

# Suksesskriterier ved oppgavedeling i bildediagnostikken

*Ledere i skjæringspunktet mellom ledelse og profesjon*

Karl Kristian Esbjerg Storvoll



Masteroppgave

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15.11.14



# Suksesskriterier ved oppgavedeling i bildediagnostikken

Ledere i skjæringspunktet mellom ledelse og profesjon

Masteroppgave ved  
Avdeling for helseledelse og helsepolitikk  
Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet  
Høsten 2014

Universitetet i Oslo

Karl Kristian Esbjerg Storvoll

©Karl Kristian Esbjerg Storvoll

År: 2014

Tittel: Suksesskriterier ved oppgavedeling i bildediagnostikken

Forfatter: Karl Kristian Esbjerg Storvoll

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Ullevål, Oslo



# Sammendrag

Sykehus er komplekse organisasjoner der grensene for arbeidsdeling mellom helseprofesjonene til stadighet utfordres. Radiologene og radiografene jobber tett sammen innenfor radiologiske avdelinger, og er avhengig av kompetansen til hverandre for at oppgaver skal kunne utføres. Radiologene er overordnet radiografene, og deres kunnskapssystem danner grunnlaget for de fleste oppgavene som utføres. I de siste årene har radiografene utfordret profesjonsgrensene til radiologene, ved at de ønsker å ta del i bildediagnostikken på lik linje med utviklingen i andre land.

Oppgavedeling innen bildediagnostikken er gjort mulig gjennom endring av lovverket. I 2013 økte fokuset på oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, ved at daværende helseminister Jonas Gahr Støre hadde dette som ett av ti punkt for å løse de utfordringene helsevesenet står ovenfor i fremtiden.

Jeg er selv radiograf og leder, og med denne oppgaven ønsker jeg å belyse fenomenet oppgavedeling fra et lederperspektiv. Jeg har i denne oppgaven primært fokusert på hvordan ledere kan lykkes med oppgavedeling innenfor bildediagnostikk, og hvilket krysspress ledere blir utsatt for når endringer skal gjennomføres. Jeg har valgt å utføre en bestefalls-analyse for å identifisere suksesskriterier for slike prosesser. Som teoretisk bakgrunn, har jeg benyttet Yukls teori innenfor endringsledelse og Abbotts teori om hvordan ulike profesjoner forhold seg til hverandre.

Dette er en liten kvalitativ undersøkelse basert på intervju av 2 radiologleder og 2 radiografledere ved 2 ulike avdelinger, som har innført beskrivende radiograf innenfor skjelettrøntgen. Informantene var valgt strategisk for å kunne se på suksesskriterier, men også for å få svar på hvilket krysspress ledere blir utsatt for når målet er oppgavedeling innenfor bildediagnostikken.

Det er fortsatt motstand mot oppgavedeling innen bildediagnostikk, men funnene presentert i empiridelen tyder på at det er økt aksept for oppgavedeling blant radiologene lokalt ved avdelingene. Informantene antyder også økt aksept nasjonalt. Lokalt ved avdelingene viser funnene også at det er økt grad av aksept blant klinikere/ortopeder, som henviser til skjelettrøntgen.

Funn fra empirien tyder videre på at dette er en ressurskrevende endring. Enkelte av informantene uttaler at man kun ser beskjedne effekter på kort sikt. Informantene fra den ene avdelingen jeg studerte, trekker allikevel fram økt kvalitet på undersøkelsene og rekruttering av godt kvalifisert personell som positive effekter av oppgavedeling. Videre ser de for seg ønskede effekter som redusert arbeidspress, bedre samarbeid og arbeidsflyt, ved en utvidelse av ordningen. Ved den andre avdelingen er målsetning bedre samarbeid, økt kvalitet, reduksjon i arbeidspress og bedre arbeidsflyt.

Foreløpig har oppgavedeling innen bildediagnostikk ikke vært systematisk gjennomført på nasjonalt nivå, og funnene tyder heller ikke på at det er en systemendring lokalt, da det bare er én beskrivende radiograf ved begge avdelingene. Lokalt ved den ene avdelingen ønsker de å videreføre ordningen ved å sende to nye radiografer på utdanning, dette for å sikre kontinuerlig avlastning for legene.

Oppgaven bekrefter at ledere blir utsatt for et krysspress. På den ene siden skal de ivareta sin rolle som leder, og på den andre side ta hensyn til de ansattes faglige autonomi. Videre må ledere ta hensyn til de ulike profesjonenes krav og ønsker. Ledere må gjennom sin rolle altså balansere mellom behovene fra de ulike profesjonene, organisasjonen og behov/krav fra myndighetenes side.

Ut fra empiri, teorigrunnlag og egne erfaringer, oppsummeres oppgaven med å presentere en rekke suksesskriterier for å lykkes med oppgavedeling i bildediagnostikken. Suksesskriterier sier blant annet noe om hvordan ledere kan legge til rette, samt følger opp prosesser ved ny arbeidsdeling.



# Forord

Jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har hjulpet meg i arbeidet med denne masteroppgaven.

Veileder Sverre Vigeland Lerum har gjennom sin erfaring gitt gode råd og innspill til oppgaven. Jeg ønsker å rette en stor takk til Sverre som hjalp meg når jeg ikke kunne se skogen for bare trær, og inspirerte meg til å fullføre dette prosjektet. En stor takk til min søster Elisabet E. Storvoll som hjalp med språk, kom med nyttige innspill underveis og motiverte meg til å fortsette.

Takk til informantene som i en travel hverdag tok seg tid til å reflektere rundt innføring av beskrivende radiografer i bildediagnostikken.

Takk til arbeidsgiver som har gitt meg muligheten til å starte på utdanningen, og som bidro med ønske om valg av tema. En spesiell takk til Heidi Jørgensen og Siri T. Madsen som alltid har stilt opp, vært støttende og rådgivende for mine valg.

En takk til deltagere i forprosjekt og hovedprosjekt innenfor oppgaveglidning i egen organisasjon, som kom med nyttige innspill og gode diskusjoner, noe som økte min forståelse for temaet til dette masterprosjektet.

En takk til de rundt meg, som har vist stor forståelse for det arbeidet jeg har lagt i dette prosjektet. En spesiell takk til min kjæreste Vivian Møller.

Til slutt en takk til staben ved Institutt for helse og samfunn, og til studentene på kull 26 for ett spennende år som masterstudent.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Forskningsspørsmål og oppbygning av oppgaven .....	1
<b>2</b>	<b>Radiologi .....</b>	<b>3</b>
2.1	<b>Radiografer .....</b>	<b>3</b>
2.1.1	Antall radiografer i Norge og lønnsnivå.....	3
2.2	<b>Radiologer .....</b>	<b>4</b>
2.2.1	Antall radiologer i Norge og lønnsnivå .....	4
2.3	<b>Arbeidsfordeling og utvikling ved radiologiske avdelinger .....</b>	<b>5</b>
2.4	<b>Behov for helsepersonell i fremtiden (radiografer og leger) .....</b>	<b>6</b>
2.5	<b>Behov for bildediagnostikk .....</b>	<b>8</b>
2.5.1	Trender i Norge og internasjonalt.....	9
2.5.2	Generelle betraktninger om behov .....	10
2.5.3	Teknologisk utvikling .....	10
2.5.4	Politiske og kulturelle endringer .....	11
<b>3</b>	<b>Ledelse .....</b>	<b>14</b>
3.1	<b>Det Profesjonelle byråkratiet.....</b>	<b>14</b>
3.2	<b>Endringsledelse .....</b>	<b>15</b>
3.3	<b>Ledelse i sykehuset .....</b>	<b>17</b>
3.3.1	Rundskriv 1.2/2013 Lederansvar i sykehus.....	17
3.4	<b>Ledelse i fremtidens helsevesen.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>Profesjon .....</b>	<b>19</b>
4.1	<b>Hva er en profesjon? .....</b>	<b>19</b>
4.2	<b>Jurisdiksjon.....</b>	<b>20</b>
4.3	<b>Gjøre krav på jurisdiksjon .....</b>	<b>20</b>
4.4	<b>Arbeidsplassen .....</b>	<b>21</b>
4.5	<b>Overenskomst om jurisdiksjon.....</b>	<b>23</b>
4.6	<b>Full kontroll over jurisdiksjon .....</b>	<b>23</b>
4.7	<b>Underordning.....</b>	<b>24</b>
4.8	<b>Profesjonenes arbeid.....</b>	<b>25</b>
4.9	<b>Akademisk kunnskap .....</b>	<b>25</b>
4.10	<b>Modellen og dynamikken .....</b>	<b>26</b>
4.11	<b>Forstyrrelser og endring .....</b>	<b>26</b>
4.12	<b>Endring av profesjonsroller i helsevesenet .....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>Oppgavedeling.....</b>	<b>28</b>
5.1	<b>Hva er oppgavedeling?.....</b>	<b>28</b>
5.2	<b>Ulike typer oppgavedeling.....</b>	<b>29</b>
5.2.1	Horisontal oppgavedeling.....	29
5.2.2	Vertikal oppgavedeling .....	30
5.2.3	Diagonal oppgavedeling.....	30
5.3	<b>Muligheter til oppgavedeling i lovverket .....</b>	<b>30</b>
5.4	<b>Oppgavedeling nasjonalt.....</b>	<b>31</b>
5.5	<b>Internasjonale erfaringer .....</b>	<b>31</b>
5.6	<b>Forskning på oppgaveglidning innenfor radiologien.....</b>	<b>32</b>
5.6.1	Forskning på oppgavedeling i Norge .....	32

5.6.2	Internasjonal forskning.....	33
<b>5.7</b>	<b>Holdninger til oppgavedeling.....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>Metode.....</b>	<b>35</b>
6.1	Kvalitativ metode.....	35
6.2	Intervju.....	36
6.3	Utvalget.....	37
6.4	Fremstilling og behandling av data.....	38
6.5	Refleksivitet.....	39
6.6	Relevans.....	40
<b>7</b>	<b>Funnkapittel.....</b>	<b>42</b>
7.1	Hvorfor endre oppgavedeling mellom radiografer og radiologer?.....	44
7.1.1	Interne begrunnelser for ny arbeidsdeling.....	44
7.1.2	Eksterne begrunnelser for arbeidsdeling.....	49
7.2	Gjennomføring av ny oppgavedeling.....	51
7.3	Tilbakeblikk på prosessen.....	58
<b>8</b>	<b>Generell diskusjon.....</b>	<b>72</b>
8.1	Oppgavehierarki og ny arbeidsdeling.....	72
8.2	Krysspress for ledere.....	75
8.3	Viktige kriterier for å lykkes.....	77
8.3.1	Oppfølging av ledere og kommunikasjon ovenfor organisasjonen.....	77
8.3.2	Forankring og endringsagenter.....	78
8.3.3	Begrensninger og oppfølging av radiologer.....	79
8.3.4	Rekruttering og kompetanse.....	80
8.3.5	Effekt av tiltak og robuste ordninger.....	80
8.3.6	Samarbeid.....	81
8.3.7	Tilrettelegging for studenter og veiledere.....	81
8.4	Mine tanker og mulige veier videre.....	82
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>84</b>
	<b>Vedlegg / Appendiks.....</b>	<b>88</b>

# 1 Innledning

Helsevesenet i Norge står ovenfor en rekke kapasitetsutfordringer i tiden som kommer. Daværende helseminister Jonas Gahr Støre trakk fram oppgavedeling som ett av ti punkt for løsninger på utfordringer i fremtidens helsevesen. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i den forbindelse gitt Helsedirektoratet i oppgave å se på ny arbeidsdeling innenfor helsevesenet, og arbeidsdelingen mellom radiografer og radiologer er ett av områdene de ønsker å kartlegge.

Når oppgavedeling blir satt på dagsorden i spesialisthelsetjenesten, er det ledere på førstelinjenivå som må gjennomføre endringsprosesser. Slike endringer er ofte kontroversielle, og ledere vil trolig utsettes for press fra ulike hold. For det første, vil det ofte være motstridende interesser fra myndighetenes/organisasjonens side og de ansattes. For det andre, kan det være et krysspress i forhold til forventninger fra ulike fagprofesjoner. Målet for denne oppgaven er å se på hvilket krysspress ledere utsettes for ved gjennomføring av oppgavedeling innenfor bildediagnostikken. Hovedmålsettingen er å komme fram til suksesskriterier for hvordan ledere kan lykkes med slik oppgavedeling.

For å belyse disse spørsmålene har jeg benyttet en kvalitativ tilnærming, og intervjuet radiograf- og radiologledere ved to avdelinger som allerede har gjennomført oppgavedeling innenfor bildediagnostikken. Jeg har valgt å gjennomføre en bestefalls-analyse, da jeg ønsket å vie mest mulig oppmerksomhet til suksesskriterier for slike endringsprosesser. Jeg er selv radiograf og leder, og min bakgrunn og forståelse bringes inn i prosjektet. Jeg forsker på eget miljøet innefra, samtidig som jeg prøver å se det med et nytt perspektiv gjennom andre radiografledere og radiologledere. I tillegg benyttes teori for å få økt forståelse for mer generelle sider ved slike prosesser.

Opgavedeling er satt på dagsorden av myndighetene gjennom arbeidet til Helsedirektoratet, så dette er ikke en unik problemstilling som bare omhandler bildediagnostikk. Jeg håper dermed at oppgaven kan ha generell interesse, og synliggjøre mer universelle problemstillinger innenfor helsevesenet.

## 1.1 Forskningsspørsmål og oppbygning av oppgaven

Mer presist formulert reises følgende forskningsspørsmål i masterprosjektet:

*Hvilket krysspress blir ledere utsatt for ved gjennomføring av oppgavedeling innenfor bildediagnostikken?*

*Hvordan kan ledere tilrettelegge for å lykkes i endringsprosesser, der oppgavedeling innen bildediagnostikk er målet?*

Oppgaven begynner med en beskrivelse av utviklingen innenfor radiologien (kapittel 2). I denne delen beskrives også behov for relevant helsepersonell i fremtiden. Jeg ser spesielt på utviklingen innenfor bildediagnostikk fram til i dag, og mulige behov i fremtiden.

Kapittel 3 ser på hvorfor det er utfordrende med ledelse i helsevesenet, og beskriver myndighetenes satsning på ledelse på dette feltet. Siden temaet for masteroppgaven er oppgavedeling, har jeg sett spesielt på endringsledelse. Yukls teori om hvordan man kan lykkes med endring blir sentral i forhold til tolkning av data fra intervjuene.

I Kapittel 4 går jeg nærmere inn på radiografer og radiologer som to profesjoner, og Abbott blir sentral for hvordan de forholder seg til hverandre. I slutten av dette kapitlet presenteres Hughes oppgavehierarki, som er nyttig for å se på hvordan oppgaver fordeles mellom de to profesjonene. Kapittel 5 gir en nærmere forklaring på hva som menes med oppgavedeling, og ser på utviklingen av oppgavedeling inne bildediagnostikk både nasjonalt og internasjonalt. I denne delen presenteres relevant forskning på effekter av oppgavedeling.

I kapittel 6 redegjør jeg for valg av forskningsmetode og strategi for tolkning av data.

Funnene fra intervjuene presenteres i kapittel 7. Dette kapitlet har tre hoveddeler. I den første delen ser jeg på begrunnelser på hvorfor man har endret oppgavedelingen ved radiologiske avdelinger. Andre del handler om hvordan ledere kan legge til rette for endring. I tredje del ser lederne tilbake på prosessen. Alle tre delene bidrar til å belyse begge forskningsspørsmålene.

Oppgaven avsluttes med kapitel 8, hvor det sentrale er å trekke fram viktige kriterier for å lykkes med oppgavedeling i bildediagnostikken. Et annet mål med diskusjonene er å oppsummere erfaringer med krysspress for ledere som gjennomfører slike endringsprosesser.

# 2 Radiologi

## 2.1 Radiografer

Radiografer er en relativt ny profesjonsgruppe i Norge. I tiden før 1970 var det tradisjonelt røntgen sykepleiere og radiologer som bemannet røntgenavdelingene. På slutten av 60-tallet var det imidlertid rekrutteringsproblemer ved røntgenavdelingene, og det ble besluttet at det måtte tas noen grep for å møte personalbehovet (Andersen 2003).

I 1970 startet det første kullet på utdanningen for å bli røntgenteknikere ved Oslo kommunes skole for røntgenografer. Skolen erstattet den tidligere ordningen med spesialutdanning av røntgen sykepleiere, som bygget på full grunnutdanning i sykepleie. Skolen startet med 33 elever, 20 på grunnutdanning og 13 sykepleiere på etterutdanning. Vedtaket om å starte en ny grunnutdanning for røntgenografer var både kontroversielt og komplisert. Flere røntgen sykepleiere følte seg faglig truet. Enkelte radiologer syntes dessuten at lista for den faglige kompetansen ble lagt for høyt, mens andre komplimenterte lederne av den nye utdanningen for det høye nivået. Det kunne heller ikke være en lett oppgave å skaffe nok lærere til utdanningen. Det ble senere startet skoler på Rikshospitalet og i Tromsø i 1972/73 og på Haukeland i 1975 (Andersen 2003).

I 1973 ble Norsk Radiografforbund (NRF) stiftet ved Ullevål sykehus, og yrkesbetegnelsen røntgenograf ble offisielt byttet ut med den internasjonalt innarbeidede betegnelsen radiograf (Andersen 2003).

### 2.1.1 Antall radiografer i Norge og lønnsnivå

Antallet radiografer har økt jevnt de siste årene, og i 2012 var det 3 241 radiografer i landet (tabell 1). Den gjennomsnittlige månedslønnen for radiografene var kr. 37 300 i 2013 (Statistisk sentralbyrå 2014).

Tabell 1: Antall radiografer i Norge (Statistisk sentralbyrå 2014)

Årstall	Antall radiografer
2008	2776

2009	2923
2010	3004
2011	3131
2012	3241

## 2.2 Radiologer

Wilhelm Conrad Röntgen oppdaget røntgenstrålen en sen novemberkveld i 1895. Etter dette tok det ikke lang tid før Diakonisseanstaltens sykehus anskaffet landets første røntgenapparat (1897), og flere sykehus fulgte kort tid etter. Radiologien oppsto som en egen fagspesialisering innen medisinen, og i 1910 ble første doktoravhandling innenfor faget publisert (Poppe og Aakhus 1995).

Våren 1920 ble Norsk Forening for Medicinsk Radiologi stiftet. I 1938 ble den delt i en vitenskapelig forening og en fagforening. Norsk radiologforbund skulle ivareta de faglige og økonomiske interessene for radiologene, mens den andre foreningen skulle ta seg av vitenskapelige formål. I 1991 ble de to organisasjonene samlet igjen, og det nye navnet ble Norsk radiologisk forening (Johansen 1995).

### 2.2.1 Antall radiologer i Norge og lønnsnivå

I 2011 publiserte Anne Mundal en artikkel i tidsskriftet samfunnsspeilet som omhandlet vekst i antall leger i Norge. Hun skriver at fra 1990 til 2009 har helsetjenesten blitt tilført omtrent 7400 legeårsverk. Økningen har vært størst ved sykehusene med om lag 4700 årsverk. Den store økningen av antall leger gjør at det blir stadig færre innbyggere å betjene for hver lege. I 1981 var det om lag 456 innbyggere per lege, mens det i 2009 var 213. Økninger av antall leger førte til at Norge hadde høyest legedekning per innbygger i Norden i 2008, og deknigen er blant den høyeste innen OECD-landene (Mundal 2011). Statistikken fra Statistisk sentralbyrå viser at det også har vært en jevn vekst av antall radiologer de siste årene (tabell 2). Den gjennomsnittlige månedslønnen for radiologene var kr. 65 600 i 2013 (Statistisk sentralbyrå 2014).

Tabell 2: Antall radiologer i Norge (Statistisk sentralbyrå 2014)

Årstall	Antall radiologer
---------	-------------------

2008	653
2009	688
2010	725
2011	761
2012	823

## 2.3 Arbeidsfordeling og utvikling ved radiologiske avdelinger

Tradisjonelt har oppgavefordelingen mellom radiografer og radiologer vært at radiografer produserer bilder og forbereder pasientene, mens radiologene beskriver bildene. Denne oppgavefordelingen har vært forankret i de to profesjonenes spesialkompetanse. Radiologer har med sin bakgrunn fra medisinen har diagnose, prognose og behandling som spesialfelt, mens radiografene med sin bakgrunn som teknologer har pasientomsorg, apparatur og strålehygiene som spesialfelt (Lekve et al. 2013).

I starten ble røntgenapparatene primært betjent av leger, som gjorde undersøkelsene og tolket bildene (Poppe og Aakhus, 1995). Legene fikk etter hvert hjelp av det som senere skulle bli en egen faggruppe, røntgensykepleierne. Fra 1912 hadde sykepleierne ansvar for det meste av det praktiske arbeidet, både innen terapi og diagnostikk. Frem til 1940 fantes det ingen organisert undervisning for røntgensykepleiere. Opplæringen foregikk stort sett som praktisk veiledning, gitt av mer rutinerte sykepleiere. De fikk også noe teoretisk opplæring fra legene. Fra 1940 ble det gitt en mer planmessig opplæring av sykepleierne ved Rikshospitalet. Utdanningen varte i 8 måneder. Den omfattet diagnostikk og terapi, gitt både i form av teoretisk undervisning og praksis. I tillegg fikk de timer i strålefysikk. Røntgensykepleierne mente at spesialutdanningen var mangelfull, og ønsket å utvide utdannelsen til 1 år med teori etter 1 års erfaring ved en røntgenavdeling. Inntakskravet skulle være minst 1 års klinisk praksis etter grunnutdanningen i sykepleie. Dette ble diskutert med myndighetene, men de ville ikke gi støtte til en slik utdanning. Helsemyndighetenes innstilling var at utdannede sykepleiere skulle arbeide ved sykesengen. Det ble besluttet at spesialutdannet personale skulle overta arbeidsfeltet disse sykepleierne hadde hatt. Det ble diskutert flere alternativer utover 60-tallet, før radiografene gjorde sitt inntog i helsevesenet på 70-tallet (Lone et al. 1995).

Radiografutdanningen fikk fra 1981 en tyngre faglig forankring gjennom at helsefagsskolene ble gjort om til høyskoler, og det ble stilt krav om at skolene ved siden av undervisning, skulle drive med forskning og utvikling (Lone et al. 1995). Denne vitenskapeliggjøringen av radiograffaget har fortsatt, og radiografutdanningen er i dag blitt et 3-årig universitets-/høyskole-studium som leder frem til en bachelorgrad. Radiografene har også muligheten til å følge ettårige videreutdanningskurs, ta mastergrad og Ph.D. i helsefag. Det er også opprettet professorat i radiografi knyttet til utdanningsstedene (Lekve et al. 2013).

Parallelt med den faglige utviklingen for røntgensykepleiere og radiografer, opplevde også legene og at deres fagfelt utviklet seg, og at de ble møtt med økte krav til utdanning og kompetanse. Det tok 20 år fra den første røntgenundersøkelsen til Den norske lægeforening tok initiativ til å fastsette regler for utdanning av spesialister. Radiologi var en av spesialitetene som ble opprettet innenfor medisinen i 1917. Før den tid hadde det ikke vært noen krav til spesialistkompetanse for å utføre slikt arbeid. Kravene i den første perioden var ett års tjeneste ved en røntgenavdeling, men man kunne ikke oppnå radiologtittelen før minimum fire år etter embetseksamen. Første godkjenning av en spesialist i radiologi kom i 1923. I tiden frem til i dag har det gradvis blitt økte krav for godkjenning til spesialist (Skjennald og Tausjø, 1995).

Dagens spesialistutdanning består av fem års praksis ved en radiologisk sykehusavdeling. Det er et betydelig innsalg av praktisk kunnskapsformulering fra erfarne kolleger gjennom det daglige arbeidet ved avdelingen. Mester-svenn-begrepet benyttes ofte for å beskrive denne noe mer uoffisielle utdanningspraksis. I tillegg skal kandidatene, som i dag betegnes som lege i spesialistutdanning (LIS), gjennomføre 256 timer med obligatoriske kurs med bestått kursprøve. Den norske legeforening har fortsatt en sentral rolle i utformingen og driften av spesialistutdanningen, selv om staten formelt tok over dette ansvaret i 1980 (Vigeland 2010).

## **2.4 Behov for helsepersonell i fremtiden (radiografer og leger)**

*”Tilstrekkelig antall og optimal sammensetning av helsepersonell er avgjørende for kvalitet og kapasitet og for å sikre fremtidig bærekraft. I Norge viser personell framskrivninger at*

situasjonen er stabil i enda noen år, men på lengre sikt vil det bli store utfordringer. Det er derfor behov for å se på tiltak for å utnytte de totale personellressursene i helsesektoren på en bedre måte.” (Helsedirektoratet 2013a).

Hvilken utvikling går vi så i mot når det gjelder tilbud og etterspørsel av helsepersonell i fremtiden? Dette er tema for rapporten «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell frem mot år 2035 - dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012». I sammendraget av rapporten står det skrevet:

*”Som ved tidligere framskrivninger viser også disse beregningene at det kan ventes overskudd av sosialpersonell som barnevernspersonell og sosionomer. Det samme gjelder vernepleiere og radiografer. For leger og tannleger går det trolig mot underdekning, men resultatene for grupper på universitetsnivå er klart avhengig av forutsetningene.”* (Roksvaag og Texamon 2012)

Denne konklusjonen er basert på HELSEMOD, som er et regneverktøy der det kan gjennomføres beregninger for å se på framskrivninger av arbeidsmarkedet for helse og sosialpersonell. I innledningen av rapporten understrekes det at beregningene i HELSEMOD er forholdsvis enkle, og kun beskriver hva som kan skje i arbeidsmarkedet under gitte forutsetninger. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet, og ikke som nøyaktige prognoser for hvordan situasjonen vil bli fremover (Roksvaag og Texamon 2012). Tabell 3 og tabell 4 viser utviklingen mellom tilbud- og etterspørselssiden av radiografer og leger frem mot 2035.

Tabell 3: Arbeidstilbudet fra ulike grupper helse- og sosialpersonell beregnet i normalårsverk. Fremskrevet til 2035 og Vekst i prosent i perioden 2010-2035 (Statistisk sentralbyrå 2012)

Gruppe	2010 (antall årsverk)	Referansebane i prosent
Radiografer	2732	87,7
Leger	22 660	44,9

Tabell 4: Etterspørsel etter ulike grupper helse- og sosialpersonell beregnet i antall normalårsverk. Vekst i prosent i perioden 2010-2035 (Statistisk sentralbyrå 2012)

Gruppe	2010 (antall årsverk)	Referansebane i prosent
--------	-----------------------	-------------------------

Radiografer	2732	52,0
Leger	22 660	50,7

Det er ingen spesifikk inndeling mellom de ulike spesialiseringene innenfor medisinen i denne rapporten. Leger er inndelt i en gruppe. Kombinasjonen av at mange radiografer er under 35 år i dag og høy studiekapasitet, vil føre til høy tilbudsvekst av radiografer (88 prosent) i framskrivingsperioden. Til sammenligning er det forventet at etterspørselen vil være 52 prosent i samme periode. Dette tilsier at dersom anslaget i denne rapporten medfører riktighet, vil det føre til et overskudd på 973 årsverk i 2035. Til sammenligning er tilbudsveksten 45 prosent og etterspørselsveksten 51 prosent for leger. Dette tilsier at det blir en liten underdekning av leger i 2035 (Roksvaag og Texamon 2012).

## 2.5 Behov for bildediagnostikk

For å kartlegge behovet for bildediagnostikk, har jeg undersøkt nasjonale tall utgitt av Statens strålevern i rapporten: «Radiologiske undersøkelser i Norge per 2008». Jeg har prøvd å komme i kontakt med Statens strålevern for å hente ut tall etter 2008, men har ikke lyktes med det. For å se på trender for behov nasjonalt fremover, har jeg hentet informasjon fra rapporter utgitt av myndighetene, samt brukt rapporten «Glidende overgang - flaskehals og oppgavedeling i bildediagnostikk» utarbeidet av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) på oppdrag fra NRF.

Statens strålevern utga i 2010 rapporten «Radiologiske undersøkelser i Norge per 2008». De utførte en kartlegging av norsk radiologi som omfatter omfanget av radiologiske undersøkelser. Rapporten sammenligner med tilsvarende tall fra 2002, noe som gjør det mulig å se på trender over en kort tidsperiode. Resultatene blir også sett i sammenheng med internasjonale data (Statens strålevern 2010). Tabellene under viser tallene fra hhv. 2002 og 2008.

Tabell 5: Antall radiologiske undersøkelser i 2008 (Statens strålevern 2010)

Modalitet	Undersøkelser totalt	Undersøkelser per 1000 innbygger
Røntgen	2 253 262	476

CT	918 361	194
Ultralyd	498 078	105
MR	592 832	126
Totalt	4 265 533	900

Tabell 6: Antall radiologiske undersøkelser i 2002 (Statens strålevern 2010)

Modalitet	Undersøkelser totalt	Undersøkelser per 1000 innbygger
Røntgen		641
CT		105
Ultralyd		108
MR		61
Totalt	4 142 474	915

Antall radiologiske undersøkelser per innbygger ligger ganske konstant på rundt 900 per 1000 i perioden. Når man bryter ned tallene til å gjelde de ulike modalitetene ser man en større endring. Vi har en vridning mot mer kompliserte radiologiske undersøkelser. CT og MR har en kraftig økning, og har nærmest fordoblet seg i perioden, mens røntgen har en nedadgående kurve. Ultralyd er uendret. I 2008 utgjør konvensjonelle røntgenundersøkelser drøyt 50 % av undersøkelsene, mens MR og CT utgjør 35 % mot 18 % i 2002. (Statens strålevern 2010).

### 2.5.1 Trender i Norge og internasjonalt

Tabell 7 viser at det har vært en jevn økning i radiologiske undersøkelser fra 1983 og fram til 2002, men etter det ser det ut til at bruken flater ut (Statens strålevern 2010).

Tabell 7: Antall radiologiske undersøkelser per 1000 innbygger i Norge (Statens strålevern 2010)

Årstall	Undersøkelser per 1000 innbyggere
1983	641

1993	788
2002	915
2008	900

At tallene flater ut etter årtusenskiftet kan ha flere årsaker. Rapporten «Analyse av samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester» fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), påpeker at utflatingen dels kan skyldes økonomiske forhold. Nærmere bestemt skriver de at det har vært høy aktivitet til og med 2007, men at aktiviteten faller etter dette. I rapporten hevdes det at endringer i finansiering (takster for røntgenundersøkelser) har dempet aktiviteten innfor radiologi (HELFO 2010).

Sammenligner vi tallene i Norge med de i andre europeiske land som er inkludert i rapporten, ligger antall undersøkelser per 1000 innbygger i nærheten av gjennomsnittet i Europa. Ser vi på dosen per innbygger i Norge, så ligger den på 1.1 mSv, til sammenligning er tallet over 3 mSv i USA. Dette tallet kan ikke knyttes direkte opp mot antall undersøkelser, men dosen tyder på at det gjennomføres et større antall undersøkelser per innbygger i USA, enn gjennomsnittet i Norge og Europa (Statens strålevern 2010).

## 2.5.2 Generelle betraktninger om behov

Bilddiagnostikk blir av mange betraktet som en flaskehals i utredning og behandling av pasienter (Helsedirektoratet 2013a/b/c). I tiden fremover kan det på grunn av rask teknologisk utvikling, en befolknings sammensetning med økt andel eldre, flere kronikertilbud, endret struktur innen helsevesenet og økt omfang av screening i befolkningen bli et økt behov for bilddiagnostikk. Politiske og kulturelle endringer kan også være drivkrefter i den retningen.

## 2.5.3 Teknologisk utvikling

I NIFU rapporten gjennomgår forfatterne ulike forhold som kan bidra til flaskehalser innen bilddiagnostikk. Teknologisk utviklinger ett slikt område (Lekve et al. 2013). Nærmere bestemt sier de at:

- Økt informasjon i bildene, spesielt innenfor MR og CT fører til økt detaljrikdom, noe som medfører at det kan ta lengre tid å beskrive bildene.

- Antall bilder per undersøkelse/pasient øker.
- Undersøkelser er generelt lettere å produsere, og mer komplisert å beskrive. Forbedret teknologi har gjort bildekvaliteten vesentlig bedre, og teknologisk utvikling har gjort det lettere å produsere både flere og bedre bilder. Denne utviklingen har gjort det mulig å se mye mer, og alt som kan ha betydning for diagnosen og for behandlingen må beskrives.

Generelt ser man en økning innenfor mer ressurskrevende modaliteter. Dette fører til en dreining mot MR og CT fra enklere undersøkelser som konvensjonell røntgen. Dette bekreftes av tallene publisert av Statens strålevern (2010).

En annen trend rapporten beskriver, er at behandlingen beveger deg fra kirurgi til mindre invasive behandlingsmetoder. Dette påvirker radiologien på flere måter. Reduksjon i behandlingstid fører til økt press gjennom at flere pasienter kan behandles, og at pasientene må utredes og behandles raskere. Bevegelse bort fra kirurgi kan føre til en dreining mot at radiologer gjennomfører mer invasive prosedyrer som er kompliserende innenfor radiologien, men fører til mindre kompliserte løp for pasientene og sykehusene (Lekve et al. 2013).

#### **2.5.4 Politiske og kulturelle endringer**

Politiske og kulturelle endringer kan også føre til økt press på radiologien. Det er generelt sett en tendens til vitenskapeliggjøring innen medisinen. Det stilles blant annet økte krav til dokumentasjon og evidensbasert behandling. Bildediagnostikk fremstår som en veldig solid dokumentasjon, og det kan lett føre til flere henvisninger. Etterspørselen etter bildediagnostikk påvirkes også av økt krav om etterprøvbare kunnskaper. Tidligere var diagnosestilling i større grad påvirket av legenes autonomi og skjønn. I dag er det krav om at aktuelle funn skal kunne etterprøves (Lekve et al. 2013).

En dreining mot mer dag- og polikliniskbehandling kan også føre til økt behov for bildediagnostikk, og økte krav om raske beskrivelser (Lekve et al. 2013).

Onkologene har påpekt at mange kreftpasienter må vente flere måneder på radiologisvar, og risikerer å få feil behandling på grunn av dette. I et brev til fylkesmannen varslet de om en stadig reduksjon i tilbudet. De skriver at kreftpasienter har stort behov for radiologiske

undersøkelser, både for å utelukke spredning av kreft og for å vurdere effekt av behandling. Kreftpasienter opplever ofte at de ikke får radiologiske undersøkelser til ønsket tid. Konsekvensen av dette er ineffektiv behandling i en forlenget periode. Regionalt fagråd for kreft, ledet av Kjell Magne Tveit, konkluderte med det samme (Helsedirektoratet 2013b).

Den nye regjeringen utgått fra høyre og FrP, har satt seg som mål å innføre en 48 timers regel. Fra henvisning ved mistanke om kreft til diagnosestart, skal det ikke gå mer enn 48 timer. Økning i bildediagnostikk vil kunne bli en faktor for å realisere en slik ambisjon (Lekve et al. 2013).

I fagrapporten «Status, utviklingstrekk og utfordringer på kreftområdet», som er Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017, blir et godt utbygd tilbud for bildediagnostikk beskrevet som en forutsetning for presis og effektiv kreftbehandling. Det understrekes videre at bildediagnostikk er en av flaskehalsene i diagnostikk, utredning og kontroll av kreftpasienter. Dette gjelder spesielt CT, MR og PET. Dette skyldes dels at mer effektive behandlingsregimer har ført til behov for mer bildediagnostikk (Helsedirektoratet 2013c).

Når det gjelder etterspørsel av undersøkelser, er det mangel på radiologer og nukleærmedisinere innen kreftdiagnostikk, spesielt på små sykehus, men også ved flere av universitetssykehusene (Helsedirektoratet 2013c).

Siden de multidisiplinære teamene er avhengige av å ha radiologer og nukleærmedisinere, må tiltak for å utdanne flere spesialister igangsettes raskt. PET-skanning krever samarbeid i team bestående av nukleærmedisinere, radiologer, fysikere, kjemikere, farmasøyer, radiografer og bioingeniører, og det kan være en utfordring å rekruttere nok personell med riktig kompetanse. Det er et mål at hver helseregion skal ha et PET-senter, med integrert legemiddelfabrikk for produksjon av nødvendig materiale til undersøkelser (Helsedirektoratet 2013c).

Bildediagnostikk har tradisjonelt vært et forskningssvakt område i Norge, både innen radiologi og nukleærmedisin. Utviklingen av nye og mer presise metoder har økt nytteverdien av bildediagnostikk i oppdagelse og evaluering av kreft. Bildediagnostikk er nå et sentralt

hjelpemiddel i alle aspekter av kreftbehandlingen. Med den raske teknologiske utvikling i bildediagnostikk er behovet forskning og evaluering stort (Helsedirektoratet 2013c).

Innenfor bildediagnostikken har den teknologiske utviklingen ført til økt bruk. Utviklingen har blant annet ført til at nye pasientgrupper og diagnostiske problemstillinger kan utredes ved hjelp av bildediagnostikk. Også kravet om evidens-basert praksis, samt etterprøvbarehet når diagnoser skal stilles, har ført til økt bruk. Dette i kombinasjon med at utviklingen innenfor bildediagnostikken har gått i retning av mer komplekse og tidkrevende oppgaver for radiologene, har ført til flaskehalser der radiologer har blitt en knapphetsressurs. Dersom vi også ser dette i kombinasjon med at forskning etterspørres og behovet for radiologer i multidisiplinære team, vil dette kunne føre til ytterligere knapphet.

NIFU-rapporten beskriver tre mulige løsninger for å fjerne flaskehalser. Disse tre løsningene har blitt prøvd ut med varierende suksess både internasjonalt og nasjonalt (Lekve et al. 2013).

- Overføre arbeidsoppgaver fra radiologene til radiografene
- Begrense unødig bruk av bildediagnostiske tjenester
- Utdanne flere radiologer

Hovedkonklusjonen i NIFU-rapporten er at flaskehalsene i bildediagnostikken vanskelig lar seg løse uten at radiografene overtar enkelte av radiologenes oppgaver. (Lekve et al. 2013).

## 3 Ledelse

I kapitlet om ledelse presenteres ulike årsaker til at ledelse i helsevesenet kan være utfordrende. Endringsledelse presenteres som er nyttige tips til hvordan slike endringsprosesser kan håndteres fra et lederperspektiv. I tillegg beskrives hvilke krav som stilles til leder fra myndighetene.

I «Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015» står det at det å være leder i helsevesenet anses som en utfordrende oppgave. Dette gjelder ikke minst i sykehusene, som er komplekse kunnskapsorganisasjoner med mye høyspesialisert helsepersonell. Innen spesialisthelsetjenesten har det vært jobbet systematisk med ledelses- og organisasjonsutvikling siden sykehusreformen i 2002 (Helse og omsorgsdepartementet 2011).

### 3.1 Det Profesjonelle byråkratiet

Sykehus er et godt eksempel på hva forfatterne Jacobsen og Thorsvik kaller det profesjonelle byråkratiet i boken «Hvordan organisasjoner fungerer» (Jacobsen og Thorsvik 2011). Dette kjennetegnes ved profesjonalisering, og at de ansatte i den operative delen har stor beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Det profesjonelle byråkratiet kjennetegnes ved at de faglige spørsmålene er delegert til de ansatte, og at de selv kan vurdere hvordan oppgavene skal løses. Strukturen er sterkt spesialisert, og i sykehus har en for eksempel radiologiske avdelinger som er inndelt ut fra spesialiseringen i medisinen. Forfatterne skriver at fordelene ved et slik organisering er at delegering og beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid, og i tillegg kan det føre til raskere problemløsning og saksbehandling. Mulige ulemper er at det lett kan oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, noe som kan føre til dårlig samarbeidsklima og styringsproblemer (Jacobsen og Thorsvik 2011:90-91):

*Dessuten kan den vekt man i profesjonelle byråkratier legger på formalisert kompetanse gjennom utdanning, hindre utnyttelse av de ansattes realkompetanse. Et eksempel på dette er striden mellom hjelpepleiere, sykepleiere og leger med hensyn til grensen mellom profesjonens ansvar og arbeidsområde (Jacobsen og Thorsvik 2011:91)*

En annen ulempe er at det kan være vanskelig å drive økonomistyring. De ansatte vil ofte sette faglige standarder foran økonomiske begrensninger. Dette kan føre til at denne type organisasjon vil ha problemer med å styre sine kostnader (Jacobsen og Thorsvik 2011:90-91).

## 3.2 Endringsledelse

Når ledere velger å gjennomføre oppgavedeling i bildediagnostikken, kan det være nyttig å ha kompetanse innen endringsledelse. Yukl spiller en sentral rolle innen endringsledelse. Han bygger sitt arbeid på egen forskning, samt arbeidet til blant annet John Kotter som er vel ansett innen endringsledelse. Yukl har utarbeidet en veiledning for hvordan ledere kan lykkes i endringsprosesser. Forfatteren deler dette opp i politiske/organisasjonsorienterte handlinger og personorienterte handlinger (Yukl 2010).

### **Politiske/organisasjonsorienterte handlinger:**

Hvordan kan man så på best mulig måte takle politiske og strukturelle oppgaver i forbindelse med omstilling i en organisasjon? Anbefalingene fra Yukl er at dette kan gjøres ved å:

- Finne ut hvem som vil motsette seg endringsprosessen, og hvem som vil lede den

Før endringsprosesser iverksettes vil det være nyttig å identifisere støttespillere og motstandere. Det er viktig for ledere å vite hvem det er nødvendig å ha støtte fra.

- Opparbeide en koalisjon med bred støtte for endringene

For å lykkes med endring krever det støtte og felles anstrengelse fra personer som har makt til å lette gjennomføringen.

- Plasser kompetente endringsorienterte personer i nøkkelstillinger

Dette kalles endringsagenter, og det er viktig at de støtte endringene både i ord og handling. Dersom personer i ledende stillinger ikke støtter endringene, kan dette føre til at det tas i bruk taktiske og politiske virkemidler for å hindre endringen.

- La arbeidsgrupper lede omstillingen

Arbeidsgrupper fra ulike nivå i organisasjonen kan sikre forankring og medvirkning.

- Gjennomføre dramatiske, symbolske endringer som påvirker arbeidet

Dette viser at endringen er nødvendig og reell.

- Registrer og kontroller endringsprosessens utvikling

Registrering og kontroll er viktig for å kunne gi tilbakemelding på effektene av endringen.

### **Personorienterte handlinger:**

Ledere har en viktig oppgave med å motivere, støtte og lede ansatte. Selv personer som støtter endringene trenger støtte og hjelp for å opprettholde entusiasmen og optimismen underveis:

- Skap en forestilling om at det haster med å gjennomføre endringene

Forklare hvorfor endringene er nødvendige, og skap en forestilling om at det haster.

- Forbered ansatte på å tilpasse seg endringene

I en prosess med oppgavedeling kan det være motstand. En tilnæringsmåte er å presentere en realistisk oversikt over typiske utfordringer og problemer de kan forvente, og de trenger støtte og hjelp underveis.

- Hjelp folk med å mestre problemene under omstillingen

Ansatte kan føle smerte ved tap av kjente ting de er nært knyttet til grunnet endringen. Det er viktig å fokusere på positive effekter av endringer og ikke hva de eventuelt mister.

- Skap mulighet for tidlig suksess

Tillit hos ansatte kan økes ved å sørge for at de opplever positive endringer i en tidlig fase av et prosjekt eller endring. Noen skeptikere vil først snu når de ser klare bevis på framgang.

- Hold ansatte informert om fremskritt i endringsprosessen

Dersom endringene utvikler seg i positiv retning vil ansatte være mer entusiastiske og optimistiske. Informer ansatte om effekter underveis, og dersom det oppstår hindringer må disse løses og forklares for de ansatte.

- Gi uttrykk for en forpliktende innstilling til endringene

Ledere med ansvar må under hele prosessen skape oppmerksomhet og tilslutning, og vise forpliktende engasjement. Ledere må investere tid, innsats og ressurser på å løse problemer og overstige hindringer. Leder bør delta i endringsrelaterte møte for å vise sin støtte.

- Sette ansatte i stand til å gjennomføre endringer

Kompetente personer i nøkkelstillinger bør tildeles fullmakter. Å gi ansatte fullmakter medfører reduksjon av byråkrati og muligheten til å gi de ressursene som trengs for å lykkes.

Det er nyttig å være kjent med innholdet i veileder for hvordan lykkes med endring. Dette handler blant annet om å følge opp og legge til rette. Fokus på rådene i Yukls fremstilling vil kunne sike medbestemmelse, åpenhet og forankring i prosessen.

### **3.3 Ledelse i sykehuset**

De nasjonale kravene til lederatferd er retningsgivende for ledere i spesialisthelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet 2011). Utvikling av ledelse i helsevesenet har vært og er, et av hovedsatsningsområdene for å utvikle norsk helsepolitikk i ønsket retning. Vi finner dette igjen i alle nivå fra helseministerens uttalelser og føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet til strategiplaner/handlingsplaner på alle nivå i de regionale helseforetakene og til lokale helseforetak. Ledere på de ulike nivåene har en lederkontrakt der kravene gjenspeiles.

De nasjonale kravene til lederatferd er nærmere bestemt at det skal være: Helhetstenkende, ansvarlig, endringsvillig, handlekraftig, kommuniserende og inspirerende (Helse og omsorgsdepartementet 2011).

#### **3.3.1 Rundskriv 1.2/2013 Lederansvar i sykehus**

Rundskriv fra det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet nr.1-2/2013 beskriver lederansvaret i sykehus nærmere. Hensikten med rundskrivet er å tydeliggjøre ansvaret ledere på alle nivåer har for den helsefaglige virksomheten i sykehuset. Dette omhandler blant annet arbeidsgivers styringsrett:

*”Arbeidsgiver har styringsrett som gir vedkommende rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet.”* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013)

### **3.4 Ledelse i fremtidens helsevesen**

I rapporten «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030» beskriver Helsedirektoratet behovet for ledelse i fremtiden. Der fremheves det at kravet om god ledelse i helsesektoren blir enda viktigere i årene som kommer. Å høyne kompetansen i ledelse og organisasjonsutvikling blir avgjørende for å få til både nødvendige omstillinger og gode pasientforløp, samt hensiktsmessig utnyttelse av kompetanse og ressurser for øvrig. Dette vil ifølge direktoratet kreve stor grad av helhetstenkning, samhandlingskompetanse og svært godt utviklet systemforståelse. Ledelse på alle nivåer må legge større vekt på å utvikle en kultur for samarbeid på tvers av profesjonene for å sikre gode pasientforløp og for effektiv utnyttelse av helsepersonellens kompetanse (Helsedirektoratet 2012).

## 4 Profesjon

Andrew Abbott er ansett som en viktig bidragsyter når det gjelder å forstå hvordan ulike profesjoner har utviklet seg over tid, og hvordan de forholder seg til hverandre. Jeg har valgt å bruke boken til Abbott «The System of Professions» i teorigrunnlaget i denne masteroppgaven (Abbott 1988). Abbott har vært mer systemorientert i sin framstilling av profesjonene sammenlignet med andre profesjons sosiologer. I tillegg har jeg brukt Everett C. Hughes og hans teorier i forståelsen for hvordan profesjonsrollene endres over tid (Hughes 1951).

Resultatene fra kartleggingen til Helsedirektoratet viser at profesjonskamp er en medvirkende årsak til at oppgavedeling ikke lykkes i større grad. Konflikter mellom enkelte personellgrupper har foregått over lang tid. Større grad av oppgavedeling mellom yrkesgrupper har vært kontroversielt, og motstand har vært sterkest hos profesjonsforeninger og fagpersoner i maktposisjoner. Dette kan være til hinder for gjennomføring. Et argument mot at leger skal gi fra seg oppgaver til andre helsepersonellgrupper, er at dette er til hinder for spesialutdanning av leger (Helsedirektoratet 2013a).

Teoriene til Abbott og Hughes kan hjelpe oss å forstå årsakene til denne typen kamp mellom profesjoner, og av den grunn har jeg valgt å bruke deres teorier i dette masterprosjektet.

### 4.1 Hva er en profesjon?

I innledningen til boken gir Abbott en gjennomgang av den historiske utviklingen i litteraturen om profesjoner og deres utvikling. Alle forskere har vært enige om at en profesjon er en yrkesgruppe med en eller annen spesiell kompetanse (Abbott 1988:7). Abbott kritiserer den tradisjonelle litteraturen for at den har valgt å studere profesjonene isolert i stedet for å se ulike profesjoner i sammenheng. Det har blitt framsatt modeller for hvordan profesjonene har utviklet seg gjennom en trinnvis prosess. Dette kalles profesjonalisering. Viktige trinn i en slik prosess er nasjonale foreninger, beskyttede titler, universitets- eller høyskoleutdanninger, profesjonstidsskrifter, og utvikling av etiske regler for fagutøvelse. Teoriene har fokusert på hva profesjonene er organisert til å gjøre, framfor å se på hva de gjør i praksis.

Abbott mener at denne utviklingen innenfor teorien om profesjonsutvikling ikke stemmer overens med empirien, og har i stedet bygd opp en modell der profesjonenes arbeidsoppgaver og kontroll over dem står i sentrum. Han mener profesjoner utvikler seg avhengig av hverandre, og profesjonenes egenart endres og defineres i møtet med, og i konkurransen med, andre profesjoner gjennom kontroll over arbeidsoppgaver. Abbott har ut fra dette fanget opp et videre perspektiv på hvordan profesjoner utvikles og endres. Han er forsiktig med å definere hva en profesjon er, men har en løs definisjon i boken:

*“Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases.” (Abbott 1988:8)*

For å presisere definisjonen kan man si at profesjonen kjennetegnes ved at den enten kontrollerer en teknikk for å utføre et arbeid (håndverk), eller har kontroll over et abstrakt kunnskapssystem som genererer den praktiske yrkesteknikken. Selve yrkesteknikken kan være delegert til andre yrkesutøvere. Høy grad av abstraksjon i kunnskapssystemet er det som klarest identifiserer en profesjon (Abbott 1988).

## **4.2 Jurisdiksjon**

Den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Det er her Abbott bruker begrepet jurisdiksjon om en profesjons kontroll over et yrkesområde og arbeidsoppgaver. Jurisdiksjon er ofte eksklusiv, og stenger ofte andre grupper ute fra arbeidsfeltet som tilhører profesjonen (Abbott 1988:59). Jurisdiksjon kan sies å være selve grunnlaget for eksistensen for de ulike profesjonene. Profesjonene fungerer ikke isolert, men inngår i et større system som er gjensidige avhengig av hverandre. Abbott skriver at profesjoner utvikles som et resultat av konkurranse og kamp om jurisdiksjon (Abbott 1988:59).

## **4.3 Gjøre krav på jurisdiksjon**

Profesjonene gjør krav på jurisdiksjon gjennom å ”spørre” samfunnet om å godkjenne deres eksklusive rett til å utføre arbeidsoppgaver innenfor et arbeidsfelt. Kravet om jurisdiksjon over arbeidsområder foregår på ulike arenaer (Abbott 1988:59):

- Det offentlige rom

- I statsadministrasjon eller lovverket
- På arbeidsplassen

Profesjoner som har beskyttelse gjennom lovverket, har den klareste jurisdiksjonen. Eksempler på dette er autorisasjons- og lisensieringsordninger og beskyttede titler. I det offentlige rom har massemedia bidratt som en viktig arena for å bygge opp bilde av profesjonene og deres jurisdiksjon. Eksempler på dette er TV-serier og filmer hvor det fremstilles ulike arketyper av profesjonsutøvere. Andre sterke opinionsdannere kan være spørrespalter i aviser, ukeblader og på internett, der leger svarer på spørsmål fra leserne. I media er det ofte tydelige skiller mellom profesjonene, og den vertikale differensieringen som eksisterer innenfor profesjonene fremstilles sjeldnere. Med vertikal differensiering menes det ulik lengde på utdanning og ulik status innen profesjonene. Et eksempel på dette er at leger fremstilles som en homogen gruppe, samt at det er et tydelig skille mellom leger og andre yrkesgrupper i helsevesenet. Synet på de ulike profesjonene i samfunnet er forholdsvis stabilt (Abbott 1988:60-62).

## 4.4 Arbeidsplassen

Abbott skriver at krav om jurisdiksjon på arbeidsplassen er mindre studert, og presiserer at virkeligheten ikke alltid er lik på de ulike arenaene:

*”Clams made in the workplace blur and distort the official lines of legally and publicly established jurisdictions; an important problem for any profession is the reconciliation of its public and its workplace position.”* (Abbott 1988:60)

På arbeidsplassen er kravet om jurisdiksjon forbundet med å kontrollere ulike arbeidsoppgaver. Det er ofte nok oppgaver som skal løses, så spørsmålet er hvem som kan kontrollere og overvåke de ulike oppgavene, eller eventuelt hvem som er kvalifisert til å utføre oppgavene (Abbott 1988: 64).

Innenfor organisasjoner som sykehus, vil ofte de organisatoriske forholdene og organisasjonens behov påvirke arbeidsdelingen mellom de ulike profesjonene. De ulike profesjonene må utføre mange ekstraoppgaver som de tradisjonelt ikke læres opp til, og de må gi fra seg mange oppgaver som de ut fra sin utdanning er kvalifisert til å gjøre. De ansatte kan ha formaliserte jobbeskrivelser som tar hensyn til profesjongrenser, men disse stemmer ikke alltid overens med virkeligheten. Fordelingen av arbeidsoppgaver innenfor

organisasjoner er stadig i endring. Nye yrkesgrupper og ufaglærte kommer til, og dette kan føre til at profesjoner må gi fra seg oppgaver de tidligere utførte. Når nye yrkesgrupper introduseres, vil arbeidsfordelingen mellom de ulike gruppene reforhandles, og resultatet kan føre til at grensene mellom profesjonenes jurisdiksjon endres ut fra organisasjonens behov. Dette er en av hovedårsakene til at arbeidsplassen er en viktig arena når man skal se på kompleksiteten innenfor "de enkelte" profesjonene. Et eksempel på dette er at de ulike arbeidsplassene påvirker mangfoldet innenfor de ulike profesjonene, og viser at profesjonene ikke er homogene grupper, slik de fremstilles i media. Dersom en profesjon ikke er kvalifisert til å gjøre en oppgave, vil andre ta over, eller dersom det er for mye arbeid for en profesjon, vil andre grupper ta over oppgavene. Profesjonsgrenser har en tendens til å viskes ut på arbeidsplassen, og spesielt der det er stort arbeidspress. Grensene mellom de forskjellige profesjonenes jurisdiksjon vil etter hvert bli utydelige, og man får en kompetanseoverføring mellom profesjonsutøvere, noe Abbott kaller arbeidsplassassimilering. Andre profesjonsgrupper eller ufaglærte vil da utføre en håndverksvariant som bygger på det abstrakte kunnskapssystem til profesjonen oppgavene opprinnelig tilhørte (Abbott 1988:67). Abbott skriver at arbeidsdelingen på arbeidsplasser i stor grad er preget av de individuelle ferdighetene til ansatte, ikke nødvendigvis ferdigheter til profesjonen som skal utføre oppgavene:

*"certain individuals in closely related professions end up knowing far more about a profession's actual work than do a fair number of its own practitioners."* (Abbott 1988:66)

Virkeligheten på arbeidsplassen gjenspeiler sjeldent i eksplisitte formelle krav gjennom lovverket eller det offentlige bildet av profesjonene. I etableringen av nye organisasjoner vil det offentlige synet på profesjoner gjenspeiles i arbeidsdelingen og rekrutteringen, men dette vil sjeldent vedvare over tid. Det er bare eliteorganisasjonene som til en viss grad greier å beholde arbeidsdelingen mellom ulike profesjoner. Profesjonene som har gjort krav på jurisdiksjon i det offentlige, vil forsøke å opprettholde bildet av at forskjellene også gjelder ved arbeidsplassene. Overordnede profesjoner vil argumentere med klare profesjonsgrenser ovenfor de underordnede, mens de underordnede vil fokusere på assimileringen som foregår på arbeidsplassene. De dominerende profesjonene vil argumentere for at underordnede ikke innehar adekvat teoretisk kunnskap for å kunne løse oppgavene de overordnede har jurisdiksjon over. Dette er Abbott kritisk til, og skriver:

*"This is often a fiction, since the theoretical education in the dominant profession is often irrelevant to practice."* (Abbott 1988:68)

Han skriver at det meste av kompetansebyggingen foregår på arbeidssstedet, og ikke gjennom teorien opparbeidet gjennom utdanningen. De dominante profesjonene ser ut til å lykkes med å skjule kompetanseoverføringene som foregår ved arbeidsplassen, og innenfor medisinen jobber legene aktivt for å opprettholde dette offentlige bildet av skarpe skiller ovenfor underordnede profesjoner:

*"The public fiction survives that only doctors can do certain kinds of things, when nurses and others are in fact doing them all over the professional world."* (Abbott 1988:68)

## **4.5 Overenskomst om jurisdiksjon**

Overenskomst ("settlements") er en betegnelse Abbott bruker for å beskrive ordninger og avtaler som avgrensar profesjonens ansvar og arbeidsområder (Abbott 1988:69). Dette kan vi se på som en arbeidsdeling mellom ulike yrkesgrupper innenfor en organisasjon, for eksempel internt ved et sykehus. Dette handler ofte om rangordninger og maktforhold mellom de ulike yrkesgruppene. Abbott beskriver ulike måter for hvordan denne arbeidsdelingen kan gjennomføres, og derav gjøre krav på jurisdiksjonen over de ulike arbeidsoppgavene (Abbott 1988:69).

Alle profesjoner ønsker primært fullstendig og eksklusiv jurisdiksjonell kontroll, men det er få som oppnår det (Abbott 1988:71). Dette medfører at profesjonsgrensene til stadighet utfordres, og fører til andre løsninger på arbeidsfordeling. Abbott beskriver seks forskjellige måter å løse disputer om jurisdiksjon over arbeidsoppgaver på:

Full kontroll over jurisdiksjon, underordning, arbeidsdeling, intellektuell jurisdiksjon, rådgivning og klientdifferensiering. De ulike formene for overenskomst over jurisdiksjon er stadig i endring, er ofte midlertidige og glir over i hverandre (Abbott 1988). Jeg presenterer full kontroll og underordning i denne oppgaven, da de er aktuelle innenfor radiologien.

## **4.6 Full kontroll over jurisdiksjon**

Det å gjøre krav på full jurisdiksjon er en av flere måter å fordele arbeidsoppgaver på etter disputer om jurisdiksjon. Det å kreve full jurisdiksjon skjer ofte i det offentlige rom, før det

kreves beskyttelse i lovverket. Spørsmålet om full kontroll over jurisdiksjon baseres på styrken til det abstrakte kunnskapssystemet til profesjonene, og en vil ut fra dette gjøre krav på de ulike arbeidsoppgavene (Abbott 1988:70).

Full kontroll er generelt sett målet for alle typer overenskomst om jurisdiksjon. Profesjonene ønsker fullstendig kontroll over arbeidsoppgavene med beskyttelse i lovverket. Kontrollen bør legitimeres ut fra kulturen og autoriteten til profesjonens kunnskapsbase. Profesjonene ønsker å kontrollere og definere arbeidsoppgavene, samt hvordan oppgavene fordeles innenfor arbeidsfeltet. De ønsker å forme og definere det offentlige synet på hvordan oppgavene skal løses. Profesjonene ønsker ikke bare definisjonsmakten over jurisdiksjonen, men vil også forsvare den ved angrep og prøve å utvide jurisdiksjonen (Abbott 1988:71).

## **4.7 Underordning**

Et klassisk eksempel på underordning er innenfor medisin, der sykepleiere er underordnet legene (Abbott 1988:71). Radiografer er en annen helseprofesjon som er underordnet legene. Underordning er definert i offentligheten, og støttes i lovverket. Profesjonene trenger autorisasjon på lik linje med legene for å utøve sine respektive fag, og er dermed beskyttet i lovverket. Det offentlige synet på sykepleiere som underordnet legene er godt kjent.

Et vanlig trekk ved underordning er at den dominerende profesjonen beholder retten til den teoretiske- og akademiske modellen, mens de underordnede bruker deler av denne for å utføre arbeidet på vegne av de overordnede. Underordning kommer ofte fra arbeidsplassassimilering, som betyr at oppgavene overføres gjennom kompetanseoverføring fra den profesjonsgruppen som har kontroll over kunnskapssystemet (Abbott 1988:65). Abbott skriver at det er en stor fordel for profesjonen med full jurisdiksjon at underordnede grupper oppstår, men på samme tid ligger det farer i dette for den overordnede profesjonen. Det at legene har underordnede profesjonsgrupper gir dem mulig å delegerer rutineoppgaver (Abbott 1988:72). Slik underordningen har fungert i Norge, så ser vi at det juridisk og det offentlige bildet av profesjonene er avklart og kjent. Faren ligger i at selv om dette er kjent i offentligheten, er ikke nødvendigvis arbeidsdelingen og dynamikken på arbeidsplassene like tydelig. De underordnede gruppene utfører ofte arbeidsoppgaver selvstendig uten direkte kontroll av de overordnede. Dette kan bidra til at profesjongrensene blir mer uklare på arbeidsplassene, og dette kommer tydelig fram ved sykehusene i dag. Arbeidsoppgaver som

tidligere har vært dominert av legene, har andre yrkesgrupper startet å ta over, eller har tatt over uten at legene har full kontroll.

En annen fare ved dette systemet er den overordnede gruppen blir fullstendig avhengig av de underordnede, og vil med tiden ikke være i stand til å utføre deler av oppgavene uten medvirkning fra de underordnede, noe som kan rukke ved maktbalansen. En annen arbeidsdeling på arbeidsplassene vil ifølge Abbott gjøre systemet i seg selv ustabilt, og gir muligheter for angrep på jurisdiksjonen til legene (Abbott 1988:66). Derfor er det viktig for den overordnede profesjonen å aktivt vedlikeholde synet på arbeidsdelingen ovenfor opinionen og myndighetene, noe legene i stor grad har lyktes med (Abbott 1988: 72-73).

## **4.8 Profesjonenes arbeid**

Profesjonenes oppgave er å tilby eksperttjenester for å behandle eller løse menneskelige problemer (Abbott 1988:35). Den eller de som trenger tjenester kalles klienter. Oppgaver som settes bort til eksperter er kulturelt betinget, og endres over tid. Noen oppgaver faller bort og ny kommer til.

I Abbotts modell er handlingene til profesjonene delt inn i tre trinn: Gjøre krav på å klassifisere et problem, resonere og reflektere rundt et problem og løse problemet. Abbott kaller dette: diagnose, inferens og behandling. De kommer nødvendigvis ikke i denne rekkefølgen, og som eksempel bruker han leger som behandler for å komme fram til en diagnose (Abbott 1988:40).

## **4.9 Akademisk kunnskap**

I de fleste profesjoner er det praktiske arbeidet knyttet til et formelt kunnskapssystem. Det er dette kunnskapssystemet som benyttes ved interferens. Abbott sier at det kan være stor forskjell mellom den akademiske kunnskapen og den praktiske yrkesutførelsen.

Det formelle kunnskapssystemet består av systemer for klassifikasjon og inferens, som skiller seg fra klassifikasjonssystemet som benyttes ved diagnose og behandling. Akademisk kunnskap er logisk konsistent og gjennomført rasjonell. Det akademiske kunnskapssystemet er så idealisert og abstrakt, at det ikke egner seg direkte til praktisk bruk. Akademisk profesjonell kunnskap er derfor mer symbolsk enn praktisk, og er med på å legitimere det praktiske arbeidet gjennom å knytte det til kulturelle verdier.

Det akademiske kunnskapssystemet har tre hovedformål (Abbott 1988:56):

1. Legitimering: Benyttes til å legitimere profesjonens arbeid gjennom å knytte det til kulturelle verdier, slik som for eksempel vitenskap og rasjonalitet.
2. Forskning: Utvider profesjonens kunnskapssystem gjennom forskning og utvikling av nye diagnose-, behandlings- og interferensmetoder.
3. Opplæring: Opplæring av nye profesjonsutøvere foregår i den akademiske sektoren.

## 4.10 Modellen og dynamikken

Profesjonene utgjør et gjensidig avhengig system, som er preget av konkurranse og disputer om jurisdiksjon. Abbott kaller sin modell for en ledighetsmodell ("vacancy model") (Abbott 1988:88-90). Hver enkelt profesjon har en eksklusiv jurisdiksjon over et felt med arbeidsoppgaver. Endringer skjer når det åpnes opp eller lukkes jurisdiksjoner i systemet. Slike endringer kan sette i gang dominoeffekter, og flere profesjoner kan bli berørt før systemet faller til ro igjen.

Profesjonenes arbeid er alltid knyttet til et kunnskapssystem. De mest robuste profesjonene har et godt utviklet abstrakt kunnskapssystem, og dette er det mest sentrale i en profesjons styrke. Profesjonenes kunnskap blir da deres valuta i forhold til konkurransen om jurisdiksjon (Abbott 1988:102). Det er viktig for en profesjon å finne fram til den optimale graden av abstraksjon. For lite abstraksjon vil kunne føre til at behandling følger automatisk av diagnose og uten interferens. Dette kan gjøre arbeidet for gjennomsiktig, og det kan oppfattes som rutinearbeid. For mye abstraksjon kan gjøre kunnskapssystemet for utydelig, esoterisk og lite spesialisert.

## 4.11 Forstyrrelser og endring

Profesjonssystemet kan til tider virke stabilt, men utfordres kontinuerlig og vil av denne grunn endres over tid. Dette betyr at profesjonssystemet sjeldent er i ro, og forstyrrelser kan komme internt innad i profesjonene eller fra eksterne faktorer. De mest sentrale hendelsene som påvirker systemet, er endringer i teknologi eller organisasjoner. Det kan også være endrede krav eller behov fra samfunnet. Endringer vil foregå i tre trinn (Abbott: 86-111):

1. En forstyrrelse oppstår.
2. Det oppstår en kamp om jurisdiksjon.

3. Endringer blir gjort innenfor profesjonene og dette fører igjen til stabilitet.

## 4.12 Endring av profesjonsroller i helsevesenet

I 1951 skrev Everett C. Hughes artikkelen «Studying the Nurse's Work». Artikkelen beskriver hvordan oppgaver har ulik prestisje og hvordan oppgavene fordeles mellom yrkesgrupper. Artikkelen beskriver også hvordan rollene til profesjonene endres over tid. I artikkelen er det sykepleieryrket som beskrives, men dette er overførbart til andre profesjoner. Sykepleiere har et sett av arbeidsoppgaver, men de ulike arbeidsoppgavene er av varierende interesse og av ulik prestisje. Hughes bruker en prestisjeskala til å forklare dette:

Tabell 8: Hughes prestisjeskala (Huges 1951).

Prestisje	Gammel situasjon	Ny situasjon
Høy	C	A B C
Middels	D	D
Lav	E	E F G

Tidligere utføret sykepleiere arbeidsoppgave C, D og E. E er oppgaver som ikke krever stor grad av ferdigheter, og det Huges kaller ”dirty work” eller rutineoppgaver. Endringer i teknologi eller organisasjonen kan føre til ny arbeidsdeling, og at nye oppgaver tilfaller sykepleierne. Oppgave A og B har høyere prestisje i den nye arbeidssituasjonen. Disse oppgavene kan føre til nye karrieremuligheter og spesialisering innen sykepleieryrket. Den nye arbeidssituasjonen fører også til at sykepleiere får tilført oppgave F og G, som har enda lavere status enn oppgave E. Dette kan igjen føre til at sykepleiere ønsker å kvitte seg med oppgaver av lav prestisje, som kan føre til at nye yrkesgrupper eller andre profesjoner må ta over disse oppgavene. Utviklingen i helsevesenet vil ifølge Huges føre til at oppgavene de ulike gruppene utfører til enhver tid vil være i endring.

# 5 Oppgavedeling

Oppgavedeling blir sett på som en mulig løsning på kapasitetsproblemer og utfordringer innen helsevesenet i fremtiden. Arbeidet utført av Helsedirektoratet på oppdrag fra HOD blir sentral i denne fremstillingen. Arbeidet til NIFU på oppdrag fra NRF er også viktig bidrag. Til slutt vil jeg se på utviklingen nasjonalt og internasjonalt.

## 5.1 Hva er oppgavedeling?

Begrepet oppgavedeling fikk økt fokus da det ble brakt på banen av daværende helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre i 2013. Kjært barn har mange navn, og andre begrep som blir brukt eller brukes synonymt er: oppgavefordeling, oppgaveglidning, jobbglidning, oppgaveoverføring og arbeidsdeling, eller «task shift» og «skill mix» på engelsk. Jonas Gahr Støre brukte begrepet oppgavedeling som en del av ti punkter for bedre sykehusdrift. I denne oppgaven vil jeg i hovedsak bruke ordet oppgavedeling, men ordet jobbglidning vil også bli brukt, da dette begrepet i hovedsak ble brukt i debatten mellom radiografer og radiologer før 2013.

Hva innebærer så begrepet?

*”Oppgavedeling innebærer at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser.” (Støre 2013)*

Direktoratet har gjennom sine rapporter presisert hva de legger i begrepet:

- a. Endret oppgavedeling kan forstås som en formell, permanent overføring av enkelte kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen.
- b. Endret oppgavedeling kan være et verktøy for å effektivisere tjenestetilbudet, fjerne flaskehals og korte ned ventelister. Noen ganger kan enkelte oppgaver bli en «flaskehals» på grunn av at arbeidsoppgaven kun blir utført av en yrkesgruppe. En løsning kan være at personell fra en annen profesjon overtar

enkelte oppgaver, og tilegner seg ny kunnskap gjennom kurs, bedriftsintern opplæring og/eller etterutdanning.

- c. Begrepet oppgavedeling blir også brukt om overføring eller fordeling av ansvar og oppgaver mellom tjenestenivåene, for eksempel mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Videre skriver Helsedirektoratet at oppgavedeling etter deres vurdering, innebærer at det bør være stor grad av fleksibilitet i forhold til å løse oppgavene best mulig lokalt.

Kompetanseheving for yrkesgrupper som gis nye oppgaver følger med ansvaret som blir gitt. Dette er i tråd med regjeringens anmodning om oppmykning av profesjonsgrensene og smartere oppgavedeling (Helsedirektoratet 2013a). Oppgavedeling er i samsvar med Hughes teori om at oppgaver endres i oppgavehierarkiet, der oppgaver kan føre til spesialisering eller overføres til andre profesjoner. Myndighetene endrer premissene, slik at jurisdiksjonen endres over arbeidsoppgavene jf. Abbott.

## **5.2 Ulike typer oppgavedeling**

Grensene mellom helseprofesjoner er ikke statiske, noe som også gjelder rollen og statusen i samfunnet. Grensene er under økt press grunnet endringer i behov fra samfunnet, endringer i teknologi og organisasjon, samt kontinuerlige endringer mellom og innenfor de ulike profesjonene. Arbeidsstyrken i helsevesenet utvikles i fire retninger: Utvidelse av arbeidsoppgaver (diversifisering), spesialisering innen et arbeidsfelt (spesialisering), horisontal- og vertikal substitusjon (Nancarrow & Borthwick 2005). I NIFU-rapporten presenteres det tre ulike former for oppgavedeling (Lekve et al. 2013):

### **5.2.1 Horisontal oppgavedeling**

Horisontal oppgavedeling oppstår når personell på samme nivå overtar oppgaver. Innenfor bildediagnostikken skjer dette ved at andre legegrupper tar i bruk bildediagnostikk utenfor radiologisk avdelinger. Dette er en form for oppgavedeling som vanligvis ikke er så kontroversielt, siden legespesialister overlater oppgaver til andre legespesialister. Spørsmålet om konkurranse mellom ulik kompetanse og utdanning blir dermed ikke utslagsgivende (Lekve et al. 2013). Det er dette Nancarrow og Borthwick (2005) kaller horisontal substitusjon.

### **5.2.2 Vertikal oppgavedeling**

Når en profesjon som radiologene gir fra seg oppgaver til andre profesjoner med kortere utdanning, omtales dette som horisontal oppgavedeling. Dette har foregått som en naturlig prosess gjennom hele historien innenfor medisinen. Eksempler innenfor andre felt av medisinen er: håndtering av medisiner, retten til å rekvirere, rett til å sykmelde og bruken av resepter. Det er denne type oppgavedeling som har vært mest omtalt, og mest kontroversielt de siste årene (Lekve et al. 2013). Vertikal substitusjon har en tendens til å kontrolleres av profesjoner i maktposisjon (Nancarrow & Borthwick 2005). Dette kan vi se i sammenheng med Hughes oppgavehierarki og endringer av fordeling av oppgaver, samt Abbotts overenskomst om underordning med overføring av oppgaver til underordnede profesjoner.

### **5.2.3 Diagonal oppgavedeling**

I NIFU-rapporten fremstilles en tredje form for oppgavedeling som de kaller diagonal oppgavedeling. Dette foregår via horisontal oppgavedeling til andre spesialiteter innen medisinen. I rapporten omtales dette som en observasjon av at radiografer, både med og uten videreutdanning, har arbeidet opp mot legespesialister utenfor de tradisjonelle radiologiske avdelingene. I dette samarbeidet har det utviklet seg forskjellige former for oppgavedeling, som ikke er vanlig innenfor de radiologiske avdelingene (Lekve et al. 2013). Dette er også en overenskomst med underordning, der oppgaver blir overført til underordnede jf. Abbott.

## **5.3 Muligheter til oppgavedeling i lovverket**

Norge har en profesjonsnøytral helsepersonell-lov der forsvarlighetsprinsippet og pasientsikkerhet er viktig. Etter at Norge erstattet legeloven med lov om helsepersonell har Norge en mer profesjonsnøytral helsepersonell-lov. Endringen betyr at det stilles mindre spesifikke krav til at bestemt personell skal utføre bestemte typer oppgaver. Det stilles på den andre siden mer spesifikke krav til organisering. Kort oppsummert kan man si at den konkrete lovgivningen nærmest ikke setter grenser for oppgaveglidning. Grensene settes ved forsvarlighetskravet, noe som viser til helsefaglige vurderinger. Arbeidsgiver bestemmer over personell med hensyn til helsefaglige vurderinger ut fra pasientsikkerheten. Det vil si at realkompetansen er avgjørende med hensyn til den enkelte helsepersonells kompetanse, samt systemet som bygges rundt personellet. (Molven 2012: Helsedirektoratet 2013a)

## 5.4 Oppgavedeling nasjonalt

Arbeidet til Helsedirektoratet har fått en sentral plass i grunnlaget til masterprosjektet. I konklusjonen til den ene av rapportene deres står det at en av årsakene til at man ikke har lykkes med ytterligere oppgavedeling, kan være manglende forankring hos ledelse og helsemyndigheter (Helsedirektoratet 2013a). I løpet av 2013 fikk Helsedirektorat i oppdrag fra HOD å utarbeide en kunnskapsoppsummering om effekt av oppgavedeling i Norge og andre land. Kartlegge og beskrive erfaringer med endret oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten i Norge og andre nordiske land. Det siste oppdraget var å utrede om, endret oppgavedeling bidrar til effekt på kortere ventetider og mer effektiv pasientbehandling.

Oppdragets første punkt ble besvart av Kunnskapssenteret, og er publisert på deres hjemmesider (kunnskapssenteret.no). De to siste punktene ble besvart av Helsedirektoratet, og to rapporter ble utarbeidet: «Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten - Kartlegging av erfaring med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land» og «Oppgavedeling i Spesialisthelsetjenesten - Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling» (Helsedirektoratet 2013a/b).

## 5.5 Internasjonale erfaringer

Storbritannia, Danmark og USA regnes som foregangsland når det gjelder oppgaveglidning innenfor bildediagnostikk, og oppgavedeling har blitt satt på dagsorden som en mulig løsning for å løse utfordringer innenfor helsevesenet. I USA har de besluttet å utvikle radiografens rolle for å kunne avlaste radiologene. I Storbritannia har de bestemt at National Health Service skal moderniseres. Dette skal blant annet gjøres gjennom rolleutvidelser i profesjonene og utvisking av gamle profesjonsgrenser. I Danmark ser de oppgavedeling som en løsning på utfordringene helsevesenet står ovenfor.

Danmark har kommet lengst med nytenkningen rundt oppgavedeling innenfor bildediagnostikk i Norden. Ett eksempel som kan trekkes frem, er at ved Sykehuset Lillebælt, Veile, har flere radiografer tatt videreutdanning i England for å bli beskrivende radiografer. Utviklingen går tilbake til år 2002. Arbeidsoppgavene har etter hvert blitt utvidet til å gjelde blant annet beskrivelser, kontrasignering, veiledning av beskrivende radiografer og leger i spesialisering (Helsedirektoratet 2013a). På nettsiden til sykehuset er det laget et dokument

som gir en innføring i historien til beskrivende radiografer ved sykehuset i Vejle. På slutten av dokumentet er det en oppsummering på hva avdelingen har oppnådd (Sykehus Lillebælt 2013).

I Storbritannia har det foregått oppgavedeling mellom radiografer og radiologer i en lengre periode, men vi har sett at dette har vært kontroversielt og bidratt til profesjonskamp. Dette bildet er i ferd med å endres. I Storbritannia har de to profesjonene nå utarbeidet et samarbeidsdokument som omhandler arbeidsdeling innen bildediagnostikk. I dokumentet er det utarbeidet forslag til arbeidsdeling der teamarbeid anses som nøkkelen til å lykkes.

### **“Team working in clinical imaging” (RCR 2012)**

”Team working in clinical imaging” er et konsensusdokument som beskriver fordeling av arbeidsoppgavene i de bildediagnostiske avdelingene i England. De kommer med en anbefaling på hvordan beskrivende team med radiologer og radiografer kan organiseres. Dokumentet er utarbeidet av The Royal College of Radiologists (RCR) og the Society and College of Radiographers (ScoR) i Storbritannia.

## **5.6 Forskning på oppgaveglidning innenfor radiologien**

I Helsedirektoratets første rapport om erfaringer med endret oppgavedeling, kom det fram at endringsprosesser av denne typen sjeldent blir systematisk evaluert og dokumentert.

Litteratur søket viser at det finnes lite skriftlig dokumentasjon på at endret oppgavedeling faktisk fører til bedret pasientbehandling (Helsedirektoratet 2013a). Kunnskapssenterets kunnskapssoppsummering kommer fram til samme konklusjon (Forsetlund et al. 2013). I NIFU-rapporten kommer de med en lignende konklusjon, men at det likevel finnes eksempler på denne typen av forskning (Lekve et al. 2013).

### **5.6.1 Forskning på oppgavedeling i Norge**

Det er ikke gjennomført mange studier i Norge for å se på effekten av oppgavedeling. Høsten 2012 publiserte imidlertid Kari Gerhardsen Vikestad masteroppgaven: «Er det samfunnsøkonomisk forsvarlig å la radiografer med videreutdanning i ultralyd utføre ultralyd av øvre abdomen? En kost/nytteanalyse fra tre radiologiske avdelinger ved sykehuset Innlandet» (Vikestad 2012). Vikestad beskriver at hensikten ved oppgaven var å se på om det

er samfunnsøkonomisk lønnsomt å la radiografer med videreutdanning utføre ultralydundersøkelser for å kunne frigjøre radiologkapasitet. I konklusjonen står det skrevet:

*”Funnene i studien viser at ventelister på ultralyd undersøkelser ved sykehuset i innlandet har blitt redusert, radiologene har fått frigitt mye av tiden de tidligere brukte på undersøkelser med negativt funn og får utført flere oppgaver.”*

*”De årlige samfunnsøkonomiske kostnadene i dette prosjektet er her dokumentert og dersom samfunnet er villig til å betale dette som en minimumskostnad vil konklusjonen bli at det er god samfunnsøkonomi å la radiografer med videreutdanning utføre diagnostiske ultralydundersøkelser ved sykehuset innlandet” (Vikestad 2012).*

I etterkant av dette arbeidet har Vikestad i samarbeid med Hoffman publisert en artikkel i tidsskriftet Radiography om kvaliteten på sonografenes arbeid, og konklusjonen var:

*”Norwegian sonographers are able to differentiate negative from positive findings in the upper abdomen, and demonstrate accuracies similar to experienced radiologists” (Hoffmann & Vikestad 2013).*

### **5.6.2 Internasjonal forskning**

Ut fra at denne formen for oppgavedeling er en forholdsvis ny problemstilling i Norge, er det hensiktsmessig å se på forskning fra andre land for å kunne dokumenter nytten og kvaliteten av oppgavedeling. I NIFU-rapporten oppsummerer de forskning nasjonalt og internasjonalt. I rapporten understrekes det at det er for få undersøkelser til å kunne trekke noen konklusjon (Lekve et al. 2013). Det forekommer likevel noe forskning på området. Forskning viser at innen bestemte fagområder kan radiografer utføre ultralydoppgaver som tidligere ble gjort av radiologer med samme, eller tilnærmet samme, presisjon som radiologer (Lekve et al. 2013). NIFU-rapporten trekker frem eksempler på noen få studier som viser effekten av oppgavedeling og kvaliteten av radiografer som beskriver. De trekker blant annet fram en dansk studie (Buskov et al. 2013) En annen studie som ser på kvaliteten på skjelettrøntgen er publisert i artikkelen «Accuracy of radiographer plain radiograph reporting in clinical practice: a meta-analysis (Brealey et al. 2005). Et tredje eksempel er studiet innen mammografi (Wivell et al. 2002). Studiene konkluderer med at radiografer som beskriver står til mål kvalitetsmessig.

## 5.7 Holdninger til oppgavedeling

De som skal overta en oppgave fram snakker både behov og kvalitet, mens de som skal avgi oppgaver gjør det motsatte, og er ofte imot formalisert etterutdanning. Oppgavene synes å aksepteres langt bedre på den enkelte arbeidsplass, enn det utdanningssystemet greier å fange opp, og de sentrale organisasjonene er villige til å akseptere (Helsedirektoratet 2013a).

I NIFU-rapporten har de undersøkt holdninger til radiologer og radiografer ut fra studier som er gjennomført. Under tema om holdning, skriver de at det er få artikler og at de ikke bidrar til et helhetlig bilde, men de tyder på at begge faggrupper er klar over behovet for endringer, samtidig med at det finnes ulike synspunkter på hvordan dette skal gjøres (Lekve et al. 2013:19).

Rapporten fremstiller det som om at radiografene har en positiv holdning til nye oppgaver. Når det gjelder radiologenes holdning, henvises det til et dokument fra Norsk radiologisk forening fra 2008, der radiologene retter fokus mot utdanningen av radiologer og mener at dersom det blir vanlig at radiografer får ansvar for tolkning av ultralyd, vil antageligvis ultralyd falle bort fra radiologutdanningen i fremtiden. De påpeker at dersom radiologene sjeldent ser på ultralyd, vil de miste evnen til å tolke slike bilder. Basert på dette mener radiologene at grensene for radiologiprofesjonen bør stå fast, samtidig som de ser at det er behov for mer fleksibilitet (Lekve et al. 2013:19).

# 6 Metode

## 6.1 Kvalitativ metode

På tvers av metodetradisjoner kan forskning kort defineres som en systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet av funnene ut over den sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført (Malterud 2011).

Kvalitativ metode er en metode for generering av kunnskap der man er ute etter å beskrive, forstå og forklare sosiale fenomener gjennom de som opplever dem, og ut fra det undersøke hvordan fenomenene kan fortolkes eller forstås av andre. Kvalitativ metode er mye brukt innenfor samfunnsvitenskapelige- og humanistiske fagfelt som sosiologi, psykologi og antropologi. Innenfor medisinsk og helsefaglig forskning har det tradisjonelt vært kvantitativ metode som har vært benyttet, men i den senere tid har vi sett en økende åpenhet når det gjelder metodologisk mangfold. Kvalitative forskningsmetoder kan bidra til ny forståelse av menneskers opplevelse og erfaringer med sykdom, helse og møter med helsevesenet (Malterud 2011).

Kvalitativ metode omfatter et bredt spekter av fremgangsmåter for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtaler, skriftlige kildematerialer eller observasjoner. Materialet analyseres systematisk for å kunne frembringe forståelse for og innsikt i fenomenene forskeren studerer. Forskeren er ikke nøytral i forskningsprosessen, og dette vil påvirke kunnskapsutviklingen. Forskerens ståsted vil påvirke gjennom hele prosessen, og derav resultatet. En god analyse forutsetter at forskeren er bevist egen rolle, og åpent formidler sitt ståsted. Det er viktig å reflektere rundt denne rollen for resultater og konklusjon av forskningen.

Målet med denne oppgaven har vært å få innsikt i og bedre forståelse for holdninger og sosiale relasjoner i og mellom yrkesgrupper når en kontroversiell endring skal gjennomføres. Jeg har fokusert på mellomledere, og de utfordringene de står ovenfor, ved gjennomføring av oppgavedeling innenfor diagnostikk.

Valget av metode må ses i sammenheng med at dette er en lederutdanning. Jeg som forsker og leder ønsker å få innsikt i og forståelse for mellommenneskelige relasjoner, og hvordan ledere forholder seg til den gruppen de skal lede. Ledere fra de to yrkesgruppene jeg ser på er avhengig av at de to yrkesgruppene samarbeider. Jeg spør: Hvordan kan man bedre forstå de to gruppene man er avhengig av skal samarbeide? Hvordan påvirkes samarbeidet av at oppgavedeling er et kontroversielt tema?

## 6.2 Intervju

Dersom forskeren ønsker direkte tilgang til folks erfaringer, er kvalitativt intervju en god metode. Når forskere henter data fra en samtale, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen. Dette betyr at forskeren må vite hva som foregår mellom deltager og intervjuer, og hvilken betydning dette har for funnene og tolkningen av dem (Malterud 2011).

Semistrukturerte intervju blir brukt som en betegnelse på individuelle kvalitative intervju, der forskeren utarbeider en intervjuguide med tema man ønsker berørt i forhold til forskningsspørsmålene. Når forskeren ønsker ny kunnskap om det man ønsker å belyse, er det viktig at intervjuguiden ikke følges alt for punktlig, og eventuelt justeres mellom de ulike intervjuene. Når forskeren skal innhente informasjon fra et fenomenologisk perspektiv, er målet å innhente data om informantens erfaringer. I intervjuet er det viktig at å utvikle en samtale der det kvalitative får en stemme, der ordenen formidler kunnskap om egenskaper og kjennetegn om det vi snakker om. Det er viktig at forskeren holder på sin problemstilling under intervjuet, slik at man får en fokusert samtale, med så rike data som mulig for å belyse problemstillingen. Malterud påpeker at det er viktig at intervjuer har kunnskaper om rasjonelle og irrasjonelle sider av mellommenneskelig dynamikk for å forstå den (Malterud 2011).

Formålet med disse intervjuene var å hente erfaringer fra ledere på steder der de var gjennomført oppgavedeling inne bildediagnostikken. Dette er en endringsprosess som er kontroversiell ved at den utfordrer profesjonsgrensene mellom radiografer og radiologer. Problemstillingen ble altså belyst ved å intervjuer ledere med erfaring ved denne type endring. På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide for å belyse temaene, men denne ble justert en del underveis.

## 6.3 Utvalget

Jeg valgte å intervju 4 ledere, 2 radiologledere og 2 radiografleder som alle hadde erfaring med beskrivende radiograf i skjelettrøntgen. Dette var et strategisk utvalg for å kunne belyse problemstillingen. Enkelte av informantene ble valg ut ved hjelp av en snøballteknikk, der den første informanten kom med tips om sted jeg kunne intervju. Utvalget ble også valg ut fra informasjon innhentet i forberedelsen av dette arbeidet.

I forbindelse med forespørselen mottok informantene et informasjonsskriv med samtykkeerklæring, i tillegg til en intervjuguide men spørsmål som skulle bidra til å få svar på forskningsspørsmålene. Alle intervjuene tok ca. 1 time, men det ene ble gjennomført med to informanter grunnet for dårlig kommunikasjon fra min side i forkant av intervjuet. I utgangspunktet skulle det avholdes to intervju, men dette lot seg ikke gjøre. Intervjuene foregikk på kontor og møterom i tilknytning til stedet jeg hentet informasjon. I forkant av selve intervjuene forklarte jeg litt om min rolle i forhold til masterprosjektet, og om min deltagelse i oppgavedelingsprosjektet internt i avdelingen jeg jobber. Jeg forklarte at grunnen til at jeg hadde valgt de to avdelingene var at de hadde innført, eller hold på å innføre beskrivende radiograf innen diagnostikk.

Jeg startet intervjuene med spørsmål om hvilken oppgavedeling de hadde innenfor bildediagnostikk var arbeidsstedet, og etter dette fikk informantene ordet. Jeg prøvde å holde en lav profil, men ble trukket inn i intervjuet i ulik grad under de forskjellige intervjuene. Jeg prøvde å holde tråden i forhold til de ulike temaene jeg ønsket å komme inn på i løpet av intervjuet, ved å stille spørsmål underveis. Jeg prøvde også å forklare ytterligere dersom informantene var usikker på spørsmålsstillingen. Intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser utenfra. Jeg mener vi fikk en god dialog, og jeg fikk mye relevant informasjon. Det var en del spørsmålsstillinger jeg ikke greide å få forklart godt nok, og svarene på enkelte problemstillinger bærer kanskje preg av det. Jeg ble spurt underveis om jeg fikk svar på ønsket problemstilling ved flere anledninger underveis i intervjuene. Jeg svarte bekræftende, og fulgte opp med spørsmål dersom noe var uklart. Jeg snakket litt om min rolle som deltager i oppgavedelingsprosjekt underveis, da dette til en viss grad ble etterspurt. Noen svar preges av at vi jobber innen samme arbeidsfelt, der enkelte svar har runde formuleringer som krever felles forståelse for å kunne tolke.

I forhold til anonymitet, er det nødvendig å understreke at det norske radiologimiljøet er lite. På tross av de forhåndsregler som jeg informerte om i informasjonsskriv, kan man ikke helt utelukke at personer som er godt kjent i miljøet kan spore opplysninger tilbake til avdelinger og muligens også enkeltpersoner. Dette ble som sagt presisert i informasjonsskriv og samtykkeerklæringen. Det kan også nevnes at ledere har en offentlig posisjon. Før levering av oppgaven ble funnkapitelet sendt til informantene for å sikre validiteten ved at informantene kunne komme med tilbakemeldinger. Jeg ble i et par anledninger bedt om å ikke sitere enkeltuttalelser, noe jeg respekterte. Jeg har også valgt å utelate en del detaljer som for eksempel årstall og en del støy i presentasjonen av data i oppgaven, dels av anonymitetshensyn, samt på grunn av jeg utførte en bestefalls-analyse for å fokusere på suksesskriterier. Sitater og gjengivelse av synspunkter er forsøkt fremstilt, slik at opphavskilden på minst mulig måte skal kunne gjenkjennes.

## **6.4 Fremstilling og behandling av data**

Det ble brukte en digital opptaker ved alle intervjuene. Intervjuene ble transkribert tilnærmet ordrett i løpet av få dager etter at de var utført. Etter at intervjuene var transkribert, startet jeg med å sette opp et dokument det jeg sorterte de ulike teamene ut fra en mal med ulike tema jeg mente var hensiktsmessig i forkant, dette med utgangspunkt i intervjuguiden. De ulike temaene som ble viktige i analysen ble endret underveis i prosessen, på bakgrunn av informasjonen jeg hadde innhentet. Neste steg ble å velge ut ulike sitat som kunne være dekkende for de ulike temaene. Disse ble kodet ut fra hvilken informant som kom med uttalelsen. I etterkant ble de ulike temaene brukt som disposisjon, og ga overskrifter til de ulike kapitlene i analysedelen. I selve skriveprosessen ble det også gjort endringer på disposisjonen, ut fra at nye aspekter og sammenhenger åpenbarte seg. Enkelte av sitatene som brukes i analysedelen er redigert for å gi den en mer skriftlig form. Enkelte muntlige enstavelserord, gjentakelser og liknende er fjernet fra sitatene for å gjøre de mer lesbare. Det må presiseres at det er forsøkt gjort på en måte slik at meninger eller innhold ikke endes. Analysen var av kvalitativ karakter. Målet var å se hvilke erfaringer ledere hadde i forbindelse med innføring av radiografer i diagnostikken, og hvordan lederne har lyktes med endringsprosess der oppgavedeling/oppgiveoverføring var målet. Dette har også vært en teoretisk analyse, da forskeren gjennom oppgavens teorigrunnlag har forsøkt å se på mekanismene bak de ulike holdningene til de to involverte profesjonene, samt hvordan arbeidsdelingen mellom profesjoner endres ifølge profesjonssosiologien. Teorigrunnlaget er

også knyttet opp mot ledelse og endringsledelse, for å forstå bakgrunnen for hvordan ledere handler.

## 6.5 Refleksivitet

Hva er mitt utkikkspunkt for observasjoner og tolkninger, hvilke briller har jeg når jeg leser mine data, hva betyr den kulturelle og teoretiske tradisjon jeg står i for de spørsmålene jeg har stilt? Først når vi har stilt denne type spørsmål og identifisert våre posisjoner, kan vi vurdere hvordan dette har påvirket kunnskapsutviklingen, og overveie hvilke alternative veier til kunnskap som vi ut i fra vårt ståsted ikke velger å følge. Dette kalles bias (Malterud 2011).

Det er hensiktsmessig å reflektere rundt min rolle som forsker. Jeg er selv under lederutdanning og er radiograf. I tillegg har jeg vært deltager i et prosjekt der oppgavedeling er satt på dagsorden i egen organisasjon. Dette vil kunne påvirke forholdet til de jeg intervjuer, samt temaene i intervjuguiden. Jeg vil i denne oppgaven ikke være en nøytral observatør, men en representant for radiografene, samt ledere. Når jeg intervjuer radiologer, vil jeg representere en underordnet profesjon. Radiografene ”angriper” ifølge teoriene til Abbott radiologene innen bildediagnostikk, og derav vil radiografene være i ”konflikt” med radiologene. I forhold til det å være under lederutdanning, vil jeg intervjuer ledere som er i samme situasjon og har felles perspektiv på lederrollen. På den positive siden, vil jeg kunne få gode og usminkede data fra profesjonene jeg representerer, mens fra den andre profesjonen står jeg i fare for at de holder ytringer tilbake. Det må sies at lederne jeg har intervjuet har vært med i prosessen rundt å innføre radiografer i diagnostikken. Ledere er avhengige av godt samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene i radiologiske avdelinger, og dette kan påvirke svarene. Det radiologiske miljøet er lite, og steder og enkeltpersoner kan spores av denne grunn, noe som også påvirke svarene til informantene. Dette er som nevnt presisert i informasjonsskriv og samtykkeerklæring som er levert til informantene i forkant av intervjuene. Det kan være at informantene hadde en forutinntatt holdning til hva jeg som forsker og radiograf ønsket å høre. Miljøet er som tidligere nevnt lite, og flere av informantene har/fikk kjennskap til min rolle og om min deltagelse i oppgavedelingsprosjekt.

Jeg har som nevnt, forsøkt å bruke teorigrunnlaget til å se på bakgrunnen for hvordan profesjoner forholder seg til hverandre, hvordan oppgaver fordeles mellom profesjoner som er underordnet og overordnet, og hvorfor oppgavedeling er et kontroversielt tema. I min rolle

som leder, vil jeg også kunne se på dette som en god løsning på en av de utfordringene helsevesenet og radiologiske avdelinger står ovenfor. En oppgavedeling kan føre til bedre kapasitetsutnyttelse, og være samfunnsøkonomisk besparende, noe som kan settes i sammenheng med samfunnsoppdraget. Som representant for radiografene kan oppgavedeling innen diagnostikk ses som en mulighet for å løfte fram radiografien som fag, og styrke profesjonen.

Studentens 10 års erfaring med jobb ved radiologiske avdelinger vil utvilsomt påvirke hele prosessen rundt masterprosjektet. Erfaringsgrunnlaget vil gi en del fordommer, og en ramme for analysen, som kan stå i fare for å overskygge det teoretiske grunnlaget. Det er viktig at jeg som forsker reflekterer åpent rundt dette. Dette gir en form for bias som både kan være en styrke og svakhet. Styrke rundt erfaringer innenfor radiologiske avdelinger i form av innsyn og forståelse, svakhet ved manglende objektivitet og blindhet i forhold til min rolle som leder og radiograf.

## 6.6 Relevans

Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud 2011). Det er blant annet interessant å reflektere rundt spørsmålet om generaliserbarhet ved et så begrenset utvalg. Jeg har i dette prosjektet valgt ut avdelinger der det er gjennomført tiltak med oppgavedeling innen bildediagnostikk. Jeg har dermed utelatt å intervju avdelinger som ikke har valgt dette som løsning. Informasjonen hentet fra intervjuene vil preges av dette, da informantene har gjort et aktivt valg ved å innføre radiografer i diagnostikken. Hvordan vil dette representere lederes og profesjonenes standpunkt til oppgavedeling som løsning på utfordringene ved radiologiske avdelingen som helhet? Dette kan vanskelig besvares i en så begrenset oppgave. Et bredere spekter av ulike holdningene til oppgavedeling i bildediagnostikken, vil derfor ikke belyses i denne oppgaven.

Hovedtemaet for oppgaven var å se på hvordan røntgenavdelinger kan lykkes med gjennomføring av oppgavedeling, og jeg mener jeg fikk et relativt vidt spekter av meninger i forhold til dette spørsmålet. Utvalget var begrenset ved at jeg kun intervjuet to ulike avdelinger. Dette gjør det vanskelig å vite om forskeren fikk nok metning av intervjudata, samt et bredt nok spekter for å svare på dette spørsmålet. Det å gjennomføre flere intervjuer ved flere ulike steder, ville ført til et rikere data grunnlag. Jeg som forsker vil likevel

argumentere for at datagrunnlaget er godt nok til å gi svar på forskningsspørsmålene. Ytterligere forskning må imidlertid til for å kunne bekrefte/avkrefte funnene, og for å kunne belyse et bredere spekter av nyanser av ulike holdninger om oppgavedeling i bildediagnostikken.

## 7 Funnkapittel

I dette kapitlet presenteres funnene fra intervjuene som ble gjennomført i forbindelse med masterprosjektet. Jeg innhentet data fra fire informanter ved to ulike avdelinger som enten hadde innført radiografer i diagnostikk, eller var i prosess med innføring. Avdelingene ble strategisk valgt for å kunne få best mulig svar på forskningsspørsmålene.

Avdeling A er en stor røntgenavdeling, mens avdeling B er mellomstor i norsk sammenheng. Begge avdelingene har lokalsykehusfunksjon og har stor produksjon innenfor skjelettrøntgen.

Funnene ved avdeling A viser at informantenes subjektive oppfatning av effekter er beskjedne. Informantene har erfart en kvalitetsmessig økning på arbeidet utført av radiografer som jobber ved avdelingen, grunnet at beskrivende radiograf (BR) fungerer som mentor, samt at det har bidratt til rekruttering av dyktige radiografer. Avdeling B ønsker effekter ved økt samarbeid, bedre kvalitet og avlastning for legene.

Det er fortsatt motstand mot oppgavedeling innen bildediagnostikk på systemnivå, noe som bekreftes i Helsedirektoratets rapporter. Funnene viser at lokalt ved de to avdelingene er bildet litt mer nyansert. Funnene fra Avdeling B tyder på større grad av konsensus for oppgavedelingen innenfor skjelettrøntgen sammenlignet med avdeling A. Funnene fra intervjuene viser også større grad av aksept dersom man ser dette i et 4-5 års perspektiv blant legene ved avdelingene, samt at det antydes at det er større aksept generelt i radiologmiljøet i Norge. Funnene fra begge avdelingene viser også at det er større aksept lokalt blant ortopedene som henviser til undersøkelsene BR skal kunne beskrive.

Innføring av BR er foreløpig ingen systemendring sett i norsk sammenheng, det er heller ikke en systemendring på de to avdelingene jeg har gjennomført intervju. Det var bare en BR som er i produksjon på avdeling A og en BR som var under utdanning ved avdeling B, på det tidspunktet intervjuene ble gjennomført. Det ble antydnet at dette ikke blir ansett som en robust løsning ved avdeling A, da dette ikke gir en kontinuerlig avlastning av arbeidspress for legene ved avdelingen.

Jeg har valg å presentere funnene under tre overskrifter i dette kapitlet, som følger innføringen av BR kronologisk slik det presenteres i intervjuene: I første del stilles

spørsmålet: «Hvorfor endre oppgavedeling mellom radiografer og radiologer?» Dette avsnittet tar for seg interne og eksterne årsaker informantene peker på til hvorfor oppgavedeling har blitt gjennomført ved de to avdelingene. Dette kan knyttes opp mot Abbott og Huges teori innenfor profesjonssosiologi om utviklingen av profesjonen og fordeling av oppgaver mellom profesjonene, samt kapitlene om oppgavedeling og ledelse. Andre del omhandler prosessen rundt innføring, under overskriften «Gjennomføring av ny oppgavedeling». Der forteller informantene hvordan de har lagt til rette for oppgavedeling. Funnene i dette avsnittet kan knyttes til ledelseskapitelet, der Yukls endringsledelse. Den tredje delen tar for seg hvilke effekter og utfordringer informantene ser når de ser tilbake på prosessen, og er presentert under overskriften «Tilbakeblikk på prosessen». Dette kan også knyttes opp mot ledelseskapitlet i teorigrunnlaget, samt bakgrunnen for kamp om jurisdiksjon over arbeidsoppgavene jf. Abbott. Før jeg begynner på disse tre delene, vil jeg beskrive de to avdelingene litt grundigere.

#### **Avdeling A:**

Avdeling A sendte to radiografer til utdanning i England for flere år siden, for å bli BR. Disse ble utdannet som en del av et prosjekt for å løse utfordringer ved en kapasitetskrise. Grunnet utfordringer i prosessen med innføring av BR ble ikke prosjektet satt ut i drift før ca. 1 år etter radiografer var ferdig utdannet. I tillegg har en BR sagt opp etter at prosjektet ble satt i drift. Avdelingen var tidlig ute i norsk sammenheng, og kan dermed regnes som en av pionerne på området. Dette har vært en kontroversiell endring ved avdelingen, og de har av den grunn hatt mange utfordringer underveis. Det er også hensiktsmessig å informere at legene ved avdelingen i tidsperioden etter at BR var ferdig utdannet, hadde store utfordringer med omstrukturering og flere overleger sa opp samtidig. Omstruktureringen omfattet et dårligere tilbud for ortopediske pasienter på MR/CT og en underbemanning på legesiden. Begge informantene antyder i løpet av intervjuet at innføring av radiografer i diagnostikk har vært en prosess som har tatt tid. De uttaler at BR fungerer bedre etter at det er satt i produksjon. På det tidspunktet intervjuene ble gjennomført var det planlagt at to nye radiografer skulle sendes til utdanning i England. Man har med andre ord valgt å videreutvikle ordningen ved avdelingen.

#### **Avdeling B:**

Sykehus B har for kort tid tilbake sendt kandidater til utdanningen for å bli beskrivende radiograf i England. Avdeling B blir også sett som en pioner på området, men ikke på samme

måte som avdeling A, da de først nylig sendte radiografer til slik utdanning. Grunnen til at denne utdanningen ble valgt, var at man mente det var viktig å sikre høy kvalitet på utdanningen. Studiet blir ansett som meget krevende og av god kvalitet. Det var to kandidater som ble sendt til utdanningen, men den ene har sluttet i løpet av studieåret. BR var ferdig utdannet etter at intervjuet ble gjennomført. Ved Sykehus B har oppgavedeling vært forankret i ledelsen på radiolog- og radiografsiden i lengre tid. Tidligere og nåværende ledelse har bidratt aktivt til at oppgavedeling er satt på dagsorden. I tillegg må det nevnes at avdeling B hadde vært i kontakt med ansatt ved avdeling A i forbindelse med innføring av BR.

## **7.1 Hvorfor endre oppgavedeling mellom radiografer og radiologer?**

Bilddiagnostikk blir inne enkelte områder karakterisert som en flaskehals i helsevesenet. Når oppgavedeling blir tatt opp til diskusjon, er det ofte mangelen på radiologressurser som brukes som argument for gjennomføring av tiltak. I løpet av intervjuene ble argumenter for hvorfor de to avdelingene hadde startet med oppgavedeling trukket frem ved flere anledninger. I forhold til oppbyggingen av oppgaven, mener jeg det er naturlig å starte resultatpresentasjon med å beskrive informantenes ulike begrunnelser til hvorfor de to avdelingene hadde startet med oppgavedeling.

Det var stort sett sammenfall mellom svarene fra informantene ved de to avdelingene når det ble spurt om årsaker. Svarene gikk i hovedsak i to retninger. Den ene gikk på lokale årsaker til oppgavedeling, mens den andre gikk på eksterne faktorer.

### **7.1.1 Interne begrunnelser for ny arbeidsdeling**

#### **Avdeling A**

Det ble trukket fram en rekke årsaker til hvorfor det hadde vært aktuelt å starte med oppgavedeling ved avdeling A. I intervjuet løftet informantene fram fem interne årsaker til å starte prosjektet:

1. Kapasitetskrise der tilbudet og etterspørselen ikke samsvarer innenfor ortopedisk radiologi.
2. Bemanningssituasjonen der det var for få radiologer til å beskrive ortopediske bilder.
3. Stort arbeidspress på de radiologene som jobbet innen ortopedisk radiologi.

4. Store volum førte til at hverdagen for radiologene ble preget av mange rutineoppgaver, og ønske om mer variasjon og mindre rutineoppgaver.
5. Bedre arbeidsflyt med muligheter for kortere ventelister.

I sitatene under uttaler informantene seg om kapasitetskrise som årsak til at BR ble sett på som en mulighet til å løse kapasitetsutfordringen:

*”Bakgrunnen for at sykehuset startet med BR, var at man tilbake i tid hadde en kapasitetskrise.”...” Ledelsen hadde kunnskap om at det var en utdanning for BR i England.”* Informant 4 (radiografleder avd. A)

Sitatet viser at kapasitetskrise var utløsende årsak til at dette prosjektet ble iverksatt. Krisen besto av at det generelle produksjonstrykket var for stort. Ledelsen ved avdelingen hadde kjennskap til muligheten for å utdanne BR fra andre europeiske land. Lederne så muligheten til å innføre BR som en strategi for å løse kapasitetsutfordringer. Samme informant var i løpet av intervjuet også inne på at det var viktig å velge områder der man kunne se effekter for pasienter gjennom bedre arbeidsflyt og kortere ventelister som en indirekte effekt.

Den andre informantene uttaler seg om andre årsaker i tillegg til kapasitetsproblemer. I sitatet under er arbeidspress for radiologene nevnt, der arbeidsoppgaver preges av store volum og ønske om mer variasjon fra radiologene:

*”Det er en hverdag hvor vi trenger å ta unna store volum. Det er snakk om veldig stort antall undersøkelser i året, av dette utgjør kanskje 85 % av undersøkelsene voksne. Det er bedre om flere kan spise av denne kaken, de færreste klarer denne kaken alene. Det det koker ned til for min del som leder og radiolog, er at vi kan frikjøpe tid til kolleger, slik at de for det første ikke jobber seg i hjel på grunn av store volum, og for det andre at de får faglig spennende oppgaver og får en variert hverdag. Både for erfarne overleger, uerfarne overleger, leger i spesialisering og radiografer. For det tredje være med å øke fagnivået rundt ortopedisk radiologi. Vi er avhengige av kvalitet i alle ledd, som leder er kronargumentet at du kan frigjøre ressurser, slik at radiologer kan gjøre mer spennende oppgaver.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

I sitatet over er informanten inne på dette med store volum innenfor skjelettrøntgen, der noen av oppgavene betraktes som rutineoppgaver, eller sitert som kjedelige for radiologene grunnet stort volum og rutine. For lederne i utvalget var det viktig å spille på hva radiologene hadde å vinne på en ny arbeidsdeling mellom radiologene og radiografene. Argumentet som presenteres i sitatene spiller på det med større variasjon og muligheten for radiologene til å kunne gjøre mer spennende oppgaver. Oppgaver eksempelvis innenfor CT og MR, og mer komplekse problemstillinger innenfor skjelettrøntgen. Dersom avdelingen innførte BR, som skulle beskrive rutineoppgaver innen skjelettrøntgen, kunne man frigjøre mer tid for radiologene til andre oppgaver. Målet med å utdanne BR var at flere kunne spise av den store kaken med skjelettrøntgenundersøkelser, slik at arbeidspresset på radiologene ble redusert. Fra ledernes perspektiv ble det presentert som en vinn-vinn-situasjon ovenfor begge profesjonene, der begge kunne få mer utfordrende oppgaver, samt øke interesse innen fagene ortopedisk radiologi og radiografi, noe som fremstod som lokale lederstrategier.

I sum hadde informantene ved avdeling A fokus på radiologenes arbeidssituasjon og bemanningen av radiologer innen ortopedisk radiologi som bakenforliggende årsak. Avdelingen hadde en kapasitetskrise der lederne ønsket å handle for å finne en løsning på utfordringene, og de var enige at de måtte iverksette tiltak. Lederne hadde fokus på hva radiologene hadde å vinne på ny arbeidsdeling ved at BR skulle innføres. De ønsket også å legge til rette for en vinn-vinn-situasjon der både radiologer og radiografer kunne få mer utfordrende oppgaver, og at kvaliteten kunne bedres gjennom ny oppgavedeling. Økt fokus på skjelettrøntgen, som radiologene var mindre motivert til å jobbe med, trekkes fram som en ønsket effekt av innføring av BR. Konvensjonell røntgen har over tid tapt anseelse i forhold til mer moderne opptaksteknikker som CT og MR, både for radiologer som beskriver bildene og radiografer som utfører undersøkelsene.

### **Avdeling B**

Informantene ved avdeling B var inne på mange av de samme årsakene til at BR er innført ved avdelingen. De har over tid sett at arbeidsmengden for radiologene er stor, samt er økende. Ny arbeidsdeling innenfor skjelettrøntgen ble sett på som en mulighet for å avlaste radiologene, ut fra at lederne ved avdelingen har jobbet aktivt med oppgavedeling over tid. Informantene var i tillegg til arbeidsbelastning spesielt opptatt av:

1. Samarbeidsaspektet mellom radiograf og radiolog har endret seg over tid, med den konsekvens at det blir større avstand og mindre samarbeid mellom de to profesjonene, og ledere så innføring av BR som en mulighet for å kunne bedre samarbeidet.
2. Kvaliteten på det arbeidet radiografene utfører blir brukt som argumentasjon for hvorfor denne endringen er iverksatt. Det at man utdanner utvalgte radiografer til et høyere kompetansenivå, vil kunne øke kvaliteten for radiografien som fag. Utviklingen med større avstand mellom radiografer og radiologer har ført til mindre diskusjon av bildekvalitet, noe som igjen har bidratt til mindre fokus på kvaliteten på undersøkelsene radiografene gjennomfører. Intervjuet var preget av enighet mellom informantene om hvorfor tiltaket med innføring av BR var iverksatt, og det var stort sett konsensus for innføring av BR ved avdelingen.

Informanten er i sitatet som følger inne på dette med arbeidspress for radiologene, samarbeidsaspektet mellom de to profesjonene og dette med realkompetanse som faktor for hvordan oppgaver fordeles og hvorfor dette tiltaket ble iverksatt:

*”Argumentene for de som er for, er at her er det mer enn nok jobb til alle, og det har ikke vært snakk om å bytte ut dyr arbeidskraft med billigere. Samarbeid har blitt brukt som argument, det å bygge en litt sterkere bro mellom radiologene og radiografene”. I en annen uttalelse i løpet av intervjuet sies følgende: ”Dette har jo noe med helsperonelloven å gjøre. Før var det fokus på de som hadde de beste papirene, men nå er det kanskje de som har den beste realkompetansen.” Informant 2 (radiologleder avd. B)*

Sitatet over bekrefter argumentene om arbeidspress som utløsende årsak, også ved avdeling B. Et annet argument som informanten presenterer, er at BR ble sett på som en mulighet til å bedre samarbeidet mellom radiografene og radiologene. Lederne ønsker at BR skal kunne bygge en bro mellom de to fagene, gjennom sin økte forståelse for radiologenes behov og tettere samarbeid rundt skjelettrøntgen. BR og radiolog skal sitte sammen og jobbe som team, samt BR skal jobbe med radiografene i resterende 50 % av stillingen. Et annet argument informanten viser til i sitatet over, er dette med realkompetanse, der personell opparbeider kompetanse etter endt utdanning, noe som gjør at arbeidsfordelingen kan være uavhengig av profesjonsbakgrunn.

Den andre informanten fra samme avdeling var også inne på samarbeidsaspektet, men trekker også fram det med kvalitet i sitatet under. I tillegg vektlegges det at avdelingen har opplevd rekrutteringsproblemer for radiologer. Informanten uttaler:

*”Utviklingen innenfor radiologiske avdelingene etter at fremkallere forsvant, med oppheng av bilder der man sto og diskuterte bilder. Det har blitt en større avstand mellom de som beskriver og de som tar bildene. Radiografene produserer bildene og tenker ikke så mye over kriterier, og er ikke så bevisst på valgene. Gjennom dette så man en kjempemulighet til å få den broen du snakker om. Litt av bakteppe er også at det er litt vanskelig å rekruttere radiologer, og at det er mye mer behandling, intervensjon, CT osv.”* Litt senere i intervjuet presiserer informanten: *”Det med kvalitet og samarbeid mellom radiografer og radiologer, er de viktigste årsakene.”* Informant 1 (radiografleder avd. B)

I sitatet over er lederen inne på dette med at manglende samarbeid og avstand går ut over kvaliteten på arbeidet utført av radiografer. Lederne ser på dette med forringelse av kvaliteten som en utfordring, og strategien vil være å fasilitere en vinn-vinn-situasjon med bedre kvalitet på de undersøkelsene radiologene gjør og BR skal beskrive, samt at BR skal bidra til en generell kompetanseheving i radiografgruppen. Når radiologene og radiografene jobber sammen i team, vil de kunne utveksle erfaringer, diskutere funn og bildekvalitet. Når BR jobber som vanlig radiograf, vil de kunne videreføre kompetansen de besitter, gi egne tilbakemeldinger og videreformidle radiologenes tilbakemeldinger ovenfor radiografene som gruppe. Sitatet viser også at avdelingen har hatt vanskeligheter med rekruttering av radiologer. BR blir sett på som løsning for å kunne sikre en mer robust ordning for å avlaste radiologene. Informant presiserer at radiologene vrir mot mer komplekse oppgaver, som igjen fører til større arbeidsbelastning.

I sum var informantene ved avdeling B opptatt av samarbeidsaspektet og kvaliteten på arbeidsoppgavene som årsaker til oppgavedeling. I tillegg uttaler informantene at det er mer enn nok oppgaver både til radiologer og radiografer. En av informantene sier at arbeidspresset på radiologene er økende, på grunn av en vridning mot mer komplekse oppgaver, og at rekruttering av radiologer kan være utfordrende. Av nevnte lederstrategier var det viktig å fasilitere for bedre samarbeid og bedre kvalitet, der begge profesjonene har noe å vinne, samt å avlaste radiologene.

### 7.1.2 Eksterne begrunnelser for arbeidsdeling

Når det gjelder eksterne faktorer var det samsvar mellom svarene til informantene ved de to avdelingene, av den grunn velger jeg å presentere funnene samlet. Av mer eksterne faktorer som drivkrefter til hvorfor oppgavedeling ble innført, var informantene inne på:

1. En samfunnsutvikling der antall med høyere utdanning er økende.
2. Antall radiologer og radiografer som utdannes, der det er et overskudd på radiografer og argumenter for at det er for få radiologer.
3. Det er en antagelse om at radiografer kan løse noen oppgaver mer samfunnsøkonomisk lønnsomt enn radiologer.
4. Det er en ønsket politikk fra myndighetene, gjennom tilrettelegging av *Lov for helsepersonell*, som ikke er til hinder for oppgavedeling.

Utdanningsnivået i Norge trekkes fram av informanten i sitatet under som en av de eksterne grunnene, samt antall radiologer og radiografer:

*”For det første går vi i retning av høyere utdanningsnivå i befolkningen. Folk vil ha mer spennende og interessante jobber, de ønsker faglig utvikling og ønsker mer kunnskap. Det gjelder hele utdanningssystemet. Flere tar høyskoleutdanning og kommer lengre opp i utdanningssystemet. Den andre årsaken er vel at det er for få radiologer og for mange radiografer.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

I sitatet over trekker informanten fram økt utdanningsnivå som årsak. Man ser et generelt ønske om økt utdanning, og mer utfordrende og spennende jobber. Radiografene ønsker å strekke seg lengre, og tar videreutdanning for å kunne utvikle seg og for å kunne utføre nye oppgaver. Dette kan vi sette i sammenheng med at oppgaver blir rutinepreget/kjedelig i daglig arbeide, og man ønsker mer spennende oppgaver. Dette var også en av de interne årsakene til at man startet med BR innenfor skjelettrøntgen. Informanten er også inne på diskusjonen rundt at det er for få radiologer til å beskrive bilder på et generelt grunnlag, samt at det er for mange radiografer som er utdannet, noe som gjør at tilbudet og etterspørselen av arbeidskraft ikke står i samsvar.

En annen ekstern årsak til at ny arbeidsdeling har blitt mulig, er myndighetenes tilrettelegging gjennom endring av *Lov for helsepersonell*. Informanten tar også opp

samfunnsøkonomi som drivkraft for at man ser etter alternative løsninger for oppgavefordelingen i helsevesenet. Informanten uttaler:

*”Hva sier helsepersonelloven om dette? I utgangspunktet legger den til rette for oppgavedeling, den er ikke til hinder. Den er profesjonsnøytral, og det betyr at av totalt 29 helsepersonellgrupper, har alle et selvstendig ansvar for utførelse av sine tjenester. Igjen er medhjelpere slik loven er skrevet i dag. Kjernen i lovens forsvarlighetskrav er at helsetjenesten utføres faglig godt. Det eneste som kommer fram i loven er at det er spesifisert at ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen ta beslutninger i henhold til den enkelte pasient. Vi må derfor tørre å spørre hvem som kan utføre jobben? Etter kravet om forsvarlighet, må det være godt nok og hva er billigst?” ... ” Vi må tørre å se på dette med samfunnsøkonomi.” Informant 4 (radiografleder avd. A)*

I sitatet er informanten inne på at *Lov for helsepersonell* legger til rette for ny arbeidsdeling mellom helsepersonell, og endringen av loven ga lederne muligheten til å gjennomføre prosjektet med BR. Informanten var opptatt av at dette gir et formelt spillerom lokalt for å kunne gjennomføre tiltak for å endre arbeidsdeling. Ledere må sørge for kompetanse hos BR, slik at de kan utføre oppgavene godt nok ut fra kravet om forsvarlighet. Informanten uttaler seg også om at oppgavedeling er et tiltak som kan være besparende, og reduserer kostnader for samfunnet som helhet. Et slikt helhetsperspektiv er en lederoppgave, og en del av strategiene på alle nivå i helsevesenet.

Når det gjelder eksterne faktorer, kan vi oppsummere med at endring av *Lov for helsepersonell* legger til rette for- og dels forklarer hvorfor en ny arbeidsdeling mellom radiografer og radiologer er mulig. Informantene er også inne på at samfunnsutvikling mer generelt bidrar til den utviklingen vi har sett med arbeidsdeling.

## **Oppsummering**

I sum var alle informantene inne på dette med arbeidspress på radiologene. I et lederperspektiv blir BR sett på som en mulighet for å redusere arbeidspresset ovenfor radiologene, ved at BR bidrar til å ta unna noen av arbeidsoppgavene som tradisjonelt har tilhørt radiologene. En annen strategi er å øke jobbtilfredsheten for både radiologer og radiografer. Radiologene blir kvitt en del rutineoppgaver som karakteriseres som trivielle eller lite spennende. Dette er oppgaver som radiografer ser på som utfordrende ut fra sitt

perspektiv. Radiologene kan utføre andre oppgaver eller mer komplekse/spennende oppgaver. Radiografene får økt kompetansen, og kan utføre mer interessante oppgaver innen sin yrkesgruppe, noe som gir nye karrieremuligheter. Informantene har slik sett en lederstrategi hvor de presenterer BR som en vinn-vinn-situasjon der begge profesjonene har noe å vinne. Mer spesifikt trakk, særlig informantene på avdeling B, fram at samarbeidet mellom radiografer og radiologer kunne bedres ved innføring av BR. Dette kunne bidra til å bygge en bro mellom de to gruppene. Utviklingen har ført til at radiografer ikke er like bevisst på bildekvalitet, og radiologene har generelt fått et dårligere produkt de skal beskrive. Tanken til lederne var at BR vil ha økt forståelse for kravene til radiologene, og være et bindeledd mellom radiologene og radiografene. Dette vil kunne bidra til økt kvalitet på arbeidet som utføres av radiografene. Igjen har informantene en lederstrategi hvor de spiller på at begge gruppene har noe å vinne. Dette med samarbeid og økt kvalitet er også argument som blir fremstilt som vinn-vinn for både radiologene og radiografene. Økt fokus på skjelettrøntgen trekkes også fram som en ønsket effekt av innføring av BR. Konvensjonell røntgen har over tid tapt anseelse i forhold til mer moderen opptaksteknikker som CT og MR, både innenfor radiologi og radiografi. Fordel for pasientene ble også trukket inn som en ønsket effekt, gjennom å velge områder der det var størst behov. Tiltakene kan bidra til kortere ventelister, og derav reduksjon av flaskehalsen. Dette var argumenter informantene fra begge avdelingene var inne på i løpet av intervjuene. Avdeling B hadde mest fokus på kvalitet og samarbeid i forbindelse med oppstart, mens avdeling A hadde størst fokus på kapasitetskrise som utløsende årsak for at man startet denne endringen.

Av mer eksterne faktorer var informantene inne på dette med: 1. Myndighetenes tilrettelegging gjennom *Lov for helsepersonell* 2. Samfunnsutvikling med økt utdanningsnivå og videreutdanninger, der omfordeling av oppgaver kommer som en naturlig følge. 3. Helhetstankegang med hensyn til samfunnsøkonomi og utfordringene helsevesenet står ovenfor. 4. Utfordringene med mangelen på radiologer og god tilgang på radiografer.

## **7.2 Gjennomføring av ny oppgavedeling**

Når valget om å innføre radiografer i bildediagnostikken er gjort, er det viktig at ledere legger til rette for at organisasjonen skal lykkes med endringen i neste fase, noe man kan se i sammenheng med Yukls endringsledelse i litteraturgjennomgangen. Jeg valgte å presentere funnene samlet for de to avdelingene, grunnet små forskjeller i anbefalinger. I løpet av

intervjuene kom informantene med en rekke råd i forhold til hva de ser som viktig å legge til rette for å lykkes med gjennomføring av ny arbeidsdeling. I sum kom informantene med følgende anbefalinger for hvordan ledere kan være med å legge til rette for å få til gjennomføringen:

1. Kommunikasjon med de ansatte, og klargjøre organisasjonen i forbindelse med innføring av oppgavedeling.
2. Viktigheten av initiativ og endringsagenter for å sikre forankring og fremdrift.
3. Valg av utdanningsinstitusjon og oppfølging av kompetansen til BR for å sikre aksept, og sørge for at BR kan utføre oppgavene godt nok.
4. Valg av kandidater til utdanning og valg av veiledere.
5. Tilrettelegging for radiografene under utdanning.
6. Tilrettelegging for veiledere som skal bidra med opplæring av radiografer under utdanning.
7. Utarbeide en stillingsbeskrivelse som avklarer ansvarsforhold, og hvilke oppgaver BR skal kunne utføre.
8. Tilrettelegging for radiologer og leger i spesialisering, slik at deres kompetanse opprettholdes.

Ledere gjør et aktivt valg ved å velge tiltak innen oppgavedeling. I kommunikasjonen med de ansatte er det viktig å presentere hva ledere/organisasjonen ønsker å oppnå med oppgavedelingen. Dette må sees i sammenheng med funnene presentert i kapitlet «Hvorfor endre oppgavedeling mellom radiologer og radiografer?».

Den ene informanten uttaler at det er viktig å presentere årsaken til at en ønsker endringer:

*”Kommuniser hva vi vil oppnå med oppgavedeling og hvilke forventninger en har. Klare forventninger om nytte og hva vi ønsker å oppnå. Ha åpenhet om dette, og ingen skjulte agendaer ser jeg er avgjørende for å få til oppgavedeling. Da tenker jeg: Hva skal til for at vi stimulerer til en god utvikling slik at vi sikrer effektivitet og utnyttelse av felles og til dels knappe ressurser på området? Vi ønsket å oppnå en bedre hverdag for radiologene, slik at de kan jobbe med mer utfordrende oppgaver og vi ønsker bedre kompetanse for radiografene.”*

Informant 4 (radiografleder avd. A)

Ut fra sitatet over, og funnene i avsnittet om «Hvorfor endre oppgavedeling mellom radiologer og radiografer?», er det en viktig lederoppgave å presentere hvilke målsetninger man har med endringene. Flere av informantene brukte ord som «ærlighet», «åpenhet» og «lytte til argumenter og synspunkter» når det var snakk om kommunikasjon med de ansatte. I lokale lederstrategier ble det trukket frem at det var viktig å fokusere på hva radiologene har å vinne, og hva radiografene har å vinne. Bedre hverdag for radiologene, med mindre arbeidspress, bedre samarbeid mellom profesjonene, bedre kvalitet og kompetanseheving for radiografene, kan trekkes frem som eksempler. Informantene var også inne på at det var viktig å klargjøre for resten av organisasjonen hva de ønsket å oppnå med slike tiltak. Informantene trakk fram viktigheten av å informere ortopedene og andre leger som henviser til undersøkelser. Pasientperspektivet ble også trukket fram som et viktig argument.

Endringsagenter er viktig for å lykkes i endringsprosesser. De kan sikre fremdrift, og at endringen forankres bedre i organisasjonen. En av informantene sier følgende om initiativ fra legegruppen og entusiaster:

*”Om initiativet kommer fra legegruppen er det et særlig pluss. I tillegg trenger man noen entusiaster som ser alternative løsninger, og som fungerer som pådrivere. Dette har vi sett spesialet innenfor ultralyd. Der er det mange pådrivere innenfor legegruppen. Da ser jeg at vi i større grad lykkes.”* Informant 4 (radiografleder avd. A)

Avdelingen A har gjennomført tiltak innenfor diagnostikk der radiografer beskriver ultralyd innenfor et begrenset område. I sitatet over poengterer informanten at dersom forslagene kommer fra radiologer, og de er med å kontrollerer prosessen, er det lettere å gjennomføre oppgavedeling. Det er fagpersoner innenfor radiologien som sitter på nøkkelen til hvilke oppgaver som egner seg for deling og hvilke oppgaver som betraktes som rutine, der radiografer kan avlaste for å redusere arbeidspress. Avdeling B hadde større grad av konsensus for oppgavedeling innenfor skjelettrøntgen. Det var ikke like stor grad av enighet i faggruppen innen ortopedisk radiologi ved avdeling A.

Kompetanse omtales som de ansattes valuta, og kvaliteten på utdanningen er viktig for at BR skal aksepteres i radiologmiljøet.

I sitatet under uttaler en av informantene følgende om valg av utdanning:

*”Kvaliteten på utdanningen som blir valgt. Det er viktig å velge et utdanningsløp som er anerkjent. Utdanning i England ble valgt i det henseende, der kvaliteten på utdanningen var god. Dette handler om kunnskapsnivået hos de som tar utdanning, og hvilken kunnskap de er sikret for å kunne løse oppgavene de blir satt til, slik at BR kan bli akseptert av klinikere og radiologer.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

I sitatet over presenteres valg av utdanningsinstitusjon som en viktig grunn for å lykkes med ny arbeidsdeling. Flere av informantene var i løpet av intervjuene inne på dette med valget av studiet i England. De presiserte de høye kravene til studentene, og at studiet legger veldig god til rette for at BR er kvalifisert til å beskrive bilder etter uteksaminering. Informantene uttalte at utdanningen i England hadde helt andre krav enn hva vi er vant til i Norge, noe som de presiserer stiller store krav til de som skal ta utdanningen og legene som skal være veiledere under utdanningen og i oppfølgingen.

Dette pendler oss inn på valg av kandidater som skal sendes til utdanning for å bli BR. I sitatet under er den en informant inne på valg av radiografer og tilrettelegging under utdanning:

*”Å velge de rette kandidatene med god nok motivasjon. Det er fritiden og privatliv dette går utover. Det er tidkrevende og det må prioriteres, og de må bruke mye tid å krefte på dette, hos oss har de fått veldig mye tid i arbeidstiden” ...”De har vært fritatt fra produksjon under utdanningen, og de har vært vernet fra oppgaver, slik at de fullt og helt kan konsentrere seg om utdanningen. Dersom vi snakker om suksesskriterier er det viktig å ha nok tid avsatt til utdanningen.”* Informant 1 (radiografleder avd. B)

I sitatet er leder inne på utvalgskriterier for kandidater for å lykkes med oppgavedeling. Avdeling B valgte å lyse ut stilling og gjennomførte intervju for å kvalitetssikre utvelgelsen. Avdeling A valgte ut kandidater ut fra interesse hos ansatte og ut fra leders utvelgelse av kandidater. Andre viktig kriterier som nevnes i sitatet over, er tilrettelegging for de radiografene som er under utdanning, noe informantene fra begge avdelingene omtalte som et suksesskriterie for å lykkes. Informantene var i løpet av intervjuet inne på at det var viktig å utforme kompetanseplaner også etter at BR var satt i produksjon. Dette for å sikre formelle krav til kompetanseoppfølging i forhold til leders sørge for ansvar for å sikre forsvarlighet.

En annen involvert part er veiledere, som skal følge opp radiografer som er under utdanning. De spiller en viktig rolle i kvalitetssikringen av beskrivelsene BR skal utføre, og bidrar i den praksisrettede delen av utdanningen. En informant sier følgende om veiledere under intervjuet:

*”Jeg har tenkt på prioritering av legerressurser i forbindelse med utdannelsen. Så har jeg på en måte gitt det de har bedt om. Satt av den tiden vi mener er nødvendig, og vernet disse veiledroppgavene. Satt det opp i arbeidsplaner, eget arbeidsrom og egen arbeidsstasjoner, slik at de ikke sitter i vanlig granskning, for å kunne gi de gode arbeidsvilkår.”* Informant 2 (radiologleder avd. B)

Informanten er i sitatet over inne på det å fasilitere for radiologer som påtar seg veilederrollen, de som skal bidra til undervisning av radiografer under utdanningen. Ledere har her en viktig rolle når det skal legges til rette for å lykkes i en slik prosess. Ledere må frigjøre tid både for radiologene og radiografene som er involvert.

En annen viktig oppgave er å utarbeide en stillingsbeskrivelse for å avklare ansvarsforhold, og hvilke oppgaver BR kan utføre. BR er utdannet innen et smalt felt i bildediagnostikken, og informantene utaler at for at samarbeidet skal kunne fungere, er det viktig at arbeidsområde er klart avgrenset:

*”For at samspillet mellom radiologer og radiografer skal fungere, er det viktig å lage en form for stillingsbeskrivelse. Innenfor dette området kan BR fått delegert myndighet til å beskrive. Viktig at radiografene forholder seg til dette, at de ikke går utenfor ansvarsområdet. Dersom ikke dette skjer blir det litt utrygt rent juridisk, samt at det kan provosere de som allerede er negative. Ansvarsområdet kan eventuelt utvides med erfaring. I dag er det begrenset hva BR kan beskrive. De er også utdannet til å kunne beskrive barn, bekken og rygg. Noe det eventuelt kan utvides til senere, spesielt innenfor voksne. Barn er det barneradiologer som bør beskrive.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

En annen informant er inne på dette med stillingsbeskrivelse og avklaring av begrensninger:

*”Jeg har sammen med klinikkjef og avdelingsjef laget en stillingsinstruks/rollebeskrivelse. Det er ikke noe delegering eller mandat, men vi avklarer ansvarsforholdet og oppgavene.”*

...”Vi skrev for eksempel ned at de ikke skal diktere cervicalcolumna ved spørsmål om skade, de skal beskrive ekstremiteter og akseskjelett.” Informant 2 (radiologleder avd. B)

I sitatene over poengterte informantene at det er en lederoppgave å utarbeide en stillingsbeskrivelse slik at ansvarsforhold er avklart, slik at man forhindrer at man har uklare grenser. Avdeling A har klare avgrensninger på hva BR kan beskrive ut over det de er utdannet til. BR kan i dag beskrive skjelettbilder av skulder og ned til fingrene, samt hofte og ned til tærne, de kan da ikke beskrive bekken, rygg og barn selv om dette er en del av utdanningen. Ved avdeling B er det lagt inn mindre begrensninger i forkant, men BR var under utdanning når dette intervjuet ble gjennomført. Avdeling B ønsket blant annet at alle undersøkelser skal kontraseres av overleger i en periode på 6-12 måneder for å kunne sikre kvaliteten på oppgavene BR utfører. Flere av informantene var inne på dette med viktigheten av klare avgrensninger mellom hvilke oppgaver BR kunne utføre i forhold til radiologene. Uttalelsene viser at en viktig lederoppgave er å tilrettelegge det juridiske/formelle i forhold til BR. Et annet eksempel på viktigheten av ha det formelle på plass, er at det i løpet av intervjuet kom flere uttalelser om viktigheten med å håndtere avvik når BR gjør feil, og at avdelingen har en plan for hvordan dette håndteres.

Det er også viktig at radiologene og leger i spesialisering blir godt ivaretatt i en prosess med innføring av BR. Et viktig argument som brukes mot oppgavedeling, er at kompetansen hos radiologene forringes dersom radiografer skal inn i diagnostikken. I sitatet under er informant inne på denne tematikken:

*”Et annet viktig suksesskriterie er, dersom du skal drive med opplæring av radiografer til å utføre legejobber, så må du samtidig være nøye på at du får en minst like god eller bedre undervisning av leger i spesialisering og yngre kolleger. Dersom man ikke lykkes med det kan det oppstå en maktkamp mellom de to gruppene. Det må ikke gå på bekostning av noen.”*  
Informant 3 (radiologleder avd. A)

Uttalelsen viser at det er viktig for ledere å legge til rette for at ikke radiologer og leger i spesialisering skal miste kunnskap ved innføring av BR radiograf. Det fremstod som en sentral lederstrategi å sikre at legene blir godt ivaretatt i en slik prosess. Enkelte av informantene var inne på dette med å skape et miljø for deling av oppgaver, slik at alle oppgavene innenfor skjelettrøntgen ikke overføres til BR. Leger i spesialisering og radiologer

må beskrive innenfor samme undersøkelsesgrupper, og som det ble sagt ved avdeling B, er det viktig at radiologer og BR sitter side ved side, slik at de kan samarbeide og utveksle kompetanse. Informant ved avdeling A var opptatt av at undervisningen av kollegaer på radiologsiden måtte prioriteres, slik at de ikke mistet kompetanse.

## **Oppsummering**

For lederne jeg intervjuet var det mange aspekter de mente det var viktig å legge til rette for ved gjennomføring av oppgavedeling:

- Det var viktig at ledere kommuniserte endringene i hele organisasjonen, også utenfor den radiologiske avdelingen, altså også til de ulike henvisende avdelingene. Ansatte innenfor røntgenavdelingene og brukerne/ortopedene må informeres om hvilke målsetning de har ved gjennomføring av oppgavedeling innenfor bildediagnostikk. Enkelte av informantene presiserte også at de ansatte må kunne komme med tilbakemeldinger, og at det er viktig for ledelsen å ta hensyn til dette for å sikre medvirkning i prosessen.
- For informantene i dette utvalget var det viktig å velge en utdanning som var ansett kvalitetsmessig, for å sikre kompetanse til de som utdannes til BR. Informantene var inne på en rekke formelle forhold ved gjennomføring i tillegg til valg av utdanning. Enkelte uttalte at det måtte utarbeides kompetanseplan for oppfølging av BR. Begge avdelingene presiserte at det må utarbeides stillingsbeskrivelse for å avklare ansvarsforhold, hvilke oppgaver BR skal ha og hvilke begrensninger det skal være på hva de kan utføre, samt utarbeide en plan for hvordan avdelingene skal håndtere avvik, når feil oppstår. Alle disse punktene kan sees i sammenheng med at informantene ser viktigheten av at det formelle/juridiske er på plass, og at grensene for hva BR kan utføre er avklart, noe som kan settes i sammenheng med sørge for ansvaret til arbeidsgiver ivaretas.
- Av mer uformelle forhold, ble det presisert at en viktig oppgave for ledere var å velge de riktige kandidatene. Utdanningen er krevende, og ved den ene avdelingen har en av radiografene avbrutt studiet. På den andre avdelingen har ferdig utdannet BR sluttet etter at de ble satt i produksjon. Utdanningen er et ressurskrevende tiltak, og mye investeres i radiografene som tar utdanningen, og dermed er det en risiko knyttet til at BR slutter. Rekruttering er en viktig lederoppgave i den sammenhengen. På samme tid er det viktig å velge ut gode veiledere på radiologsiden, som kan fungere som

entusiaster og pådrivere. Avdeling A hadde en veileder i oppfølgingen av to BRer, mens avdeling B hadde to veiledere.

- En annen viktig lederoppgave er å legge til rette for at veiledere og radiografer skjermes under utdanningsperioden. Begge avdelingene poengterte at både radiologer og radiografer under utdanningen må få satt av nok tid, og at det fasiliteres med egne rom, arbeidsstasjoner og arbeidsplaner for de involverte, slik at forholdene rundt opplæringen/veiledningen blir godt ivaretatt.
- Et siste moment med hensyn til innføring, er at det må tilrettelegges for radiologer og leger i spesialisering. Når oppgavedeling settes på dagsorden, poengterer informantene at det må legges til rette for undervisning, slik at legene ikke skal miste kompetanse. Avdeling A satte fokus på god undervisning og oppfølging av leger i spesialisering og radiologer. På avdeling B var fokuset rettet mot at BR og radiologer/leger i spesialisering skulle sitte sammen i et team, for å kunne diskutere og utveksle kompetanse.

### **7.3 Tilbakeblikk på prosessen**

Til tross for at ledere legger til rette i forkant, er det vanskelig å forutse hvordan en slik endring blir mottatt. Yukls endringsledelse er også viktig i dette avsnittet med å følge opp endringsprosesser. Det at få radiologiske avdelinger har innført BR i produksjon, viser at dette ikke er en systemendring. Det er heller ingen systemendring på de to avdelingene intervjuene ble gjennomført, siden det nå bare er en BR på begge avdelingene. Enkelte av informantene uttaler at dette ikke er en robust ordning, og dette fører ikke til en kontinuerlig avlastning for legene ved avdelingen.

Noen få avdelinger har likevel sendt radiografer til utdanning innenfor skjelettrøntgen og ultralyd, og avdeling A var noen av de som var først ute med dette i Norge. Erfaringene fra avdeling A viser at dette har vært en krevende prosess, men dersom oppgavedeling er målet virker det som om avdelingen har vært gjennom en modningsprosess.

Ved avdeling B var ikke BR ferdig utdannet på det tidspunktet intervjuet ble gjennomført, og derfor har de ennå ikke erfaringer med at BR er en del av produksjon. De har likevel nyttige erfaringer rundt gjennomføring og prosessen med utdanning av radiograf.

Svarene fra informantene tyder på at det fortsatt er avstand mellom radiologer og radiografer på systemnivå, men lokalt er bildet litt mer nyansert. I følge Abbott kan stor arbeidsbelastning på arbeidsplassen føre til at man finner pragmatiske løsninger for arbeidsdeling lokalt, som ofte strider med det offentlige synet på hvordan oppgaver fordeles.

### **Avdeling A:**

Avdeling A har vært igjennom en lang prosess fra prosjektstart til oppgavedeling ble satt ut i produksjon rundt 1 år senere. Informantene har av den grunn, mange erfaringer i forhold til innføring av radiografer i bildediagnostikken. Det er en rekke positive effekter av oppgavedeling inne skjelettdiagnostikk, men informantene har også erfart en rekke utfordringer underveis. Utfordringene har ført til forsinkelser i prosessen, samt skapt utfordringer for de involverte partene både på radiograf- og radiologsiden. Til sammenligning ønsker Avdeling B å sette BR i produksjon etter endt utdanning.

Av utfordringer i prosessen var informantene inne på:

1. Manglende forankring og motstand i legegruppen innenfor ortopedisk radiologi.
2. Utfordringer med å se effektene av å innføre BR i bildediagnostikk.
3. Krysspress for ledere med hensyn til ansatte/profesjon og driftshensyn.
4. Manglende ressurstilgang når tiltaket ble gjennomført.
5. Mangel på samarbeid som har ført til at de ikke har lyktes med etableringen av tverrfaglig team.

Av positive effekter i prosessen, gitt at ny arbeidsdeling er målet, var informantene inne på:

1. Gradvis større aksept blant radiologene i et 4-5 års perspektiv både lokalt og nasjonalt.
2. Økt kvalitet på undersøkelser innen skjelettrøntgen på stedet BR arbeider.
3. BR fungerer som mentor for radiografer, og bidrar med undervisning og samarbeid med klinikere.
4. BR bidrar til rekruttering av godt kvalifisert personell.

Dette prosjektet ble startet for flere år siden, men avdeling A hadde fortsatt utfordringer når det gjaldt forankring hos ortopediske radiologer. Ledelsen, BR og veileder er avhengig av samarbeid med denne radiologgruppen, og informant uttaler:

*”Det var ikke godt forankret ned i legegruppen/faggruppen. Det har vært mange tilbakemeldinger på dette i etterkant, noe som gjorde det vanskelig for den som startet som veileder, å kunne vedlikeholde og stå ved det som ble satt i gang.” ... ”Vi var i prosjekt i flere år før vi fikk satt det ut i produksjon. Det var veldig tungt å få satt det ut i drift, nettopp fordi at vi hadde mange angrep nedenfra og horisontalt.” Informant 4 (radiografleder avd. A)*

I sitatet over poengterer informant at det har vært motstand blant legegruppen ved avdelingen, noe som har forsinket innføring av BR i produksjon. For å sette dette litt i perspektiv, var målet for avdeling B som tidligere beskrevet, at nyutdannet radiograf skal settes rett i produksjon etter endt utdanning. Begge informantene ved avdeling A var i løpet av intervjuet inne på utfordringene underveis ved flere anledninger, og hvilken pris dette hadde for de involverte partene. Radiolog som var veileder hadde utfordringer innen egen faggruppe i forhold til aksepten av dette prosjektet. På samme tid hadde hele miljøet rundt ortopediske radiologer utfordringer i forhold til reorganisering ved avdelingen. Det var misnøye med hvilket tilbud ortopediske pasienter hadde etter omstillingen. Tilbud og etterspørsel samsvarte ikke. Det var stort arbeidspress for radiologene, samt at enkelte av de ortopediske radiologene ikke samtykket i prosjektet med BR. Dette sier også noe om kostnadene ved å være pioner på et område som er kontroversielt innenfor radiologien. Den ene informanten var inne på at det var som å åpne Pandoras eske den gangen de startet prosessen, at de ikke var helt klar over hva de gikk til. For radiografene som hadde utdannet seg til BR var det også utfordrende, og problemene gikk ut over mulighetene til å samarbeide med ortopediske radiologer. Informanten uttalte at den en BR sa opp etter at dette ble satt i produksjon, delvis grunnet utfordringene underveis. For BRene var det også vanskelig at de ble stående litt alene. De tilhørte verken radiografene siden de skulle jobbe som beskriver, eller radiologene som de ikke fikk samarbeidet med. Dette ble omtalt som en krevende situasjon for BR, som igjen kan føre til manglende motivasjon.

Et viktig suksesskriterie for å lykkes i en slik prosess er ressurstilgang. Når informantene ser tilbake på denne prosessen, er de inne på dette at det tar lang tid å se effektene av BR. En av informantene utaler:

*”Jeg skjønnte ikke hvor lang tid det ville ta, og hvor mye ressurser dette tok” ... ”Koster all den tidsbruken seg i den andre enden? Får du nok BR igjen for de ressursene du bruker i*

*prosessen? Kanskje på sikt får du det, men i opplæringsfasen og på kort sikt? Så er det veldig ressurskrevende på lik linje med all annen utdanning.*” Informant 3 (radiologleder avd. A)

Den andre informantene uttaler seg om krysspress, og bruk av resurser:

*”Leder blir satt i et krysspress mellom profesjonenes ønsker og driftshensyn. Ledere skal sørge for å løse oppgaver og drive avdelingen” ... ”Som leder må man stille seg selv en rekke spørsmål: Kan man tvinge gjennom oppgavedeling som leder? Hvor lang kan man gå uten at profesjonene spiller på lag? ” ... ”Hvor mye ressurser skal man bruke dersom motstanden er så stor?”* Informant 4 (radiografleder avd. A)

I sitatene over stiller informantene spørsmål om hvorvidt innføring av BR var vært prisen det har kostet? I argumentasjonen for oppgavedeling trekker radiografene frem arbeidsdeling som en ren vinn-vinn-situasjon, men informantene er mer beskjedne i sin beskrivelse av effekt på kort sikt. Uttalelsen tyder på at det var en kontrast mellom forventningene i oppstarten og utbytte i den andre enden, sett fra et lederperspektiv. Det er verdt å merke seg at informantenes subjektive inntrykk var at BR ga beskjeden effekt. Den ene informantene er også inne på dette med krysspress for ledere, og hvilke hensyn de må ta. Profesjonenes ønsker står ikke alltid i samsvar med driftshensyn, kravene til ledere og sykehus, og krav fra myndighetene.

Det er også et annet element som er viktig når det gjelder ledere og krysspress. Lederne er avhengig av godt samarbeid innad i egen profesjon og på tvers av profesjoner. I sitatet under presiserer informant at ansatte har ulike ønsker når det er snakk om ny arbeidsdeling:

*”Som leder kommer du i skvis: Mellom radiologene som synes det er alright og de radiologene som ikke liker det. Du har også radiografer som synes det er alright og radiografer som ikke synes noe om det.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

Informantene poengterer at det er et bredt spekter av meninger når oppgavedeling er tema. For ledere er det en utfordring å ta hensyn til ulike synspunkt fra ansatte, også på tvers av profesjoner. Ledere blir dradd mellom mange krav og ulike hensyn. Ledere har en viktig oppgave når det gjelder å tenke helhetlig, og dette kan føre til vanskelige og upopulære valg.

En av informantene er også inne på dette med tilrettelegging for veiledere i sitatet under, og at det må legges til rette for god ressurstilgang, men at de ikke hadde lykkes med dette:

*”Innføring av BR krever mye ressurser. De som skal være veiledere trenger en form for gulrot, for å bevege seg inn på et minefelt. Nå er det kanskje ikke et like stort minefelt som for 4-5 år siden. De ansatte ser at det kommer, og kommer det høyt nok ovenfra så sier de ja vel, det er greit nok.”* Informanten presiserer: *”De som driver med opplæring bør ha en form for gulrot, slik at det ikke bare blir en ekstra oppgave i tillegg til alle andre oppgaver.”* Et annet sted i intervjuet sies følgende: *”En erfaring er at man ikke brukte legevikarer under utdanningen av BR, noe som ikke var hensiktsmessig.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

I uttalelsen sier informant at det er viktig at de som skal være veiledere trenger tilrettelegging for å ta på seg ekstra oppgaver. I forbindelse med prosjektet var det ikke vikar til å avlaste radiologene i den tiden veileder brukte med radiografer under utdanning. Informanten ser dette som lite hensiktsmessig, da det fjernet ressurser fra radiologgruppen. Erfaringen til informanten var at det ikke var god nok ressurstilgang når dette tiltaket ble iverksatt. Det er verdt å merke seg at informantens subjektive oppfatning var at man både tapte ressurser ved å bruke en radiolog som veileder og å ta to radiografer ut av produksjon. I tillegg ble det påpekt at man bør erstatte de som tas ut med vikarer, for at det ikke skal gå ut over produksjonen. Det å legge til rette for å innføre BR i bildediagnostikken er ressurskrevende på flere plan, ut fra uttalelsene fra informantene ved avdeling A.

Det skal legges til rette for radiografer som skal ta utdanningen og radiologer som skal være veiledere. I sitatet under påpeker informant at det er viktig å evaluere dette, og se på kostnadene:

*”Ressursbruken gjør at det er fornuftig å gjøre en evaluering underveis. Hvor mye koster det å utdanne en BR, og hvor mye vedkommende kunne gjøre? Det er en av de største risikofaktorene. Du bruker mye ressurser på opplæring og utdanning av radiograf som er tatt ut av drift. Dersom vedkommende ikke greier å produsere et stort nok volum, har man brukt mye penger og får lite igjen. Du vinner kanskje ikke noe annet en å løfte opp en faggruppe, dette er en gevinst, men fra et profesjonsståsted for legegruppen vil det ikke være noe gevinst. Da har man bare tapt litt territorium. Det tror jeg er noe av det som kommer opp, at man føler seg truet, særlig de yngre. De er redd for å miste oppgaver, at det ikke skal være nok*

*igjen. Derfor er en av suksessfaktorene at man følger opp undervisning av leger i spesialisering og kollegiet. En annen faktor er at konvensjonell røntgen drukner litt i CT og MR, noe som er farlig å gjøre innenfor ortopedisk radiologi.” Informant 3 (radiologleder avd. A)*

Informanten påpeker at en av de største risikofaktorene ved en slik endring er produktiviteten til de som skal jobbe som BR. Det å evaluere tiltak kan være med på å avkrefte eller bekrefte om et slikt tiltak er nyttig. Det er mange kostnadsdrivere i forbindelse med innføring, og da er det viktig å kartlegge en eventuell gevinst. Informanten påpeker at dette bidrar til å endre profesjongrensener, uten at man er kjent med effekten av tiltaket. Dette kan bidra til motstand blant radiologene og at legegruppen føler at de mister oppgaver. Informanten påpeker som tidligere nevnt i resultatpresentasjonen, at det er viktig å legge til rette for leger i spesialisering og radiologer for at de ikke skal miste breddekunnskapen innenfor ortopedisk radiologi.

Samme informant uttalte seg også om holdninger generelt i radiologmiljøet i Norge. Og i sitatet under utaler informanten at holdningene er i endring:

*”Under høstmøtet for radiologene i 2009 ble det holdt et innlegg om BR. Da var det kolleger som reiste seg opp å sa at dette er det største tullet de hadde hørt. Det var veldig mange som var i mot, det var ikke mange som var for. Men det er jo kanskje i endring. Det er andre radiologer som har tatt opp temaet, det gjennomføres tiltak andre steder. Når vi startet med dette, var det jo som å åpne Pandoras eske, vi visste jo ikke helt hva som kom ut av den.”*

Informant 3 (radiologleder avd. A)

Informanten poengterer dette med at det har vært en gradvis endring i holdninger over tid blant radiologene. Det var større motstand i 2009 enn det ser ut til å være nå.

Informantene ved avdelingen har også gjort andre erfaringer som har gjort oppgavedelingen utfordrende. I sitatet under er informant både inne på geografisk avstand og manglende samarbeid med radiologene:

*”Så ser jeg at teamarbeid har vært manglende og har vært fraværende etter oppstart. Det var ikke like enkelt å se på at legene ikke var i stand til å være tilstede der vi hadde satt BR i*

*drift. Det med tverrfaglige diagnostiske nettverk er en kjempefordel, der de har muligheten til å diskutere diagnostikk og funn daglig. Jeg ser at vi har haltet litt i oppfølgingen, for eksempel er det jo slik at grupper som presterer på et så faglig høyt nivå som legene, har etablert en gi og ta kultur. Noe som medfører at de hjelper hverandre, deler kunnskap og gir hverandre råd innad i egen faggruppe.” ... ”Det er heller ingen tvil om at organisasjonen er tjent med at medarbeidere utveksler kunnskap og ferdigheter, også mellom ulike yrkesgrupper. Det er her jeg ser at vi har hatt den største fallgruven, ved at BR er i et annet hus en våre leger. Det har vært avstand, med spredte besøk på stedet radiografene jobber og man har ikke fått det daglige samarbeidet til å fungere godt. Det har vi ikke fått til, det samspillet med legene. På en annen siden får du enda mer frykt og redsel for eget fag for legegruppen, når de ikke er i nærheten og blir kjent.” Informant 4 (radiografleder avd. A)*

Informant poengterer i sitatet over at de ikke har fått til et tverrfaglig team der radiologer og radiografer samarbeider innenfor skjelettrøntgen. Informanten mener at dette delvis skyldes måten de er organisert på, ved at radiologer og BR ikke sitter sammen. BR mangler derfor en arena der de daglig kan diskutere funn med radiologene. Informanten mener at dette også kan påvirker holdningene til radiologene. Siden de ikke sitter sammen, blir de heller ikke så godt kjent.

Den andre informanten uttaler seg slik om samarbeidet mellom BR og ortopediske radiologer:

*”Det fungerer fint, i alle fall nå. Det har vært en utfordring ved det å holde seg innenfor de gitte rammene. I dag er det ytet ønske fra kollegiet at BR skal kunne sitte mer sammen med radiologene. BR bør inkorporeres litt mer i miljøet, slik at de får sitte litt mer sammen.” Og et annet sted i intervjuet: ”BR som er igjen gjør i dag en god jobb, og vi ønsker å involvere BR mer i arbeidet og samarbeidet med radiologene. Det er snakk om utvidelse av ordningen og holdningen er fortsatt delt. Noen er veldig imot, mens andre synes det er greit. Noen synes det er greit dersom det er den veien ledelsen ønsker å gå, men da må det gjøres på en god måte.” Informant 3 (radiologleder avd. A)*

Informant uttaler at det fungerer bedre i dag, og at radiologene ser at det er behov for mer samarbeid med BR for å bedre situasjonen. Informanten er inne på at det er snakk om en utvidelse av ordningen, men holdningene er fortsatt delte. Informanten er inne på at enkelte

av radiologene godtar endringen dersom det er et ønske fra ledelsen, men erfaringene tyder på at det må gjøres på en bedre måte ved utvidelse av ordningen.

Det er i dag bare en BR ved avdelingen som ikke er samlokalisert med radiologene. Avdelingen har lagt til rette for arbeidsplasser på stedet BR er lokalisert, men bemanningssituasjonen har gjort det vanskelig å få til en rotasjon med radiologer. Informant er i sitatet under inne på dette med at det ikke er en robust ordning:

*”I ettertid ser vi at det å bare sitte igjen med en radiograf blir for lite robust. Vi ønsker å skape en mer robust ordning ved å sende to nye på utdanning. Da ser jeg at det er viktig at vi ikke bare har en veileder men to, slik at man får inn litt mer gruppedynamikk og teamfølelse.”* Informant 4 (radiografleder avd. A)

Informanten poengterer at de ikke har fått til noe systemendring og erfaringene viser at det er en lite robust ordning, spesielt etter at den ene BR sa opp sin stilling. Når det er snakk om utvidelse av ordningen, ser informanten viktigheten av at flere veiledere involveres i prosessen, dette for å bidra til bedre gruppedynamikk som igjen kan føre til bedre samarbeid og teamarbeid. På det tidspunktet intervjuet ble gjennomført, var det planlagt at to nye radiografer skulle ta utdanningen.

Informant sier følgende om utvidelse av ordninger, og hvilke effekter de ser dersom de får en mer robust ordning:

*”Når det bare er en, hvem skal da gjøre jobben når denne personen er borte? Dersom vi får flere så kan man for eksempel si at BR skal ta unna 10-20 % av produksjonen gjennom hele året, dette vil føre til en jevn reduksjon av arbeidspress ovenfor andre ansatte.”* Informant 3 (radiologleder avd. A)

Informanten ser at ordningen ikke er robust i ettertid. Ved en utvidelse poengterer informanten at de skal kunne se større effekt av BR, ved at de skal kunne ta unna 10-20 % av produksjonen, noe som vil bli en mer merkbar reduksjon på arbeidspresset for radiologene som beskriver innenfor ortopedisk radiologi. Planen var at to BR til enhver tid skal beskrive og rullere mellom å jobbe som BR i 50 % av stillingen, samt at de skal jobbe som vanlig

radiograf i resterende 50 %. Informanten presiserer at dersom de blir tre BR, legges det til rette slik at de kan jobbe sammen og hjelpe hverandre.

Av andre positive effekter som trekkes fram, er at informantene har sett en økning av kvaliteten på undersøkelser. BR har ført til at dyktige radiografer har blitt rekruttert og entusiasmen innenfor radiografi er økende. BR fungerer som en mentor for radiografer og andre legegrupper på stedet BR arbeider:

*”Det vi ser er at radiografer som har blitt utdannet til BR i England fungerer som mentor for de øvrige radiografene, og stimulerer til bedre kvalitet på utførelsen av undersøkelsene. Fungerer på mange måter som en støttespiller og mentor også for andre legegrupper som ikke er knyttet til radiologi, blant annet ortopedene. I utgangspunktet var det motbør mot å få BR blant ortopedene, som ikke skjønnte hva vi var i gang med. I ettertid har de sett den store gevinsten, ved samspillet med BR som har fått høyere kompetanse. Både på undervisning og med tanke på daglige spørsmål og utveksling av kompetanse på tvers. Det jeg i tillegg ser, er hva våre leger oppnår. De oppnår et faglig godt produkt til beskrivelse, ved at vi har mange dyktige radiografer. Bakgrunnen er at BR har stimulert til godt fagmiljø, og at flere dyktige radiografer rekrutteres inn.”* Et annet sted i intervjuet sies følgende: *”Det er veldig god kvalitet på hva beskrivende radiograf utfører, noe som smitter over på de øvrige radiografene.”* Informant 4 (radiografleder avd. A)

Informantene er inne på dette med at økt kompetanse gjennom at radiografer har utdannet seg til BR. Kompetansen til BR har ført til økt bevissthet hos hele radiografgruppen når det gjelder utførelse av undersøkelser på skjelettrøntgen. Informantene poengterer at BR har forståelse for hva radiologene ønsker av bildekvalitet for å beskrive bilder. Det har dermed hatt en smitteeffekt, og den ene informanten presiserer at stedet er kjent for sin gode kvalitet innenfor skjelettrøntgen. Dette viser at effekten av oppgavedeling innenfor skjelettrøntgen fører til et løft for radiografien, gjennom at utvalgte radiografer før økt sin kompetanse. Dette kvalitetsløftet bidrar også til at radiologene har noe å vinne på sluttproduktet, altså kvaliteten på bildene de skal beskrive. Uttalelsen over viser også at det har vært en endring blant andre legespesialiseringer, der ortopedene har sett gevinsten av BR som er satt i produksjon. BR har også stimulert til bedre fagmiljø og at dyktige radiografer søker til stedet.

I sum er informantene inne på mange utfordringer med innføring av BR i bildediagnostikken:

- I argumentasjonen for oppgavedeling ønsker ledere vinn-vinn-situasjoner for radiografer, radiologer og pasienter, men informantene forteller i nøkterne ordlag om utbytte på kort sikt av BR ved avdeling A.
- Det å etablere et tverrfaglig team som skal beskrive skjelettrøntgen har vist seg å være vanskelig, og samarbeidet har ikke fungert godt nok mellom BR og radiologene. Innføring av BR har ikke ført til en robust ordning eller en systemendring, og etter at en av BR sa opp har det blitt enda mindre robust.
- En annen erfaring er at informant mener at det ikke er robust nok å involvere bare en veileder fra radiologenes side.
- Manglende ressurser for å tilrettelegge for radiologer som tar på seg rollen som veileder, og tilgang på vikarer for å dekke opp når veileder ikke er i produksjon.
- Manglende forankring og motstand i legegruppen innenfor ortopedisk radiologi, som har bidratt til å forsinke prosessen.
- Geografisk avstand blir sett som en viktig årsak til at avdelingen ikke har lyktes, dette har bidratt til mindre grad av samarbeid mellom BR og radiologer.

Når det er snakk om å summere positive erfaringer ved avdeling A, er informantene inne på følgende:

- Gradvis modning blant radiologer i et 4-5 års perspektiv både lokalt og nasjonalt, der holdningen har endret seg gradvis.
- Ved en utvidelse av ordningen er det ventet større effekt av endringen, og man ser for seg en mer robust ordning som i større grad gir en systemendring lokalt. Der BR skal beskrive 10-20 % av aktuelle undersøkelsen gjennom hele året.
- Radiologene ser behovet for at de sitter mer sammen med BR, og at de dermed kan bli en del av miljøet innenfor ortopedisk radiologi.
- Økt kvalitet på skjelettrøntgen på stedet BR arbeider.
- BR fungerer som mentor for radiografer og legene utenfor radiologi. Informantene ser også økt aksept blant ortopedisk/klinikere som ikke er en del av radiologien.
- BR har bidratt til rekruttering av dyktige radiografer, gjennom muligheten for å kunne få økt kompetanse og se nye karrieremuligheter.

## **Avdeling B**

Avdelingen B hadde radiograf under utdanning på det tidspunktet intervjuet ble gjennomført. For kort tid tilbake startet to radiografer på utdanningen, men den ene kandidaten sluttet på studiet i løpet av utdanningen. Avdelingen vil derfor ikke ha mange erfaringer ut over gjennomføring, i tillegg hadde informantene en del uttalelser i forhold til hva de ser for seg av effekter. Av positive erfaringer med gjennomføring og målsetninger i fremtiden vektlegges:

1. Læringsutbytte for radiologene som er veiledere.
2. Kompetanse og krav til de som fullfører utdanningen til å bli BR.
3. Økt samarbeid mellom radiograf og radiolog.
4. Økt fokus på radiografi.
5. BR skal bidra i opplæring av leger i spesialisering og turnuskandidater som ikke har lang erfaring.

Den ene informanten uttaler seg slik i forbindelse med at den ene kandidaten trakk seg:

*”Det er litt kulturkollisjon i forhold til utdanningen, det er generelt mye strengere karv i England. Det å være lege i spesialisering i granskningen er ikke så tøft på mange måter. Det med formelle krav er annerledes.”... ”Den norske tradisjonen er å spørre om hva synes du at du kan, men her skal alt måles objektivt innenfor et ganske stort felt.”* Informant 2

(radiologleder avd. B)

Informanten er i sitatet over inne på dette med at det stilles store krav til de som tar utdanningen. Informantene var tidligere inne på at det har blitt lagt til rette for studentene med avsatt tid til utdanning, og dette ikke var årsaken til at den ene sluttet underveis. Informantene poengterte at det stilles høye krav, og dette oppleves som krevende for de som er under utdanning. Den ene informanten uttalte at det er stor strykprosent på studiet.

En annen erfaring med gjennomføringen handlet om hva radiologene som hadde påtatt seg veilederrollen har å vinne på denne prosessen. Informant utaler seg slik:

*”Veilederne har vokst og lært mye, det er morsomt. Jeg har hatt noen møter underveis. Det har vært veldig god stemning i gruppen, til tross for at en har falt ut. Jeg har ikke hørt fra noen av kollegaene om at: Nå har vi så mye å gjøre, så skal de sitte å lære opp*

*radiografer. ”... ”Det har ikke gått utover driften og det er det ikke noe negativt. ” Informant 2 (radiologleder avd. B)*

Uttalelsen viser at veiledere har læringsutbytte av prosessen. Informanten har ikke fått noen negative tilbakemeldinger fra andre radiologer ved at det har gått ut over produksjonen i den tiden som har vært avsatt til veiledning.

Dette pendler oss inn på holdninger til radiografer og radiologer, og informantene ved avdeling B hadde følgende uttalelser når det var snakk om holdninger i de to gruppene:

*”Jeg kan svare for radiografene. Slik jeg oppfatter det har det vært utelukkende positivt blant radiografene. De ser denne muligheten, at noen kan bidra med mer kunnskap, gjør det mer interessant, får opp faginteressen og engasjementet. Gjøre det mulig å knytte fagene sammen, det er noe vi har savnet i mange år. Det å få noen å diskutere bilder og funn med. Hva finner vi og hva finner vi ikke? Diskutere dette, med en annen enn med makeren du er på lab med i dag. ” Informant 1 (radiografleder avd. B)*

Den andre informanten sier følgende om radiologenes holdninger:

*”Jeg vet jo at det i radiologforeningen sentralt er grunnleggende skeptiske, for å si det slik, men det har det ikke vært her. De som har sagt noe, har vært positive. Ikke noe hipp hurra dette har vi ventet på, men de har sagt at det høres greit ut, det blir sikkert bra. Så er det noen som ikke har sagt så mye, som kanskje har vært litt skeptiske”... ” Vi er ikke der radiologforeningen er, i kollegiet her i avdelingen. Dette har gått gjennom uten protester. ”... ”De fleste har sett fordelene i forhold til at man ikke bare får noen til å diktere/beskrive røntgenbilder, men at man også kanskje kan få økt fokus på radiografien også. ” ... ” Det har gått veldig greit, og ikke slik jeg har lest i NORAFORUM og andre uttalelser fra sentralt hold. ” Informant 2 (radiologleder avd. B)*

Uttalelsene viser at radiografene utelukkende er positive lokalt ved avdelingen. De ser gevinster som bedre samarbeid og økt kompetanse, noe som kan bidra til bedre kvalitet på de oppgavene radiografen skal utføre innen skjelettrøntgen. På radiologsiden er også holdningen positive, men de er litt mer nyansert og delt. Ikke alle er positive, men de ser hva radiologene har å vinne på at flere beskriver undersøkelser, samt at de ser løftet dette kan gi for

radiografien. I løpet av intervjuet ble det også diskutert hvilke andre effekter de så ved denne endringen. Informantene trakk i den forbindelse fram arbeidsflyt som en positiv effekt av andre tiltak som var gjennomført, og som ikke omhandlet diagnostikk. Informantene trakk også fram at de var organisert slik at BR og radiologer skulle sitte sammen å beskrive i et tverrfaglig team.

En annen effekt som ble trukket fram var opplæring av leger i spesialisering og mindre erfarne turnuskandidater. I sitatene under uttaler informantene seg om målsetningen i forhold til dette:

*”Ser for meg at radiografer kan bli veldig gode veiledere ikke bare for andre radiografer, men også for leger i spesialisering.”* Informant 2 (radiologleder avd. B)

Den andre informanten sier følgende om BR som veileder:

*”I tillegg til det å utdanne og hjelpe til å veilede leger i spesialisering, ser vi også mulighet til kanskje å ha kontakt mot de som henviser fra mottak. Turnuskandidater som bestiller hele armen når de har vondt i handledet.”* Informant 1 (radiografleder avd. B)

Uttalelsene i sitatene over viser at informantene har som målsetning at BR skal bidra i opplæringen av radiografer, leger i spesialisering og klinikere, noe som er en ønsket effekt av endringen. I forbindelse med intervjuet var informantene ved avdelingen inne på at det var jobbet aktivt ovenfor ortopedene i forbindelse med innføring, og uttalelsene tydet på at ortopedene aksepterer at BR skulle beskrive ortopediske bilder.

Positive effekter i denne avdelingen kan oppsummeres med følgende punkt:

- Økt fokus på radiografi.
- Bedre samarbeid mellom radiografer og radiologer.
- Læringsutbytte for radiologer som er veiledere.
- Store krav til de som gjennomfører utdanningen, og en bekreftelse på kvaliteten på utdannelsen.
- Positive holdninger til oppgavedeling spesielt blant radiografer, men også blant radiologer som ser nytten av å innføre BR i diagnostikk. Det var også aksept blant ortopedene for gjennomføring av endringsprosessen.

- Flere kan beskrive, noe som kan avlaste radiologene. Dette kan gi kortere ventetider og bedre arbeidsflyt.
- Teamarbeid.
- BR som veiledere for radiografer, leger i spesialisering og klinikere.

### **Oppsummering:**

Avdeling A har opplevd mange utfordringer i forbindelse med innføring av BR i diagnostikken. Det har vært mye motstand i prosessen, og dette kan sees i sammenheng med kostnadene ved å være pioner på et område som er kontroversielt på systemnivå. Dette har forsinket innføringen i produksjon, og vært belastende for de som har vært involvert. Bemanningskrisen for radiologene og utfordringene underveis har ført til en suboptimal start på denne prosessen, da de involverte ikke har vært enige om hvordan utfordringene innfor ortopedisk radiologi skal løses. Funnene viser at dette er en modningsprosess, og at det er mer positivitet i forbindelse med utvidelse av ordningen, ut fra at man i dag ser at BR ikke er en robust endring for å avlaste radiologene.

Avdeling B har gitt en mer positiv fremstilling av innføring av BR i diagnostikken, og sier at holdningene generelt er mer positive lokalt på avdelingen enn sentralt. Informantene kommer med en rekke uttalelser om hva begge profesjonene har å vinne på en slik endring. I sum viser svarene fra informantene fra de to avdelingene at dette er av avstand, spesielt på systemnivå, men at lokalt er bildet litt mer nyansert.

Uttalelsene viser også at dersom avdelingene ikke får til robuste ordninger, vil det være vanskelig å se effekter av oppgavedeling, og man ser ikke effekten av at BR avlaster radiologene. Ved avdeling A har de ikke fått til et tverrfaglig team der BR og radiologer samarbeider, noe som ikke er gunstig dersom ny oppgavedeling er målet. Avdeling B er organisert ved at BR og radiolog skal sitte skulder ved skulder, noe informant poengterte under intervjuet, og de ser for seg godt samarbeid etter oppstart. Men ordinær drift var ikke satt i gang ved avdelingen når intervjuet ble gjennomført.

En positiv effekt informantene ved avdeling A poengterer, er et kvalitetsløft innenfor skjeletrøntgen på stedet BR er ansatt, og dette er også en ønsket effekt ved avdeling B. Avdeling B ser for seg en effekt av bedre samarbeid, der avstanden mellom radiologer og radiografer kan reduseres ved innføring av BR. De fokuserer også på at de ser tiltaket som et løft for radiografien som fag.

## 8 Generell diskusjon

De forskningsspørsmålene jeg presenterte i innledningen var:

*Hvilket krysspress blir ledere utsatt for ved gjennomføring av oppgavedeling innenfor bildediagnostikken?*

*Hvordan kan ledere tilrettelegge for å lykkes i endringsprosesser, der oppgavedeling innen bildediagnostikk er målet?*

Forskningsspørsmålene har blitt belyst med empiri fra flere kilder. Intervjudata fra de strategisk utvalgte informantene har stått sentralt. Min rolle som fagperson og egne erfaring med oppgavedeling, vil også trekkes inn. I diskusjonen vil jeg konsentrere meg om følgende: Oppgavehierarki innen radiologi og ny arbeidsdeling, ulike krysspress for ledere, viktige suksesskriterier for å gjennomføre oppgavedeling innen bildediagnostikken og mulige veier videre.

### 8.1 Oppgavehierarki og ny arbeidsdeling

Jeg ønsker å starte diskusjonskapitlet med å se på hvordan oppgaver fordeles innenfor radiologien, og hvordan dette endres når oppgavedeling bringes på banen. Alle oppgaver innen et oppgavehierarki inneholder ulik grad av rutine/kompleksitet, i følge Hughes og hans prestisjeskala (Hughes 1951). Oppgavehierarkiet kan være med å forklare hvordan arbeidsdelingen er innenfor arbeidsfelt bildediagnostikk.

Bilediagnostikk er kjerneoppgaver for radiologer, men enkelte oppgaver blir betraktet som rutine ut fra uttalelsene fra informantene. Det store volumet og mange rutine undersøkelser fører til at enkelte oppgaver betegnes som kjedelige. Når oppgavedeling diskuteres i bildediagnostikken, vil det være ulik oppfattelse om hva som er rutineoppgaver innenfor de ulike radiologgruppene, leger i spesialisering og radiografer, noe som kan være en av grunnene til motstand mot oppgavedeling. Fagpersonell innenfor radiologgruppen sitter på nøkkelen til hva som er rutineoppgaver og hva som er kjerneoppgaver, og ut fra det hvilke oppgaver som eventuelt kan overføres til radiografer.

Abbott skriver at profesjonssystemet sjeldent er i ro og forstyrrelser kan komme internt innad i profesjonene eller fra eksterne faktorer. Når slike forstyrrelser oppstår, vil det oppstå en

kamp om jurisdiksjon over arbeidsoppgavene. Profesjonene gjør krav på jurisdiksjon gjennom å ”spørre” de tre aktuelle arenaene om å godkjenne deres eksklusive rett til å utføre arbeidsoppgaver innenfor et arbeidsfelt, slik det ble presentert i teorigjennomgangen. Overenskomst (”settlements”) er en betegnelse Abbott bruker for å beskrive ordninger og avtaler som avgrensar profesjonenes ansvar og arbeidsområder innenfor for eksempel en organisasjon (Abbott 1988).

Innenfor radiologien er det radiologer som har tilnærmet full kontroll over jurisdiksjon på bildediagnostikk, mens radiografene er underordnet. Radiologenes kunnskapssystem danner grunnlaget for stort sett alle oppgaver som utføres på radiologiske avdelinger. Når oppgavedeling diskuteres innen bildediagnostikken, vil overenskomst og fordeling av arbeidsoppgaver endres. I den siste tiden har denne jurisdiksjonen blitt ”angrepet” av radiografene. I tillegg har andre legegrupper også overtatt oppgaver ved horisontal glidning. Eksempler på det siste, er at radiologer er i ”turf battles” med kardiologer og karkirurger om hvem som skal gjennomføre angiointervensjon prosedyrer ved hjelp av røntgentekniker, innenfor de ulike medisinske disiplinene.

I masteroppgaven til Vigeland blir slike hierarki og maktforhold diskutert i resultat og refleksjonsdelen. Vigeland tolker informasjonen fra enkelte av informantene slik:

*”Informantene ser seg selv som en del av en dominant, overordnet profesjon. De har som leger del i en unik kunnskapsbase, og de har en opphøyet stilling, så vel i medisinske verden som i samfunnet for øvrig, en posisjon som radiografer ikke kan komme i nærheten av. De mener radiografene er subordinerte og hører under deres maktsfære.” (Vigeland 2010)*

Videre skriver Vigeland:

*”I sum kan vi altså si at informantene synes å nevne at radiologene har hevd på alt diagnostisk arbeid innenfor 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.” (Vigeland 2010)*

Etter at oppgavedeling har blitt satt på dagsordenen, har vi opplevd vertikal glidning der oppgaver har blitt overført til beskrivende radiografer innenfor ultralyd og skjelettrøntgen. De

vertikale og horisontale endringene viser at overenskomsten over jurisdiksjon i arbeidsfeltet bildediagnostikk er under endring, noe som har ført til en svakere form for kontroll for radiologene. Det å ha full kontroll over et arbeidsfelt er primært målet til alle profesjoner, men Abbott skriver at det er få som oppnår det.

Radiologene er profesjonen som tradisjonelt har hatt full kontroll over bildediagnostikk, og ut fra Abbotts teori vil de da prøve å slå tilbake på alle forsøk på å ta biter av oppgavene. Kravene om full jurisdiksjon kommer fra radiologene som yrkesgruppe. Radiografene ønsker seg inn på domenet til radiologene, og vil ta deler av bildediagnostikken. Det at oppgavedeling ikke er særlig utbredt, skyldes delvis maktbalansen mellom de ulike yrkesgruppene. Yrkesgrupper og profesjonsorganisasjoner i maktposisjoner vil motarbeide en utvikling som fører til endring av jurisdiksjon. Begge profesjonene er organisert i sitt respektive forbund. I følge Abbott, er det typisk at representanter fra profesjonen som utfordrer en jurisdiksjon stiller spørsmål ved arbeidsdelingen. Når det gjelder bildediagnostikk, har dette blitt tatt opp av NRF. De har stilt spørsmål ved arbeidsfordelingen i det offentlige rom, og dermed har det blitt igangsatt en diskusjon. Grunnen til at diskusjonen er mulig, er at Norge har fått et mer profesjonsnøytralt lovverk. Det er i den forbindelse forsvarlighetskravet som har blitt et diskusjonstema. Radiologene bruker forsvarlighetskravet for å beskytte sin hevd over bildediagnostikk. På lik linje med teoriene til Abbott, er det kompetanse opparbeidet gjennom kunnskapssystemet som er argumentet for å beholde jurisdiksjonen. På den andre siden, bruker radiografene lovverket som en mulighet for ny arbeidsdeling. Abbott beskriver viktigheten av at jurisdiksjoner er beskyttet av lovverket for å sikre full kontroll, og at lovverket er det siste stedet jurisdiksjon manifesteres. I Norge er dette ulikt fra teorien til Abbott. Myndighetene har endret lovverket, som i sin tur gir mulighet for et angrep fra underordnede profesjoner.

Abbott er opptatt av arbeidsplassen som arena for hvordan oppgaver fordeles, og dette samsvarer ikke alltid med det offentlige bildet og i forhold til lovverket. På arbeidsplassen fordeles oppgaver mer pragmatisk enn etter hva profesjonene tradisjonelt er utdannet for å gjøre, gjennom sin formalkompetanse. Abbott sier at realkompetanse ofte er avgjørende for hvem som utfører oppgavene på arbeidsplassen, og sier videre at arbeidsplassen er en viktig arena for kompetanseoppbygning. Andre grunner til at profesjongrensene har en tendens til å viskes ut på arbeidsplassen, er stort arbeidspress og behov i organisasjonen, noe som bekreftes av informantene i empirien. Forskjellene i forhold til teoriene til Abbott, er at

lovverket i Norge er mer profesjonsnøytralt, og dette tyder på at arbeidsplassen er en mer konservativ arena i kampen om jurisdiksjon.

I følge Abbott er underordning en ustabil form for overenskomst, gjennom at de underordnede blant annet kan tilegne seg deler av kunnskapen til de overordnede. Radiologene har en bredere kunnskapsbase enn radiografene, men radiografene har utviklet seg til å bli en mer selvstendig i sin yrkesutøvelse og blitt mindre avhengig av radiologene i sitt daglige virke. Underordningen har fungert med et tydelig skille ved diagnostikk, mens andre arbeidsoppgaver har blitt fordelt pragmatisk mellom profesjonene over tid slik det er presentert i teorigrunnlaget. Utviklingen har ført til at de to profesjonene har blitt gjensidig avhengig av hverandres kompetanse for å kunne utføre oppgavene på radiologiske avdelinger.

Radiografene har ”lånt” av radiologenes kunnskapssystem i utformingen av eget fag. Radiografene som tar videreutdanning for å bli BR, låner mer av legenes/radiologenes kunnskapssystem, og det fører til en spesialisering for disse radiografene. Innføring av et profesjonsnøytralt lovverk i Norge har ført til at overenskomsten med underordning har blitt mer ustabil. Myndigheten har dermed åpnet for en annen arbeidsdeling gjennom lovgivningen, noe som igjen har ført til en diskusjon om ny arbeidsdeling på lik linje med utviklingen internasjonalt. Til tross for at det har vært motstand, har det skjedd oppgavedeling innenfor bildediagnostikk. Dette tolker jeg som er en annen form for underordning, enn det vi tradisjonelt er vant til i Norge. Radiografene er fortsatt underordnet radiologene, men jurisdiksjonen over bildediagnostikk er blitt svekket og ny arbeidsdeling er resultatet.

## **8.2 Krysspress for ledere**

Ledere utsettes for ulike krysspress når oppgavedeling settes på agendaen. Ledere må ta hensyn til ulike krav og ønsker ved slike endringsprosesser. Det vil både være et krysspress mellom forventninger fra myndighetene/organisasjonen og fra de ansatte side, og et krysspress mellom forventninger fra ulike profesjonsgrupper blant de ansatte. Det siste reflekterer altså en profesjonskamp ut fra teoriene til Abbott. Motstand bekreftes også i empirien og ut fra egne erfaringer.

Informantene er inne på at det er ulike holdninger til oppgavedeling innenfor bildediagnostikken. Radiografene er positive, mens radiologen er splittet i synet. De mener videre at det er større grad av aksept i miljøet nå enn for 4-5 år siden. I avdeling B var det større grad av enighet om oppgavedeling mellom profesjonene, sammenlignet med avdeling A. Uttalelsene fra avdeling A tyder på at det er større enighet i dag, og de ønsker å utvide ordningen. I data fra intervjuene ser vi også at det er større aksept blant kliniker/ortopeder for BR, lokalt ved de to avdelingene hvor de har gjennomført endring. Dette kan trolig ses som en endring i forhold til funnene i masterprosjektet til Vigeland (2010). Jeg har også samme oppfattelse av at holdningene er i endring gjennom egen arbeidserfaring, og når myndighetene har økt fokus på oppgavedeling innenfor bildediagnostikk, vil kanskje diskusjonen bli av en annen karakter i tiden som kommer. Endringene i holdninger vil kunne føre til en mer konstruktiv diskusjon, der radiografene og radiologene kan komme til enighet om hvordan oppgavedelingen kan gjennomføres på en god måte. Grunnet det strategiske utvalget av informanter, beskriver oppgaven relativt vellykkede forløp med tanke på gjennomføring av oppgavedeling. For å få et bredere perspektiv, er det viktig at andre forskere gjør lignende undersøkelser på sykehus hvor man ikke har gjennomført oppgavedeling. Som jeg poengterte i innledningen, har jeg utført en bestefalls-analyse. Dette for å fokusere på suksesskriterier. For å få bredere perspektiv, er det også viktig at andre forskere utfører verstefalls-analyse innenfor samme tematikk.

Endringene i lovverket har gitt ledere muligheten til å se på ny arbeidsdeling, og det er arbeidsgiver styringsrett som gir mulighet til ny organisering. Enkelte av informantene uttaler at de kommer i en skvis mellom driftshensyn og profesjonshensyn. Enkelte informanter ved avdeling A var inne på at det er ressurskrevende, og informantenes subjektive inntrykk var at BR ga beskjeden effekt spesielt på kort sikt. Dette stiller spørsmål ved kost/nytte. Det er gjennomført få studier som tar opp samfunnsøkonomien ved oppgavedeling, unntaket er Vikestads masteroppgave som ble presentert i teorigrunnet (Vikestad 2012). Det trengs derfor kvantitative studier for å finne ut om dette er samfunnsøkonomisk og eventuelt driftsøkonomisk lønnsomt, og jeg oppfordrer andre forskere til å gjennomføre studier på dette.

Ledere på ulike nivå i helsevesenet spiller en viktig rolle når det gjelder gjennomføring av ønsket politikk, noe satsningen på ledelse i helsevesenet bekrefter. Derfor er det viktig at myndigheten setter fokus på dette, noe som sikrer forankring og støtte til ledere som

gjennomfører tiltak på førstelinjenivå ut mot de ansatte. Det er viktig med støtte fra alle ledernivå ved gjennomføring av endring, fra klinikkledelse, avdelingsledelse, osv. At toppledelsen må vise forpliktende innstilling til endringer er i tråd med Yukls teori. Ledere på førstelinje vil kunne oppleve krysspress når myndigheter og sykehusledelse setter fokus på ny arbeidsdeling. Når arbeidsplassen er mer konservativt, samsvarer ikke alltid det med ønskene fra de ansatte.

## **8.3 Viktige kriterier for å lykkes**

Informantene fra det strategiske utvalget kom med en rekke uttalelser om hvordan ledere kan lykkes med oppgavedeling, ut fra erfaringene de har gjort ved å innføre BR i bildediagnostikken. En rekke råd kan gis i forbindelse med å gjennomføre oppgavedeling innenfor bildediagnostikken. Ut fra erfaringene til informantene, mine erfaringer og litteraturgjennomgangen, er det nyttig å ha kunnskap innenfor endringsledelse. Jeg ønsker å trekke fram følgende punkter i avsnittet viktige kriterier for å lykkes:

### **8.3.1 Oppfølging av ledere og kommunikasjon ovenfor organisasjonen**

Ledere spiller en viktig rolle ved kommunikasjon i endringsprosesser. Dette kan settes i sammenheng med Yukl (2010), og hans veiledning for hvordan ledere kan lykkes. Det er viktig at ledere gir uttrykk for forpliktende innstilling til endringen. Ledere med ansvar må under hele prosessen skape oppmerksomhet og tilslutning, og vise forpliktende engasjement. Ledere må investere tid, innsats og ressurser på å løse problemer og overstige hindringer. I løpet av intervjuene ble dette trukket frem ved flere anledninger. Det ble fremhevet hvordan organisasjonen hadde blitt klargjort gjennom informasjon ut mot klinikere/ortopeder som henviser, samt kommunikasjon ovenfor ansatte ved røntgenavdelingen. Det er viktig å kommunisere hvilke målsetninger og ønsket effekter man har for endringsprosessen, og informantene hadde fokus på hva begge profesjonene hadde å vinne på endringen. Ut i fra min arbeidserfaring, er informasjon ofte etterspurt av ansatte, og her spiller ledere som iverksetter av tiltak en viktig rolle. Yukl skriver at det er viktig å forklare hvorfor endringen er nødvendig. Stort arbeidspress for radiologene, bemanningssituasjonen og kapasitetsutfordringer har ofte vært utløsende årsak. Informantene var også inne på samarbeidsaspektet og en kvalitetsøkning i faget radiografi.

Yukl presiserer at dersom det oppstår hindringer, må disse løses og forklares for de ansatte. Informantene uttaler også at motstand har skapt utfordringer underveis ved avdelingen A. Derfor kan det være hensiktsmessig å forberede de involverte radiografene og veilederne om hvilke utfordringer de kan møte underveis. Det er også viktig å følge opp under hele prosessen, og å sette av tid til oppfølging av de involverte, for selv de som støtter endringen trenger støtte og hjelp underveis. Positive effekter må synliggjøres underveis, for at de ansatte skal kunne se positive sider ved endringen.

### **8.3.2 Forankring og endringsagenter**

*”Vellykkede prosjekt preges av enkeltpersoners evne og vilje til endring og samarbeid med helhetsperspektiv i fokus.” (Helsedirektoratet 2013a)*

Til tross for at det er forankret på myndighetsnivå, i sykehusledelsen og avdelingsledelsen, kan det være motstand i organisasjonen mot innføring av radiografer i bildediagnostikken. Enkelte av informantene er inne på dette med at det er viktig å velge område der legene ser behovet, og at eventuelt prosjekter er legestyrt, noe som stemmer godt overens med egne erfaringer fra prosjekt med oppgavedeling i egen organisasjon. Ut i fra min erfaring, er det vanskelig å få til gjennomføring uten støtte fra ledere på ulike nivå og blant radiologene. Min erfaring er videre at det er vanskelig å gjennomføre oppgavedeling dersom det er radiografstyrt. Radiologer sitter på nøkkelen til hva som er rutineoppgaver, mens radiografer synser når de uttaler seg om hva som oppleves som rutine for radiologene. Radiologledere blir dermed særdeles viktig for at slike prosesser skal la seg gjennomføre, uten støtte fra de så er det vanskelig å lykkes.

Uttalelsene fra informantene tyder på at det er større aksept for oppgavedeling generelt i radiologmiljøet. I tillegg er informanten inne på at det er aksept blant klinikere som henviser til undersøkelsene. I forberedelsene ved avdeling B, virket det som ortopedene ikke problematiserte ønsket om å innføre BR. Ved Avdeling A samarbeider BR med ortopeder i det daglige arbeidet, noe som viser en form for forankring ovenfor klinikere.

Yukl (2010) skriver at det er viktig å bruke endringsagenter som driver prosjektet framover. Dette kan gjøres ved å opparbeide en koalisjon med bred støtte for å gjennomføre tiltak med BR. Yukl skriver at en vellykket endring krever støtte og felles anstrengelse fra personer som

har makt til å gjennomføre endringene. Dette vil typisk være radiologledere som ser behovet for endring. Vider sier Yukl at det er viktig å plassere kompetente endringsorienterte personer i nøkkelstillinger. Når man skal innføre BR, er det dermed viktig at radiologer som skal være veiledere fungerer som endringsagenter, noe som kan være med å redusere motstand. De som påtar seg veilederrollen har ofte stor faglig autoritet gjennom sitt yrke som radiolog. Dette kan bidra til at leger i spesialisering, andre radiologer, samt klinikere utenfor røntgenavdelingen blir mer positive til endringen. Endringsagenter kan bidra til entusiasme og positivitet rundt innføringen.

### **8.3.3 Begrensninger og oppfølging av radiologer**

I Norge er radiologi etterspurt, og ca. 50 % av undersøkelsene er konvensjonell røntgen i følge tallene til Statens strålevern (2010). Av dette utgjør skjelettrøntgen, der BR er utdannet til å beskrive, et stort volum. Det store volumet kan bidra til at radiologer og leger i spesialisering også kan beholde kompetansen og sikre breddekunnskap. Uttalelsene fra informantene ved de to avdelingene tyder på at det er nok oppgaver til alle. Informant uttaler også at det store volumet fører til at det er stort arbeidspress, og at enkelte av oppgaven oppleves som kjedelige. Det at BR tar deler av denne kaken, kan bidra til frigjøring av tid til andre oppgaver.

Det kan være fornuftig at oppgavedeling begrenses til screening og standardiserte undersøkelser. Dette gjelder ofte store kvanta av undersøkelser, der det skilles mellom negativt funn og ikke negativt/patologi. Ut fra uttalelsene i intervjuene, er det også viktig for ledere å se på begrensninger for hva BR kan beskrive etter endt utdanning, og at dette er noe som kan utvides med erfaring. Dette kan i følge informantene også bidra til å sikre kvaliteten på de undersøkelsene BR skal utføre. Jeg mener at begrensninger kan være med på å sikre aksept fra radiologene, og bidra til respekt for profesjongrensener. Dette stemmer også overens med konklusjonene til NIFU-rapporten omtalt tidligere i oppgaven. Denne rapporten kommer med en rekke konkrete anbefalinger for begrensninger.

Uttalelsene fra ledere ved avdeling B, tyder på at BR med sin kompetanse etter utdanning samt erfaring fra produksjon, kan bidra med opplæring av leger i spesialisering. Det er ikke tradisjon for dette i Norge. Det meste av opplæringen foregår etter mester-svenn prinsippet fra radiolog til leger i spesialisering, slik det presenteres i teorigrunnlaget. Mine erfaringer

som radiograf er at fagpersoner med høy realkompetanse innenfor radiografi, blir etterspurt i undervisning og opplæring av leger i spesialisering og leger. Jeg tror derfor BR kan bidra med basalopplæring innenfor skjelettrøntgen ovenfor leger i spesialisering. Dersom de jobber sammen i beskrivende team, vil det være lettere å se hverandres kompetanse. Dersom overleger, leger i spesialisering og BR sitter sammen, vil det være lettere å utveksle kompetanse, der BR kan bidra med det basale. Uttalelsene fra informantene viser også at det er tenkt at BR kan bidra med opplæring ovenfor turnusleger, en annen informant uttaler at BR bidrar i undervisning og daglig diskusjon med ortopeder og leger i mottak.

### **8.3.4 Rekruttering og kompetanse**

Rekruttering er en viktig lederoppgave, og ut fra funnene i empirien har ledere en rekke formelle og uformelle oppgaver ved innføring av radiografer i bildediagnostikken. En viktig lederoppgave er å sikre at riktige kandidater blir valgt. Jeg mener det ut fra funnene bør vektlegges at personene har gode samarbeidsevner og pedagogiske egenskaper. BR blir viktig i samarbeidet med radiologene, samt i opplæring av andre radiografer. Dette kan bidra til et kvalitetsløft, som er en av effektene erfart i empirien. Det er også viktig med pedagogiske egenskaper dersom BR skal bidra med opplæring ovenfor andre profesjoner.

Når det gjelder riktig kompetanse, ble utdanningen i England i følge informantene nettopp valgt av den grunn. Det var også en av informantene som var inne på at det er viktig med kompetanseplaner for oppfølging etter endt utdanning. Dette samsvarer med krav fra myndighetene når det gjelder forsvarlighet, at ledere må legge til rette for riktig kompetanse for de ansatte. Dersom kandidater har god realkompetanse, er personlig egnet og i tillegg får en utdanning som gir god formalkompetanse, vil dette gi muligheten for større aksept blant legene.

### **8.3.5 Effekt av tiltak og robuste ordninger**

I følge Yukl (2010) er det viktig å registrere og kontrollere endringsprosessens utvikling, og holde ansatte informert om framskritt i prosessen, noe som kan skape økt entusiasme og optimisme. Jeg har gjennom arbeidserfaring sett at det er lettere å se effekter på mindre avdelinger. Dette bidrar til å redusere motstand, når man ser hva både pasienter og ansatte har å vinne på endringen. I teorigrunnet er det referert til studier som ser på kvaliteten til radiografer som beskriver bildediagnostikk. Undersøkelsene viser at radiografer som beskriver, står til mål der det er gjennomført oppgavedeling. Kunnskapssenteret og

Helsedirektoratet har i sitt arbeid imidlertid påpekt at det er for lite forskning på området, som kan bekrefte kvaliteten og effektene, foruten erfarte effekter der tiltak er gjennomført.

Uttalelsene fra enkelte av informantene viser at dette er en ressurskrevende endring, og uttalelser tyder på beskjedne effekter på kort sikt. Derfor trengs det mer forskning med kvantitativ design for å se på kvaliteten på radiografer som beskriver, og effekter av oppgavedeling innenfor bildediagnostikk. Det er derfor viktig at avdelinger som starter med oppgavedeling innenfor bildediagnostikk kobler dette opp mot forskning, slik at vi kan få evidensbaserte tall og mål på dette i fremtiden.

I følge Yukl er det viktig at man ser effekten av endringsprosesser. Funnene viser at for å kunne avlaste radiologene trengs robuste ordninger. Informantene ved avdeling A er inne på dette med at en BR ikke er en robust løsning, og dermed er det heller ingen systemendring. Dette gir ikke kontinuerlig avlastning for legene, slik en informant uttaler det. En BR jobber 50 % som radiograf og 50 % som beskriver, og kan av den grunn ikke beskrive undersøkelser mer enn i 50 % av tiden de er på jobb. Avdelingen ønsker å utvide ordningen for å sikre kontinuerlig avlastning av radiologene, slik at dette blir en systemendring lokalt. Målet var å sikre avlastning på 10-20 % innenfor det området BR kan beskrive.

### **8.3.6 Samarbeid**

For ledere er det viktig å legge til rette for godt samarbeid. Utviklingen innenfor radiologiske avdelinger viser at det er økt avstand mellom profesjonene. Flere informanter mente at BR kunne bidra til å bedre samarbeidet. Uttalelsene fra informantene vise også at samarbeide er en nøkkelfaktor for å lykkes med BR, og at de jobber i tverrfaglig team innenfor beskrivelser. Dette er en av de store utfordringene ved avdeling A, og de ønsker å bedre situasjonen. Ved avdeling B er tanken at de skal sitte sammen å beskrive. Som vist tidligere i oppgaven, trekker også NIFU og Helsedirektoratet fram samarbeid som et viktig suksesskriterie. Erfaringene fra England viser at de to profesjonsforbundene har gått sammen og laget en anbefaling i forhold til hvordan et slikt samarbeid bør fungere. Rapporten «Team working in clinical imaging» gir en anbefaling for hvordan dette kan organiseres, erfaringer som også vil være relevante for Norge.

### **8.3.7 Tilrettelegging for studenter og veiledere**

I følge Yukl er en viktig oppgave å legge til rette ved endring. Ledere må legge til rette for studentene og veilederne under utdanningen av BR. Funnene fra empirien viser at det er viktig å legge til rette med arbeidsplasser, tid avsatt til veiledning, frigjøring av tid til å jobbe med utdanningen og tilrettelegging for radiologer som bidrar med veiledning, noe som krever god ressurstilgang.

## **8.4 Mine tanker og mulige veier videre**

Dette masterprosjektet viser at det er endring i holdninger, og at det er større aksept for oppgavedeling på de avdelingene intervjuene ble gjennomført, i tillegg til at det er en ønsket politikk fra myndighetene. Arbeidspresset på radiologene har økt betydelig. Det gir et sterkt press på radiologene for å endre formen for jurisdiksjon på enkelte områder, fra full jurisdiksjon til en lavere grad av kontroll. Ifølge Abbott, går det dårlig med de yrkesgruppene som ikke klarer å tilpasse seg en ny situasjon. Radiologene må ut fra dette endre seg. Om de holder for hardt på det gamle kan de risikere å bli irrelevante, og det har verken radiologer, radiografer eller pasientene noe å vinne på. Derfor mener jeg at radiologene bør bidra aktivt gjennom å kontrollere prosessen med innføring av oppgavedeling i diagnostikken.

Radiologene sitter med nøkkelen til å lykkes med oppgavedeling. Det er radiologene som har kunnskapen om hva som er rutineoppgaver for dem, og hvilke oppgaver som egner seg for radiografene å utføre. Motstand i radiologmiljøet har ført til at dette har vært utfordrende. Erfaringer fra England viser at det er tidkrevende å gjennomføre oppgavedeling. Først i 2012 kom de med anbefalinger på tvers av de to profesjonsforbundene, for hvordan arbeidsdelingen bør gjennomføres. Det kreves et helhetsperspektiv og større grad av samarbeid blant ledere og ansatte, for å løse utfordringen både lokalt og nasjonalt innenfor bildediagnostikk, samt de utfordringene helsevesenet generelt står ovenfor.



# Litteraturliste

Andersen, O. L. (2003): Noen ser mer enn andre...30 strålende år. Utgitt av Norsk Radiografforbund. Zoom Grafisk AS.

Brealey, S., Scally, A., Hahn, S., Thomas, N., Godfrey, C., Coomarasamy, A. (2004) Accuracy of radiographer plain radiograph reporting in clinical practice: a meta-analysis. *Clinical Radiology* 2005; 60: 232-241.

Buskov L., Abild, A., Christensen, A., Holm, O., Hansen, C., Christensen, H. (2013) Radiographers and trainee radiologists reporting accident radiographs: A comparative plain film-reading performance study. *Clinical Radiology* 68:55-58.

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement (2013): Lederansvar i sykehus, Rundskriv Nr. 1-2/2013, Oslo.

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Meld. St. 16 (2011-2015): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) Oslo.

Forsetlund, L., Vist, G.E., Dalsbø, T.K., Straumann, G.H., Underland, V., Norderhaug, I.N., Holte, H.H. (2013) Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Rapport for Kunnskapssenteret nr. 12 – 2013. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.

HELFO, Helseøkonomiforvaltningen (2010): «Analyse av samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester» Analyserapport nr. 4/2010.

Helsedirektoratet (2013a): Rapport: «Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten -Kartlegging av erfaring med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land». Oslo.

Helsedirektoratet (2013b): Rapport: «Oppgavedeling i Spesialisthelsetjenesten -Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling». Oslo.

Helsedirektoratet (2013c): Fagrapport: «Status, utviklingstrekk og utfordringer på kreftområdet» Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017. Oslo.

Helsedirektoratet (2012): Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Oslo.

Hoffmann, B. & Vikestad, K.G. (2013): Accuracy of upper abdominal ultrasound examinations by sonographers in Norway. *Radiography*19: 186-189.

Hughes E. C. (1951): Studying the Nurse's Work. *The American Journal of Nursing*. Vol.51, No.5 pp. 294-295.

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2011): *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3.utgave, Fagbokforlaget. Bergen.

Johansen, J. G., (1995): «Foreningsliv» i Poppe, E. og Aakhus, T. (red.), *Medisinsk radiologi i Norge*, Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelse av røntgenstrålene. Tano.

Lekve, K, Olsen, D. S. og Fevolden, A. M. (2013): *Glidende overgang, Flaskehals og oppgavedeling i bildediagnostikk*. Rapport 46/2013 for Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Oslo.

Lone, I., Thorsteinsen, T. I., Leiros, E. og Engelsen, S. (1995): «Røntgensykepleiere og radiografer», i Poppe, E. og Aakhus, T. (red.), *Medisinsk radiologi i Norge*, Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelse av røntgenstrålene. Tano.

Molven, O. (2012), *Helse og jus* 7.utgave, Gyldendal juridisk. Oslo.

Mundal, A., (2011): *Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten: Vekst i antall leger*. Samfunnspeilet, 2011/2.

Nascarrow, S.A. and Borthwick, A.M. (2005): Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, *Sociology of Health & Illness*, 10, 11. 97-119.

Poppe, E. og Aakhus, T. (red.) (1995): Medisinsk radiologi i Norge, Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelse av røntgenstrålene. Tano.

Robinson, P.J.A., Culpan, G., Wiggins, M. (1999) Interpretation of selected accident and emergency radiographic examinations by radiographers: a review of 11000 cases. The British Journal of Radiology 72: 546-551.

Roksvaag, K. og Texmon, I. (2012): Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 – Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012, Rapporter 14/2012. Statistisk sentralbyrå.

Skjennald, A. og Tausjø, J. (1995): «Spesialistutdanning» i Poppe, E. og Aakhus, T. (red.), Medisinsk radiologi i Norge, Festskrift ved 100-års jubileet for oppdagelse av røntgenstrålene. Tano.

Statens strålevern (2010): «Radiologiske undersøkelser i Norge per 2008» Strålevern Rapport 2010:12.

Statistisk sentralbyrå (2014): Tabell: 09013: Personer i alt med helse- og sosialfaglig utdanning, etter arbeidsstyrkestatus. (Radiografer)

Statistisk sentralbyrå (2014): Tabell: 07770: Gjennomsnittlig månedslønn for heltidsansatte i helseforetakene, etter kjønn og yrkesgruppe. (radiografer/radiologer)

Statistisk sentralbyrå (2014): Tabell: 07935: Lege-, tannlege og optikerspesialister, etter kjønn, alder og spesialitet. (radiolog)

Sykehus Lillebælt, Veile (2013) «Beskrivende radiograf. Historien om beskrivende radiografer i Danmark og oppstarten i Veile». Hentet 26. Mars 2014 fra:

<http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm261703>

The Royal College of Radiologists (RCR) & the Society and College of Radiographers (2012): Team Working in clinical imaging. RCR, London.

Vigeland, E. (2010): Profesjongrensener i medisinsk bildediagnostikk: Tid for en ny arbeidsdeling? Masteroppgave Universitetet i Oslo.

Vikestad, K. G. (2012) Er det samfunnsøkonomisk forsvarlig å la radiografer med videreutdanning i ultralyd utføre ultralyd av øvre abdomen? En kost/nytteanalyse fra tre radiologiske avdelinger ved Sykehuset Innlandet, Masteroppgave Universitetet i Oslo.

Wivell, G., Denton, E.R.E., Eve, C.B., Inglis, J.C., Harvey, I. (2002) Can Radiographers Read Screening Mammograms. *Clinical Radiology* 58: 63-67.

Yukl, G. (2010): *Leadership in organizations*. 7. utg. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

# Vedlegg / Appendiks

## Informasjonsskriv til informanter med samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave:

Jeg er student ved masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitet i Oslo (MHA). Jeg er student ved kull 26 2012/13

Masteroppgaven som er på 30 studiepoeng, har arbeidstittelen: "Suksesskriterier ved oppgavedeling" Mellomledere i skjæringspunktet mellom ledelse og profesjon.

Oppgavedeling betyr at arbeidsoppgaver som i dag utføres av leger, helt eller delvis overføres til andre faggrupper, hovedsakelig radiografer. Temaet er meget aktuelt og har vært diskutert innenfor radiologien i flere år. I løpet av 2013 har dette også blitt satt på dagsorden innenfor forvaltningen. Helsedirektoratet har blant annet utarbeidet to rapporter på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet.

Gjennom oppgaven ønsker jeg å undersøke flere forhold:

1. Lederperspektiv ved oppgavedeling kontra profesjonstilhørighet. Hvilket krysspress står ledere for de to profesjonene ovenfor ved gjennomføring av oppgavedeling?
2. Hva er suksesskriteriene for å gjennomføre oppgavedeling? Hvordan har de lyktes der prosjekter med oppgavedeling er gjennomført?

Intervjuet 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 radiologimiljøet 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.

Veileder for mastergradsprosjektet er Sverre Vigeland Lerum.

Hvis spørsmål kan undertegnede kontaktes på [storvoll@hotmail.com](mailto:storvoll@hotmail.com) eller mobil: 99629564. Eventuelle spørsmål til veileder kan rettes til: [s.v.lerum@medisin.uio.no](mailto:s.v.lerum@medisin.uio.no)

Oppgaven forventes ferdigstilt 2014 og vil bli publisert på DUO ved Universitetet i Oslo. De av informantene som ønsker det, vil kunne få oppgaven tilsendt. Prosjektet er meldt til personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vennlig hilsen Karl Kristian Storvoll  
Båhusveien 20  
0573 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien "Mellom barken og veden ved oppgavedeling" Mellomledere i skjæringspunktet mellom ledelse og profesjon, og ønsker å stille til intervju.

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

## Intervjuguide

Gjennom masterprosjektet ønsker jeg å undersøke flere forhold:  
Dette er hovedproblemstillingen jeg ønsker å berøre i prosjektet.

1. Lederperspektiv ved oppgavedeling kontra profesjonstilhørighet. Hvilket krysspress står ledere for de to profesjonene ovenfor ved gjennomføring av oppgavedeling?
  2. Hva er suksesskriteriene for å gjennomføre oppgavedeling? Hvordan har dere lykkes der prosjekter med oppgavedeling er gjennomført?
- Spørsmålene er laget som en mal for det jeg ønsker å komme inn på i løpet av intervjuet.

### Suksesskriterier:

1. Hvilke oppgaver har blitt overført fra radiolog til radiograf?
2. Hvordan har dere lykkes? Hva har vært de viktigste suksesskriteriene for at dere har greid å gjennomføre oppgavedeling?
3. Hvilken argumentasjon har blitt brukt for at dette har latt seg gjennomføre?
4. Hvilken støtte har det vært i organisasjonen blant ansatte/ledelse? Forankring i ledelsen?
5. Hvilke effekter har det gitt?
6. utfordringer i prosessen?

### Individnivå: Rollen som leder kontra profesjonsutøver:

*Ledere gjør et aktivt valg når man skal gjennomføre oppgavedeling av en slik karakter:*

- Leder vs. profesjon (utfordringer rundt dette valget?) Krysspress?
- Arbeidsdeling (kjerneoppgaver/rutineoppgaver)
- Norsk Radiografforbund vs. Norsk Radiologisk Forening.
- Motstand

### Annet:

1. Har informanten noen gode råd til andre som skal starte en slik prosessen?
2. Veien videre?
3. Andre aspekter informanten mener er viktig?