de siste årene. Mens man for få år siden kunne produsere seg til bedre avdelingsøkonomi, handler økonomistyringen i dag mest om å holde igjen. Om de store prioriteringsspørsmålene ikke løftes opp i fagforaene, foregår det likevel en uttalt prioritering i det daglige, på enkeltpasientnivå. Dette opplever legene frustrerende og stressfremkallende. Mange avdelinger har ikke tilstrekkelige ressurser til å imøtekomme alle henvendelser fra henvisende leger. Man strever med å holde de tidsfrister som er satt i forbindelse med pasientrettighetslovgivningen, og ventelistene blir lengre. Det effektiviseres ved å innføre digitale hjelpemidler og strømlinjeforme produksjonen, men dette er ikke nok til å holde tritt med utviklingen.

Disse forholdene ble løftet fram i fokusgruppene. I sine bestrebelser med å møte etterspørselen, går radiologien slik informantene oppfattet det, på akkord med god faglig standard. Utdanning, fordypning og forskning taper stadig oftere i kampen mot de rent produksjonsrelaterte oppgavene. Gruppedeltakerne ga flere ganger uttrykk for at dette gikk ut over motivasjon og daglig trivsel. De brukte for dem negativt ladede ord som industrialisering, masseproduksjon og samleband.

8.1.4 Profesjonelle forsvarsmekanismer

Protesten mot denne økende industrialiseringen kommer stadig til uttrykk internt blant radiologene. De synes å oppleve effektivisering og produksjonstrykk som trusler mot autonomi og profesjonelt selvbylde. Radiologene ser seg selv som viktige kunnskapsbærere, som eksperter og konsulenter for likesinnede. De vil som akademikere være autonome og ønsker selv å kunne påvirke egen arbeidssituasjon. De står i en konfliktsone mellom faglige forventninger og en flom av stadig økende rutinepregede arbeidsoppgaver. Mot denne bakgrunn er det derfor noe paradoksal over den motstanden mot jobbgliding som kommer til overflaten. På den ene siden ønsker radiologene seg bort fra repeterende rutinepregede oppgaver, men de er altså ikke uten videre villig til å overlate dem til andre, spesielt ikke de med lavere utdanning. Å akseptere dette, er det samme som å si at dette som radiologene har gjort i en årrekke, egentlig ikke er så vanskelig, og da er det kanskje heller ikke så verdifult. For enkelte av informantene i fokusgruppene syntes dette å representere en trussel mot hele radiologispesialiteten, det er selve radiologifaget som trivialiseres og forflates.

Jeg ser i dette, paralleller til Abbotts teorier og argumentasjonen om hvordan profesjonene vektlegger sin interne prosessering, hvordan det krever spesiell innsikt å skille det rutinemessige fra det som ikke er rutine (Abbott 1988). Det holder ikke med gode resultater i et overveiende flertall av undersøkelser. Blant alle de enkle, opplagte tilfellene, finnes det også sjeldne og alvorlige tilstander. Ingen vet når de dukker opp langs ”samlebandet”, og da er det bare radiologer som har tilstrekkelig ekspertise til å avsløre dem og kjenne deres betydning. Denne formen for argumentasjon kommer fram ved flere anledninger i gruppediskusjonene særlig i forhold til ultralyddiagnostikken. Vi ser også spor av den i rapporten fra Radiologforeningens ultralydutvalg og ikke minst i den diskusjon som har vært ført på Radiologforeningens hjemmesider.

Enkelte kolleger går langt i å mane til samhold innen profesjonen mot det de ser som en ytre fiende (Swensen 2010.2). De definerer selve den diagnostiske tydeprosessen som et eget unikt område, et felt der radiologene har og skal ha eksklusiv jurisdiksjon. Radiografer skal sørge for innsamling av data, radiologer som leger skal tolke dem. For noen blir dette skillett derfor en avgjørende viktig og prinsipiell grense. Det blir en skanse profesjonen må holde for enhver pris, selv om det går på bekostning av egne ønsker om overkommelig arbeidsmengde og en variert yrkesmessig hverdag.

8.2 Jurisdiksjon og grenseflaten mellom profesjonene

8.2.1 Radiografenes oppbygning mot selvstendig profesjon

Før jeg tar fatt på denne delen av diskusjonen, kan det være verd å reflektere noe mer rundt radiografenes vei fra medhjelper til selvstendig profesjon. Som beskrevet i kapittel 3, har radiografgruppen i Norge sitt utspring fra sykepleieryrket, og røntgensykepleierne spilte en meget sentral rolle i norsk radiografis barndom. De bidro med lærerkrefter, de var rollemodeller og premissleverandører. Faktisk hadde mange av de første radiografer egen erfaring som sykepleiere (Lone 1995). Koblingen mot sykepleie har høyst sannsynlig gitt norsk radiografi en form for pasientrettethet og omsorgsdimensjon som man ikke uten videre ser i andre land. Radiografene har i så måte delt jurisdiksjon mot et område som klassisk domineres av sykepleiere.

Radiografene har hele veien også hatt en egen, relativt eksklusiv jurisdiksjon mot det medisinske tekniske området. Dette handler om betjening av apparatur og forhold knyttet til strålebruk og strålehygiene. Yrkesgruppen innehar betydelig fototeknisk kompetanse. Tidligere var denne knyttet mot tradisjonell filmteknikk, mens det nå handler om digital fotografering og bildebehandling. Mange radiografer har i dag stor kunnskap om informasjonsteknologi, og de fungerer ved mange avdelinger i roller som høyt spesialiserte IT-konsulenter. Den tekniske utvikling har på mange måter utvidet radiografenes arbeidsområde og sannsynligvis også styrket deres posisjon. De har ekspandert på felter nært assosiert til bildediagnostikken uten direkte å gå inn i den rent diagnostiske kjernevirksomheten.

Også på det administrative området har radiografene gjort seg bemerket. Tidligere var det en selvfølge at leder av en radiologisk avdeling var lege og radiolog. Dette er ikke lenger tilfelle og flere norske avdelingssjefer er i dag radiografer. Mens legene synes å vegre seg for å påta seg "moderne" lederoppgaver der personalforvaltning, økonomistyring og måloppnåelse står sentralt, ser radiografene dette som interessante karrieremuligheter. De skaffer seg også typisk formell lederkompetanse i større grad enn legene. De ser derfor ut til å utvide sin jurisdiksjon mot det administrative feltet og her skjer det altså mange steder på direkte bekostning av radiologene som "abdiserer" og går over i mer rådgivende fagroller.

Jeg har tidligere omtalt radiografprofesjonens akademisering. Hvordan utdanningen inkorporeres i universitetssystemet med sine grader, og hvordan det etableres selvstendig forskningsaktivitet. Samlet ser vi konturene av en profesjon som møysommelig bygger seg opp nedenfra. Radiografene har gått fra å være legenes assistenter og medhjelpere til å bli en sterk selvstendig profesjon med representanter som går inn i lederposisjoner og blir administrative ansvarlig for sine tidligere overordnede. Det er etter min mening, ikke særlig overraskende at radiografene med denne nyvunne sterke profesjonsidentitet, oppfatter seg fullt i stand til å påta seg bildetolkning og andre direkte diagnostiske oppgaver.

8.2.2 Grenseflater og gjensidig avhengighet

Radiologenes profesjonelle utgangspunkt er et ganske annet. Deres vei inn i bildediagnostikken representerer på mange vis en utvikling ovenfra, fra legen som medisinsk generalist til utpreget spesialist. Man kan neppe si at radiologene isolert utgjør en profesjon i seg selv. Gruppen har sitt utspring i legeprofesjonen, og deres profesjonelle identitet er derfor i stor grad knyttet mot rollen som lege. Mens radiografenes utdanning helt fra start er en forberedelse til arbeid i et bildediagnostisk miljø, går legene en lengre vei hvor fagfeltet til å begynne med er generelt og vidt, før det snevres inn og spisses ved en spesialistutdanning som påbegynnes først etter at legeidentiteten for lengst er etablert.

Helt i fra starten har radiologene vært avhengig av medhjelpere. Allerede i radiologiens første år innså man det uhensiktsmessige i at legen selv betjente apparatur og den praktiske pasientstrømmen. Selv om tidligere tiders radiologer kanskje hadde de tekniske ferdigheter som skulle til for selv å ta sine bilder, har utviklingen for lengst ført legen bort fra dette direkte praktiske arbeidet. Moderne radiologer står i dag i et sterkt avhengighetsforhold til sine tekniske medhjelpere. Uten radiografer er radiologene med bare få unntak (slik som

ultralydundersøkelser) faktisk ikke i stand til på egen hånd å skaffe fram bildene, det nødvendige grunnlaget for å utføre selve kjernen det diagnostiske arbeidet. Radiologenes autonomi er således på det nærmeste betinget av en annen profesjon.

I medikratiets glansdager på 60- og 70-tallet stilte de færreste spørsmål ved legenes suverene stilling ved sykehusene. Sykehuset var bygd opp nettopp omkring legen. Slik var det også ved de radiologiske avdelingene. Legen var den selvskrevne formelle, og nærmest uten unntak også i den daglige praktiske leder. Avdelingene var små med klare og utvetydige ansvarsforhold. Radiologens jurisdiksjon kunne sies å favne om hele avdelingens virksomhet. Radiologen hadde til og med en form for fysisk kontroll over dokumentasjon og bildemateriale. Dette ble oppbevart i røntgenavdelingens arkiver. Kliniske leger kunne "låne" bilder, men de var til syvende og sist røntgenavdelingens eiendom. Radiologen rådet over bilder og avdeling og dirigerte sine medarbeidere. Selv om disse medarbeiderne hadde sine selvstendige "lommer" utenfor legenes kontroll, oppfattet de seg som legens medhjelpere og utfordret i liten grad radiologens maktstilling.

Moderne digitaliserte radiologiske avdelinger har slik jeg ser det, en ganske annen struktur. Antallet medarbeidere har økt betydelig. Man er ikke lenger i samme grad i direkte kontakt med hverandre i det daglige arbeidet. Typisk jobber radiografene med pasientundersøkelser på egne undersøkelsesrom (laboratorier), mens radiologen sitter et annet sted i avdelingen. Bilder overføres elektronisk til radiologen, men typisk også ut til sykehusets øvrige avdelinger der de er tilgjengelige for kliniske leger så vel som annet helsepersonell. Radiografenes arbeid er selvstendig og står i liten grad under løpende kontroll av radiolog. Disse forhold legger til rette for en dissosiasjon av arbeidsområder der radiografene utvikler selvstendige ferdigheter utenfor legens kontroll. Radiologene har heller ikke på noen måte mulighet til å overvåke og kontrollere driften i avdelingen som før. Man er i stadig større grad prisgitt sine medarbeidere og deres selvstendige kompetanse.

Abbott beskriver nettopp om hvordan grensene for jurisdiksjon mellom relaterte profesjoner er i kontinuerlig endring, dette som et resultat av kombinerte eksterne faktorer og forhold innen profesjonene selv (Abbott 1988). Jeg har i det foregående påpekt flere vesentlige eksterne endringer i det miljø som omgir de radiologiske avdelingene i form av teknologi, utvikling i kliniske medisinske fag, administrative og økonomiske forhold. Jeg har også påpekt en utvikling internt i de to yrkesgruppene som omtales. Dette er særlig gjeldende for radiografene, der jeg beskriver en transformasjon fra assistent og medhjelper til selvstendig

profesjonsutøver. Det synes i dette lys ganske opplagt at det vil være disputt og profesjonskamp i grenselandet mellom to etter hvert sterke profesjonsgrupper. Tidligere jurisdiksjon og profesjongrenser utfordres og tøyes. Man må finne nye ordninger for arbeidsdeling, inngå nye avtaler eller ”settlements” slik Abbott uttrykker det (Abbott 1988).

Forholdet mellom radiolog og radiograf har til nylig vært preget av underordning. Radiologen har som representant for den dominante medisinske profesjon, lånt ut deler av sitt abstrakte teorigrunnlag innen anatomi, sykdomsforståelse og diagnostiske kategorier. Radiografen som subordinert, har på radiologens vegne skaffet til veie den informasjon som er nødvendig for dennes arbeid. Radiografen har som nevnt hatt sine egne områder, men har likevel stått i et underordnet avhengighetsforhold til radiologen som også i forhold til typiske radiografoppgaver. Radiologen har også her hatt en form for intellektuell jurisdiksjon, en rett til å bestemme hva som er hensiktsmessig metodikk ut fra sin kunnskapsbase. Han har hatt det avgjørende ordet om hvordan undersøkelsene skal gjøres, hvordan røntgenbildene skal tas. Radiologen er den som godkjenner protokoller gjeldende for CT og MR undersøkelser. Radiografen kan bare i begrenset grad avvike fra disse. Dette gjelder i alle fall i teorien.

Abbott beskriver en slik jurisdiksjon som ”ekstremt ustabil”. Den subordinerte profesjon vil på egenhånd lett kunne tilegne seg det teorigrunnlag som styrer og er rådende, og det er nettopp dette vi ser i forhold til radiografene. Legene taper terreng fordi de ikke lenger er de suverene kunnskapsbærerne.

Som Abbott også påpeker, er det ofte et betydelig gap mellom offisiell jurisdiksjon og praktisk daglig arbeid på den enkelte arbeidsplass. Dette kom fram på interessant vis i begge fokusgruppeintervjuene. Informantene uttrykte der respekt for den kunnskap og kompetanse som ligger hos de ”gode radiografene”. De beskrev hvordan disse allerede gjør mye de oppfatter som legeoppgaver allerede i dag, og hvordan situasjon og arbeidspress presser fram pragmatiske former for arbeidsdeling. Som tidligere sitert: *”Or if there is too much professional work, nonprofessionals do it. Boundaries between professional jurisdictions therefore tend to disappear in worksites, particularly in overworked worksites”* (Abbott 1988, s 65).

Den beskrevne generelt økende arbeidsmengde, legger til rette for en slik utvikling. Hvis radiografer kan utføre legeoppgaver i pressede situasjoner, hvorfor kan det ikke gjøres til en

permanent ordning? Mot en bakgrunn av uttrykt radiologmangel er dette i de fleste øyne, et høyst legitimt spørsmål.

At arbeidsoppgaver overføres fra leger til forskjellige hjelpeprofesjoner, er ingen nyhet. Det er derimot slik at jobbglidning er en ”naturlig” form for avskalling ettersom den medisinske utvikling går framover. De som står høyt i hierarkiet trekkes mot nye oppgaver ofte i front av den tekniske utviklingen. Andre grupper tilpasser seg i denne utviklingens kjølvann og tar over de arbeidsoppgavene som blir ”ledige”. Enkelte av informantene i fokusgruppene poengterte nettopp dette poeng. Radiografer har påtatt seg stadig nye ”legeoppgaver” gjennom år. Hvorfor nå slik debatt og motstand? Utviklingen har mange historiske paralleller. Hughes beskrev dette på illustrerende vis i 1951 da han reflekterte rundt amerikanske sykepleiere og deres rolle (Hughes 2009). Fra norsk helsevesen har jeg i oppgaven allerede nevnt jordmødrene og deres rolle i svangerskapskontrollen. De utfører der ultralydscreening av fostre, og få stiller spørsmål ved deres rolle og kompetanse i forhold til dette. Spesialutdannede anestesisykepleiere jobber selvstendig på operasjonsstuene. I psykiatrien driver sosionomer og psykiatriske sykepleiere pasientbehandling i stor skala uten at det har gjort psykiaterne overflødige. Eksemplene på jobbglidning og praktisk tilpasning er altså mange.

8.3 Kontroll og ansvarsfordeling

Radiologene i fokusgruppene var gjennomgående opptatt av ansvar og kontroll. Begrepet medisinsk faglig ansvar går igjen også i flere av innleggene i den før refererte nettdebatten fra Radiologforeningens hjemmeside. Fra denne siteres en radiolog som har personlige erfaringer med jobbglidning i England, og hun sier det slik: *”Det er dog til enhver tid en av overlegene som har det medisinsk-faglige ansvaret, og må ta støytten dersom noe skulle inntreffe.* (Rosendahl 2010). Denne uttalelsen tror jeg sannsynligvis er i tråd med det svært mange norske radiologer vil mene. Jeg mener likevel det er verd å reflektere over om dette faktisk gjenspeiler dagens reelle ansvarssituasjon i norske sykehus.

8.3.1 Den juridiske arena

Forhold mellom helsepersonell er i Norge regulert av helsepersonelloven (Helsepersonelloven 1999). Loven som trådte i kraft i 1999, erstattet tidligere mer profesjonsspesifikk lovgiving på området, bl.a. lov om leger fra 1980. I den nye loven defineres både leger og radiografer som helsepersonell på lik linje med mange andre grupper, og de deler fleste lovpålagte rettigheter og plikter. Det er i helsepersonelloven ikke sagt noe om at bestemte grupper helsepersonell har monopol på å utføre bestemt type behandlingsvirksomhet eller annet arbeid (Molven 2009). Det er altså ingen lovhjemlet begrunnelse for at leger har spesiell rett til å drive diagnostikk. Helsepersonellovens sier riktig nok i § 3, tredje ledd følgende: *”Ved 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”*. Dette gir legen en beslutningsmyndighet i konkrete teamsituasjoner omkring enkeltpasienter, men kan vanskelig tolkes slik at det er radiologer som står ansvarlig for det arbeid annet helsepersonell utfører i en radiologisk avdeling. Et bærende prinsipp i norsk helselovgivning er kravet om forsvarlighet. Dette krav retter seg mot den enkelte helsearbeider, men også mot enheter og deres ledelse. Enhetsleder skal organisere arbeidet slik at det kan drives innen forsvarlige rammer. Leder skal også tilse at helsepersonellet har de nødvendige kvalifikasjoner og individuelle ferdigheter, samt at det utarbeides gode retningslinjer og prosedyrer der det er nødvendig. Som vi har nevnt tidligere, har mange radiologiske avdelinger nå øverste leder som ikke er lege. Leder har likevel etter loven det overordnede ansvar også på det medisinske området. Enhver leder plikter å søke råd på fagområder der vedkommende ikke har tilstrekkelig egen kompetanse. For en ikke-lege som leder radiologisk virksomhet, vil dette naturlig være radiolog, selv om dette på ingen måte er eksplisitt uttalt i lov eller forskrift.

Mitt generelle inntrykk er at radiologer har tendens til å overvurdere sin rolle og posisjon i forhold til lovverket. Det er faktisk ikke slik at leger generelt, og radiologer i særdeleshet, har noen spesielle juridiske rettigheter i forhold til det å drive diagnostisk arbeid. Dersom en organisasjon gjennom leder finner å ville organisere sin virksomhet slik at annet helsepersonell enn leger driver selvstendig diagnostisk virksomhet, er det full anledning til det så lenge prinsippet om forsvarlighet ivaretas. Min påstand er at mange norske radiologer ikke har tatt fullt innover seg betydningen av helsepersonelloven, og hvordan den i hovedsak sidestiller forskjellige typer helsepersonell. Medikratiets tidsalder med en sterk og dominerende legestand, er i lovgivingen praktisk talt avskaffet. Likevel lever den videre i

legestandens identitet, selvilde og profesjonskultur. Legene må faktisk innse at de ved å trekke seg bort fra formelle lederstillinger i sykehus, gir fra seg myndighet og makt også på det medisinske området. Den juridiske makt, og med den det formelle ansvar, følger i dag de organisatoriske ledelseslinjer. Ved å stille seg utenfor disse, kan legene i liten grad diktere eller begrense andre helsepersonellgruppers adgang til arbeidsoppgaver, selv om disse oppfattes å ligge innenfor legenes tradisjonelle eksklusive jurisdiksjon.

Abbott beskriver hvordan profesjoner legitimerer sin jurisdiksjon på forskjellig vis. Sentralt står samfunnets anerkjennelse. I sin mest uttalte form konkretiseres denne i form av juridisk bindende lover og forskrifter. Lovgivingen er den sterkeste form for beskyttelse en profesjon kan få. (Abbott 1988). Også Freidson var opptatt av dette. Han mente legene gjennom jussen hadde sikret seg både autoritet og kontroll over de grupper de samarbeidet med, noe han mente gikk langt utover det legenes egentlige profesjonelle autoritet skulle tilsi (Freidson 1970). Min påstand er at Freidsons karakteristikker på mange måter er utdatert i dagens helse-Norge. I forhold til denne oppgavens tema, ser vi hvordan radiologenes og legenes dominante rolle ikke lenger er hjemlet på den juridiske arena. De har ikke lenger noe formelt krav på den diagnostiske sfæren, det finnes ikke lenger noe slikt vern i norsk lov.

Helsepersonelloven er slik jeg ser det, radikal i dette henseende. Typisk ligger samfunnets lovgiving av profesjonenes stilling på etterskudd sett i forhold til folkeopinionens generelle oppfatninger (Abbott 1988). I tilfellet med helsepersonelloven, tror jeg jussen faktisk ligger foran. Min oppfatning er at legene i folks øyne fortsatt har en større grad av særstilling enn det loven tilsier. Dette forhold gjenspeiles også i legenes holdninger til seg selv og synet på egen profesjon.

Flere av informantene i fokusgruppene er på sporet av dette. Jeg har tidligere sitert en gruppedeltaker som hevder at i dag kan nærmest hvem som helst gjøre hva som helst bare de kan dokumentere at de har fått nødvendig utdanning. Jeg oppfattet i fokusgruppen dette som et lett ironisk utsagn. Sett i lys av betraktningene i dette avsnittet, er det antakelig likevel ganske så korrekt.

8.3.2 Samfunnets arena

Selv om legene på mange måter altså har tapt på den juridiske arena, vil jeg påstå at de likevel på mange andre områder fortsatt hevder seg med betydelig tyngde. Jeg har allerede nevnt den

generelle folkeopinionen. I kampen om folkets gunst har sannsynligvis legene fortsatt et betydelig forsprang på de såkalte hjelpeprofesjonene. På tross av at legenes status i samfunnet er kraftig redusert de siste par tiår, nyter yrkesgruppen fortsatt respekt og en leges uttalelser i forbindelse med sykdom og diagnose tillegges stadig avgjørende vekt. Radiologer er derfor mer enn eksperter og bildetolkere i folks øyne. Vel så viktig er det faktum at de er leger, og deres meninger og råd får gjennom det en form for moralsk tyngde få andre yrkesgrupper kan ”matche”. Dette forhold kommer fram i en uttalelse fra en av informantene. Det som sies er at dersom en radiograf utdannet til sonograf gjør en feil, vil vedkommende antakelig ligge dårligere an enn en lege. Dette er fordi pasienter som folk flest har den oppfatning at ”leger vet best”. Feilen hadde kanskje ikke blitt begått dersom jeg hadde fått ”det beste” fra start.

Abbott beskriver hvordan dominante og subordinerte profesjoner gjerne har motsatte budskap de ønsker å nå ut med til publikum (Abbott 1988). Den overordnede, i dette tilfellet radiologene, ønsker å opprettholde bildet av legen som den som sitter på både kunnskap og praktiske ferdigheter, mens radiografenes rolle vil tones ned. For radiografene er hensikten den motsatte. De ønsker å løfte fram gruppen og argumentere for og føre bevis for at radiografer kan utføre diagnostiske oppgaver på lik linje med leger. Radiografene har sannsynligvis fortsatt en vei å gå i dette stykket. Yrkesgruppen og dens arbeidsoppgaver er, slik jeg oppfatter det, lite framme i den kollektive folkelige erkjennelse. Mange har knapt hørt om yrkestittelen radiograf. Betegnelsene radiograf og radiolog blandes ofte, men gitt den tilleggsopplysning at radiologen faktisk er lege, faller begrepene raskt og ganske utvetydig på plass i folks bevissthet.

8.3.3 Kunnskap og makt

Radiologenes største aktivum og deres mest gangbare valuta, er stadig kunnskap. Det å kunne formidle eller holde tilbake denne kunnskap om diagnostikk, er fortsatt radiologenes viktigste kontrollmiddel. Radiografene har erkjent og er fullstendig klar over dette. Skal de lykkes i å ekspandere inn i diagnostikken, er de avhengig av legenes velvillighet. Radiologene må overføre deler av sin kunnskap og konkret bidra ved å gi radiografene del i praktisk opplæring og veiledning. Opplæringsressursene er begrensede, og de unge legene LIS'ene, er beredt til å kjempe for disse. Tilgang til den praktiske kunnskapsformidlingen, den som skjer inne på laboratoriene og i den konkrete tolkningen av bilder, er for øyeblikket hovedarena i den profesjonskampen som pågår. Forholdet er så viktig at det totalt dominerer de to LIS'enes argumentasjon i fokusgruppene. Det blir, slik jeg ser det, avgjørende for hele deres holdning

til jobbglidningsspørsmålet. De er i all hovedsak negative, og de to uttaler interessant nok, at de oppfatter seg som representative for store deler av gruppen de tilhører.

8.4 Praktiske løsninger og mulige veier videre

Radiologifaget gjennomgår raske endringer og utsettes for ytre og indre press. Fagpersonellet utfordres og det stilles krav til omstillingsevne og tilpasning. Min oppfatning er at der er indikasjoner på at radiografene som gruppe viser størst grad av fleksibilitet og evne til nytenkning enn radiologene. Abbott påpeker i sitt arbeid hvordan en stor og gjennomorganisert profesjon med sine omfattende inklusjonskriterier bare langsomt kan svare på endrede kapasitetskrav (Abbott 1988). Radiologene er ikke uten handicap i dette henseende. Det tar minimum 12 år å utdanne en radiolog fra grunnen dersom vi regner inn den generelle medisinske utdannelsen. I tillegg begrenses antallet radiologer organisatorisk av statlige fordelingsordninger i form av legehjemler. Sykehusenes anstrengte økonomi er utvilsomt også en viktig faktor, all den tid radiologlønningene ligger på omkring det doble av hva radiografer tjener. Radiografene representerer en liten og relativt ny profesjonsgruppe. De er ikke på samme måte organisert inn i et større laug, og er i så måte en mer selvstendig og kanskje også handlingsdyktig profesjon. Grunnutdanningen tar tre år, de kan nå masternivå etter bare fem.

Jeg tror personlig at radiologene i liten grad tjener egen sak ved å motsette seg jobbglidning mot radiografer. Profesjonsteorien synliggjør også etter min mening, hvorfor radiografene som gruppe har stor sannsynlighet for å nå fram i sine forsett. Radiografbasert forskning er bare i sin startfase. Akademiseringen av yrkesgruppen vil uvegerlig føre til at basen av evidensbasert kunnskap om radiografers evne til å utføre diagnostisk arbeid, raskt vil øke. Dette vil gi hold til en argumentasjon som radiologene over tid ikke vil kunne motstå.

Radiologene bør derfor, slik jeg ser det, slippe radiografene inn på den diagnostiske arena og har lite å tape på dette. Etter en overgangsfase der radiologene vil være tungt inne i veiledning og opplæring, vil radiografene etter hvert også kunne ta på seg slike oppgaver. Man må også være åpen for radiografer som lærere og veiledere for legenes egne spesialistkandidater.

Radiologene har flere viktige arenaer enn den konkret bildetydning og produksjon av radiologiske rapporter. Sentrale spørsmål omkring prioritering og riktig bruk av bildediagnostikk som ressurs, har allerede vært trukket fram i diskusjonen. Radiologene kan slik jeg ser det, komme med vesentlige profesjonelle bidrag i grenselandet mellom klinikere og de radiologiske avdelingene. Ved aktivt å ta del i henvisningsarbeidet gjennom råd og veiledning av kliniske kolleger, kan man høyst sannsynlig bidra til å demme opp for noe av det overforbruk av bildediagnostiske tjenester vi i dag er vitne til (Lysdahl 2009).

Det samme gjelder også i formidling og diskusjon av bildediagnostiske resultater og funn. Radiologer kan i denne sammenheng tilføre viktig kompetanse i tverrfaglige beslutningsteam, team der flere legespesialister sitter sammen med annet helsepersonell og tolker data som grunnlag for behandling. Jeg mener de her i større grad kan utnytte sin kunnskapsbase som leger og generalister, og her kan de heller ikke så lett erstattes av andre helsearbeidere med mer begrensede spesialfelt.

Teamarbeid bør også bli et gjennomgangstema og satsningsområde innad i de radiologiske avdelingene. Miljøene må forsøke å heve seg over snevre profesjonsgrenser og i stedet basere seg på medarbeideres reelle praktiske ferdigheter og kompetanse. Som eksempel på et slikt team, kan jeg se for meg et ultralydteam bestående av overlege, LIS og sonograf. Overlegens viktigste rolle blir grenseflaten mot de henvisende instanser der den ferdige spesialist med fordel kan stå for fordelingen av pasienter innad i teamet. Slikt teamarbeid forutsetter at man kjenner hverandres muligheter og begrensninger, men også at man tør å stole på de andres selvstendige vurderinger. Jeg kan vanskelig se at en slik modell utgjør noen trussel for legenes egen utdanning. Et øvet sonograf vil utvilsomt ha mye å tilføre spesialistkandidatene særlig i basisopplæringen i form av konkret bildeframstilling og systematikk. Dette vil frigjøre kapasitet hos den ferdige spesialist i teamet og etter min mening, kunne bidra til god ressursutnyttelse og kvalitet på det diagnostiske arbeidet.

Radiologene må gi slipp på noe av sitt kontrollbehov. Min oppfatning er at modeller der radiologer godkjenner og overprøver annet helsepersonell, har svært lite for seg. Ved å etablere klare retningslinjer for arbeidsdeling innad i enhetene og sørge for nødvendig utdanning og kompetanse hos personellet, må svar og vurderinger stå for undersøkernes egen regning enten vedkommende er radiograf eller lege. Dette er en viktig forutsetning for å lykkes og for å hindre konflikt.

I stedet for å se jobbglidning som en trussel bør radiologene som representanter for legeprofesjonen, se de muligheter som åpner seg ved at andre overtar relativt rutinepreget diagnostisk arbeid. Slik avlastning kan frigjøre legetid til fordypning, fagutvikling og forskning, noe informantene i denne oppgaven så sårt etterlyser. Skal spesialiteten radiologi ha noen fremtid, er dette ganske så avgjørende satsningsområder.

Ved å lette radiologenes produksjonsbyrde, kan man også håpe at de i større grad løfter blikket fra sine dataskjermer og deltar i den viktige samfunnsdebatten om prioritering og ressursbruk. Slik Hughes beskrev, har de som profesjonsutøvere samfunnets mandat til å uttale seg kvalifisert som eksperter, og de vil kunne legge moralsk tyngde bak sine standpunkter (Hughes 2009). Radiologer som ønsker å påvirke og styre utviklingen må også selv påta seg formelle lederoppgaver og gå inn i etablerte administrative linjer. Moralsk hevd og gammel sedvane vil ikke stå seg over tid. Denne utfordringen må derfor radiologen ta.

Som en avslutning kan det passende å komme med en uttalelse som tillegges Charles Darwin:

”Det er ikke det sterkeste individet som overlever, men det som viser størst tilpasningsevne”.

9 Litteraturliste

Aakhus, Trygve, Poppe, Erik (red), (1995): *Medisinsk radiologi i Norge. Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelsen av røntgenstrålene*. Oslo: TANO A.S.

Aasland, Olaf Gjerløw, (2006): "Legerollen - fra pedestall til skammel". *Tidskr Nor Lægeforen*, 126: 61-2.

Abbott, Andrew, (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago og London: University of Chicago Press.

Amundsen O J. (2009): "Forskyvning av profesjongrensener". *Hold pusten* 9: 6-7.

Barbour, Rosaline, (2007): *Doing Focus Groups*. Los Angeles, London, New Dehli and Singapore: SAGE Publications.

Bates JA., Conlon RM., Irving HC. (1994): "An Audit of the Role of the Sonographer in Non-obstretic Ultrasound". *Clinical Radiology*, 49: 617-620.

Berg, Ole, (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø: Universitetsforlaget.

Berg, Ole, (2005): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeforening

Borgen L. (2010): "Hvem definerer legeoppgaver?"

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=358. Lastet ned fra nett 10.05.2010.

Brealey S., Scally A., Hahn S., Thomas N., Godfrey C., Coomarasamy A. (2005): "Accuracy of radiographer plain radiograph reporting in clinical practice: a meta-analysis". *Clinical Radiology*, 60: 232-241.

Buchan, James, Ball, Jane, O'May, Fiona, (2001): "If changing skill mix is the answer, what is the question?" *Journal of Health Services Research & Policy*, 6 (4): 233 -8

Buchan, James, Dal Poz, Mario R, (2002): "Skill mix in the health care workforce: Reviewing the evidence". *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 80 (7): 575-80.

Bull, Shiela, (2003): "Skill mix in radiography". *Synergy Jun*: 15-19.

Børretzen I., Lysdahl KB., Olerud HM. (2007): "Diagnostic radiology in Norway – trends in examination frequency and collective effective dose". *Radiation Protection Dosimetry*, 124: 339-347.

Cowling, Cynthia, (2008): "A global overview of the changing roles of radiographers", *Radiography* 14: e28-e32.

Crossan, Frank, Ferguson, Dorothy, (2005): "Exploring nursing skill mix: a review", *Journal of Nursing Management*, 13: 356-362.

Danske Regioner (2009): "Professionalisme uden grænser".

<http://www.regioner.dk/Publikationer/Sundhed%20og%20sygehuse/~media/Publikationer/Sundhed/Professionalisme%20uden%20grænser.ashx>. Lastet ned fra nett 10.05.2010

Den norske legeforening (2007): Spesialistregler, radiologi.

<http://www.legeforeningen.no/id/1551.0>. Lastet ned fra nett 17.06.2010.

Department of Health (2003): "Radiography Skills Mix. A report on the four-tier service delivery model".

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007123. Lastet ned fra nett 06.04.2010.

Evans S. (1999): "The NHS breast screening programme", *Synergy News*,. May 12-13.

Fauske, Halvor (2008): "Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål". Molander, Anders.Terum, Lars Inge (red.): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Forsyth, Lesley J., Robertson, Elizabeth M. (2007): "Radiologists perceptions of radiographer role development in Scotland, *Radiography*: 13, 51-55.

Freidson Eliot, (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Friedenberg, Richard M. (2000): "The Role of the Supertechnologist". *Radiology*, 215: 630-633.

Haave, Per, (2007): "Da legene skulle autoriseres". *Tidsskr Nor Lægeforen*, 127: 3267-71.

Hafferty, Frederic W., Light, Donald W. (1995): "Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work". *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue): 132-153

Hafferty, Frederic, Salloway, JC. (1993): "The Evolution of Medicine as a Profession. A 75-Year perspective". *Minnesota Medicine*, 76: 26-35.

Hardy, Maryann, Legg, Jeffrey, Tony, Ween, Borgny, Williams, Imelda, Motto, Jenny, (2008): "The concept of advanced radiographic practice: An international perspective". *Radiography* 14: e15-e19.

Helse Midt-Norge, (2009): *Strategi 2020 – Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge*. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2019-10%20vedlegg%20strategi%202020%20ver%2009.pdf> . Lastet ned 30.03.2010.

Hughes, Everett C. (2009). *The sociological eye. Selected papers*. New Brunswick (USA) and London (U.K.), Transaction Books

Kenny LM., Andrews MW. (2007): "Addressing radiology workforce issues". *Med J Aust*; 186: 615-616.

Kløw NE. (2009) "Sonografer – Radiologforeningens syn". *Noraforum* 3: 15.

Kristensen V. (2007): "Radiografer i diagnostikken". *Hold pusten* 4: 10-12

Kvale, S. Brinkman, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B. (2004): "Substitution of doctors by nurses in primary care". *Cochrane Database of Systematic Review, Issue 4*, CD001271.

Leslie A., Lockyer H., Virjee JP. (2000): "Who Should be Performing Routine Abdominal Ultrasound? A Prospective Double-Blind Study Comparing the Accuracy of Radiologist and Radiographer". *Clinical Radiology*, 55: 606-609.

Lockhart ME., Robbin ML., Berland LL., Smith JK., Canon CL., Stanley RJ. (2003): "The Sonographer Practitioner. One Piece to the Radiologist Shortage Puzzle". *J Ultrasound Med* 22: 861-864.

Lone, Inger-Lise, Thorsteinsen, Tine I, Leiros, Elizabeth, Engelsen, Sonja (1995): "Røntgensykepleiere og radiografer". Aakhus, Trygve. Poppe, Erik (red): *Medisinsk radiologi i Norge. Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelsen av røntgenstrålene*. Oslo: TANO A.S.

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
<http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. Lastet ned fra nett 06.05.2010.

Lysdahl KB., Hofmann BM. (2009): "What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions". *BMC Health Service Research* 9:155. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-155.pdf>. Lastet ned fra nett 04.06.2010.

Malterud Kirsti, (2002): "Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger". *Tidsskr Nor Lægeforen*,; 122: 2468-72.

May L., Martino S., McElveny C. (2008): "The establishment of an advanced clinical role for radiographers in the United States". *Radiography* , 14: 24-27

Molander, Anders, Terum, Lars Inge, (2008): "Profesjonsstudier en introduksjon". Molander, Anders. Terum, Lars Inge (red.): *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget.

Molven Olav (2009): *Helse og jus. En innføring for helsepersonell. 6. utgave*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Radiografforbund (2010): *Om Norsk Radiografforbund*.

http://www.radiograf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=12&I=44&mids=11.

Lastet ned fra nett 05.05.2010.

Norsk Radiologisk Forening (2008): *Vedtekter for NoRaFo*.

http://www.radiologforeningen.no/mod_page.php?id=28. Lastet ned fra nett 30.03.2010

Norsk Radiologisk Forening (2009): *Ultralyddiagnostikk – oppgavefordeling mellom yrkesgrupper?*

http://www.radiologforeningen.no/img/wysiwyg/File/horinger/NoRaFo_ultralyddiagnostikk.pdf. Lastet ned fra nett 07.05.2010.

Norsk radiologisk forening (2010): *Debatten om profesjongrensener og roller*.

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=361 Lastet ned 25.03.2010.

Pellegrino, Edmund D. (2002): "Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician", *The Mt Sinai J of Med*, 69: 378-84.

Pettersen A (2010a): *Forskyvning av profesjongrensener*.

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=353. Lastet ned fra nett 10.05.2010.

Pettersen A (2010b): *Rolleutvidelser*.

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=370. Lastet ned fra nett 10.05.2010.

Price R., Edwards H., Heasman F., Herbland A., Le Masurier S., Todd A., Vosper M. (2009): *Scope of Radiographic Practice 2008*. SCoR Document Library. <http://doc-lib.sor.org>. Lastet ned fra nett 30.03.2010.

Price RC., Le Masurier SB. (2007): "Longitudinal changes in extended roles in radiography: A new perspective". *Radiography* , 13: 18-29.

Price Richard (2010): "Ultrasound: From pioneering to the present". *Radiography* , 16: 91-92.

Radiologforeningens ultralydutvalg (2008): *Holdning til spredning av ultralyddiagnostikk*. <http://www.radiologforeningen.no/img/wysiwyg/File/pdf/ULTRALYDRAPPOR2008-1.pdf>. Lastet ned fra nett 06.05.2010.

Rosendahl K. (2010): *Sonografer og "skill-mix"- et innspill fra vest*. http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=368. Lastet ned fra nett 27.05.2010.

Skjennald, Arnulf, Tausjø, Johan, (1995): "Spesialistutdannelse". Aakhus, Trygve. Poppe, Erik (red): *Medisinsk radiologi i Norge. Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelsen av røntgenstrålene*. Oslo: TANO A.S.

Smeby, Jens-Christian, (2008): "Profesjon og utdanning". Molander, Anders. Terum, Lars Inge (red.): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Smith TN., Baird M. (2007): "Radiographers' role in radiological reporting: a model to support future demand". *Med J Aust*; 186: 629-631.

Statistisk Sentralbyrå (2010): *Tabell: 05847: Lege-, tannlege og optikerspesialister etter kjønn, alder og spesialitet*. http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=05847. Lastet ned fra nett 09.04.2010.

Stiris M (2010): *Profesjonskampen*.

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=357. Lastet ned fra nett 10.05.2010.

Stranden E., Rotstigen E., Norum I A., Thevatas U. (2007): "Quo vadis, radiograf?" *Hold pusten* 2007;8: 8-13.

Swensen T (2010a): *Forskyvning av profesjongrensener*.

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=349. Lastet ned fra nett 10.05.2010.

Swensen T (2010b): *Radiografenes identitetskrise?*

http://www.radiologforeningen.no/mod_article.php?sid=3&aid=354. Lastet ned fra nett 10.05.2010.

The Royal College of Radiologists, The Society and College of Radiographers (2007): *Team working within clinical imaging. A contemporary view of skills mix*. www.rcr.ac.uk. Lastet ned fra nett 15.03.2010.

The Society of Radiographers (2010): *Ultrasound Training, Employment and Registration*.

<http://doc-lib.sor.org/node/742>. Lastet ned fra nett 06.04.2010.

Van den Biggelaar FJHM., Nelemans PJ., Flobbe K. (2008): "Performance of radiographers in mammogram interpretation: A systematic review", *The Breast*, 17: 87-92.

Williams I. (2006): "Rolleutvidelse for radiografer". *Oversatt av Sue Kristiansen og gjengitt i Hold pusten* 2007;4: 10-12

10 Vedlegg

10.1 Informasjonsskriv til informanter med samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i fokusgruppe i forbindelse med masteroppgave:

Jeg er studieåret 2009/10 student ved det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitet i Oslo. Til dette har jeg permisjon fra min jobb som ansvarlig overlege ved radiologisk avd. Sykehuset i Vestfold.

Masteroppgaven som er på 30 studiepoeng, har arbeidstittelen: ”Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk – tid for en ny arbeidsdeling?”

Jobbglidning betyr at arbeidsoppgaver som i dag utføres av leger, helt eller delvis overføres til andre faggrupper, hovedsaklig radiografer. Temaet er meget aktuelt og diskuteres allerede ivrig i de radiologiske fagmiljøene.

Gjennom oppgaven ønsker jeg å undersøke to forhold:

1. Hvilke erfaringer har man internasjonalt på dette feltet?
2. Hvordan forstå norske radiologers holdninger og argumenter for og mot jobbglidning?

For å finne svar på det andre spørsmålet, vil jeg intervju legekolleger ved radiologiske avdelinger i sykehus. Dette skal skje gjennom fokusgrupper der jeg samler 4-10 leger til en ganske åpen diskusjon omkring følgende emner:

- Arbeidsbelastning, arbeidsoppgaver og preferanser
- Samarbeid med andre faggrupper
- Eventuelle erfaringer og synspunkter omkring fenomenet jobbglidning
- Tanker om framtida og arbeidsdeling i norsk radiologi

Gruppediskusjonene vil ta ca en time og det skal gjøres digitale opptak av samtalen. Materialet vil senere bli skrevet ned (transkribert) og analysert etter kvalitative forskningsmetoder.

Tekstene vil ikke inneholde navn på personer eller steder som kommer frem under intervjuene og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuutskriftene anonymiseres og lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig.

I forhold til anonymitet, er det nødvendig å understreke at det norske radiologmiljøet er lite.

På tross av de forhåndsregler som er skissert, kan man ikke helt utelukke at personer som er godt kjent i miljøet kan spore opplysninger tilbake til avdelinger og muligens også enkeltpersoner.

All deltakelse er selvfølgelig frivillig og samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt i undersøkelsen uten nærmere begrunnelse. Dersom du trekker deg etter et gruppeintervju, vil dine uttalelser bli utelukket fra den transkriberte teksten. Det vil imidlertid være nødvendig å beholde selve lydopptaket til oppgaven er ferdig.

Veileder for mastergradsprosjektet er professor Olaf Gjerløw Aasland, til daglig leder ved Legeforeningens forskningsavdeling.

Hvis spørsmål kan undertegnede kontaktes på ainar.vi@hotmail.com eller mob. 938 28069.

Eventuelle spørsmål til veileder kan rettes til: olaf.aasland@legeforeningen.no.

Oppgaven forventes ferdigstilt innen utgangen av 2010 og vil bli publisert på DUO ved Universitetet i Oslo. De av informantene som ønsker det, vil de kunne få oppgaven tilsendt.

Prosjektet er meldt til personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vennlig hilsen

Einar Vigeland

Majorstuveien 32A

0367 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk – tid for en ny arbeidsdeling?” og ønsker å stille til intervju.

Signatur..... Tlf.....

10.2 Intervjuguide

<p>Oppfattelse av radiologers arbeidssituasjon:</p>	<p>Arbeidsmengde</p> <p>Kvalitet</p> <p>Hva vil vi gjøre mer/mindre av?</p>
<p>Interne tverrfaglige samarbeidsforhold i avdelingene:</p>	<p>Hva fungerer/fungerer ikke?</p> <p>Faktorer som avgjør/påvirker</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysisk arbeidsmiljø - Sosiale arenaer?
<p>Jobb-glidning:</p>	<p>Hva menes med begrepet?</p> <p>Kjennskap/personlig erfaring?</p> <p>Eksempler:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skjelett, ultralyd (Gjøvik-prosjektet) mammografi, intervensjon avansert bildebehandling (CT/MR) mage/tarm, andre felt?
<p>Fordeler/ulempes:</p>	<p>Arbeidsmengde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kapasitet, ventetider <p>Kvalitetsaspektet</p> <p>Arbeidsmiljø</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiologer - Radiografer <p>Undervisning/opplæring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kapasitetsproblem? <p>Ansvarsforhold, juss</p> <p>Forhold til henvisere, kliniske avdelinger</p> <p>Positive/negative rolleendringer radiologer</p>
<p>Radiologers holdninger:</p>	<p>Hva tror du generelt om norske radiologers holdninger?</p> <p>Hva påvirker disse?</p>

	<p>Hvorfor skepsis og motstand?</p> <p>Styrkeforhold radiolog vs. radiograf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesjonskamp? <p>Følger for lønn?</p> <p>Hva skal til for endring?</p>
Radiografers holdninger:	Hva er drivende faktorer?
Sykehusadministrasjon:	Hva mener de og hvorfor?
Tanker om pasientenes synspunkter:	<p>Har de sterke meninger?</p> <p>Fordeler/ulemper</p>
Suksessfaktorer:	<p>Forutsetninger for å lykkes</p> <p>Hva er de største hindringene?</p>
Alternative scenarier:	Alternative/komplementære løsninger på kapasitetsproblemene?

Einar Vigeland, HELED kull 23

10.3 Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste:



Olaf Gjerløw Aasland
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 05.02.2010

Vår ref: 23503 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23503	<i>Profesjonsgrenser i medisinske bildediagnostikk - tid for en ny arbeidsdeling?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Olaf Gjerløw Aasland</i>
Student	<i>Einar Vigeland</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

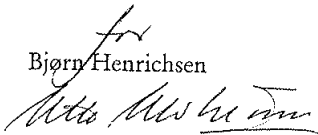
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Einar Vigeland, Majorstuveien 32A, 0367 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Utvalget består av rundt 10 overleger som er spesialister i medisinsk radiologi ved norske sykehus. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker skriftlig til deltakelse. Skrivet inkluderer informasjon om at enkeltinformanter kan komme til å være indirekte identifiserbare i den ferdige oppgaven.

Vi forutsetter at informasjonsskrivet til utvalget endres på følgende punkt:

- Siden intervjumaterialet kan være indirekte identifiserbart (og dermed ikke anonymisert), slettes eller endres følgende setning "Tekstene vil bli anonymisert og navn på personer og steder som kommer fram under intervjuene vil bli tatt ut". Setningen kan endres til "Tekstene vil ikke inneholde navn på personer og steder som kommer fram under intervjuene".
- Tilføyes informasjon om at opplysningene behandles konfidensielt.
- Tilføyes enten informasjon om at "intervjuutskriftene anonymiseres når oppgaven er ferdig" eller informasjon om at fullstendige intervjuutskrifter (underforstått: indirekte identifiserbare utskrifter) oppbevares videre etter at oppgaven er ferdig, sted for oppbevaringen, hvor lenge utskriftene skal oppbevares og i hvilke forskningstema utskriftene senere kan bli brukt i.
- Setningen "Det er også mulig å slette deler av intervjuet dersom dette er ønskelig" endres til "Dersom du trekker deg, vil lydbånd bli slettet og intervjuene anonymisert, så sant de ikke allerede er anonymiserte".

Vi ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv.

Opplysningene samles inn gjennom individuelle- og gruppeintervju.

Lydopptak/lydfiler og samtykkeerklæringer slettes og eventuelle indirekte personidentifiserbare opplysninger i intervjuutskriftene anonymiseres ved prosjektslutt, 31. desember 2010. Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig å direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger, f.eks. via et løpenummer som viser til navn på en navneliste) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. navn på kommune og/eller arbeidssted, sammen med opplysninger om stilling, eller alder, kjønn og stilling, eller referanse til slike opplysninger) føre tilbake til enkeltpersoner.

Vi gjør for øvrig oppmerksom på at dersom undersøkelsen av de internasjonale erfaringene på feltet innebærer elektronisk behandling av personopplysninger (f.eks. bruk av lydfiler), er også denne delen av studien meldepliktig til personvernombudet.