

Ragnhild Romundstad Nerland

Fra ord til handling - fra handling til ord

om hvordan «riktig» bruk av bildediagnostikk
fortolkes i policydokumenter og praksis

Masteroppgave i studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)

Veileder: Margrethe Aune

Medveileder: Nora Levold

Juni 2024

Ragnhild Romundstad Nerland

Fra ord til handling - fra handling til ord

om hvordan «riktig» bruk av bildediagnostikk
fortolkes i policydokumenter og praksis

Masteroppgave i studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)
Veileder: Margrethe Aune
Medveileder: Nora Levold
Juni 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for tverrfaglige kulturstudier



Kunnskap for en bedre verden

Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS)

Læringsutbytte

En student som har fullført programmet, forventes å ha oppnådd følgende læringsutbytte, definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:

Kunnskap

Kandidaten har

- avansert kunnskap om hvordan vitenskap og teknologi utvikles, brukes og implementeres i samfunnet med spesielt fokus på RRI (Responsible Research and Innovation), dvs. samfunnsetisk tenking omkring dette
- kunnskap på et høyt nivå om så vel historiske som samtidige endringsprosesser knyttet til vitenskap, ekspertise, demokrati og teknologi
- inngående kunnskap om hvordan vitenskap og teknologi samproduseres med sosiale, politiske og økonomiske aktiviteter på ulike samfunnsområder

Ferdigheter

Kandidaten kan

- analysere og forholde seg kritisk til problemstillinger knyttet til teknologiutvikling og -bruk, og derigjennom se flere tilnæringsmåter og mulige utfall
- identifisere og arbeide selvstendig med praktiske og teoretiske problemer knyttet til effekter av vitenskap og teknologi i konkrete samfunnsmessige sammenhenger
- utføre avansert kunnskapsmekling i forbindelse med tverrfaglige prosjekter og prosesser

Generell kompetanse

Kandidaten kan

- sette seg inn i og analysere omfattende faglige problemkompleks innenfor en relevant etisk ramme
- anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder gjennom tverrfaglige dialoger med eksperter fra andre fagområder
- selvstendig vurdere og bruke ulike framgangsmåter for å bidra til innovasjon og nyskaping på en bevisst og samfunnsetisk måte
- formidle resultater av eget faglig arbeid på en selvstendig måte, både til allmennhet og andre eksperter, muntlig og skriftlig

Sammendrag

Denne masteroppgaven innen studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS) undersøker hvordan «riktig» bruk av bildediagnostikk fortolkes i policydokumenter og praksis. Policydokumentene som studien tar utgangspunkt i er Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for bruk av bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser og Legeforeningens «Gjør kloke valg» sine anbefalinger om bildeundersøkelser. Oppgavens problemstilling er «Hvordan fortolkes «riktig» bruk av bildediagnostikk i policydokumenter og praksis?». Problemstillingen besvares gjennom tre forskningsspørsmål: (1) Hvilke policyføringer gir Helsedirektoratet og Legeforeningen når det gjelder «riktig» bruk av bildediagnostikk? (2) Hvilke faktorer spiller inn i fastlegers og radiologers beslutningstaking, og samsvarer deres praksis med hvordan Helsedirektoratet og Legeforeningen betrakter «riktig» bruk av bildediagnostikk? (3) Hvordan bedre samhandlingen mellom fastleger og radiologer?

Michel Callons *innrammingsperspektiv* (1998) utgjør studiens teoretiske grunnlag. Innrammingsperspektivet bidrar til å belyse samspillet mellom policydokumenter og praksis. For å besvare forskningsspørsmålene knyttet til oppgavens problemstilling har jeg benyttet meg av kvalitativ forskningsmetode. Mitt empiriske grunnlag er relevante policydokumenter og syv semistrukturerte intervju, med henholdsvis tre fastleger og fire radiologer.

På tross av anbefalinger for foretrukket praksis, viser mine data at informantene likevel ofte sto overfor vanskelige valg, hvor det «riktige» å gjøre ikke nødvendigvis var like entydig. Studien viser også at informantene ikke benyttet seg aktivt av anbefalingene i arbeidshverdagen. Det fremsto altså å være et manglende samsvar mellom policyføringer og legenes praksis. Økt samhandling mellom fastleger og radiologer ville trolig forenklet valgsituasjoner for begge parter.

I en tid hvor det er politiske ambisjoner om å prioritere tøffere i helse- og omsorgstjenesten, ønsker jeg med denne oppgaven å gi innsikt i hvordan dette kan oppleves for helsepersonell som fatter beslutninger i praksis. Jeg håper denne studien vil tilføre diskusjonen om «riktig» bruk av bildediagnostikk erfaringer og synspunkter fra fastlegene og radiologene selv, og gi kunnskap om hvordan man kan lage gode føringer for praksis.

Abstract

This master's thesis within Science and Technology Studies (STS) examines how "correct" use of diagnostic imaging is interpreted in policy documents and practice. The policy documents which the study is based on are the Norwegian Directorate of Health's national guideline on diagnostic imaging in non-traumatic musculoskeletal diseases and the recommendations about imaging examinations in the Norwegian Medical Association's version of "The Choosing Wisely" campaign. The primary research question of the study is "How is "correct" use of diagnostic imaging interpreted in policy documents and practice?". The primary research question will be answered through three sub-questions: (1) Which policy guidances do the Norwegian Directorate of Health and the Norwegian Medical Association give when it comes to "correct" use of diagnostic imaging? (2) Which factors play a role in GPs' and radiologists' decision making, and do their practices comply with how the Norwegian Directorate of Health and the Norwegian Medical Association view "correct" use of diagnostic imaging? (3) How can the collaboration between GPs and radiologists be improved?

Michel Callon's *framing perspective* (1998) forms the study's theoretical basis. The framing perspective helps to illuminate the interaction between policy documents and practice. In order to answer the sub-questions related to the primary research question, I have used a qualitative research method. My empirical basis is relevant policy documents and seven semi-structured interviews, where three were with GPs and four were with radiologists.

Despite recommendations for preferred practice, my data shows that the informants often faced difficult choices, where the "right" thing to do was not self-evident. The study also shows that the informants did not use the recommendations in their everyday work life. It appeared to be a discrepancy between policy guidances and the doctors' practice. Increased collaboration between GPs and radiologists would probably simplify decision-making situations for both parties.

In a time where there are political ambitions to prioritize tougher in the healthcare system, I aim to provide insight into how this can be experienced by those who make decisions in the field of practice. I hope this thesis will add experiences and views from GPs and radiologists to the discussion about "correct" use of diagnostic imaging, and provide knowledge about how to make good guidances for practice.

Forord

Seks minneverdige år ved NTNU er tilbakelagte, og min tid som student er ved veis ende. Underveis har jeg flere ganger vært i tvil om veien videre. Jeg begynte på et årsstudium i statsvitenskap, før jeg tok en helomvending året etter og startet på sykepleierstudiet. Selv om jeg brenner for sykepleiefaget, savnet jeg likevel Dragvoll. Da jeg nærmet meg slutten av sykepleierstudiet ramlet jeg ved et lykketreff over masterprogrammet i studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS). STS viste seg å være svært kompatibelt med sykepleiefaget, og den dag i dag ville jeg ikke ha gjort noe annerledes. Jeg tror det kommer mye godt ut av å se verden med STS-briller.

Nå har jeg levert masteroppgave, og i den forbindelse er det mange å takke. Først og fremst vil jeg takke informantene, som på tross av travle arbeidsdager, valgte å sette av sin tid til oss. Jeg er prisgitt deres bidrag. Videre vil jeg rette en stor takk til mine dyktige veiledere, Margrethe Aune og Nora Levold, for å ha guidet meg trygt gjennom masterprosessen. Jeg har satt veldig stor pris på deres tilstedeværelse og engasjement. Dere har lært meg så mye.

Jeg vil også takke familie og venner for alle oppmuntrende ord og sårt tiltrengte avbrekk underveis. Til mine foreldre, tusen takk for at dere alltid har hatt troen på meg, og støttet og heiet på meg gjennom studieløpet. En spesiell takk til kjæresten min Vebjørn for å ha vært til stede gjennom alle oppturene og nedturene i masterprosessen. Din forståelse, tålmodighet og tilrettelegging har kommet godt med når jeg har vært dypt inne i den såkalte «masterbobla». Jeg håper dere vet hvor mye dere har betydd for meg.

Til slutt vil jeg takke medstudentene mine. Et supert klassemiljø har gjort masterløpet til en sann fornøyelse. Og til dere på lesesalen: takk for all moro, all latter og for alle rundene ved Foosball-bordet. Det førte til at skriveprosessen ikke ble så altfor verst. Sist, men ikke minst, tusen takk til min medstudent, sparringspartner og gode venninne Hedda Hagvåg Samuelsen. Det har vært en glede å studere med deg.

Ragnhild Romundstad Nerland

Trondheim, juni 2024

Innhold

Figurer.....	xiii
Tabeller	xiii
1 Innledning: Prioritering i velferdens tid	15
1.1 Utfordringer i det norske helsevesenet.....	15
1.2 Prioriteringer i det norske helsevesenet	17
1.3 Om bruk av bildediagnostikk	18
1.4 Problemstilling og prosjektets omfang	20
1.5 Oppgavens struktur	20
2 Oppgavens teoretiske utgangspunkt.....	21
2.1 Callons innrammingsperspektiv (1998)	21
2.2 Tidligere forskning på overforbruk av bildediagnostikk	23
3 Oppgavens metodiske tilnærming	27
3.1 Forskningsdesign	27
3.2 Utvalg og rekrutteringsprosess	28
3.3 Intervjuprosess og intervjuguider.....	29
3.4 Koding og analyse av datamaterialet	30
3.5 Etske refleksjoner	30
3.6 Forskningens kvalitet	31
3.7 Oppsummering.....	32
4 Helsedirektoratets og Legeforeningens innramminger av «riktig» bruk av bildediagnostikk.....	33
4.1 Hdir anbefalinger for bildediagnostikk	33
4.2 Hdirs innramming av «riktig» bruk av bildediagnostikk	35
4.3 Gjør kloke valgs anbefalinger for bruk av bildediagnostikk.....	35
4.4 Gjør kloke valgs innramming av «riktig» bruk av bildediagnostikk.....	36
4.5 Oppsummering.....	37
5 Valgets kval: om fastlegers og radiologers beslutningstaking i praksis	39
5.1 Pasientansvar og arbeidsoppgaver som henholdsvis fastlege og radiolog	39
5.2 Hva er unødvendige bildeundersøkelser?.....	42
5.3 Tilgjengelighet, tro, tid og tillit.....	43
5.4 Portvoktere under press	46
5.5 Om det å begrense bruk av bildediagnostikk.....	48
5.6 Ulike kalkulasjonsrasjonaliteter i spill?	51
5.7 Oppsummering.....	52
6 En konsulentrolle i ventemodus: om samhandlingen mellom fastleger og radiologer	53

6.1	Fastlegens selvstendige vurderinger	53
6.2	Fastlegens beslutningsstøtteverktøy	54
6.3	Henvinsinger til besvær	55
6.4	Et ønske om å veilede?	58
6.5	Oppsummering.....	59
7	Konklusjon: kloke valg forutsetter klok læring	61
7.1	Læring i <i>loop</i>	61
7.2	Videre forskning på erfaringer fra praksisfeltet om bruk av bildediagnostikk...	64
	Referanser	65
	Vedlegg 1: informasjonsskriv.....	71
	Vedlegg 2: intervjuguide fastleger.....	75
	Vedlegg 3: intervjuguide radiologer	77

Figurer

<i>Figur 1: Tiltaksområder for løsninger av personellutfordringene</i>	16
--	----

Tabeller

<i>Tabell 1: Oversikt over informantene</i>	29
---	----

1 Innledning: Prioritering i velferdens tid

<<Et helsevesen som holder på å rakne. Hva gjør vi nå?>> Dette er en urovekkende, men samtidig kanskje også dekkende beskrivelse av dagens situasjon i det norske helsevesenet. Sitatet er hentet fra tittelen på NTNU Kveld sitt arrangement den 28. februar 2023 (NTNU, u.å.-c). Litt under en måned tidligere hadde Helsepersonellkommissjonen, som ble etablert ved kongelig resolusjon, lansert rapporten <<Tid for handling>>. Utvalget hadde fått i oppdrag å kartlegge bemannings situasjonen og legge frem forslag til tiltak for å løse bemanningskrisen i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2023: 4, 2023). Et av tiltaksområdene i rapporten omhandler prioritering og reduksjon av overbehandling, noe som særlig gjør seg gjeldende innenfor bildediagnostikk (Helsedirektoratet, 2013; Mullis & Topdahl, 2023). Det er dette som er tema for denne masteroppgaven. Jeg skal se nærmere på hvordan føringene for bruk av bildediagnostikk er utformet fra myndigheters og fagforeningers side, samt undersøke hva dette betyr for de legene som jobber med dette i praksis.

1.1 Utfordringer i det norske helsevesenet

Bemanningskrisen er et vesentlig aspekt blant flere, i et sammensatt utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 trekkes tre sentrale utfordringer frem, nemlig bemanningsknapphet, en manglende rød tråd mellom helsetjenestene og urettferdige variasjoner i tjenestetilbudet. Samtidig som tilgangen på ressurser trues stadig mer, blir forventningene i befolkningen høyere. Foran oss står også eldrebølgen. En aldrende befolkning fordrer tilstrekkelig kompetent arbeidskraft, noe som blir utfordrende når det oppstår skjevhet i alderssammensetningen. Arbeidsinnvandring, som til nå har vært et viktig bidrag i bemanningen i helse- og omsorgssektoren, forventes å reduseres i årene som kommer. Dette skjer i takt med at også andre europeiske land opplever et økende antall eldre (Meld. St. 9 (2023-2024), 2024, s. 13).

Som Stortingsmelding 9 beskriver, øker kompleksiteten i det norske helsevesenet. For eksempel krever medisinske fremskritt, så vel kunnskapsmessige som teknologiske, at personell tilegner seg mer spesialisert kunnskap. Parallelt med utdanning av spesialister er det samtidig nødvendig å bevare generalistene. Fagpersoner med bred og generell kunnskap behøves for å legge til rette for rettferdige og velfungerende helsetjenester på tvers av regioner, virksomheter og tjenestenivå. Bred og generell kunnskap er også viktig i forbindelse med det økende antallet eldre. Medisinske fremskritt og bedre levestandard gjør det mulig å kurere sykdom i større grad enn før, men innebærer i tillegg at flere vil leve lenger med kroniske sykdommer (Meld. St. 9 (2023-2024), 2024, s. 15–16). En økende forekomst av multisyke pasienter krever igjen mer avansert behandling. Digitalisering i helse- og omsorgssektoren utvikler seg raskt, på godt og vondt. Digitaliseringen kan fungere effektiviserende, men bringer også med seg utfordringer vedrørende implementering og bruk. I tillegg stiller det større krav til kompetanse og ivaretagelse av datasikkerheten. Videre er det en rekke lokale variasjoner når det kommer til demografi. Ute i distriktene vil det oppstå en større skjevhet i alderssammensetningen. I tillegg kan vi forvente en annen økonomi enn vi er vant med, da oljeinntektene regnes å minske. Det nasjonale sikkerhetsbildet er også i kontinuerlig endring, både grunnet klimaendringer og på grunn av en mer ustabil geopolitisk virkelighet (ibid.). Det råder ingen tvil om at Helsevesenet er presset fra flere hold. Å

prioritere blir derfor nødvendig for å anvende ressursene der behovet anses som størst, og for at helse- og omsorgstjenestene skal være rettferdige, likeverdige og av høy kvalitet (Helsedirektoratet, u.å.-b).

Et paradoks med bemanningskrisen er at Norge er et av landene i OECD-kretsen med flest leger og sykepleiere per 1000 innbyggere. Andelen av yrkesbefolkningen som er bundet opp til stillinger som helsepersonell har økt markant siden 1970-årene (Meld. St. 9 (2023-2024), 2024, s. 13). For å opprettholde dagens nivå på velferdstjenestene vil det bli nødvendig med en økning i sysselsettingen på hele 30 prosent frem mot 2040 (Meld. St. 9 (2023-2024), 2024, s. 15). Det er imidlertid enighet fra flere hold om at ytterligere bemanning i helse- og omsorgssektoren neppe kan løse helsekrisen alene, da en betydelig økning i sysselsetting verken vil være bærekraftig eller økonomisk forsvarlig. I stedet er det ønskelig å gå for en mer helhetlig tilnærming, hvor det gjøres et bredt spekter av tiltak på en rekke felt. Målet er å begrense bemanningsbehovet, uten at dette går på bekostning av kvaliteten på velferdstjenestene (Meld. St. 9 (2023-2024), 2024; NOU 2023: 4, 2023).

NOU-rapporten fra Helsepersonellkommisjonen lister opp seks tiltaksområder for å løse mangelen på helsepersonell. De seks tiltaksområdene omhandler organisering, arbeidstid, kompetanse, digitalisering og oppgavedeling (NOU 2023: 4, 2023, s. 16). Prioriteringer, eller «Prioritering og reduksjon av overbehandling» som den fulle tittelen lyder, regnes som et sentralt tiltaksområde i rapporten. Tett knyttet til det økende bemanningsbehovet er etterspørselen etter helsetjenester. Det er ønskelig at helsepersonellet yter tjenester der behovet er størst. I forbindelse med dette tilstrebes det å begrense andelen unødvendige og til dels overflødige tjenester. Dette vil på sikt frigjøre helsepersonell og redusere utgifter (NOU 2023: 4, 2023, s. 236).



Figur 1: Tiltaksområder for løsninger av personellutfordringene
(Hentet fra NOU 2023: 4, 2023, s. 118)

I debatten rundt overbehandling er nettopp bildediagnostikk et felt som ofte dukker opp. Tjenestetilbudet innenfor bildediagnostikk preges av stor pågang og forsinkede utredninger og behandlinger. Samtidig viser internasjonal forskning at minst én femtedel av bildeundersøkelsene som gjennomføres, ikke får behandlingmessige konsekvenser. Er situasjonen den samme i Norge tilsvarer dette over 160 millioner helsekroner. I tillegg til at dette medfører enorme utgifter, binder det også opp essensielt helsepersonell. Midt i denne diskusjonen står fastleger og radiologer, som er blant de som må fatte beslutninger i praksis (Mullis & Topdahl, 2023).

1.2 Prioriteringer i det norske helsevesenet

Norge har vært tidlig ute når det gjelder å legge føringer for prioriteringer i helsevesenet. De første prioriteringsdiskusjonene fulgte etter 1987 da Lønning 1-utvalgets rapport ble lansert. Rapporten resulterte i flere utredninger og stortingsmeldinger som omhandlet prioriteringer. I tillegg ble det utarbeidet en såkalt prioriteringsforskrift som skulle fungere som beslutningsstøtte i sekundærhelsetjenesten (NOU 2023: 4, 2023, s. 237). Også når det gjelder bildediagnostikk foreligger det en rekke råd, anbefalinger og verktøy for prioritering og beslutningstaking som er utarbeidet av ulike aktører (Gjør kloke valg, u.å.-e; HERCA, 2020; NEL, 2019; Sharma et al., 2014). Blant disse aktørene har vi Helsedirektoratet (Hdir) og Legeforeningen, og disse aktørenes bidrag er ett av de temaene jeg skal undersøke. Hdir er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og har en rekke forvaltningsoppgaver delegert derfra (Helsedirektoratet, u.å.-a). Mens departementet vedtar, er Hdir ansvarlige for gjennomføringen av landets helsepolitikk og utviklingen av helseberedskapen. Direktoratet er altså et fagorgan med myndighet til å fortolke lover og regler innenfor helse- og omsorgssektoren. Når det gjelder ansvarsområder er disse blant annet å stille med oppdaterte råd innen folkehelse, samt opprette nasjonale normer, regler og prosedyrer innenfor ulike felt på helseområdet. Hdir skal også bidra med kompetansestøtte ovenfor myndigheter, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner og fagmiljøer (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.). Som uttalt mål skal Hdir arbeide helsefremmende og bærekraftig, utjevne helseforskjeller blant befolkningen og sørge for at helsetjenestene oppleves enhetlige for pasienter og brukere (Helsedirektoratet, u.å.-a).

Når det gjelder normering innenfor visse felt på helseområdet, har Hdir laget en rekke nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonale faglige råd, nasjonale pasientforløp og pakkeforløp og rundskriv. Disse skal gi leger og annet helsepersonell råd og anbefalinger på felt hvor det er ønskelig å fastsette en felles norm for å sikre en mer enhetlig praksis, det vil si fungere som et slags styringsverktøy for gode prioriteringer, samtidig som den øvrige befolkningen får rådgivning. Rådene og anbefalingene tar blant annet for seg områder innenfor forebygging av sykdom, diagnostikk, behandlingsmetoder og pasientforløp. De normerende retningslinjene gir uttrykk for hvordan Hdir mener tjenesteyterne bør praktisere, hvordan lover og regler skal forstås og hva som er gode prioriteringer i henhold til vedtatt helsepolitikk (Helsedirektoratet, 2023c).

Mer konkrete nasjonale faglige retningslinjer blir ofte utarbeidet på felt hvor det er betydelige faglige uenigheter, og hvor tjenesteyterne til tross for rådene praktiserer svært eller ganske ulikt. Ved utarbeidelsen av retningslinjer på et spesifikt kompetanseområdet behøves derfor grundig kartlegging og utredning, samt ikke minst samarbeid med, og innspill fra relevante aktører, som for eksempel representanter fra fagmiljøer, fagforeninger og pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2023c). Hdir har ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-5 mandat til å utarbeide slike nasjonale faglige retningslinjer som skal gjelde hele landet over og for alle ledd i helsetjenesten. Direktoratet er dermed eneste aktør med denne myndigheten. Nasjonale faglige retningslinjer består av standardiseringer for utredninger, behandlinger og oppfølginger av pasienter, brukere eller diagnosegrupper (Sharma et al., 2014, s. 63).

1.3 Om bruk av bildediagnostikk

For klarhetens skyld vil jeg begynne med å gi en kort definisjon av de fire vanligste bildeundersøkelsene: ultralyd, tradisjonell røntgen, CT og MR. Ved medisinsk ultralyd benyttes lydbølger for å lage levende bilder av kroppens indre organer. Ultralyd har ingen kjente skadelige bivirkninger (Kreftforeningen, 2023b). Videre er det tradisjonell røntgen, hvor det brukes røntgenstråler med høy energi i stand til å trenge gjennom kroppsvev, slik at man kan fremstille bilder av ulike områder i kroppen. Ved tradisjonell røntgen fremstilles todimensjonale bilder, mens ved computertomografi (CT) fremstilles tredimensjonale bilder (DSA, 2020). CT er en mer avansert form for røntgenundersøkelse, hvor det tas tverrsnittbilder av kroppen eller kroppsdelen. Etter avbildningen kan uendelige bildeutsnitt hentes frem igjen for å tolkes (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Både tradisjonell røntgen og CT medfører en viss helserisiko, fordi pasienten blir utsatt for røntgenstråling som kan fremkalle sykdom. Risikoen vurderes generelt som lav, men øker jo flere undersøkelser pasienten tar. I tillegg gir CT høyere stråledoser enn tradisjonell røntgen (DSA, 2020). Deretter er magnetisk resonans tomografi (MR) en undersøkelse hvor man fremstiller bilder av indre organer ved hjelp av en kraftig magnet og radiobølger. MR-undersøkelser innebærer ingen kjent strålerisiko (Kreftforeningen, 2023a). Sammenlignet med CT er MR bedre egnet til å fremstille bløtvev. MR-maskiner er imidlertid mindre utbredt. I tillegg er MR-undersøkelser dyrere, og det tar lenger tid både å utføre og tolke dem (Helsedirektoratet, 2023a).

Utover 2000-tallet økte både forbruket og kostnadene innenfor bildediagnostikk i Norge. I tillegg viste det seg at det var store regionale forskjeller i forbruket (Sharma et al., 2014, s. 9). Forbruket av bildediagnostikk har økt frem til i dag, og bare fra 2012 til 2022 har det skjedd en økning på 45 prosent når det kommer til statens utgifter til CT og MR. Norge er nær ved å toppe listen over bruk av MR blant medlemslandene i OECD (Mullis & Topdahl, 2023). Parallelt med et stadig høyere forbruk av bildediagnostikk blir køene stadig lengre, noe som medfører forsinkede tjenestetilbud og slitasje på helsepersonellet (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). De lange køene er alvorlig for de pasientene som trenger det mest og får behandlingen utsatt som følge av køene (Mullis & Topdahl, 2023).

Årsakene til det økende forbruket er sammensatte og flerfoldige. Blant annet har det handlet om at tradisjonell røntgen ofte brukes som et supplement til CT og MR, og har på enkelte områder blitt byttet ut med disse mer avanserte og ressurskrevende undersøkelsesmetodene. På tross av at utbredelsen av MR-maskiner har vært begrenset, er likevel en av grunnene til det økte forbruket at MR-maskiner har blitt mer tilgjengelige. Ifølge Sharma et al. bidrar også henvisenes uvitenhet rundt hva de ulike bildeundersøkelsene kan og ikke kan bidra med, samt høye forventninger og press fra pasienter, pårørende og andre behandlere (2014, s. 9-10). Videre har fremskritt innen medisinsk bildeteknologi ført til økt kvalitet på diagnostikk og behandling, dermed kan sykdom påvises med en større presisjon enn tidligere. I takt med teknologiske fremskritt har derfor også forbruket økt, og det har i løpet av de siste årene blitt satset stort på bildediagnostikk i de regionale helseforetakene (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). Parallelt har det skjedd en økning i innbyggernes forventninger til hva bildediagnostikk kan bidra med. I den offentlige debatten har det imidlertid vært lite fokus på bildediagnostikkens begrensninger og hvilke konsekvenser utstrakt bruk kan ha (Helsedirektoratet, 2019, s. 10).

Grunnet dette økte forbruket av bildediagnostikk, samt de store regionale forskjellene, fikk Hdir i 2010 i oppgave å etablere en nasjonal faglig retningslinje på feltet. Anbefalingene i den nasjonale faglige retningslinjen skulle omhandle ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser, fordi denne typen lidelser utgjorde om lag én femtedel av fastlegekonsultasjonene. I tillegg er det lidelser som hyppig blir henvist videre til bildediagnostikk. Ikke-akutte muskel- og skjelettlidelser vil si plager og/eller smerter i områder som nakke, rygg, hånd og fot, som ikke er en følge av en konkret hendelse (ikke-traumatiske), men som er av langvarig karakter (Sharma et al., 2014, s. 9). Det ble i 2010 også utarbeidet anbefalinger av referansegruppen i muskel- og skjelettlidelser i Norsk forening for allmennmedisin som en beslutningsstøtte for allmennleger. I motsetning til Hdirs retningslinje var ikke disse anbefalingene basert på systematiske studier (Sharma et al., 2014, s. 10). Henvisere i primærhelsetjenesten, i form av allmennleger, kiropraktorer og manuellterapeuter, skulle være målgruppen for retningslinjen (Sharma et al., 2014).

Av andre fagaktører har vi Legeforeningen. For å danne et bakteppe spoler jeg tilbake til 2012. På bakgrunn av ressursknapphet og et økende forbruk av unødvendige helsetjenester i den vestlige verden, vokste det frem et ønske om å løfte frem og adressere problematikken rundt overbehandling i helsevesenet. Dette året ble derfor *Choosing Wisely*-kampanjen lansert i USA. Det var et ønske om å begrense graden av overbehandling for å bruke ressursene der de gjør mest nytte for seg, og på den måten øke kvaliteten på pasientbehandlingen. Ved hjelp av sterk innflytelse fra en rekke fagmiljøer ble det utarbeidet anbefalinger for undersøkelser og behandlinger som regnes for å ha liten eller manglende nytteverdi. I tillegg har samtaleverktøy blitt utviklet for å oppmuntre pasienter og behandlere til samtale, slik at de sammen skal komme frem til hva som er hensiktsmessig å gjøre videre. *Choosing Wisely* ble et vendepunkt som for alvor satte søkelys på overbehandlingsproblematikken. Kampanjen har hatt betydelig internasjonal spredning og ført til tilsvarende kampanjer i over tretti andre land (ABIM Foundation, u.å.).

Etter inspirasjon fra denne kampanjen la den norske Legeforeningen i 2018 frem en egen versjon for å sette utfordringene på dagsordenen i Norge, nemlig kampanjen «Gjør kloke valg». I likhet med *Choosing Wisely* har kampanjen som mål å begrense overbehandling og overdiagnostikk, med den begrunnelse at en rekke utredninger og behandlingsmetoder både er overflødige og i verste fall kan skade pasienten. Sammenlignet med den amerikanske versjonen ønsker også den norske å fremme mer dialog mellom behandler og pasient. En rekke spesialistforeninger har sluttet seg til kampanjen, og hjulpet til i arbeidet med å lage anbefalinger for praksis slik at unyttig behandling kan unngås, deriblant Norsk radiologisk forening (*Gjør kloke valg*, u.å.-e). Anbefalingene har også kommet i versjoner tilpasset pasientene, hvor de oppfordres til å stille kritiske spørsmål til det som foreslås av undersøkelses- og behandlingsalternativer (*Gjør kloke valg*, u.å.-b). Det har blitt laget en rekke ressurser, deriblant plakater, filmer, podkaster og foredrag gjennom kampanjen (*Gjør kloke valg*, u.å.-g). Like etter, i 2019 la Hdir frem en nasjonal strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk. Målet for både Hdir og Legeforeningen er altså å *begrense* antallet ikke-indiserte bildeundersøkelser, dobbeltundersøkelser og overdiagnostikk, samt utjevne geografiske forskjeller i bruk av bildediagnostikk (*Gjør kloke valg*, u.å.-c; Helsedirektoratet, 2019, s. 4).

1.4 Problemstilling og prosjektets omfang

Med dette som bakgrunn skal jeg i denne masteroppgaven først å se nærmere på anbefalingene om «riktig» bruk av bildediagnostikk fra henholdsvis Hdir og Legeforeningen, som jeg i det videre vil kalle fagaktører. Videre skal jeg analysere hva dette betyr for de legene som henviser til og gjennomfører bildeundersøkelser, nærmere bestemt fastleger og radiologer. Deres synspunkt og erfaringer utgjør hoveddelen av analysen. Kunnskap om hvordan anbefalinger tas imot og brukes, kan gi nyttig innsikt og bidra til å legge gode føringer for videre praksis. Min overordnede problemstilling er som følger:

Hvordan fortolkes «riktig» bruk av bildediagnostikk i policydokumenter og praksis?

For å besvare problemstillingen har jeg utformet tre forskningsspørsmål, som vil bli undersøkt gjennom tre empirikapitler:

- (1) Hvilke policyføringer gir Helsedirektoratet og Legeforeningen når det gjelder «riktig» bruk av bildediagnostikk?
- (2) Hvilke faktorer spiller inn i fastlegers og radiologers beslutningstaking, og samsvarer deres praksis med hvordan Helsedirektoratet og Legeforeningen betrakter «riktig» bruk av bildediagnostikk?
- (3) Hvordan bedre samhandlingen mellom fastleger og radiologer?

1.5 Oppgavens struktur

I dette kapitlet har jeg belyst utfordringsbildet i det norske helsevesenet og nødvendigheten av å prioritere. Videre har jeg gått inn på dagens situasjon rundt bruk av bildediagnostikk i Norge. Avslutningsvis har jeg presentert to aktører som har kommet med anbefalinger på området, nemlig Hdir og Legeforeningen. I det følgende kapitlet vil jeg introdusere oppgavens teoretiske utgangspunkt. Her vil jeg redegjøre for Michel Callons (1998) *innramningsperspektiv*. Deretter vil jeg gå inn på hva tidligere studier har avdekket når det gjelder overforbruk av bildediagnostikk, fastlegers og radiologers synspunkter på temaet og hva de mener om retningslinjebruk. I kapittel 3 vil jeg utdype oppgavens metodiske tilnærming, hvor jeg forklarer hvordan intervjuprosessen og den påfølgende behandlingen av datamaterialet har foregått.

Deretter følger tre empirikapitler: i kapittel 4 vil jeg undersøke hvordan «riktig» bruk av bildediagnostikk skildres i Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje og Hdirs retningslinje innen radiologi. Kapittel 5 vil handle om hvilke faktorer som har betydning når fastleger og radiologer tar valg omkring bildediagnostikk. Jeg vil også undersøke den eventuelle innvirkningen fagaktørenes anbefalinger har på deres beslutningstaking. I kapittel 6 vil jeg analysere hvordan samhandlingen mellom fastleger og radiologer kan bedres. Til slutt vil jeg runde av oppgaven i kapittel 7, hvor jeg vil oppsummere oppgavens hovedfunn, for så å sette disse funnene i en større sammenheng. Avslutningsvis vil jeg komme med forslag til videre forskning på fastlegers og radiologers opplevelser av prioriteringer knyttet til bildediagnostikk.

2 Oppgavens teoretiske utgangspunkt

I dette kapitlet vil jeg legge frem oppgavens teoretiske utgangspunkt. Jeg skal ta utgangspunkt i det tverrfaglige feltet teknologi- og vitenskapsstudier, på engelsk kalt *science and technology studies* (STS) (Skjølsvold, 2017, s. 9), og begynner derfor med å gi en kort oppsummering av dette forskningsfeltet for så å begrunne hvorfor et slikt perspektiv er fruktbart for å belyse tematikken. STS har sitt utspring fra disipliner som blant annet sosiologi, filosofi, sosialantropologi og historie. STS vokste frem i 1970- og 80-årene, som et motsvar til internalistiske vitenskapsforklaringer og teknologideterminisme (Jasanoff et al., 2001). I STS betraktes kunnskapsproduksjon og teknologiutvikling som prosesser tett sammenvevde med samfunnsmessige kontekster (Skjølsvold, 2017, s. 26).

I STS er kontroverser et viktig forskningsfelt fordi det da er tydeligst hvordan uenigheter arter seg og eventuelt stabiliseres (Kvande & Levold, 2014, s. 34). I forbindelse med dette skiller Latour mellom *science in the making* (kunnskap under utvikling) og *ready made science* (ferdig utviklet kunnskap). Ifølge Latour bør man analysere kunnskap under utvikling fremfor ferdig utviklet kunnskap. Ved å analysere utvikling stiller man seg bak «kulissene», og prosessen frem mot at kunnskap stabiliseres blir dermed tydeligere (Latour, 1987). Ferdig utviklet kunnskap eller teknologi, som i utgangspunktet blir betraktet som selvsagt eller stabil, kan vise seg å være foranderlig eller ustabil i kontroverser når det stilles nye spørsmål i samfunnsområdet eller situasjonen den inngår i (Skjølsvold, 2017, s. 172). Derfor er det å studere ustabile situasjoner og kontroverser fruktbart, fordi det synliggjør de gjensidige påvirkninger vitenskap, teknologi og samfunn har på hverandre. Dette kommer særlig frem i de overgangene hvor ny kunnskap eller teknologi skal implementeres, fordi aktørene kan bli uenige i forhandlingsprosessene mot at kunnskapen eller teknologien blir innført i det aktuelle samfunnsområdet (Kvande & Levold, 2014, s. 34). Diskusjonen om «korrekt» anvendelse av bildediagnostikk kan derfor betraktes som en ustabil situasjon. Samtlige aktører er enige om at det tas for mange bilder, men uenigheten ligger i hvordan man skal få bukt med dette, noe altså denne oppgaven undersøker.

2.1 Callons innrammingsperspektiv (1998)

STS-eren Michel Callon (1998) viser at innrammingsperspektivet er et nyttig teoretisk verktøy for å studere kontroverser og ustabile situasjoner eller handlingsområder, samt vurdere hvordan slike felt kan stabiliseres (Kvande & Levold, 2014, s. 34–35). Både Hdirs retningslinje og Gjør kloke valg anbefalinger kan analyseres som rammer for hvordan helsepolicyfeltet ser for seg «riktig» bruk av bildediagnostikk. Kort forklart omhandler innramming (*framing*) hva aktører vurderer som relevant innenfor et sakskompleks (Aune, 2024, s. 5). Innrammingsperspektivet ble i utgangspunktet fremmet av sosiologen Erving Goffman i 1974, for senere å bli hentet opp og videreutviklet av Callon (1998). Callon tar i sin versjon av innrammingsperspektivet utgangspunkt i økonomifaget (Kvande & Levold, 2014, s. 35), og inkluderer begreper som blant annet *kalkulasjonsrasjonalitet*, *eksternalitet* og *oversvømmelse* (1998). Innramming kan beskrives som følgende:

The frame establishes a boundary within which interactions – the significance and content of which are self-evident to the protagonists – take place more or less independently of their surrounding context (Callon, 1998, s. 249).

Selv om Callon har fokusert på konstruksjoner av økonomiske markeder, kan innrammingsperspektivet også brukes for å studere store felt som ikke nødvendigvis er økonomiske (Kvande & Levold, 2014, s. 35). Rammene, som kan være både av fysisk og sosial art, bidrar til å sette tydelige grenser for aktørenes handlingsrom (Skjølsvold, 2017, s. 80). Innrammingsprosessen kan sies å ha en dualistisk natur: for det første avhenger den av aktørenes forpliktelse til rammen. Graden av forpliktelse preges av aktørenes kognitive ressurser og atferdsmønstre, som igjen baseres på deres tidligere erfaringer. Disse faktorene spiller inn når aktørene skal enes om rammens innhold og handlingsalternativer (Callon, 1998, s. 249), det vil si når de kalkulerer hva som skal inngå i rammen og ikke. De kognitive ressursene kan videre relateres til hva Callon kaller for aktørenes *kalkulasjonsrasjonalitet*. Kalkulasjonsrasjonalitet kan beskrives som den rasjonalitet en aktørgruppe vurderer eller kalkulerer ut ifra (Aune, 2024, s. 5). En stabil innramming er ifølge Callon ikke nødvendigvis stabil for evig tid, dette fordi de involverte aktørene alltid er del av nettverk i verden utenfor rammen (Callon, 1998, s. 249). I innrammingsprosessen blir altså noen elementer inkludert i rammen, mens andre elementer holdes utenfor – de *eksternaliseres*. Eksternaliteter vil si utilsiktede effekter som man ikke har kalkulert med (Callon, 1998, s. 247). Siden eksternaliteter er noe de involverte aktørene ikke har tatt høyde for, risikerer man at eksternalitetene flyter inn i rammen og resulterer i det Callon kaller en *oversvømmelse* (Callon, 1998).

Videre skiller Callon mellom varme og kalde situasjoner. I kalde situasjoner har de involverte aktørene tydelige og forutsigbare interesser, de er enige om kunnskapsgrunnlaget og beslutningstakingen blir ukomplisert. Det er dermed relativt enkelt å enes om rammene. Varme situasjoner preges derimot av uenigheter og kontroverser (Callon, 1998, s. 260–261). Det er krevende å oppnå enighet om en rekke aspekter, som problemets omfang, målsetninger og løsninger. Det foreligger gjerne kompleks beslutningstaking, hvor konsekvensene er uklare (Skjølsvold, 2017, s. 133). Et karakteristisk trekk ved varme situasjoner er mangelen på et stabilt kunnskapsgrunnlag. Et stort antall aktører er involvert. Disse opptrer ofte uforutsigbart, og representerer ulike virkelighetsforståelser som kan havne i kollisjon med hverandre (Callon, 1998, s. 260). Callon argumenterer for at vi ser en økt forekomst av varme situasjoner. Dette henger sammen med at teknologiske og vitenskapelige fremskritt fører til stadig mer komplekse samfunn, hvor forholdene blir stadig mer sammenflettede og gjensidig avhengige. I sammenheng med at varme situasjoner blir vanligere preger dette også tilnærmingen til kunnskapsproduksjon. Det er ikke tilstrekkelig med forskningsbasert kunnskap – slik kunnskap må også «syes sammen med» mer erfaringsbasert skjønn (Callon, 1998).

Ifølge Callon er det dermed lite hensiktsmessig å forsøke å etablere totale rammer. Aktørenes livsverdener er også variable og i konstant endring. Årsaken til dette er at aktørenes identitet og interesser preges av nettverkene de inngår i. Slik sett vil avgrensningen av en ramme aldri klare å kutte disse koblingene. Eksternaliteter kan dermed kunne flyte både inn og ut av rammen, og det vil alltid finnes miljøer eller kanaler hvor elementer derfra potensielt kan oversvømme den (Callon, 1998, s. 253), i alle fall i varme situasjoner. Nettopp dette poenget er viktig for kunnskapsutvikling.

Hadde det ikke eksistert koblinger til omverdenen ville heller ikke kunnskapen vært sosialt robust. I en hermetisk ramme ville bare allerede eksisterende kunnskap blitt gjenbrukt, i stedet for å tilføre nye innsikter (Callon, 1998, s. 255). For å oppsummere er poenget med en ramme å skape en så entydig praksis som mulig, samtidig som man gjør eventuelle rekalkulasjoner for å inkludere relevante eksternaliteter i en såkalt *ominnramming* (Callon, 1998, s. 253).

I denne oppgaven er det både interessant å se hva som inngår i rammene og hvordan disse mottas og fungerer i praksisfeltet. Det vil videre være interessant å undersøke i hvilken grad de involverte aktørene innehar ulike kalkulasjonsrasjonaliteter. Ulike forståelsesrammer vil i så fall sette preg på aktørenes beslutningstaking. Aktørers kalkulasjonsrasjonaliteter i ustabile situasjoner kan tidvis være vanskelig å få øye på, men det er likevel et viktig analytisk grep for å forstå hvorfor situasjonen har blitt ustabil, og eventuelt hva og hvordan noe kan eller bør endres (Callon, 1998).

2.2 Tidligere forskning på overforbruk av bildediagnostikk

Det finnes flere studier som har vært opptatt av å forstå fastlegers og radiologers erfaringer med bruk av bildediagnostikk. Blant annet har Gransjøen et al. (2018a) gjort en utforskende studie, basert på semistrukturerte intervjuer, for å undersøke hva fastleger og radiologer mente henholdsvis hindret og tilrettela for etterlevelse av retningslinjer for bildediagnostikk. Informantene kom fra to norske fylker, og i studien tok de utgangspunkt i Hdirs nasjonale faglige retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Faktorer som informantene i denne studien mente forhindret «riktig» bruk var blant annet hvis retningslinjer var for omfattende, vanskelige å finne frem til eller hvis det var for mange å forholde seg til. I tillegg syntes informantene at retningslinjene ikke burde være for firkantede, ved å ikke ta høyde for skjønnsmessige vurderinger, for eksempel når det kom til vurderinger relatert til pasientens alder. Det ble også vurdert som viktig at retningslinjene ikke var utydelige eller åpne for tolkning. Videre vurderte fastlegene retningslinjer som mer nyttige hvis alle hadde tillit til de samme retningslinjene. Dette bidro til at de følte seg mer sikre på at de tok «riktige» valg. De oppga også mangel på tid til å lese retningslinjene som en begrensning for etterlevelse. Av muliggjørende faktorer ble særlig lett tilgang på retningslinjer ansett som viktig. Det var også ønskelig med kortfattede retningslinjer, at retningslinjene var spisset mot målgruppen de var ment for, og at kunnskapsgrunnlaget som retningslinjene var basert på var tydelig og at det var bred enighet om det. Faktorer som regulerte *tiden* de måtte bruke ble altså vurdert som viktige, både med hensyn til begrenset bruk og effektiv bruk (ibid.). Det blir derfor interessant å undersøke hvilken betydning tid har i min studie.

Videre har forskningsgruppen, tilknyttet prosjektet «Optimalisering av radiologiske tjenester» (IROS), gjort omfattende forskning på feltet i perioden 2020 til 2023. Dette prosjektets målsetting var å øke standarden på radiologiske tjenester i Norge, ved å begrense overforbruk av bildediagnostikk, slik at dyrebare helseressurser kan brukes der de gir størst nytte. Det var altså ønskelig å redusere overforbruk, både for å forbedre pasientbehandlingen, og for å sørge for en mer enhetlig praksis i det radiologiske tilbudet. Aktører som har deltatt i prosjektet er radiologer, Norsk radiologisk forening, Gjør kloke valg-kampanjen og Norsk pasientforening. Prosjektet er i harmoni med Hdirs

strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk fra 2019 og deres målsettinger (NTNU, u.å.-b).

Den medisinske filosofen Bjørn Hofmann et al. (2021) har undersøkt hvorfor det er såpass vanlig å utføre bildeundersøkelser som anses som bortkastede, på tross av at problematikken er velkjent. Artikkelforfatterne hevdet at problematikken er så utfordrende å adressere fordi: (1) overforbruk av bildediagnostikk går under radaren i helsevesenet, og (2) overforbruk av bildediagnostikk påvirkes både av en rekke interne forhold og sterke eksterne drivkrefter. For å evaluere effekten av intervensjoner for å redusere overforbruk av bildediagnostikk, har også Kjelle et al. (2021) gjort en systematisk oversikt, hovedsakelig basert på kvantitative studier. De har inkludert et betydelig antall studier, og evaluert utfallet av svært mange intervensjoner. Det viste seg at de fleste intervensjonene var rettet mot henvisende leger, og handlet om opplæring og retningslinjer for klinisk praksis. De fleste tiltakene ble vurdert som effektive, men de intervensjonene som hadde en flerkomponent tilnærming hadde gjerne best effekt. Særlig de tiltakene, som også innebar opplæring, var effektive. Alle studiene som evaluerte denne typen intervensjoner rapporterte om en nedgang i overforbruk av bildediagnostikk. Dette tilfører nyttig kunnskap om hva som kan fungere og ikke for å redusere overforbruk av bildediagnostikk.

Allmennleger og radiologer har også tidligere deltatt på semistrukturerte intervjuer, blant annet i en studie gjort av Andersen et al. (2022). I tillegg var sykehusklinikere og helsebyråkrater blant informantene. Formålet med denne studien var å avdekke hvilke tiltak informantene mente var nyttige for å redusere overforbruk av bildediagnostikk, samt hvordan disse tiltakene kunne fungere i praksis. Samtlige av informantene var enige om at det er nødvendig å redusere overforbruk av bildediagnostikk. Likevel hadde kun et fåtall av dem ideer om løsninger. De mente blant annet at det ville være gunstig å tilby henvisere mer beslutningsstøtte, samt stoppe henvisninger før de ble sendt fordi dette forhindret merarbeid. Det vil bli spennende å se om funnene i denne studien samsvarer med mine data.

Videre har dette prosjektet vært opptatt av å undersøke hvilken betydning henvisningspraksis og nærhet til radiologiske tjenester har for bruk av bildeundersøkelser som av Gjør kloke valg-kampanjen regnes for å være unødvendige. I studien benyttet de registerdata fra 2019 og deskriptiv analyse, hvor 237 554 bildeundersøkelser lå til grunn for undersøkelsen. Det viste seg at hele 42 prosent av MR-undersøkelsene var unødvendige hvis man skulle følge rådene i Gjør kloke valg-kampanjen. Disse MR-undersøkelsene anbefales det altså å unngå, fordi de ifølge kampanjen har manglende eller begrenset nytteverdi. Forekomsten var hyppigst hos private røntgeninstitutt. Det viste seg også at et fåtall av henviserne sto for en svært stor andel av henvisningene til de såkalte unødvendige bildeundersøkelsene. Verken henvisernes erfaring eller nærhet til tjenestetilbudet innenfor bildediagnostikk fremsto å ha noen sammenheng med resultatene. Artikkelforfatterne foreslo at det kunne være gunstig å rette tiltak mot denne gruppen henvisere, for å redusere variasjon i henvisningspraksiser (Andersen et al., 2023).

Avslutningsvis vil jeg nevne en kvalitativ studie gjort av Brandsæter et al. (2023) hvis hensikt var å identifisere drivere til overforbruk av bildediagnostikk i det norske helsevesenet. Også her deltok blant andre fastleger og radiologer i semistrukturerte intervjuer. Informantene trakk både frem systemdrivere innad i helsevesenet, men også

faktorer i relasjonen mellom henvisere, radiologer og pasienter. En rekke drivere ble nevnt som: organiseringen av helsetjenestene; utfordringer med kommunikasjon; mangel på kompetanse; høye forventninger til bildediagnostikk i befolkningen, og da særlig til MR; defensiv medisin, hvor undersøkelser og behandlinger gjøres for å være på den sikre siden; uenigheter om roller og ansvarsområder; dårlig kvalitet på henvisningstekster og mangel på tid. De ulike driverne var samvirkende.

Oppsummert gir disse studiene innsikt blant annet i fastlegers og radiologers meninger og erfaringer rundt overforbruk av bildediagnostikk og retningslinjebruk. I tillegg er studiene et nyttig bidrag for å få en oversikt over faktorer som kan spille inn i bruken av radiologiske tjenester. I min undersøkelse skal jeg både følge opp fastlegers og radiologers konkrete erfaringer med bruk av bildediagnostikk, samt hvordan de opplever styringsverktøy på feltet. Da vil jeg også se nærmere på noen av de identifiserte driverne til overforbruk. Jeg har som nevnt valgt å analysere både de politiske ambisjonene og den konkrete praksisen med utgangspunkt i Callons innrammingsperspektiv (1998). Med et slikt teoretisk utgangspunkt blir forskningsspørsmålene:

- (1) Hvordan rammer Helsedirektoratet og Legeforeningen inn «riktig» bruk av bildediagnostikk?
- (2) Hvilke faktorer spiller inn i fastlegers og radiologers beslutningstaking, og er deres praksis i overensstemmelse med fagaktørens innramminger?
- (3) Hvordan bedre samhandlingen mellom fastleger og radiologer?

Før jeg presenterer de empiriske kapitlene skal jeg i neste kapittel gjøre rede for oppgavens metodiske tilnærming.

3 Oppgavens metodiske tilnærming

I de foregående kapitlene har jeg presentert problemstillingen og det teoretiske rammeverket som skal brukes for å belyse den. I dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på de ulike leddene i metoden. Her begrunner jeg valg av forskningsdesign og forklarer hvordan innsamlingen, bearbeidingen og analysen av datamaterialet har foregått. I tillegg vil jeg reflektere rundt forskningsprosessens kvalitet og etiske standard.

Jeg fikk øynene opp for diskusjonen om riktig bruk av bildediagnostikk etter å ha vært tilskuer på eventet «Et helsevesen som holder på å rakne. Hva gjør vi nå?» (NTNU, u.å.-c). Jeg er utdannet sykepleier med erfaring fra helse- og omsorgssektoren, og har selv kjent arbeidspresset på kroppen. Arrangementets program var knyttet til den nylige lanseringen av Helsepersonellkommisjonens rapport Tid for handling. Særlig det som ble sagt om ett av de seks tiltaksområdene i NOU-en, nemlig prioritering og reduksjon av overbehandling (2023), fanget min oppmerksomhet og fikk meg til å undre hva helsepersonell selv tenker om dette. Videre snakkes det ofte om bildediagnostikk i forbindelse med overbehandling (Helsedirektoratet, 2013; Mullis & Topdahl, 2023). Samtidig vurderte medstudenten min Hedda Hagvåg Samuelsen å undersøke bruk av kunstig intelligens innen radiologi. Vi kom frem til at det å intervjuer fastleger og radiologer var relevant for oss begge, og vi ble enige om å samarbeide om intervjuer. Det resulterte i at vi samarbeidet om å skaffe oss et empirisk materiale i form av kvalitative forskningsintervjuer: jeg ledet første halvdel av intervjuene med utgangspunkt i min problemstilling, mens hun ledet andre halvdel av intervjuene med utgangspunkt i sin problemstilling.

3.1 Forskningsdesign

Ved valg av forskningsdesign velges ofte en av to forskningsmetoder: kvantitativ eller kvalitativ, eller en kombinasjon av disse. For å besvare problemstillingen min valgte jeg å samle inn data ved hjelp av kvalitative intervjuer, nærmere bestemt *semistrukturerte* intervjuer (Tjora, 2021, s. 127). Jeg tok utgangspunkt i kvalitativ metode fordi jeg ønsket å undersøke hvordan fastleger og radiologer *opplevde* diskusjonen om riktig bruk av bildediagnostikk, og hvordan de håndterte dette i praksis. I og med at jeg ønsket å undersøke legenes egne opplevelser og erfaringer, er kvalitativ metode best egnet fordi det tilhører et fortolkende paradigme. I et fortolkende paradigme studerer man gjerne informantenes erfaringer og meninger, samt effektene disse erfaringene og meningene har. Bakgrunnen for dette paradigmet kommer i stor grad fra Max Weber, en pioner innen sosiologi, som var opptatt av *Verstehen* - nemlig å forstå hvorfor folk tenker og handler slik de gjør (Tjora, 2021, s. 27). Det har som nevnt blitt gjort semistrukturerte intervjuer. Et semistrukturert intervju vil si at det er delvis strukturert. Forskeren leder samtalen med utgangspunkt i et sett av forhåndsforberedte temaer. Samtidig er intervjuet noe fleksibelt ved at spørsmålene kan tilpasses og rekkefølgen endres underveis (Thagaard, 2018, s. 91).

3.2 Utvalg og rekrutteringsprosess

Med tanke på problemstillingen min trengte jeg informanter som det forventes at har mange meninger og erfaringer knyttet til bruk av bildediagnostikk. Samuelson trengte informanter som vil bli særlig berørt av implementering av AI innen bildediagnostikk. Vi gjorde derfor et strategisk utvalg, som vil si at informantene ikke var tilfeldige, men valgt på bakgrunn av at de trolig hadde mye å fortelle som var av relevans for problemstillingene (Tjora, 2021, s. 145). Vi bestemte oss dermed for å forsøke å rekruttere fastleger og radiologer. Fastleger var det mest nærliggende utvalget for min del. Fastlegen, som regnes som helsevesenets «portvokter», må vurdere om pasienten skal henvises videre til bildediagnostikk eller ikke. Videre var radiologer en relevant gruppe. Radiologen mottar henvisningen og avgjør om bildeundersøkelsen skal gjennomføres eller ikke. Begge utvalg fatter altså beslutninger om bildediagnostikk.

Vi satte oss som mål å rekruttere mellom tre til fem fastleger og tre til fem radiologer. Rekrutteringen av informanter foregikk gjennom selvseleksjon og *snøballmetoden* (Thagaard, 2018, s. 56). I startfasen av prosjektet forsøkte vi å innhente informanter gjennom å sende e-postmeldinger med informasjon om prosjektet og forespørsel om deltakelse. Det ble sendt et betydelig antall e-postmeldinger til resepsjoner ved fastlegekontor og offentlige og private røntgenavdelinger landet over, hvor vi ba om at e-postmeldingene skulle bli videresendt til fastlegene og radiologene som arbeidet der. Arbeidet ga ingen resultater. Derfor gikk vi over til å ta direkte kontakt med et knippe fastleger og radiologer. I den forbindelse benyttet vi oss delvis av egne og delvis av våre veileders nettverk. Vi sendte e-postmeldinger, tekstmeldinger eller private meldinger via Facebook eller LinkedIn. Meldingene inneholdt informasjon om prosjektet og forespørsel om deltakelse. Snøballen begynte å rulle da vi fikk tips fra de første vi intervjuet om aktuelle kandidater å kontakte videre. Selv om dette gjorde at vi lyktes med å rekruttere et minimum antall informanter, har snøballmetoden likevel sine utfordringer. Vi risikerte å ende opp med en gruppe informanter som kom fra de samme sosiale sirlene (Thagaard, 2018, s. 56). Vi var likevel avhengig av denne strategien for å få tilstrekkelig med informanter. I tillegg fikk vi tips om fastleger og radiologer fra flere hold, noe som sikret at ikke alle informantene kom fra samme kontaktkjede. Det var likevel en risiko for at de som sa ja til å delta opplevde diskusjonen om «riktig» bruk av bildediagnostikk som mindre problematisk enn fastleger og radiologer flest.

Vi endte opp med tre fastleger og fire radiologer, noe vi i utgangspunktet syntes var lite, men siden det var særdeles vanskelig å få rekruttert informanter og tatt i betraktning den tiden vi hadde til rådighet, sa vi oss tilfredse med dette. På grunn av at leger flest har travle arbeidsdager, var det ingen selvfølge at de ville prioritere dette. I tillegg er de utfordrende å komme i kontakt med, fordi man oftest må gå via sekretærer. Vi fikk imidlertid til en geografisk variasjon mellom informantene. Dessuten jobbet de ved ulike arbeidsplasser og hadde ulik grad av erfaring. Tabell 1 inneholder en oversikt over informantene. De har fått fiktive navn, og for enkelthets skyld har fastlegene navn på F og radiologene navn på R. Informantene omtales med etternavn for å skjule kjønn, både fordi dette bidrar til anonymisering og fordi kjønnsvariasjon ikke var et prioritert fokus i denne oppgaven. I tabellen er også arbeidssted anonymisert, mens antall års erfaring er inkludert.

Navn	Arbeidssted	Erfaring
Fridtjofsen	Allmennlegespesialist og fastlege ved legesenter i stor by	Rundt 7 år
Fossum	Allmennlegespesialist og fastlege ved legesenter i distrikt	Rundt 7 år
Fjeld	Allmennlegespesialist og fastlege ved legesenter i stor by	Rundt 15 år
Ruud	Radiolog ved privat røntgeninstitutt i stor by	Rundt 20 år
Rønning	Pensjonert radiolog, tidligere ansatt ved offentlig sykehus i mellomstor by	Rundt 40 år
Richardsen	Radiolog ved offentlig sykehus i stor by	Rundt 5 år
Rasmussen	Radiolog ved offentlig sykehus i stor by	Rundt 5 år

Tabell 1: Oversikt over informantene

3.3 Intervjuprosess og intervjuguider

Et grep for å gjøre informantene komfortable var å la de bestemme hvor og når intervjuet skulle foregå. Dette vil si at de kunne velge mellom å ha intervjuet fysisk eller digitalt, på eller utenfor arbeidsplassen, i løpet av arbeidsdagen eller utenom arbeidstid. Fem av sju intervjuer ble gjennomført digitalt. Noen av intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet geografiske avstander, mens andre ble gjennomført digitalt fordi det ble foretrukket og ansett som mest lettvinnt av informantene.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av Nettskjema-diktafon, noe informantene ble opplyst om i forkant og godkjente. Jeg utarbeidet to intervjuguider med enkelte variasjoner: én intervjuguide for fastlegene (se vedlegg 2) og én intervjuguide for radiologene (se vedlegg 3). Spørsmålene i intervjuguiden omhandlet blant annet temaer som samhandling mellom fastleger og radiologer, faktorer som spiller inn i beslutningstakingen, eventuelle strategier for å unngå overforbruk av bildediagnostikk og beslutningsstøtte.

Et annet grep vi gjorde for at informantene skulle føle seg komfortable var å presisere at de kunne utbrodere de tema de ønsket, og at de gjerne kunne dele digresjoner og assosiasjoner de kom på underveis (Tjora, 2021, s. 132). Det var viktig for oss å etablere tillit mellom forsker og informant for at intervjuene skulle bli vellykket (Tjora, 2021, s. 130). I mitt tilfelle var dette særlig viktig, fordi diskusjonen om «riktig» bruk av bildediagnostikk grenser til diskusjonen om overdiagnostikk og overbehandling. Det var derfor en risiko for at spørsmålene kunne oppleves konfronterende og normerende, noe jeg var svært bevisst på. Siden jeg ikke var ute etter en bestemt «riktig» bruk, og fordi det ikke eksisterer et eksakt mål på hva overdiagnostikk og overbehandling er, var det viktig for meg å forsøke å formulere spørsmålene så lite normative som mulig. Vi valgte også å innlede intervjuene med mer basale spørsmål, som omhandlet karrierevei og arbeidsoppgaver, for slik å bidra til å få samtalen i gang og medvirke til å gjøre informantene tryggere i intervjuet (Tjora, 2021, s. 130). Vi satte på forhånd et løst tidsvindu fra 45 til 90 minutter. Denne varigheten ble satt fordi vi var to forskere som skulle lede hver vår halvdel av intervjuet og med utgangspunkt i to ulike

problemstillinger. På grunn av et stort antall spørsmål tenderte dessverre intervjuene ofte til å vare i nærmere 90 minutter. Sett i retrospekt var dette kanskje i overkant lenge. Dette førte trolig til at intervjuene for noen kunne oppleves langdryge, kanskje særlig for dem som hadde hatt en hel arbeidsdag i forkant.

3.4 Koding og analyse av datamaterialet

Behandlingen av materialet for analyse er inspirert av kodeteknikken *grounded theory*. Grounded theory er en analysemetode i kvalitativ forskning hvor analysen, og eventuelt nye perspektiver og teori, utvikles «nedenfra». Det vil si at analysen utvikles ut ifra det innsamlede datamaterialet, fremfor at man tar utgangspunkt i et allerede eksisterende teoretisk rammeverk (Charmaz, 2006). Min ambisjon var ikke å utvikle teori, så det var først og fremst kodingsprosessen jeg benyttet meg av. Etter å ha transkribert alle intervjuene tok jeg fatt på kodingen. Jeg begynte med å lage caserapporter, eller såkalte «nedoverfortellinger» for hvert intervju (Aune, 2008). Det vil si at jeg lagde fortellinger gjennom å beskrive sitatene rett frem uten å legge til analytiske betraktninger. Deretter plasserte jeg sitatene i litt overordnede romslige kategorier (koder). Det ble til sammen ni kategorier, som jeg benyttet meg av for alle de syv intervjuene. Nedoverfortellingene bidro til å få bedre kjennskap til hver enkelt informant. Deretter gikk jeg over til å se på materialet på tvers, og lagde «bortoverfortellinger», hvor jeg fortsatt brukte de ni kategoriene. Jeg samlet imidlertid sitatene fra alle de syv intervjuene i samme bolker. Rekkefølgen på kategoriene og sitatene i bortoverfortellingene ble bestemt ut ifra hva som opplevdes å gi best flyt.

Årsaken til at jeg har anvendt hele ni kategorier, er fordi datamaterialet har vært såpass omfattende. Å ha ni kategorier som har gått på tvers av alle intervjuene har bidratt til å gi meg god oversikt over forskningsmaterialet. Jeg har også hatt romslige kategorier for å forhindre at sitater presses inn i koder de egentlig ikke passer inn i. Som en del av anonymiseringsarbeidet har noen sitater blitt omgjort, for å skjule dialekter eller andre språklige særpreg. Noen sitater er delvis redigerte for å forbedre setningsstrukturen og flyten, samtidig som at sitatets mening har blitt ivaretatt. Unødvendige lydord og annet setningsfyll har blitt fjernet, som for eksempel *eeh*, *hmm* og *liksom*. Etter å ha hatt et stort fokus på empiri i første omgang, rettet jeg oppmerksomheten mot det teoretiske rammeverket. Jeg har gjennom hele forskningsprosessen vært bevisst på at prosjektet kan ta andre retninger enn først antatt. Datamaterialet har fått styrt, og problemstillingen har blitt ansett som midlertidig til siste slutt.

3.5 Ethiske refleksjoner

I og med at jeg skulle behandle personopplysninger, ble prosjektet registrert hos Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (tidligere NSD) før gjennomføringen av intervjuene (Thagaard, 2018, s. 22). Sikt godkjente prosjektet i henhold til gjeldende forskningsetiske regler. Videre er to etiske grunnprinsipper for forskning relevante, nemlig *informert samtykke* og *konfidensialitet* (Thagaard, 2018, s. 22). Når det gjelder informert samtykke sier NESH (2023, s. 20): «Forskere må påse at alle deltakere er godt informert og forstår hva forskningen innebærer, slik at de kan foreta et fritt og veloverveid valg om å være med eller ikke». Alle informantene mottok informasjonsskriv med samtykkeskjema (se vedlegg 1) i forkant av intervjuene. Informasjonsskrivet er basert på Sikts mal «Samtykke som lovleg grunnlag – mal for standard

informasjonsskriv» (Sikt, u.å.). Skrivet består av informasjon om prosjektets tema og hensikt, hvem som er ansvarlige for prosjektet, hvordan personopplysningene behandles og hvem som har tilgang på dem, samt hva en eventuell deltakelse vil innebære. Det er dog begrenset hvor mye informasjon man kan gi før kvalitative intervjuer. Informeres det for mye om prosjektets hensikter og mål risikerer man at informantenes svar påvirkes av dette. Samtidig innebærer graden av fleksibilitet innen kvalitativ forskning at prosjektet også endres kontinuerlig. I begynnelsen kan man altså ikke vite nøyaktig hvilken retning prosjektet vil ta (Thagaard, 2018, s. 23). Det er også verdt å reflektere rundt deltakelsespress. Vi tok direkte kontakt med de fastlegene og radiologene som endte opp med å takke ja, enkelte via Facebook og LinkedIn. Dette kunne oppleves som nærgående. Vi var bevisste på å formulere forespørslene om deltakelse så nøytrale som mulig, og vi ville selvsagt ikke henvendt oss gjentatte ganger hvis svar hadde uteblitt (NESH, 2023, s. 20).

Om konfidensialitet sier NESH (2023, s. 24): «Hvis forskere lover informanter konfidensialitet, er det et løfte om at informasjonen fra forskningen skal behandles fortrolig og ikke formidles videre på måter som går utover avtalen». For å ivareta konfidensialiteten lagde vi en kodenøkkel, hvor informantenes faktiske navn er knyttet til de anonymiserte dekknavnene. Kodenøkkel ble lagret på NICE-1 – NTNUs fillagringsområde, som sørger for trygg lagring av forskningsdata (NTNU, u.å.-a). Intervjuene ble som nevnt tidligere tatt opp ved hjelp av Nettskjema-diktafon, for å sikre trygg lagring av lydopptakene (Nettskjema, u.å.). Alle identifiserbare opplysninger ble også anonymisert i transkripsjonene. Som jeg tidligere har vært inne på omtales informantene i oppgaven kun med etternavn eller pronomenet «hen». I tillegg er informantenes arbeidssted utelatt.

3.6 Forskningens kvalitet

Graden av troverdighet bidrar til å estimere den kvalitative forskningens kvalitet. For å vurdere troverdigheten legges de tre følgende begrepene til grunn: *reliabilitet*, *validitet* og *overførbarhet* (Thagaard, 2018, s. 181). Reliabilitet vil si at forskningsprosessen er konsekvent, og at fremgangsmåten er grundig redegjort for (Tjora, 2021, s. 263). Innen *kvantitativ* forskning betyr dette at hvis en annen forsker benytter seg av den samme fremgangsmåten vil hen få det samme resultatet. Det er imidlertid ikke krav om repliserbarhet innen *kvalitativ* forskning. Her handler reliabilitet om hvorvidt en kritisk evaluering av prosjektet får forskningen til å fremstå pålitelig eller ikke (Thagaard, 2018, s. 187). For å skape reliabilitet har jeg i dette kapitlet gjort grundig rede for hvordan datainnsamlingen har gått for seg, slik at forskningsprosessen kan ettergås i ettertid.

På den andre siden dreier validitet seg om samspillet mellom forskningen og dens omgivelser (Tjora, 2021, s. 263). Validitet går altså ut på om de analytiske betraktningene forskeren gjør seg kan sies å være gyldige ut ifra forskningens kontekst. For å forsterke validiteten kan man etterstrebe *transparens*. Transparens kan oppnås ved å forklare det teoretiske utgangspunktet og begrunne hvorfor man har kommet frem til de tolkningene man har gjort, noe jeg gjør kontinuerlig gjennom oppgaven. Å være kritisk til egen forskningsprosess er også et viktig grep for å skape transparens. Egne tolkninger kan påvirkes hvis man har tilknytning til miljøet som studeres (Thagaard, 2018, s. 189-190). I mitt tilfelle er det faktum at jeg er sykepleier noe som kan spille inn i mine analytiske betraktninger. Sykepleierrollen medfører både fordeler og ulemper i

dette prosjektet. Fordelen er at jeg enklere kan relatere til det medisinske miljøet, ulempen er at jeg kan overse såkalte egne «tatt for gitt-heter». Sykepleierrollen kan samtidig ha bidratt positivt ved at det ga et felles holdepunkt mellom meg og informantene (Thagaard, 2018, s. 105).

Som nevnt tidligere var det en risiko for at informantene som takket ja til å delta opplevde diskusjonen om riktig bruk av bildediagnostikk som mindre problematisk enn fastleger og radiologer flest, jamfør kapittel 3.2. Siden oppgaven er basert på kvalitativ metode og datamaterialet kommer fra syv informanter, kan funnene uansett ikke sies å være generaliserbare (Thagaard, 2018, s. 194). Jeg har heller ikke vært ute etter å generalisere, men å tilføre diskusjonen om riktig bruk av bildediagnostikk konkrete erfaringer, opplevelser og synspunkt «nedenfra». Oppgaven kan likevel ha en viss overførbarhet, fordi den kan gi nyttig innsikt i utfordringer fastleger og radiologer kan stå ovenfor i arbeidshverdagen.

3.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beskrevet hvordan forskningsprosessen har foregått, et viktig grep for å gjøre forskningen mer transparent. Jeg har vært inne på valg av forskningsdesign, hvordan rekrutteringsprosessen har gått for seg, produksjonen av intervjuguidene, intervjuprosessen og bearbeidingen av datamaterialet i henhold til grounded theory. Avslutningsvis har jeg reflektert rundt etiske aspekter ved prosjektet og forskningens kvalitet.

4 Helsedirektoratets og Legeforeningens innramminger av <<riktig>> bruk av bildediagnostikk

Som vi så i kapittel 1 satte Helsepersonellkommissjonen et søkelys på overdiagnostikk og overbehandling. I Norge diskuteres ofte overforbruk i sammenheng med bildediagnostikk. På tross av at det altså er en politisk ambisjon om å begrense bruken av bildediagnostikk, er situasjonen mer kompleks i praksis. I dette kapitlet skal jeg undersøke to konkrete forsøk på å redusere bruk av såkalt unødvendige radiologiske tjenester, nemlig Hdirs retningslinje og anbefalingene i Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje. I et innrammingsperspektiv er forskningsspørsmålet som undersøkes: Hvordan rammer Helsedirektoratet og Legeforeningen inn <<riktig>> bruk av bildediagnostikk? Dette betyr at jeg også vil undersøke hva som er inkludert i rammen og hva som eventuelt holdes utenfor.

4.1 Hdir anbefalinger for bildediagnostikk

Som jeg tidligere har vært inne på utarbeides nasjonale faglige retningslinjer på felt der tjenesteyterne er uenige om utfordringene og dermed har varierende praksis. Dette er tilfellet for <<riktig>> bruk av bildediagnostikk, hvor Hdir har skrevet følgende: <<Riktig bruk av bildediagnostikk ved langvarige smerter i muskel-skjelett hos voksne er krevende og omdiskutert>> (Sharma et al., 2014, s. 19). Bakteppet for utviklingen av retningslinjen som omhandler bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser, var som beskrevet det økende forbruket av bildediagnostikk, og de store geografiske variasjonene i graden av bruk. Det er blant denne typen lidelser at overforbruk antas å skje hyppigst. I retningslinjen står det videre at nasjonale retningslinjer er ment å fungere som verktøy for helsepersonell i praksisfeltet. De er ment å bidra til at helsepersonell gjør gode prioriteringer, at tjenesteytelsen er enhetlig og at pasientforløpet skal oppleves sammenhengende (Sharma et al., 2014, s. 9). Det opplyses blant annet om følgende ved for eksempel nakkesmerter: <<Ved klinisk mistanke om røde flagg bør pasienten raskt henvises til vurdering hos spesialist og eventuelt til MR-undersøkelse>> og <<Bildediagnostikk er som regel ikke indisert ved nakkesmerter grad 1 og 2>> (Sharma et al., 2014, s. 27).

Beslutningstakingen skal i tillegg kombineres med fagkunnskap og samfunnsetiske normer. På tross av at nasjonale faglige retningslinjer ikke er juridisk forpliktende, er de likevel ment å være normerende for foretrukket praksis. I tilfeller hvor valg som tas går på akkord med anbefalingene, må det foreligge en dokumentert begrunnelse (Sharma et al., 2014, s. 63). Når det gjelder bruk av bildediagnostikk sier Hdir følgende:

På generelt grunnlag kan en si at bildediagnostikk kun bør vurderes dersom en mener at:

- det gir klinisk viktig informasjon utover det en får gjennom sykehistorie og klinisk undersøkelse,
- denne informasjonen potensielt kan endre behandlingen av pasienten og
- denne endrede behandlingen har rimelig sannsynlighet for å bedre pasientens helsetilstand (Sharma et al., 2014, s. 19).

På tross av at denne typen lidelser hovedsakelig diagnostiseres gjennom sykehistorie (anamnese) og kliniske funn gjort på konsultasjonsrommet, blir likevel en betydelig andel av pasientene henvist videre til MR. Hdir sier følgende om hvordan de ønsker at diagnostikken skal foregå:

Pasienter har behov for informasjon om hva en forventer av funn og hvilke behandlingmessige konsekvenser dette kan ha. En god klinisk undersøkelse og informativ dialog med pasienten kan erstatte en bildediagnostisk undersøkelse dersom man ikke ser noe gevinst ved bildetaking (Sharma et al., 2014, s. 10).

Hdir opplyser om at involvering av fagfolk, pasient-, bruker- eller pårørenderepresentanter er essensielt for å kunne utarbeide gode anbefalinger. For å involvere interessenter pleier de å organisere arbeidsgrupper eller referansegrupper, eller arrangere rådslag eller høringer. Når det gjelder kunnskapsgrunnlaget fremstår det som at Hdir i stor grad baserer seg på systematiske oversiktsartikler. I tillegg baserer de seg på allerede utviklede retningslinjer. De benytter også primærstudier en sjelden gang (Hodt-Billington & Græslı, 2024).

Hdirs forsøk på regulering møtte en viss motstand allerede i 2016. Sjefsredaktør i Tidsskriftet for den norske legeforening, Are Brean, beskrev internettsiden som et kaos, og pekte også på det betydelige antallet dokumenter i form av retningslinjer, veiledere og pakkeforløp som legger føringer for hva man skal og ikke skal gjøre som helsepersonell. Dette gjorde det vanskelig å forstå forskjellen på de ulike dokumentene. Brean nevnte at flere andre aktører også hadde utarbeidet retningslinjer, noe som bidro til å gjøre det hele enda mer uoversiktlig. Han viste blant annet til Legeforeningens fagmedisinske foreninger, enkelte subspecialiteter utenfor de fagmedisinske foreningene, NEL og UptoDate, i tillegg til at en rekke sykehus og helseforetak også hadde egne, lokale retningslinjer. Mens noen var knyttet til fagkunnskap, handlet andre om ulike behandlingstradisjoner. Dette kunne ifølge Brean være utfordrende for helsepersonell, som må navigere seg mellom virvaret av retningslinjer, som både kan være i overensstemmelse og uoverensstemmelse med hverandre (Brean, 2016).

Videre nevnte Brean at kunnskapsgrunnlaget som ble benyttet for å utarbeide retningslinjene var usikkert, fordi randomiserte kontrollerte studier ble favorisert. I denne typen studier ble det ifølge Brean tatt utgangspunkt i gruppedata og fiktive gjennomsnittspasienter, noe han argumenterte for at var problematisk i en tid hvor medisinen blir stadig mer individualisert (Brean, 2016). Ifølge ham omhandler retningslinjene i tillegg enkeltsykdommer, og tar utgangspunkt i større randomiserte studier. Dermed faller de multimorbide pasientene (personer med flere sykdommer samtidig) utenfor, og retningslinjene blir således mindre relevante for praksisfeltet. Brean ba innstendig om at fremtidens retningslinjer også må inkludere de særegne og sammensatte pasientene. Avslutningsvis oppfordret han statlige myndigheter til å rydde opp i kaoset, samtidig som han stilte spørsmål ved om kanskje legenes egne organisasjoner kunne utarbeide «et mer tydelig og enhetlig grep om medisinsk kunnskap» (Brean, 2016).

Det at det foreligger en rekke ulike anbefalinger for bildediagnostikk, og at det er uenigheter om hva som er gode anbefalinger, gjør det utfordrende å komme frem til varige løsninger og å få til en stabil innramming. Uenighetene kan også tyde på et fravær av et stabilt kunnskapsgrunnlag. Ifølge Hdir blir retningslinjer oppdatert hvis det er

behov for dette fordi ny kunnskap oppstår på feltet (Sharma et al., 2014, s. 66). Retningslinjen for bildediagnostikk har imidlertid ikke blitt oppdatert siden 2014, men en kortversjon ble gitt ut året etter (2015). Når det gjelder å fremme implementering av retningslinjer, er Hdir ansvarlige for dette. På tross av dette har ikke mye annet blitt gjort enn å sørge for en kortversjon av retningslinjen (Helsebiblioteket, 2024).

4.2 Hdirs innramming av <<riktig>> bruk av bildediagnostikk

Hdir ønsker altså å etablere et felles kunnskapsgrunnlag for å forbedre tjenestetilbudet, fordi et felles og stabilt kunnskapsgrunnlag muliggjør enhetlig praksis. Forsøket på å skape en mer enhetlig praksis gjennom deres anbefalinger kan beskrives som et innrammingsarbeid, der Hdir har etterstrebet en konvergens på et relativt kontroversielt felt mellom ulike anbefalinger og aktører. Det har imidlertid vist seg utfordrende å etablere et stabilt kunnskapsgrunnlag på dette området. Diskusjonen om <<riktig>> bruk av bildediagnostikk i et innrammingsperspektiv kan derfor forstås som en varm situasjon, der det er utfordrende å komme frem til varige løsninger og få til en stabil innramming. Fordi det er vanskelig å beregne handlinger og handlingseffekter (Callon, 1998), er medisinfaget et felt hvor det ikke er lett å etablere stabile innramminger. Dette handler også om medisins allsidighet. De tre punktene for når bildediagnostikk i retningslinjen bør brukes illustrerer Hdirs ramme for hva de regner som nødvendige og ikke nødvendige bildeundersøkelser. Rammen begrenser seg til medisinske aspekter, og inkluderer ikke ikke-medisinske faktorer som fastleger også må forholde seg til, som for eksempel press fra engstelige pasienter og pårørende.

Som vi så kritiserte Brean de ulike nasjonale faglige retningslinjene for å være omfattende og utilgjengelige, samt at de baserer seg på et usikkert kunnskapsgrunnlag. I tillegg mente Brean at retningslinjene utgjør standardiseringer, selv om individtilpasset medisin blir stadig viktigere, og at retningslinjene ikke egner seg for de multisyke pasientene (Brean, 2016). Sammensatte pasient-caser kan derfor betraktes som eksterernalisert. Dette er problematisk i en tid hvor vi ser mer og mer av pasienter med komplekse sykdomsbilder, og kan resultere i oversvømmelser. Hdir ønsker for det første å lære bort en form for <<mønsterpraksis>> for bruk av bildediagnostikk, slik at forbruket og variasjonen i tjenesteytelsen reduseres. På det viset kan de effektivisere tjenestetilbudet og frigjøre helseressurser. For det andre ønsker de å standardisere for å sikre rettferdighet og likeverd for pasientene. Målsettingen om en mer enhetlig praksis forutsetter samtidig en viss grad av standardisering. Det er likevel en vanskelig balansegang mellom å standardisere og gjøre retningslinjene fleksible nok til at de oppleves relevante for praksis. Å utarbeide retningslinjer som favner gjennomsnittspasienter eller pasienter som ikke er multisyke, eksterernaliserer samtidig mange av de sammensatte pasient-casene legene møter i sin arbeidshverdag. Det kan for en fastlege virke tillitsreduserende av Hdir at de hevder å skildre en <<mønsterpraksis>>, samtidig som de ikke tar høyde for allmenntilmedisins kompleksitet og de utfordringene som finner sted på konsultasjonsrommet.

4.3 Gjør kloke valg anbefalinger for bruk av bildediagnostikk

To år etter Are Breans oppfordring om at de fagmedisinske foreningene skulle ta <<et mer tydelig og enhetlig grep om medisinsk kunnskap>>, ble Gjør kloke valg-kampanjen lansert. Kampanjen består av anbefalinger som en rekke fagmedisinske foreninger har

utarbeidet, ut ifra hvilke undersøkelser eller behandlinger som de regner for å være mest unødvendige innenfor deres felt (Gjør kloke valg, u.å.-e). I likhet med Choosing Wisely oppfordrer også den norske kampanjen til dialog mellom behandler og pasient. Før kampanjen ble lansert uttalte Størdal (2018) at ansvaret ikke plasseres hos pasientene, men at de ønsker at leger og pasienter sammen skal velge klokt. Dette sier de om kampanjens hensikt:

Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet. Mange undersøkelser og behandlinger er ikke bare unødvendige, men kan også være skadelige for pasientene (Gjør kloke valg, u.å.-e).

Norsk radiologisk forening har laget seks anbefalinger rettet mot bildediagnostikk. Anbefalingene omhandler tilstander som hodeskader, hodepine, korsryggsmerter, fremre knesmerter, ovarialcyster og akutt appendicitt hos barn. En av anbefalingene sier at det bør unngås å gjøre bildeundersøkelser av pasienter som har smerter i korsryggen, men som ikke har såkalte alarmsymptomer (Gjør kloke valg, u.å.-d). I tillegg ble det i 2021 kjørt en publikumskampanje, kalt «Mer er ikke alltid bedre», med mål om å opplyse om konsekvensene av overdiagnostikk og overbehandling (Nilsen, 2021). På nettsiden er det også en rekke anbefalinger tilpasset pasienter, som omhandler undersøkelser og behandlinger som de fagmedisinske foreningene oppfordrer til at man unngår (Gjør kloke valg, u.å.-a). I motsetning til Hdirs retningslinje innen radiologi blir Gjør kloke valg-kampanjen endret kontinuerlig etter gjeldende kunnskapsgrunnlag (Gjør kloke valg, u.å.-f).

4.4 Gjør kloke valgs innramming av «riktig» bruk av bildediagnostikk

Sammenlignet med Hdirs retningslinje kan kampanjens anbefalinger ses på som en form for ominnramming, fordi enkelte forhold som ble eksternalisert i retningslinjen og som skapte oversvømmelser ble inkludert i deres innramming. Sammenlignet med Hdir har kampanjen hatt et mer uttalt mål om å sørge for kortfattet og lettfattelig informasjon, som skal være enkel å slå opp i. Anbefalingene kan sies å være ganske konkrete, og man må som henviser vite hva man ser etter. Et interessant poeng med kampanjen er at den i stor grad fokuserer på interaksjonen mellom behandleren og pasienten. Selv om begrepet «behandler» benyttes av kampanjen, er kampanjen likevel særlig relevant for fastlegen, fordi fastlegen gjerne er den første som pasienten møter i helsetjenesten. Portvokterfunksjonen til fastlegen går så ut på å vurdere om pasienten skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten, hvor spesialisthelsetjenesten deretter vurderer om pasienten har behov for den aktuelle helsehjelpen (Utdanning.no, u.å.-a). Å både rette seg mot henviser og pasient gir begge parter et visst ansvar for å unngå overforbruk. Det tyder på at kampanjen rammer inn interaksjonen mellom fastlegen og pasienten, og i mindre grad vektlegger driverne som finner sted utenfor konsultasjonsrommet. Ut ifra kampanjens utforming kan vi si at den eksternaliserer systemdrivere, og rammer inn dialogen mellom henviser og pasient som det vesentligste. Ifølge Callon vil ubrytelige bånd med verden utenfor likevel spille inn, og ytre faktorer vil alltid påvirke beslutningstakingen. I tillegg nevner kampanjen hvordan enkelte undersøkelser og behandlinger er unødvendige fra et medisinsk perspektiv, men ignorerer, det vil si eksternaliserer, at bildeundersøkelser også kan ha en ikke-medisinsk nytteverdi.

4.5 Oppsummering

Både Hdirs retningslinje og Gjør kloke valg kan betraktes som to innramminger av «riktig» bruk av bildediagnostikk. De er begge kunnskapsressurser og informasjonskilder, eller policy, for praksisfeltet. Samtidig så vi en rekke forskjeller. Kampanjen bygger på flere prinsipper: for det første skal den ikke være myndighetsledet, men klinikerledet – dette for å ivareta tilliten mellom klinikere og pasienter om at anbefalingene er sterkt faglig funderte. I tillegg er dialogen mellom behandler og pasient i fokus, og begge parter har et ansvar for å gjøre kloke valg. Fastlegen fritas altså fra noe av ansvaret, og det skapes et større samfunnsansvar for å redusere overforbruk (Gjør kloke valg, u.å.-f). I tillegg oppfordrer kampanjen pasienter til å stille kritiske spørsmål om undersøkelser og behandling (Gjør kloke valg, u.å.-e). Dette fordrer imidlertid at fastlegen har nok kunnskap til å besvare disse spørsmålene.

Begge fagaktørene har involvert fastleger i utarbeidelsen av sine anbefalinger. Selv om det hadde blitt avholdt flere medvirkningspraksiser ved utarbeidelsen av retningslinjen, var kun fire allmennleger med i arbeidsgruppen (Sharma et al., 2014). Antakelig er kampanjen mer samprodusert (Skjølsvold, 2017), siden Legeforeningen selv hadde regi for den. I tillegg har de ulike foreningene, som Norsk forening for allmenntilleggsmedisin og Norsk radiologisk forening, hatt stor innflytelse på kampanje-prosessen (Gjør kloke valg, u.å.-e). Dette legger til rette for mer sosialt robust kunnskap (Gibbons et al., 1994). Til forskjell fra kampanjen er det ikke *interaksjonen* mellom behandler og pasient som vi ser i rammen til Hdir, men *henviseren* selv og hans beslutningstaking. Det legges opp til at henviseren, med utgangspunkt i retningslinjens kunnskapsgrunnlag, skal gjøre gode valg på egenhånd. Hos begge fagaktører vektlegges imidlertid de valgene som foregår på konsultasjonsrommet, noe som vil si at ansvaret for prioritering rundt bildediagnostikk pålegges fastleger.

Gjennom fem studier, gjort ved NTNU med radiograf og forsker Ann Mari Gransjøen i spissen, ble søkelyset rettet mot implementeringen av slike kliniske retningslinjer for bildediagnostikk. De oppsummerte funnene i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening. Implementeringen innebar blant annet å gi fastleger en fysisk utgave av kortversjonen av retningslinjen, arrangere informasjonsmøter, vise informasjonsfilmer og gi dem tilgang til anbefalingene i retningslinjen via det medisinske oppslagsverket NEL. Gransjøen et al. konkluderte med at det både var utfordrende og komplisert å implementere slike retningslinjer, og at iverksatte tiltak hadde usikker virkning. Størsteparten betraktet faglig autonomi og klinisk skjønn som viktigere enn retningslinjer for å vurdere om en bildeundersøkelse var indisert eller ikke (Nilsen, 2021). I medisinsk sammenheng kan indikasjon forklares som en berettigelse til å utføre en spesifikk undersøkelse eller behandling (Kåss, 2020). Å anvende klinisk skjønn innebærer å gjøre en helhetsvurdering, basert på situasjonsbetingede faktorer, erfaring, intuisjon og fagkunnskap (Værland, 2021). Det blir spennende å undersøke hva mine data vil avdekke når det kommer til dette. I neste kapittel skal jeg se på hvilke faktorer som spiller inn i fastlegers og radiologers beslutningstaking omkring bildediagnostikk. Benytter de seg av anbefalingene i egen praksis, og samsvarer deres arbeidshverdag med fagaktørenes innramminger for «riktig» bruk av bildediagnostikk?

5 Valgets kval: om fastlegers og radiologers beslutningstaking i praksis

Som vist i det foregående kapittelet kan vi betrakte Hdirs retningslinje som en ramme for «korrekt» anvendelse av bildediagnostikk. Gjør kloke valg-kampanjen er et påfølgende selvstendig bidrag innenfor samme handlingsområde, men kan anses som en ominnramming av sakskomplekset. Begge fagaktørene råder altså helsepersonell å begrense bruken av bildediagnostikk, og har i den sammenhengen gitt en rekke konkrete anbefalinger, som eksempelvis at det vanligvis ikke er indikasjon for bildediagnostikk ved grad 1- eller grad 2-nakkesmerter (Sharma et al., 2014) og at bildeundersøkelser av pasienter med korsryggssmerter, som ikke har alarmsymptomer, bør unngås (Gjør kloke valg, u.å.-d). Vi så imidlertid at Hdirs retningslinje hadde *henviserne* som målgruppe, mens Gjør kloke valg-kampanjen hadde som mål at behandlere og pasienter *sammen* skal gjøre kloke valg. Fastlegen i førstelinjen er dermed den som oftest vil havne i denne typen valgsituasjoner. Radiologer på sin side er de fremste ekspertene innen medisinsk bildeteknologi, og anbefalingene er faglige funderte i radiologi.

I dette kapittelet skal jeg undersøke praksisfeltet. Hvilke erfaringer har et knippe fastleger og radiologer når det gjelder bildediagnostikk, og hvilke faktorer preger deres beslutningstaking? Hvilke tanker gjør de seg om de muligheter og begrensninger som ligger i rådene (innrammingene), og hva betyr de mer konkret i deres praksis? Først, en kort introduksjon i de to legegropenes ansvar og arbeidsoppgaver.

5.1 Pasientansvar og arbeidsoppgaver som henholdsvis fastlege og radiolog

I Norge ble fastlegeordningen iverksatt i 2001 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Fastlegeordningen innebærer at alle norske innbyggere har rett til å ha en fast allmennlege. Reformen hadde til hensikt å sørge for at alle har tilgang på gode allmennlegetjenester når dette behøves. En fastlege er en allmennpraktiserende lege som deltar i fastlegeordningen etter avtale med kommunen, enten som kommuneansatt eller som selvstendig næringsdrivende. Som fastlege har man ansvar for å følge opp pasientene man har på sin pasientliste. Listetaket ligger i utgangspunktet på 500 til maksimalt 2 500 personer. Fastlegen skal fungere som pasientens faste kontaktperson når det kommer til helserelaterte spørsmål (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). Videre er fastlegen vanligvis det første kontaktleddet pasienten har med å gjøre i helsevesenet, og hvis fastlegen vurderer at det er behov for dette blir pasienten henvist videre til spesialisthelsetjenesten (Utdanning.no, u.å.-a). Reformen er i dag under vesentlig press, noe som er nært knyttet til samfunnsendringene vi tidligere har vært inne på. Det er betydelige utfordringer med å bemanne nok fastlegehjemler, og i Trøndelag har vi sett et såkalt fastlegeopprør som kaller situasjonen en fastlegekrise (Fastlegeordningen 2.0, u.å.). Også Helse- og omsorgsdepartementet vurderer nå fastlegeordningen for å ikke være bærekraftig på lengre sikt (2022).

En fastlege er altså det som kan kalles for en *allmennlege* eller *spesialist i allmennmedisin* (ALIS, u.å.). Det medisinske feltet allmennmedisin kjennetegnes av å være bredspektret og mangfoldig (Utdanning.no, u.å.-a). En håndbok for allmennpraksis ble utarbeidet av et såkalt ALIS-utvalg. ALIS er en forkortelse for allmennleger i

spesialisering, og utvalget er et underutvalg i Allmennlegeforeningen som ønsker å fremme interessene til allmennleger i spesialisering (ALIS, 2019, s. 27). I håndboken nevnes fire verdier som kan knyttes til allmennmedisin, nemlig *kontinuerlig*, *omfattende*, *personlig* og *forpliktende*. Kontinuitet er altså sentralt innen allmennmedisin, fordi det å kunne yte best mulig behandling forutsetter at fastlegen kjenner pasienten over tid. At allmennpraksis beskrives som *omfattende* henger sammen med det helhetlige fokuset fastlegen er ment å ha på pasientens helse. At allmennmedisinen kan sies å være *personlig* handler om at pasienten har den samme fastlegen. Til slutt er allmennpraksisen *forpliktende*, fordi det i lege-pasient-relasjonen er et gjensidig ansvar (ALIS, 2019, s. 4)

En radiolog er også medisinutdannet, men har sin spesialisering innen radiologi. Radiologi er et medisinsk fagområde, hvor man benytter bildeteknologi for å diagnostisere og behandle sykdom. Vanlige radiologiske undersøkelsesmetoder er røntgen, CT, MR og ultralyd. Radiologer har ansvar for å undersøke og diagnostisere ved hjelp av radiologiske undersøkelsesmetoder. De kan også gjøre intervensjonsradiologi, som går ut på at de tar vevsprøver eller behandler pasienter ved å benytte seg av medisinsk bildeteknologi for å manøvrere seg. I tillegg utarbeider de bildebeskrivelser, hvor de informerer om eventuell diagnose. Her gir de ofte henviseren råd om hvilke grep vedkommende skal gjøre videre (Utdanning.no, u.å.-b). Radiologer har mulighet til å både omgjøre og avvise henvisninger. De kan omgjøre en henvisning hvis de mener at en annen bildeundersøkelse er indisert ut ifra den kliniske informasjonen de har mottatt. I tillegg kan de avvise en henvisning hvis de mener det ikke er indikasjon for en bildeundersøkelse (Andersen et al., 2022, s. 6). Som radiolog jobber man gjerne ved røntgenavdeling på sykehus. Det er heller ikke uvanlig å arbeide ved klinikker eller institutter, enten i offentlig eller privat sektor (Utdanning.no, u.å.-b).

Både fastleger og radiologer er essensielle for ivaretagelsen av pasienters helse. Rollen deres i pasientforløpet er imidlertid ganske ulik. Fastlegen følger som nevnt opp pasienter kontinuerlig, og fungerer som en fast kontaktperson for dem. I den forbindelse sa Fridtjofsen: «Jeg ser jo de samme pasientene over lang tid, med forskjellige sykdommer som kommer og går. På sykehuset ser de de samme sykdommene, men pasientene byttes ut». Radiologene tilhører spesialisthelsetjenesten (også kalt andrelinjetjenesten), og tilbyr spesialisert helsehjelp, gjerne på vegne av andre leger eller annet helsepersonell. Møtet med pasienten skjer vanligvis bare én gang, og begrenses til å undersøke, diagnostisere og i noen tilfeller behandle gjennom intervensjonsradiologi. Ruud verdsatte den tekniske siden av faget: «Jeg liker at det er et teknisk fag. Man må kanskje være en egen type og like å sitte litt mer tilbaketrukket. Det passer meg godt. Du står ikke i mottakelsen og får alt gørrret i ansiktet». Her ser vi hvordan Ruud opplever seg relativt skjermet fra klinisk arbeid og de utfordringene som måtte oppstå i pasientens nærvær. Å jobbe som radiolog kan med andre ord sies å være en vesentlig mindre *pasientnær* praksis enn det allmennpraksis er.

Allmennmedisin kjennetegnes som sagt av å være et svært bredt felt. Variasjonen fortalte imidlertid både Fjeld og Fossum at de verdsatte med yrket. Fossum sa: «Det som jeg er veldig glad i med allmennpraksis er jo at det er hele spekteret – fra fosterliv til død. Og så har du i tillegg litt av alt». Fossums utsagn skildrer hvordan allmennmedisin rører innom så mange forskjellige fagområder. Man har pasienter i alle aldersgrupper, og må håndtere pasienters tilstander og sykdommer som måtte komme gjennom et liv. Dette fordrer bred kompetanse og tilpasningsdyktighet. Samtidig

foreligger det også en faglig bredde innenfor radiologi, selv om det ikke krever den samme pasientkontakten, noe Richardsen trakk frem:

Det er ingen spredningsmønstre av kreft i lever som ser identiske ut [...] I tillegg får vi ny teknologi, og plutselig ser vi ting som det ikke har vært mulig å se før [...] Man får en veldig unik oversikt over et veldig bredt felt; innenfor teknologi, innenfor medisin og alt imellom.

Likevel er fagområdet spisset på det viset som Rasmussen poengterte: «Vi kan jo ganske mye om hvordan sykdommer arter seg i bilder; det er jo det radiologi *er*». Denne variasjonen kan sies å stort sett holde seg innenfor ett og samme fagfelt, og illustrerer den sterke spesialiseringen man ser innenfor radiologi. De helserelaterte spørsmålene de skal ta hånd om begrenses til sykdom som kommer til syne ved hjelp av radiologiske undersøkelsesmetoder. Fastleger har på sin side et bredere ansvarsområde, hvor det å finne ut av helserelaterte spørsmål innebærer ivaretagelse av alle aspekter som kan påvirke pasienters helse, om det så er samlivsbrudd, søvnproblemer eller bekymringer rundt økonomi. Som det står i ALIS-utvalgets rapport:

Den gode allmennlegen prøver å forstå pasienters symptomer og plager i en kontekst og skjønner at sykdom er knyttet opp mot kulturelle, sosiale, økonomiske og biologiske forhold. For mange av de allmennmedisinske problemstillingene vil det være flere løsninger på et gitt problem. Venn deg til å tenke bredt! (ALIS, 2019, s. 4)

Dette fremhever det kliniske skjønnnet som skal prege fastlegens vurderinger. Det viser også hvordan det ikke nødvendigvis er en fasit på hva som er korrekte vurderinger. Det at pasientkontakten er så forskjellig hos de to legespesialitetene påvirker trolig også måten de betrakter helse, sykdom og helsehjelp på. Dette kan også ha betydning for hvordan de gjør vurderinger omkring bildediagnostikk. Om arbeidshverdagen sa Fossum:

Det er kronisk travle dager [...] Det har vært perioder opp i 70-80 timer per uke [...] Det er for eksempel avtalte telefonkonsultasjoner, som jeg kanskje ikke rekker i åpningstiden, og så må jeg ta det utover ettermiddag og kveld. Og så en haug med papirarbeid, NAV-saker, barnevernssaker og sakkyndighetsarbeid. Alt mulig, egentlig, som man ikke rekker over i en vanlig, klinisk hverdag. Så delvis derfor sikkert at vi er i en fastlegekrise.

Her ser vi hvordan fastleger kan oppleve stor arbeidsbelastning. I sammenheng med at fastleger skal være pasientens faste kontaktpunkt, innebærer dette at de må dekke et bredt spekter av arbeidsoppgaver. Som nevnt fokuserer fagaktørenes innramminger på beslutningstakingen som finner sted på legekontoret med pasienten til stede. Likevel strekker arbeidsoppgavene seg lenger enn det fastlegen rekker å gjøre fra seg i løpet av konsultasjonstiden. Denne helhetlige pasientomsorgen kan resultere i en såkalt *ansvarsoversvømmelse*. Begrepet brukes gjerne for å beskrive det brede pasientansvaret sykepleiere har, og som skiller seg fra andre helsepersonells mer avgrensede arbeidsoppgaver. Mens ergoterapeutens arbeidsoppgaver begrenses til å kartlegge pasientens funksjonsevne og hvilken tilrettelegging som behøves, er det likevel en rekke restoppgaver som ikke blir håndtert av andre yrkesgrupper. Disse restoppgavene overlates gjerne til de med det kontinuerlige ansvaret (Orvik, 2018, s. 293–294), noe som også kan ses hos fastlegen. Med utgangspunkt i det jeg har vært inne på har radiologer et langt mer avgrenset ansvar overfor pasienter enn det fastleger har. La oss

nå se på mine informanters erfaringer med bruk av bildediagnostikk, og de faktorene som kan spille inn i deres beslutningstaking.

5.2 Hva er unødvendige bildeundersøkelser?

Både i Hdirs og Gjør kloke valg snakkes det om *unødvendige bildeundersøkelser*, noe flere av mine informanter var enige om at foregikk. Som Richardsen sa:

Vi [radiologer] er enige om at det gjøres for mye, og vi er enige om at de tingene som har indikasjon skal gjøres. Og vi er enige om hastegrader. Det er lite grunn skjønnsmessige vurderinger man er nødt til å gjøre, men innenfor radiologsiden så er vi rimelig enige altså. Det er ingen som vil ha flere undersøkelser av oss, eller få de tingene som ikke er indiserte til å bli indiserte.

Ifølge Richardsen var det bred enighet blant radiologer om at det foregår mye overforbruk av bildediagnostikk, samt at de støttet opp under de offentlige anbefalingene på feltet. Fagaktørene viser i sine anbefalinger til mulige konsekvenser som kan oppstå som følge av overforbruk av bildediagnostikk, som stråleeksponering, risiko og potensielle bivirkninger knyttet til overbehandling, falske positive funn, falsk trygghet, store geografiske forskjeller i bruk og sløsing med knappe ressurser (Gjør kloke valg, u.å.-e; Sharma et al., 2014). Samtidig spilte både sosiale, etiske og ressursmessige hensyn en rolle i legenes beslutningstaking. Flere av informantene poengterte at en del undersøkelser som man ifølge anbefalinger ble oppfordret til å unngå likevel kunne ha en viss nytteverdi. I vurderingen av nytte versus skade trakk for eksempel flere av informantene frem verdien av de beroligende effektene bildeundersøkelser kunne ha, noe som synliggjør samspillet mellom medisinsk objektivitet og subjektivitet. Anbefalingene til fagaktørene kan sies å omhandle de tilfellene hvor det er rimelig grunn til å tro at *objektive* funn, det vil si synlige, sykelige forandringer i kroppen, vil avdekkes gjennom en bildeundersøkelse (Ntmf, u.å.), eller i de tilfellene en bildeundersøkelse antas å få behandlingssmessige konsekvenser (Gjør kloke valg, u.å.-e; Sharma et al., 2014). Likevel vil en rekke subjektive opplevelser ha betydning. I forbindelse med dette sa Rasmussen:

Det er mange av de unødvendige undersøkelsene som kanskje har sin nytte likevel. For eksempel har en pasient med artrose i kneet sett det med MR. Det er en unødvendig undersøkelse, men kanskje ble den opplevd som nødvendig. Jeg tror mange pasienter opplever det som viktig for dem. Jeg liker at det blir tatt bilder av pasientene, og fastlegen liker å ha kontroll på problemet. Da vet de hva det er.

Rasmussen viser her hvordan en bildeundersøkelse kan anses som nyttig, på tross av at den inngår i anbefalingene som en unødvendig bildeundersøkelse. Den kan likevel ha en medisinsk nytteverdi, i form av at den kan dempe pasientens uro, forhindre pasienten fra å bestille flere legetimer eller motivere pasienten til å igangsette konservativ behandling (det vil si behandling som ikke innebærer kirurgi (Johnsgaard, 2024)). Dette tilfører handlingsområdet en ekstra dimensjon til oppfatningen av hva som er «klokt» og «riktig» å gjøre. Det viser også hvordan nytteverdi vurderes forskjellig mellom de involverte aktørene. I tillegg viser utsagnet til Rasmussen hvordan diskusjonen om «riktig» bruk av bildediagnostikk heller ikke er svart-hvitt blant radiologer. Også her råder skjønnsmessige vurderinger. En av de andre radiologene, Rønning, begrenset imidlertid nødvendige bildeundersøkelser til de som får *effekter* for behandlingen av

pasienten: «Det er ikke nødvendigvis hva du finner, for du kan finne mye rart, men hvilken *konsekvens* får det?» Som vi etter hvert skal se, opplevde likevel flere av informantene at alternative nytteverdier hadde såpass stor betydning, slik at behandlingsmessige konsekvenser ikke nødvendigvis var et kriterium for henvisning eller utførelse.

Det er altså en rekke variasjoner i hva fastleger og radiologer legger i «riktig» bruk av bildediagnostikk. Fastlegen Fjeld sa følgende: «Det foregår helt sikkert overbehandling, det er det ingen tvil om. Og det er vi nok med på. Men samtidig så prøver vi å ha det med oss, prøver å begrense det noe». Samtidig fortalte hen dette:

Jeg tenker ikke at jeg bestiller så mye som er unødvendig. Jeg tenker ikke det. Selv de som har helseforsikring og får MR samme dag fordi selskapet betaler utenom kø, så hadde jeg jo ikke ville rekvirert noe som er helt unødvendig. Det ville jeg ikke ha gjort.

Fjeld anerkjente altså at overbehandling foregikk og at hen trolig var en del av det. Likevel syntes hen ikke at det forelå et åpenbart rom for forbedring. Hen opplevde at alle bildeundersøkelsene hen henviste til hadde en viss nytteverdi. Dette kan tyde på at det i praksis ikke er like selvsagt hva som er «korrekt» bruk av bildediagnostikk, og hva det er man bør prioritere og ikke. Vurderingene i arbeidshverdagen er trolig både svært sammensatte og situasjonsbetingede, og valgene som tas fra dag til dag er såpass spesifikke at de er vanskelige å se i en større sammenheng.

5.3 Tilgjengelighet, tro, tid og tillit

Som sagt bør bildediagnostikk ifølge Hdir i utgangspunktet bare vurderes i de tilfellene hvor en bildeundersøkelse antas å kunne gi ny, relevant informasjon, som potensielt kan få behandlingsmessige konsekvenser. Som vi skal se, preger diverse faktorer beslutningstakingen, uten at helsemyndighetenes kriterier for «riktig» bruk nødvendigvis er oppfylt. I samhandlingen mellom fastlege og pasient trakk informantene frem en rekke forhold som spiller inn i henvisningsarbeidet, og som ifølge Fridtjofsen «forkludrer vurderingene». Særlig pasientpress er av betydelig relevans i denne sammenhengen, noe både Fossum og Fridtjofsen opplevde som utfordrende å stå imot. Fridtjofsen fortalte:

Det er ikke alltid det har så mye med medisinske problemstillinger å gjøre. Det er mer kampen som foregår på legekantoret, hvor du har en pasient som ikke er overbevist om at den er godt nok utredet. Man får liksom ikke til å mobilisere til noen behandling før de har fått tatt den MR-en, før de har fått det svaret. Men så vet vi som helsepersonell at det ikke er så enkelt. Så må man prøve å forklare dem det. Ofte skapes mer støy enn nytte.

Sammenlignet med fastlegen slipper radiologen å måtte forholde seg til denne typen dilemmaer som oppstår på legekantoret. I forbindelse med lege-pasient-relasjonen sa Fridtjofsen videre: «Ved muskel- og skjelettlidelser, hvor det kanskje er mye overforbruk av bildediagnostikk, så må det være ganske stor tillit mellom behandler og pasient hvis du skal klare å gi dem et nei som de tror på». Det er altså enklere å overbevise pasienten om at en bildeundersøkelse er unødvendig, hvis man har klart å skape en god lege-pasient-relasjon. Dette samsvarer med funnene gjort av Walderhaug et al. (2022).

Samtidig er det ikke bare lege-pasient-relasjonen som betyr noe for bruken av bildediagnostikk. Ifølge Hdirs retningslinje varierer graden av anvendelse av ulike bildeundersøkelser en god del fra sted til sted (Sharma et al., 2014, s. 9). Dette hadde Richardsen, som hadde praktisert som fastlegevikar før hen ble radiolog, erfaring med:

Én ting er jo tilgjengelighet. Hvis det er mer tilgjengelig, så blir det gjort flere undersøkelser. Det er erfaringen fra fastlegebiten, hvor jeg var godt ute i distriktet. Hvis det var to timer å kjøre for å ta en røntgen, så var det mye lettere å se det enn hvis man var på legevakten og røntgenapparatet var 40 meter unna. Noen ganger var det tilstrekkelig til at det ikke lenger var indikasjon for å gjennomføre undersøkelsen [...] Det kunne jo for så vidt også slå andre retningen ut. På grunn av avstanden kunne pasienter nekte å ta en bildeundersøkelse: «Det går sikkert bra, dit orker jeg ikke å dra».

Dette kan tyde på at det er høyere terskel for å henvise til bildediagnostikk hvis man er fastlege i distrikt. Apparatets tilgjengelighet kan ha noe å si for hvor vanskelig det er å overbevise pasienten. Som Fridtjofsen var inne på kan det også virke som at urealistiske forventninger blant pasienter til hva bildediagnostikk kan og ikke kan bidra med er en sentral faktor som kompliserer henvisningsarbeidet. Et interessant poeng flere av informantene nevnte, var hvordan medisinsk bildeteknologi blir betraktet av allmennheten. Rønning reflekterte rundt dette ved å si:

Du vet, en del av dette her har jo et element av magi. Det er jo noe magisk, ikke sant? [...] Det er jo ren magi for vanlige folk som kommer inn. Det er en svær maskin, det dunder og det bråker og det er masse rabalder. Så kommer det ut noen bilder, og man kan se alt. Så det er et visst element av magi, og det skal vi ikke se bort ifra. Folk kan la seg fascinere, og det er ofte urealistiske forventninger til hva det kan bidra med.

Denne overdrevne troen på at bildediagnostikk én gang for alle kan avklare om man er syk eller ikke kan føre til økt påtrykk fra pasienter. Det kan fremstå som at det florerer med antakelser om at bildediagnostikk viser en objektiv sannhet, som trumfer det meste av medisinske vurderinger (Hofmann et al., 2021). Videre står det mye om leger som *underbehandler* i mediene, nemlig unnlater å gi pasienter nødvendig helsehjelp ved sykdom. Fokuset er mindre på overforbruk og konsekvensene det kan føre til (Mullis & Topdahl, 2023). Dette syntes også Fjeld var problematisk:

Jeg tror folk er alt for lite opptatt av stråledose og sånne ting, særlig med tanke på CT. Det er jo ingen tvil om at hvis du har tatt masse CT av abdomen og bekken så har du en økt kreftrisiko. Det tror jeg ikke folk tenker så mye over.

Utsagnet til Fjeld tyder på at pasienter i større grad frykter at sykdom blir oversett, enn at de skal bli eksponert for røntgenstråling. De virker til å ha et uforholdsmessig syn på bildediagnostikkens fordeler og ulemper. I takt med den banebrytende utviklingen innen radiologi kan medisinsk bildeteknologi sies å ha opparbeidet seg en høy status, som synliggjøres i pasienters forestillinger. Å avslå pasienters ønske om bildeundersøkelse kan føre til at de opplever å bli frarøvet noe som er grunnleggende for grundig utredning og behandling. I sammenheng med dette blir ett fenomen nevnt av flere av informantene, nemlig såkalt *terapeutisk MR*. Dette vil si at en bildeundersøkelse blir gjort hvor hovedhensikten er å berolige pasienten. Dette utgjør en vanskelig problemstilling når det kommer til hvorvidt en bildeundersøkelse er «riktig» eller ikke. Fossum fortalte:

Vi har jo en viktig portvokterfunksjon som allmennleger. Men den rollen kan være ganske vanskelig. Det er jo en stadig mer opplyst pasientpopulasjon, og tilbud skaper behov. De har gjerne en forventning om at ting blir grundig kartlagt. Det kan jo være litt vanskelig å stå imot og nekte enkelte ting. Men klart, hvis det er helt hinsides krav, så må man jo avslå det. Jeg har jo naturligvis kjent på det som kliniker, at den undersøkelsen kanskje er like mye for å roe ned pasienten om at det ikke er noe galt. Men det kan jo for så vidt ha en terapeutisk effekt og lette på symptomtrykket.

Fossum viser her hvordan pasienter kan bli henvist til bildediagnostikk, uten at det nødvendigvis foreligger en sterk indikasjon for dette. Likevel kan det argumenteres for at årsaken bak likevel er medisinskfaglig. Pasientens ve og vel innebærer også dens psykiske helse, noe man som fastlege ønsker å ivareta like fullt som pasientens kroppslige helse. Selv om en pasient henvises til bildediagnostikk med hovedformål om å berolige vedkommende, kan dette likevel ha flere nytteeffekter. Det kan hindre pasienten fra å bestille flere legetimer, det kan fungere helsefremmende ved å redusere engstelse og det kan motivere pasienten til å følge et konservativt behandlingsforløp. Som jeg tidligere har vært inne på skal situasjonsbetingede faktorer og klinisk skjønn ha innvirkning på vurderingene. Det betyr at fastlegens subjektive opplevelser også skal spille inn i beslutningstakingen. Dette reiser spørsmålet om hvem som skal avgjøre hva som har betydning i prioritering rundt bildediagnostikk (Carter et al., 2015). Likevel bør bildediagnostikk ifølge Hdir kun vurderes hvis det gir relevant informasjon som potensielt kan få behandlingmessige konsekvenser. Dette kan skape et dilemma for fastlegen, noe Rønning som røntgenlege hadde forståelse for:

Ofte vil det være sånn at du sitter med pasienten, hvor de har en forventning om å få en avansert bildeundersøkelse. Og så vet du som fastlege at det er ventetid på det. Og da får vi kanskje ikke kommet i gang med behandlingen før undersøkelsen er gjort og svaret er gitt. Det kan godt være at du må utsette behandlingsstart i to måneder, hvis pasienten ikke er innstilt på å gjøre noe særlig før svaret på undersøkelsen foreligger.

Pasienter kan i enkelte tilfeller sette seg på bakbeina og ikke gå med på å forsøke andre medisinske tilnærminger, før bildediagnostikk har utelukket det mest alvorlige. Dette eksemplifiserer bruk av bildediagnostikk, som på tross av svak indikasjon, likevel kan få behandlingmessige konsekvenser. I tillegg står det i retningslinjene at «helsepersonell må likevel vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient for å ta hensyn til individuelle behov» (Sharma et al., 2014, s. 63). Helhetsvurderingene inkluderer såpass mange aspekter, at anbefalingene bare hjelper henvisere et lite stykke på veien. «Objektivt sett» mener fagaktørene at bildediagnostikk skal brukes slik og slik, men fastlegene må ta stilling til langt flere forhold enn det føringene som gis tar høyde for. Alle elementene som fastlegene må forholde seg til fører til oversvømmelser av fagaktørenes rammer.

Tidskomponenten kan også være en faktor som spiller inn. Fridtjofsen fortalte:

Det tar mye kortere tid å si ja enn å si nei, fordi det er ofte en forventning om å få MR. Så tenker de at de får svar på det de lurer på, men de gjør jo ikke det. Å forklare dette til pasientene er tidkrevende, i en hverdag hvor man ikke har så mye tid til overs.

Dette er i tråd med Gransjøen et al. (2018a), hvor deltakerne i studien opplyste om at en sentral årsak til overforbruk var mangel på tid til å overbevise pasienten om at en bildeundersøkelse var unødvendig. Slike diskusjoner kan altså være ganske ressurskrevende. Hvis det tar tid å overbevise pasienten om at en bildeundersøkelse er unødvendig, spiser dette opp tiden til andre arbeidsoppgaver, som det ellers er nok av i løpet av en arbeidsdag. Begrenset med *tid* gjør altså at fastleger velger å henvise pasienter til det som anses som overflødig bildediagnostikk. Også for radiologer er det flere faktorer som kompliserer beslutningstakingen, og også de hadde travle arbeidsdager. For eksempel kunne et overbelastet sykehus ifølge Richardsen føre til endrede prioriteringer:

Hvis jeg skal tenke på intervensjonene som vi gjør... Hvis du for eksempel har en pasient med pleuravæske, som bare har en moderat grad av påvirkning på pasientens funksjonsnivå, så kan det være administrativ hast som er årsaken til at en bildeundersøkelse ønskes å gjøres, fremfor at man lar den væska gå over av seg selv. Da blir pasienten fortere oppegående og utskrivningsklar.

Rasmussen viser her hvordan radiologi har sine gråsoner. De må også gjøre skjønnsmessige vurderinger og tidskomponenten spiller en sentral rolle også for dem. Samtidig trakk Richardsen frem fordelene av å forkorte liggetiden til pasientene:

Folkehelseperspektivet er jo relevant, i tillegg til den konkrete tilstanden. Hvis en undersøkelse kan føre til at pasienten får raskere behandling og derav kortere sykefravær, så er jo det av interesse for helsevesenet.

Det er derfor en sammensatt vurdering, hvor fordeler og ulemper veies opp mot hverandre. Administrative forhold kan for eksempel være med på å vippe vektskålen.

5.4 Portvoktere under press

Som nevnt tidligere har radiologer muligheten til å både omgjøre og avvise henvisninger fra fastleger. I forbindelse med dette sa Rasmussen: «Hvis vi bare hadde hatt bedre kapasitet på røntgen-siden... Av og til er det lettest for oss å bare: 'Nei, vi bare tar den'. Vi orker ikke å ta den diskusjonen eller sitte 15 minutter i telefonkøen». Radiologer kan med andre ord føle seg tvunget til å utføre bildeundersøkelser de ikke har tilstrekkelig informasjon til å vurdere om er indiserte, eller som de betrakter som unødvendige. Grunnen til dette er fordi det kan mangle kapasitet til å konferere med henvisere. De kan være vanskelige å få tak i på telefon og det kan også være tidkrevende å gå gjennom pasienttilfellet. Men det er også slik at de ofte avviser henvisninger. I den forbindelse sa Fridtjofsen:

Det er jo én ting som gjør at man bruker det ene foran det andre. Hvis jeg har en pasient som jeg skal henvise: den ene plassen vet jeg alltid tar dem imot. På den andre plassen tar de dem kanskje imot sju av ti ganger, men tre av ti må jeg fram og tilbake før jeg får de inn [...] Det blir litt sånn at du ikke alltid velger minste motstands vei, men du vet at du får kvalitet på begge plasser. Det er noe som gjør at de [private] brukes litt mer.

Fridtjofsen valgte tidvis å omgå det offentlige røntgentilbudet, fordi hen antok å bli avvist der. Dette kan tyde på at det enkelte ganger oppleves som viktigere å få pasienten gjennom, enn at en bildeundersøkelse med svak indikasjon blir forhindret, kanskje fordi

det å avvise pasienter oppleves som såpass krevende. Fridtjofsen kunne dermed velge å unngå radiologenes portvokterfunksjon ved å sende henvisningen til et privat røntgentilbud. At også radiologer kan sies å ha en viss portvokterfunksjon sies på bakgrunn av at både fastleger og radiologer forvalter helseressurser (Breivold et al., 2022). Fridtjofsens utsagn kan betraktes som en form for *antiprogram*, som vil si når aktører handler annerledes enn det som i utgangspunktet var tiltenkt (Latour, 1990). I tillegg kan det at pasienten har helseforsikring spille en rolle i beslutningstakingen. Fridtjofsen fortalte:

Hvis de har helseforsikring kommer det en bestilling. Da er det ikke: «Kanskje vi skulle...», men: «Jeg har helseforsikring jeg, så jeg vil ha en henvisning til MR, som jeg har rett på fordi jeg betaler forsikringsselskapet mange tusen kroner i året». Men forsikringsselskapet på sin side sier at: «Da må du ha henvisning fra fastlegen din», fordi det skal jo være medisinsk indisert. Da må de sette det bort til en objektiv tredjepart, som blir fastlegen [...] Det er kanskje de vanskeligste kampene å ta [...] Den der portvokterrollen blir stadig utvannet fordi man har så mange måter å snike i køene på.

Sitatet fra Fridtjofsen beskriver hvordan aktører utenfor legekantoret kan påvirke avgjørelsene. Samtidig bidrar vissheten om at pasienten betaler for helseforsikring til å øke presset. Videre brukes helseforsikringer hyppigst ved muskel- og skjelettlidelser, det vil si det samme feltet hvor overforbruk av bildediagnostikk gjør seg mest gjeldende (Mjølstad, 2023). Også andre forhold knyttet til aktører utenfor legekantoret kan ha innvirkning på fastlegers valg. Offentlige myndigheter har for eksempel muligheter for tilsyn, i tilfeller hvor det reises spørsmål om forsvarlig yrkesutøvelse (Andresen et al., 2022). Både Fossum og Fjeld opplevde Helsetilsynets tilsynspraksis som ubehagelig. Fjeld sa:

Jeg er ganske kritisk til det byråkratiet vi har over oss. Jeg synes ikke de hjelper oss. Statsforvalteren har jo fått en rolle der... Før kunne man jo ringe og be om råd, men nå har det blitt den store stygge ulven. Den stakkars fastlegen som får en tilsynssak får jo et helvete, kanskje både i ett og to og tre år [...] Vi står ganske alene der. Jeg har ikke hatt slike saker, men jeg ser jo hvordan det kan bli for dem som gjør det. Det er veldig rart, det er nesten litt som Kafkas. Hva er det man ønsker, og hvor vil man hen?

Fjeld skildrer her hvordan muligheten for tilsyn øker presset på fastleger. Hen opplever at det nærmest er en jakt på syndebukker, fremfor at Statsforvalteren fungerer som en aktør som kan bidra med støtte og veiledning. Det er rimelig å anta at frykten for tilsyn kan veie minst like tungt som hensynet til konsekvenser av overforbruk.

Pasienter med usikre diagnoser er en annen tvist når det gjelder bruk av bildediagnostikk. Som Fjeld fortalte:

Noen ganger har du jo pasienter med litt diffuse symptomer. Det kan være kroniske smertetilstander, der man før eller siden er nødt til å gjøre en MR av abdomen og bekken for å se om noe er galt. Forventningene om å finne noe er ikke så veldig stor, men man får utelukket ganske mye alvorlig patologi. På et tidspunkt tenker jeg at det er nødvendig.

I et slikt tilfelle er det altså ikke forventet at bildediagnostikk vil gi et klart svar på pasientens diagnose, men det vil likevel utelukke en rekke alvorlige tilstander. Selv om

bildeundersøkelsen ikke forventes å få behandlingmessige konsekvenser, kan slike situasjoner likevel sies å være i overensstemmelse med Hdirs anbefalinger. Der skriver de nemlig at bildediagnostikk gjerne er indisert hvis det er usikkerhet rundt diagnosen, sykdomsforløpet er atypisk eller fordi forsøkt behandling ikke har fungert tilstrekkelig (Sharma et al., 2014, s. 19).

Selv om bruk av medisinsk bildeteknologi av mange pasienter blir betraktet som det sikreste svaret på om man er syk eller ikke, kan likevel kliniske undersøkelser i enkelte tilfeller fungere vel så godt og være mest hensiktsmessig. I forbindelse med kliniske undersøkelser forklarte Richardsen følgende:

Vi har jo litt praksis, når vi har veldig overbelastning, fullt mottak og kaller inn eksterne ressurser, som vi bare gjør for å ta imot en flom, at vi har lavere terskel for å ta og beskrive undersøkelser utenom vanlig arbeidstid. Slik kan vi få avklart om pasienter skal sendes ut, eller hvilken avdeling de kan sendes videre til. Så ut ifra hastegrad så vil noen av dem få en raskere prioritering. Vi kan til en viss grad måtte erstatte en grundig klinisk undersøkelse og observasjonstid.

Richardsen kan tolkes slik at pasienten helst ble klinisk undersøkt og observert, fremfor at vedkommende hadde gått gjennom en bildeundersøkelse før en sterkere indikasjon forelå. Likevel kan overbelastede sykehusavdelinger og knapphet på tid føre til at det som regnes som overbehandlende bildeundersøkelser fortsatt blir gjennomført. Overbelastede sykehusavdelinger er med andre ord også en faktor som kan oversvømme fagaktørenes rammer.

5.5 Om det å begrense bruk av bildediagnostikk

Som vi har sett er det en rekke faktorer som har betydning i vurderingene rundt bruk av bildediagnostikk. Både fastlegene og radiologene argumenterte for at det var mange undersøkelser, som på tross av Hdirs og Gjører kloke valgs anbefalinger, var fornuftige å gjennomføre. Fastlegene var den gruppen som var mest «presset» og hadde flest hensyn å ta. De hadde imidlertid flere strategier for å unngå overforbruk av bildediagnostikk. Blant annet ble det å gjøre grundige kliniske undersøkelser og det å ta i bruk en vente-og-se-strategi trukket frem. Av Hdir foretrekkes som nevnt grundige kliniske undersøkelser og informativ dialog fremfor bildediagnostikk, så lenge ikke sterk indikasjon tilsier noe annet (Sharma et al., 2014, s. 10). Også Fjeld fremhevet verdien av kliniske undersøkelser, og hvordan dette i tillegg kunne være en måte å vise omsorg på:

Det handler jo veldig ofte om trygging. Og det er én ting som jeg har lært meg at er ganske viktig: det er at du tar på pasienten. Du tar på den og undersøker den, slik at pasienten opplever at den er blitt klinisk undersøkt [...] Det har i tillegg kanskje en psykologisk funksjon. Det høres kanskje litt overtroisk ut, men altså... En lege i dag, det er mye teknologi, det er mye kunnskap, det er mye empiribasert og alt sånn. Men du skal ikke glemme at legen også er en slags medisinmann på en måte, som skal gjøre litt sånne magiske ting sånn som en medisinmann i et nært sagt primitivt samfunn gjør. Han undersøker, han håndterer, han snakker. Og det er jo det der med placebo og sånt, altså, det har en effekt. Jeg tror at du gjør en dårlig jobb som lege hvis du ikke tar på pasienten.

Her ser vi hvordan Fjeld i enkelte tilfeller kan oppleve at grundige kliniske undersøkelser fungerer som en erstatning for bildediagnostikk. Å ha disse terapeutiske ferdighetene og god dialog er viktig for å berolige og overbevise pasienten. Som Fridtjofsen sa:

Hvis jeg er usikker pleier jeg ofte å utforske sammen med pasientene, for å finne ut hva de aksepterer. Noe vi bruker mye av i allmennpraksis er tid som behandling, altså «se hvor er vi om fire uker», for eksempel. Hvis de fremdeles har plager, så kan de ta kontakt på ny. Jeg bruker mye en slik strategi, *watchful waiting*.

En slik vente-og-se-strategi er også ifølge Walderhaug et al. (2022) virkningsfull. Når det gjelder strategier kommer Gjør kloke valg-kampanjen i motsetning til Hdir med konkrete råd om hvordan fastlegen kan håndtere dilemmaer som oppstår på legekantoret. Eksempelvis har Gjør kloke valg blitt viet en egen serie i Legeforeningens podkast *Legeprat*. I episoden «Kunsten å si nei» kom barnelegen Ketil Størdal og fastlegen Stefán Hjörleifsson med tips til hvordan man kunne avvise pasientens ønske om utredning eller behandling, som fra et medisinsk ståsted ikke ble regnet som nødvendig. Størdal poengterte også at kampanjen ikke er ment å rette pekefinger, men at den er ment å bevisstgjøre om overdiagnostikk og overbehandling, samt oppfordre til en samtale om medisinsk tilbakeholdenhet (Størdal & Hjörleifsson, 2023).

Istedenfor å si blankt nei til en pasients ønske om bildediagnostikk, kom Størdal og Hjörleifsson med forslag til spørsmål både pasienter og fastleger kunne stille, for å skape en konstruktiv samtale rundt de utrednings- og behandlingsalternativene som forelå. De mente det var viktig at fastlegen forsøkte å nøste opp i hva pasientens bekymring bunnet i og hvilke antakelser vedkommende hadde, slik at man kunne realitetsorientere når det gjaldt risiko, muligheter og begrensninger knyttet til bildediagnostikk. Det viktigste ifølge dem var at pasienten skulle oppleve å bli ivaretatt, på tross av at det kanskje ikke ble noe av den utredningen eller behandlingen vedkommende i utgangspunktet hadde sett for seg. Å vise til kampanjens anbefalinger ble også trukket frem som en strategi. De to legene anerkjente fastlegens knapphet på tid, men mente at det på lengre sikt ville lønne seg å bruke tid på disse strategiene, siden ikke-indiserte henvisninger ville skape merarbeid både for fastlegen selv og behandlingsstedet fastlegen henviste til. Dessuten mente de at pasienten kunne tenkes å komme på ny med andre plager senere, og da forvente minst like mye å bli henvist til bildediagnostikk (Størdal & Hjörleifsson, 2023). Mine data tyder likevel på at dette er enklere sagt enn gjort. De tre fastlegene blant informantene mine hadde alle kjennskap til Gjør kloke valg-kampanjen. Kampanjen ga imidlertid inntrykk av å fungere som en inspirasjonskilde fremfor et verktøy som de benyttet seg av aktivt. I forbindelse med dette sa Fridtjofsen:

Altså, man prøver å tenke ut ifra det [Gjør kloke valg] [...] Men så er det noe med å kommunisere dette til pasientene, dette elementet med hva som skjer innpå legekantoret, hvor det er en dialog mellom to personer. Det kan jo være så mye ikke-medisinsk i den relasjonen, som kan påvirke beslutningen, selv om du vet at du egentlig ikke skal gjøre sånn og sånn. Jeg tror man alltid vil ha noen pasienter som man kommer litt til kort med.

Her ser vi hvordan Fridtjofsen opplever slike policyføringer som utilstrekkelige i lege-pasient-relasjonen, fordi så mange ikke-medisinske elementer oversvømmer rammen. Som jeg nettopp var inne på nevnte Størdal og Hjörleifsson flere positive ringvirkninger av å begrense forbruket av bildediagnostikk. Slike langsiktige fordeler er ikke nødvendigvis så synlige for fastlegen selv. Fastlegen forholder seg i første rekke til de

problemstillingene hen står overfor i øyeblikket. Det kan altså virke som at det ikke medførte betydelige fordeler for Fridtjofsen hvis hen valgte å avvise en pasients ønske om bildediagnostikk. At tiltak gagnar fastlegene selv, har ifølge Andersen et al. stor betydning når det gjelder deres motivasjon for endring (2022). Videre sa Rasmussen følgende om Gjør kloke valg kampanjen:

Det blir litt banalt for oss som jobber med røntgen. Kanskje ikke selvsagt, men hvis du leser litt litteratur får du ganske fort med deg de punktene. Målet er jo å redusere antall henvisninger til unødvendige undersøkelser. Så de er kanskje mest rettet mot de som henviser.

Rasmussen kan tolkes slik at radiologene stiller seg bak anbefalingene i kampanjen, men at de trolig ikke benytter seg av dem i praksis. Hen anså det heller som et nyttig verktøy for henviserne. Likevel virket det ikke som om noen av fastlegene jeg snakket med brukte anbefalingene aktivt i praksis. Misnøyen til Hdirs retningslinjer var til dels stor blant flere av informantene. Fjeld mente retningslinjene var dårlig tilpasset allmennpraksis:

Disse retningslinjene er ikke enhetlige i det hele tatt. Den ene slår jo den andre i hjel. Jeg tenker det er en slags galskap som en helsebyråkrat, som ikke har peiling på hva allmennmedisin er for noe, har satt i verk. Som helhet er retningslinjene nesten ubrukelige. Hadde de klart å lage en tosiders sammenfatning av alle, så hadde de kanskje vært tilgjengelige på en annen måte. Men så er det multimorbiditet [...] Pasienten har kols, astma, diabetes, han har hatt hjerteinfarkt og hjerneslag, han har atrieflimmer og glaukom [...] Og da begynner det å bli vanskelig, fordi det kan være en del bivirkninger og interaksjoner. Dette er ofte gamle, skrøpelige folk. Har de en alvorlig hjertesvikt i tillegg, så ligger du og balanserer på blodtrykk, ødemer, væskeopphopning og hjertefunksjon [...] Ingenting er ideelt der, men jeg tror ikke du får noe hjelp av retningslinjene i en sånn situasjon.

Retningslinjene skyver slik Fjeld kan forstås, mye av fastlegenes utfordringer ut av rammene, som for eksempel komplekse, multisyke pasientcaser. Dette er i overensstemmelse med det jeg var inne på i kapittel 4.2, nemlig at denne pasientgruppen er eksternalisert. Å ikke ta høyde for denne totaliteten som fastlegen står overfor gjør de faglige retningslinjene mindre relevante i praksis. Omstendelige og utilgjengelige dokumenter, samt at anbefalingene oppleves for firkantede til bruk i praksis, er også blant faktorene Gransjøen et al. kom frem til at forhindret retningslinjebruk (2018b, s. 5). Rønning var også kritisk til sterke føringer. I overensstemmelse med at Fjeld opplevde at den multimorbide pasienten ble utelatt fra retningslinjene sa Rønning:

Jeg tror ikke vi kan gjøre annet enn å informere – informere og øke kunnskapsnivået, først og fremst hos fastlegene, slik at de kan informere pasientene i sin tur [...] Jeg har ikke noe tro på at man skal lage stringente regler. Medisin er så allsidig. Gjør du det veldig strikt og avgrenset så er det alltid noe som havner utenfor [...] Da risikerer du å helle babyen ut med badevannet.

I tråd med Rønnings utsagn kan det sies at fagaktørenes innramminger i form av anbefalinger sannsynligvis ikke vil kunne romme *alle* forholdene som fastleger potensielt kan stå overfor, nemlig at det sørges for å danne totale rammer for bruk av bildediagnostikk, fordi man alltid vil ha enkelte pasient-caser som havner utenfor (jf.

Callon, 1998). Her ser vi også hvordan Rønning ønsker å dele kunnskap med fastleger, og at hen anser kunnskapsdeling som det viktigste tiltaket for å få bukt med overforbruk.

På bakgrunn av det jeg har vært inne på viser det seg at en rekke problemstillinger gjør valgene omkring bildediagnostikk utfordrende for fastleger og radiologer. Noen forhold var spesifikke for fastlegene, som for eksempel grad av tillit eller nærhet til radiologiske tjenester. Andre var spesifikke for radiologene, som for eksempel overbelastede sykehusavdelinger. Vi har også sett hvordan informantene hadde kjennskap til Hdirs retningslinje og Gjør kloke valg anbefalinger. Likevel virket ikke informantene å benytte seg av disse i praksis. Det var ikke et entydig svar på hvilke bildeundersøkelser de vurderte som nyttige og ikke, da dette kom an på en rekke situasjonsbetingede faktorer. I likhet med Gransjøen et al. sine funn tyder også mine data på at klinisk skjønn og selvstendige vurderinger spilte en større rolle i vurderingene enn bruk av anbefalinger (Nilsen, 2021).

5.6 Ulike kalkulasjonsrasjonaliteter i spill?

Som jeg tidligere har vært inne på beskrives innramming som en avgrensning for sosiale praksiser, hvor rammenes innhold er selvsagte for aktørene (Callon, 1998). Basert på radiologenes utsagn fremsto det tydeligere for dem hvilke bildeundersøkelser som kunne regnes for å være unødvendige og ikke i henhold til fagaktørenes anbefalinger, med unntak av enkelte skjønnsmessige vurderinger som måtte gjøres. På tross av at jeg også avdekket faglig bredde innenfor radiologi, og selv om radiologer også er nødt til å utøve en del skjønn, samsvarer likevel fagaktørenes rammer bedre med radiologers praksis enn allmennpraksis. Det kan dermed virke som at det er lettere å få slike rammer til å være i overensstemmelse med et høyteknologisk fagområde med begrenset pasientkontakt, som radiologi kan sies å være, sammenlignet med det altomspennende feltet allmennpraksis.

Ifølge Callon finnes det alltid ubrytelige bånd mellom aktørene i rammen og verden utenfor. Fastleger har svært tett pasientkontakt, og det å stå ansikt-til-ansikt med pasientene medfører en betydelig forpliktelse. Den nære koblingen til og ansvaret for pasientene utgjør dermed åpenbart kanaler for oversvømmelser. Oversvømmelser kan oppstå blant annet på grunn av ny kunnskap eller nye situasjoner (Callon, 1998; Levold et al., 2021, s. 10). Dette er et viktig poeng i forbindelse med allmennpraksis; fastleger jobber tett på mennesker og vil stå overfor nye situasjoner daglig. Ifølge mine informanter spilte en rekke ulike aspekter av både faglig og sosial art inn i helhetsvurderingene, noe som førte til at disse ble svært spesifikke og kontekststilhengig. Fridtjofsen og Fossum medga at de nok enkelte ganger ga etter for pasientpress, og kunne oppleve at portvokterrollen deres ble utfordret. Dette eksemplifiserer hvordan relasjonen til pasienten altså oversvømte fagaktørenes rammer, slik at deres valg kunne stå i kontrast til policyføringene. Dermed var mye fastlegene anså som relevant utelatt i Hdir og Legeforeningen sine anbefalinger, noe som trolig bidro til at disse ble mindre relevante for dem. Dette er problematisk når anbefalingene i stor grad nettopp er rettet mot fastleger.

Alle faktorene fastlegene fortalte preget beslutningstakingen deres, var forhold som fastlegene anså som relevante. Hdirs anbefalinger, som kan sies å være «rent» medisinskfaglige, eksternaliserte imidlertid flere av disse, eksempelvis hvordan

fastlegene kan overbevise pasientene om at en bildeundersøkelse er unødvendig utover å gjøre kliniske undersøkelser og skape en informativ dialog. *Hvordan* de skal skape denne informative dialogen er lagt utenfor rammen. I Gjør kloke valg legges noe av ansvaret også over på pasientene, men det forventes likevel at fastlegene ikke skal henvise pasienter til terapeutisk MR. Likevel opplevde flere av fastlegene at dette kunne være vanskelig å la være. Slike aspekter viser seg å ikke være inkludert i fagaktørenes rammer, på tross av at de like fullt ble vurdert som viktige for fastleger i henvisningsarbeidet.

Fastlegens posisjon skiller seg ut blant de involverte aktørene, både fordi det er fastlegen som står ansikt-til-ansikt med pasientene, og fordi det er fastlegen anbefalingene er rettet mot. Det kan virke som at den sterke forpliktelsen til pasienten og valgene som tas i øyeblikket veier tyngre enn ansvarsfølelsen for å etterleve normerende policyføringer. På tross av et økt fokus på overforbruk, både grunnet ressursknapphet, men også grunnet de helsemessige konsekvensene som kan ramme pasientene, gjør ikke dette valgene svart-hvitt. Å være nødt til å forplikte seg på flere hold kan føre til at fastlegen dras mellom ulike hensyn. Den helhetlige pasientomsorgen kombinert med fokus på overforbruk av bildediagnostikk gjør at fastlegen må balansere mellom sosiale, skjønnsmessige, medisinskfaglige, etiske og økonomiske forhold.

Når det gjelder aktørenes forpliktelse avhenger det blant annet av deres kognitive ressurser, atferdsmønstre og erfaring – graden av forpliktelse avhenger med andre ord av deres kalkulasjonsrasjonalitet (Aune, 2024; Callon, 1998). I og med at fastlegenes kalkulasjonsrasjonalitet skiller seg såpass mye fra fagaktørenes, fører dette til en oversvømmelse av rammene. Hdirs ulike nasjonale faglige retningslinjer ble oppfattet som omfattende og gjensidig utelukkende, og mindre relevante for allmennpraksis. Informantene mente Gjør kloke valg hadde et fornuftig budskap, men følte ikke kampanjen var nyttig i dialogen med pasienter. Fagaktørenes anbefalinger har blitt utarbeidet for å være normerende for praksis, og må ikke følges slavisk. Men, som vi har sett, kan fastleger oppleve at deres portvokterrolle utfordres, noe som tyder på at de kan trenge mer beslutningsstøtte i henvisningsarbeidet.

5.7 Oppsummering

Selv om det trolig er umulig med totale rammer, fant jeg et tydelig behov for fleksibilitet for dynamisk beslutningstaking. Som kjent ønsket både Hdir og Legeforeningen at det skal foregå en informativ dialog mellom fastlege og pasient. Likevel er det ikke nødvendigvis slik at fastleger har nok kunnskap om bildeundersøkelsers muligheter og begrensninger.

Som vi også har sett ønsket eksempelvis Rønning å *veilede* fastleger om bruk av bildediagnostikk, noe som skal vise seg utfordrende å få til i praksis. I kapittel 6 skal jeg derfor se på hvilken henvisningsstøtte fastleger faktisk benytter seg av i arbeidshverdagen, og hva de eventuelt ønsker seg mer av. I den forbindelse blir det relevant å gå inn på relasjonen mellom fastleger og radiologer og spørre hvordan kommunikasjon mellom disse to legegryppene kan bedres.

6 En konsulentrolle i ventemodus: om samhandlingen mellom fastleger og radiologer

I dette kapittelet skal jeg diskutere muligheter for å forbedre handlingsområdet for valg for fastleger og radiologer. Hvordan tilegner fastleger seg kunnskap om bildediagnostikk, og er denne kunnskapen egentlig tilstrekkelig for å håndtere situasjonene på legekantoret? På hvilken måte kan de to legespesialitetene samarbeide bedre? Jeg skal altså se nærmere på hvordan kommunikasjon og læring foregår på feltet.

6.1 Fastlegens selvstendige vurderinger

I Hdirs retningslinje trekkes det frem at begrenset kunnskap om hva bildeundersøkelser, og da særlig MR, kan og ikke kan bidra med, som en årsak til overforbruk (Sharma et al., 2014, s. 10). Som jeg tidligere har vært inne på er det ønskelig fra Hdir sin side at en grundig klinisk undersøkelse og informativ dialog benyttes fremfor bildediagnostikk, i tilfellene dette lar seg gjøre. Dialog mellom fastlege og pasient fremheves som sagt også av Gjør kloke valg-kampanjen. For å skape informativ dialog må fastlegen imidlertid ha kunnskap om og være i stand til å formidle undersøkelses- og behandlingsalternativer til pasienten, samt eventuelle konsekvenser av disse. For det andre må fastlegen være klar til å svare på eventuelle spørsmål som pasienter blir oppfordret til å stille om de alternativene som foreligger. Fastlegen har de konkrete anbefalingene til hjelp, hvor retningslinjen består av mye informasjon om bruk av bildediagnostikk, ulike tilstander og sykdommer, og om bildediagnostikk bør ha en rolle i håndteringen av pasienten eller ei (Sharma et al., 2014). Videre har kampanjen de seks anbefalingene for bruk av bildediagnostikk, samt diverse ressurser for å hjelpe helsepersonell og pasienter med å ta såkalt «kloke» valg (Gjør kloke valg, u.å.-d).

Begge policyføringene er forsøk på å *standardisere* praksis. Som vist i kapittel 5 opplevde imidlertid Fjeld at Hdirs retningslinjer hadde begrensninger i møte med pasienter med komplekse sykdomsbilder. I slike tilfeller mente Fjeld at disse standardene var utilstrekkelige, fordi de hadde eksternalisert kunnskapsgrunnlaget for disse individuelle, sammensatte og nyanserte pasient-casene. Fridtjofsen mente at det å vise til slike anbefalinger ikke nødvendigvis nådde frem. Som vi også så brukte ikke fastlegene blant mine informanter anbefalingene til Hdir og Legeforeningen aktivt i sin arbeidshverdag. Når de ikke tilegner seg kunnskap gjennom anbefalingene, må de imidlertid motta bistand fra andre hold. Andersen et al. (2022, s. 8) peker på viktigheten av møter og muligheter for å konferere med kolleger. Støtte i prioriteringssituasjoner var ifølge dem essensielt. Å prioritere kan oppleves å true lege-pasient-relasjonen, som ellers står så sentralt i allmennpraksis. For å utjevne noe av ubehaget kan det å fordele noe av ansvaret for å si nei være et virkningsfullt grep. Dette har radiologer dog mulighet til ved å avvise henvisninger. Ifølge Sharma et al. har henvisere også behov for kunnskap om bildediagnostikkens nytteverdi versus kostnad, fordi det kan bidra til at beslutningstakingen blir mer veloverveid og at portvokterfunksjonen styrkes (2014, s. 10). Rasmussen reflekterte rundt fastlegens ståsted:

De fleste fastlegene tenker på sine. De er pasientens advokat, de vil få pasienten gjennom. Av og til må vi være litt uenige og sette på en brems [...] Vi er ikke akkurat

portvoktere til bildediagnostikken, men vi får et overblikk, siden vi er med på å drifte hele avdelingen. Så vi kan få et litt annet syn på ting.

Helga M. Brøggers, daværende leder i Norsk radiologisk forening (2021) har uttalt at man innenfor det radiologiske miljøet er svært bevisst over det pressede tjenestetilbudet innen radiologi. Hun oppfordret imidlertid henvisere og aktører som utarbeider retningslinjer til å vise større hensyn med tanke på ressursbruk. Radiologer har mer kunnskap om hvilke bildeundersøkelser som kan ha behandlingsmessige konsekvenser. De blir følgelig mer bevisste over ressursene som går til spille ved overforbruk, når de kan se med egne øyne hva en bildeundersøkelse binder opp av kapasitet. Fastlegen på sin side er nødt til å balansere skjønn, menneskelig omsorg, medisinsk faglig kunnskap, rammebetingelser og ressurs hensyn, men vektlegger trolig det hen kommer tettest på – nemlig pasienten og forholdene på legekantoret. En annen faktor som kan spille inn i henvisningsarbeidet er det faktum at man som fastlege jobber mer på egenhånd enn sykehusleger. Fjeld fortalte: «Vi er et kollegium, men det er klart at det er ensomt. Vi sitter jo for det meste alene». Rasmussen, som hadde litt erfaring fra allmennpraksis, sammenlignet allmennpraksis og radiologi:

Jeg synes det er fint å ha et kollegium som jobber ganske tett. Jeg har jo vært et halvt år i allmennpraksis, og da følte jeg at jeg satt mye alene på kontoret [...] Du jobber tettere sammen med kollegene dine på røntgen.

I tillegg til at det foreligger forskjeller i de to legespesialitetenes fagbakgrunner og praksiser, opplevde de også ulik grad av beslutningsstøtte. Det å jobbe tett sammen med kolleger ble ansett som positivt av flere av radiologene i min studie. Ifølge dem var terskelen lav for å konferere med hverandre når dette behøvdes. Radiologene opplyste altså om en høy grad av beslutningsstøtte, noe som kan gjøre det enklere å ta avgjørelser som man med større sikkerhet kan si at er de «riktige».

At valg blir vanskeligere for fastlegen som står mer alene, samsvarer med funnene til Breivold et al. (2022). Likevel opplevde både Fossum og Fjeld at de hadde en rekke ressurser å lene seg på. Fossum fortalte «Jeg opplever egentlig å ha nok kolleger og støtte. Jeg har jo ulike sykehus jeg kan ringe til også. Der er vi kanskje forskjellige, men jeg gir meg som regel ikke hvis jeg trenger et avklarende svar». Samtidig trakk alle de tre fastlegene frem autonomi som noe de verdsatte med jobben. Det at de kunne styre dagene selv og ta selvstendige beslutninger ble betraktet som positivt. I forbindelse med dette sa Fjeld: «Det er kanskje derfor folk aksepterer å jobbe såpass mye som fastlege; det er jo autonomi, ikke sant?» Likevel innebærer autonomi at de står mye alene i prioriteringssituasjoner. Dette fører til at mye ansvar legges på fastlegens skuldre.

6.2 Fastlegens beslutningsstøtteverktøy

Sammenlignet med sykehusleger som deltar på hyppige internundervisninger, må fastleger oftere oppdatere seg faglig på eget initiativ (Den norske legeföreningen, u.å.). De benyttet seg, som vist i forrige kapittel, heller ikke av Hdirs retningslinje eller Gjør kloke valg anbefalinger i arbeidshverdagen. Det er derfor rimelig å anta at tilegnelsen av kunnskap i høy grad er individuelle prosesser. Hvilke beslutningsstøtteverktøy benytter fastlegene så seg av? Siden allmennmedisin er et såpass bredt felt, er også kunnskapskildene svært mangfoldige. Blant de største kunnskapskildene har vi Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), som man kan få tilgang til bak en betalingsmur. Det

medisinske oppslagsverket henviser blant annet til nasjonale retningslinjer og veiledere, og er det mest brukte beslutningsstøtteverktøyet (Den norske legeforening, u.å.; NEL, 2014). Helsebiblioteket, som finansieres av det offentlige, er også en mulighet for kunnskapstillegg. Helsebiblioteket utgjør en oversikt over ulike ressurser, som blant annet tidsskrifter og oppslagsverk (Den norske legeforening, u.å.). I tillegg har de muligheten til å benytte seg eksempelvis av Norsk legemiddelhåndbok, UpToDate, og Pyramidesøket (Dysthe et al., 2022). Videre er Legevakthåndboken og nasjonale faglige retningslinjer og veiledere sentrale kunnskapskilder (Den norske legeforening, u.å.).

Kunnskapsgrunnlaget som tilbys fastleger kan oppleves som uoversiktlig. I et debattinnlegg tok Dysthe (2022) til orde for utviklingen av en enhetlig og samlet kunnskapskilde som kan romme allmennmedisinens bredde og i tillegg fungere som en støtte i beslutningstakingen. Blant mine informanter fremsto imidlertid NEL å være det foretrukne hjelpemiddelet i arbeidshverdagen. Også andre ressurser ble nevnt, som blant annet Norsk legemiddelhåndbok og et fåtall veiledere fra Hdir. NEL var ifølge Fridtjofsen fort gjort å slå opp i, noe som gjorde at det egnet seg godt under konsultasjoner: «NEL er en mer klinisk håndfast bruk av kunnskapsinnhentning. Det er ikke så mye tid til å lese store, tunge artikler». Gransjøen (2018a) peker på at retningslinjen for bildediagnostikk enkelt kan nås digitalt via NEL. Også Gjør kloke valg-anbefalingene har blitt integrert der (NHI, 2021). Denne tilgjengeliggjøringen er en måte å tilpasse seg behovene i praksisfeltet på, og kan slik sett betraktes som forsøk på ominnramming av både retningslinjen og kampanjen.

Mine informanter benyttet seg altså av ulike kunnskapskilder i arbeidshverdagen, men de brukte hovedsakelig NEL. På tross av at de hadde en rekke ulike kunnskapskilder tilgjengelige, havnet de likevel i situasjoner hvor de ble usikre på om en pasient skulle henvises til bildediagnostikk eller ikke. I slike konkrete pasienttilfeller er det rimelig å anta at det hadde vært gunstig å ha muligheten til å konferere med radiologer. Mine data tydet imidlertid på at samhandlingen med radiologer kunne være relativt utfordrende. I det videre skal jeg se nærmere på hva disse utfordringene kan innebære.

6.3 Henvisinger til besvær

Som nevnt kan fastleger velge å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten, og der gjøres det så en vurdering av indikasjonen for utredningen eller behandlingen (Helsedirektoratet, 2023b). For å henvise en pasient skal fastlegen sende en henvisningstekst til det aktuelle behandlingsstedet, bestående av relevant informasjon om sykehistorie, kliniske funn og aktuell, medisinsk problemstilling (Sharma et al., 2014, s. 10). I mitt materiale viste det seg at fastleger og radiologer, og da særlig radiologer ansatt ved offentlig sykehus, hadde lite med hverandre å gjøre. Dette handlet til dels om at det var begrenset kapasitet ved offentlige sykehus til å utføre bildeundersøkelser av pasienter som hadde blitt henvist eksternt, og til dels fordi fastlegene hovedsakelig brukte private aktører. Radiologene i min studie fortalte at det private tok unna mange av henvisingene fra fastleger, men det kom litt an på hvilken avdeling radiologene jobbet på, og hvilket sykehus de tilhørte.

Det fremstår altså som at fastleger og radiologer har begrenset med kontakt, foruten via henvisningstekster, som sendes fra fastleger, og gjennom bildebeskrivelser, som sendes fra radiologer. Fridtjofsen sa: «Det er sjeldent jeg prater med dem. Det er hvis det er

noe helt ekstraordinært: 'Nå fant jeg en svær svulst, ring meg', for eksempel». Likevel nevnte fastlegene flere situasjoner hvor det kunne være behov for å konferere med radiologer, både før en henvisning ble sendt, men også etter at en bildeundersøkelse var utført og bildebeskrivelsen hadde blitt sendt. Det kunne for eksempel være usikkerhet rundt indikasjon, bildemodalitet eller hastegrad, eller for å få utdypet en bildebeskrivelse. Informanter fra begge gruppene mente det var forbedringspotensial når det gjaldt journalsystemet og muligheten for å kontakte hverandre i disse prosessene. Om meldingsfunksjon i journalsystemet sa Fridtjofsen følgende:

Jeg har jo hatt mulighet til å sende melding til sykehuset, i stedet for henvisning, hvor jeg spør hva jeg bør gjøre med en pasient. Det er en slags henvisningsstøtte, som jeg bruker noen ganger. En slik type støtte kunne vært enda mer tilgjengelig. Det er jo arbeidskrevende for legene på sykehuset, men det vil jo kanskje lette henvisningsmengden. Så kan man kanskje få noen råd til ting man kan gjøre i primærhelsetjenesten også, slik at man slipper å legge inn pasienten på sykehuset.

Av radiologene ble kommunikasjonen i journalsystemet beskrevet for å være ineffektiv, i tillegg til at det var begrenset hva de kunne sende av tilbakemeldinger digitalt. Rasmussen sa:

Vi ønsker jo å skrive en god begrunnelse, sånn at det blir litt læring og samarbeid oppi det. Men det er ikke alltid jeg får plass til å skrive så veldig mye, og det tar jo tid. Hvis du får en litt slurvete henvisning, så får du ikke så veldig lyst til å skrive så mye tilbake, hvis det åpenbart ikke er en indikasjon.

Samtlige av radiologene opplevde i varierende grad å motta mangelfulle henvisningstekster. Flere mente dette bidro til overforbruk av bildediagnostikk, noe som også støttes av forskning på feltet (Brandsæter et al., 2023). Ifølge radiologene jeg snakket med handlet dette om at henvisningstekstene inneholdt for lite relevant informasjon eller for mye irrelevant informasjon, slik at det både ble vanskelig for dem å vurdere eventuell indikasjon for bildeundersøkelsen og hvordan bildeundersøkelsen eventuelt skulle gjennomføres. Som Richardsen sa: «Hvis du skal ha MR av en ting, så er det hundrevis av måter å gjøre en MR på av den samme kroppsdelene». Rasmussen trodde det var flere årsaker til at de mottok så mange av det hen kalte for «slurvete henvisninger»:

Det er ofte manglende kunnskap. Fastleger skal jo ha kompetanse innen så mange forskjellige fagfelt. I tillegg er det tidspress og press fra pasienter. Og så får ikke pasientene time før de har fått gjort den og den bildeundersøkelsen. Jeg tror kanskje man «safer» seg litt for å få fart på utredningsforløpet, og sender henvisninger uten at det nødvendigvis er så godt gjennomtenkt. Det er ofte ikke tid til å ringe en radiolog. Den mølla må bare gå.

Her ser vi hvordan mangel på kunnskap antas å være en årsak til at de mottar mange ikke-indiserte henvisninger. Ideelt sett skulle de fått veiledning fra en røntgenlege. Dette ble understøttet av Rønning:

Det er jo ofte vanskelig å få fastlegene og sykehusklinikere til å forstå: fastlegene har masse å gjøre og vil være effektive. De vil skrive en kortest mulig henvisning, ikke sant? Det tar tid å skrive henvisning. Men det som er viktig for oss å informere om, er at du ikke bare kan vise at det er en indikasjon for undersøkelsen. Du må også gi meg nok informasjon til at jeg kan bestemme hvordan vi skal gjøre

undersøkelsen. Hvis ikke er det jo ikke sikkert at undersøkelsen avdekker det du er interessert i å finne.

Dette viser hvordan Rønning har stor tro på betydningen av informasjon. Dette kan ses i sammenheng med studien gjort av Kjelle (2021), nemlig at en flerkomponent tilnærming, bestående blant annet av opplæringstiltak, var nyttigst. Flere av mine informanter syntes at fastlegenes mangelfulle henvisningstekster var frustrerende i arbeidshverdagen. Rønning ønsket å opplyse fastleger om problematikken, men opplevde at hen hadde hatt begrensede muligheter til dette:

Jeg tror kanskje vi har vært litt for lite flinke til å gå ut til fastlegene... Sykehusklinikene er litt enklere å få tak i, for de kan vi ofte ringe til hvis vi er i tvil. Fastlegene er jo nesten umulig å få tak i. Vi prøver av og til, men det er en gateway inn til dem – vi må bruke den samme som pasientene. Jeg bruker å ringe øyeblikkelig-hjelp-telefonen, for da kommer jeg igjennom. Men noen blir ganske sure over det.

I tillegg til at informantene ønsket et mer effektivt journalsystem for kommunikasjonens del, var det også ønskelig å motta direktenummer slik at de raskt kunne få tak i fastleger over telefon – det manglet altså effektive kommunikasjonslinjer.

Røntgenleger mottar som sagt henvisninger fra fastleger, sykehusklinikere eller andre henvisere, og har mulighet til å både omgjøre og avvise disse. Dette innebærer at de kan avvise hvis de mener det ikke er indikasjon for bildeundersøkelsen eller hvis det er utilstrekkelig informasjon til å vurdere. Ifølge radiologene i min studie kan de i tillegg velge å omgjøre henvisninger, hvis de for eksempel mener at et lavere nivå av modalitet, altså en «enklere undersøkelse», bør benyttes. Eksempelvis foretrekkes røntgen foran MR i de tilfellene det er tilstrekkelig for å finne det man er ute etter. Rasmussen mente at radiologene hadde et ansvar for å hjelpe fastleger gjennom å gi tilbakemelding når henvisninger hadde forbedringspotensial:

Av og til opplever jeg at fastlegen synes det er greit å få henvisningen i retur, fordi de selv følte at det var på svak indikasjon. Det er ikke alltid de blir så skuffa av at vi returnerer. Men vi må være høflige og skrive hvorfor vi gjør det. Hvis ikke blir det så vanskelig å sitte der helt alene som fastlege, med så mange forskjellige problemstillinger.

Dette understøttes av Fossum, som sa følgende: «Av og til føler jeg at det er veldig greit at de sier fra. Da er det et tegn overfor pasienten at: 'Nei, dette var faktisk på for lav indikasjon, og nå har til og med røntgenlegen sagt nei'». Avvisninger av henvisninger kan altså fungere som en form for støtte i henvisningsarbeidet, noe som også gjenspeiles i studien gjort av Breivold et al. (2022). I og med at fastlegen i utgangspunktet står noe alene i avgjørelser, blir radiologens tilbakemelding en form for «second opinion», som grunnet sin ekspertise veier tungt. I slike tilfeller fordeles portvokterfunksjonen på flere aktører. Det kan også bidra til en form for samarbeid og kunnskapsutveksling mellom de to partene. Men selv om avvisninger kan bidra til bedre henvisninger på lengre sikt, kan de likevel ha sine ulemper, som Ruud trakk frem:

Det er nettopp det å avvise relativt konsekvent tilbake, og at det forhåpentligvis blir en form for opplæring. Men problemet når henvisningen først er sendt er at det fanger bordet litte grann. Det er allerede da skapt en forventning hos pasienten om at det er noe som skjer.

At det er vanskeligere å stoppe en bildeundersøkelse etter at henvisningen er sendt, understøttes også av Andersen et al. (2022, s. 5). I tråd med Rasmussens utsagn, nemlig at det å si nei kan ta lengre tid enn å si ja, resulterer dette trolig i at mange bildeundersøkelser som regnes for å være overbehandlende likevel blir gjennomført. Det kan derfor argumenteres for at avslag av henvisninger ikke er den mest effektive formen for opplæring. Veiledning passer best før henvisninger blir sendt, det vil si at fastleger bør kunne konferere med radiologer før beslutningen blir tatt.

6.4 Et ønske om å veilede?

Jeg har tidligere vært inne på hvordan fagaktørene ønsker at fastleger skal skape en dialog med pasienter, for å unngå det de definerer som unødvendige bildeundersøkelser. Det fordrer som sagt at fastlegen har nok kunnskap om bildediagnostikk. I studien av Gransjøen et al. (2018a) mente radiologene at kunnskapsdeling var nyttigere enn retningslinjer. Det er altså rimelig å anta at kunnskapsdeling mellom radiologer og fastleger kan forebygge oversvømmelser av fagaktørenes rammer. Dette ble understøttet av Rønning, som tok til orde for en tydeligere konsulentrolle blant radiologer:

Det er ofte litt urealistiske forventninger blant sykehusleger og fastleger, og ikke minst blant pasienter, om hva disse bildeundersøkelsene kan bidra med av informasjon. Det er nok oss som radiologer sin tabbe at vi ikke har vært mer på hugget med å informere. Vi er nok flinkere til å informere om hva en undersøkelse kan bidra med, enn til å si hva den egentlig ikke kan gjøre.

Utsagnet til Rønning viser hvordan ønsket om å veilede er der, og at radiologene, som er de fremste ekspertene på medisinsk bildeteknologi, ønsker å formidle kunnskapen sin videre. Samtidig beskrev hen hvordan dette fort ble bortprioritert i en travel arbeidshverdag. Dette var også Ruud inne på. Det var for lite tid til å konferere med fastleger:

Tja, problemet er at det tar mye av tiden jeg egentlig skal bruke på å granske bilder. Jeg kan helt sikkert bruke hele dagen min på det, men da blir det fort en form for opplæring av henvisere. De er kanskje ikke så dumme, men jeg tror det blir litt feil fokus.

Som jeg var inne på tidligere i dette kapittelet fremstår det som at det mangler effektive kommunikasjonskanaler for god samhandling. Telefon fungerer for eksempel dårlig. Rasmussen fortalte:

Det er veldig vanskelig å ringe til allmennlegene. Jeg gjør det noen ganger i måneden, men da må du sitte i den samme telefonkøen som pasientene gjør. Det kan av og til ta et kvarter. Og da må du bare legge fra deg telefonen og høre på den pausemusikken. Etter hvert får du et «hallo» da. Så får du til svar at fastlegen er opptatt, og at de ringer deg tilbake i løpet av dagen. Og imens blir listene våre lengre.

Det skilles ikke mellom pasienter og radiologer når de tar kontakt med legesenteret. Det er altså ikke tilrettelagt for effektiv samhandling mellom de to gruppene. Dette gjelder ikke bare fastlegene, det kan også være vanskelig å få tak i radiologene. Som Fjeld sa:

Jeg tror de driver med aktiv skjerming på «offentlig sykehus i større by». På «privat røntgeninstitutt» får vi jo tak i radiologer. Bakvakter i alle spesialiteter på «offentlig

sykehus i større by>> har vi jo direktenummer til. Vi har aldri fått noe sånt fra røntgenavdelingen. Det synes jeg er dumt [...] Så da slenger man jo heller av gårde en henvisning, når man ikke får konferert. Vi har jo begrenset med tid.

De to aktørgruppene opplevde altså hverandre som utilgjengelige, og de manglet effektive kommunikasjonskanaler for å nå hverandre hvis det trengtes. Også ifølge Brandsæter et al. (2023, s. 5) opplever fastleger og røntgenleger kommunikasjonsproblemer seg imellom. Fastlegene opplyste om at de sjeldent fikk tilbakemeldinger på henvisninger. I studien opplyste også en radiolog om at den vanligste årsaken til at henvisninger ikke ble avvist var fordi de ikke fikk kontakt med henviser for å spørre ut om indikasjon. Som nevnt opplyste mine informanter om at de ofte konfererte med sykehusklinikere hvis de var usikre på noe, noe som ikke nødvendigvis er optimalt. Når det kommer til spørsmål relatert til bildediagnostikk er radiologer den fremste ekspertisen på nettopp dette, og det er en fordel at fastleger lærer av nettopp dem. Ifølge Rønning manglet det også kunnskap blant sykehusklinikere når det kom til bildeundersøkelsers muligheter og begrensninger. Å lære av sykehusklinikere fremfor radiologer kan resultere i utilstrekkelig opplæring og henvisninger som ellers kunne vært unngått. Som Rønning fortalte:

Det er jo nettopp det, vi er jo på en måte konsulenter for disse her allmennlegene. Men det tror jeg de veldig sjeldent oppfatter oss som. Men vi vil jo gjerne være det. Vi har jo en spesiell kompetanse på disse undersøkelsene våre.

På bakgrunn av det jeg har vært inne på begrenser mangelen på effektive kommunikasjonskanaler radiologenes mulighet til å inneha en tydelig konsulentrolle, på tross av deres ønske om å bli konsultert.

6.5 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg undersøkt hvordan informantene opplevde samhandlingen mellom fastleger og radiologer. De to partene hadde som vist begrenset med hverandre å gjøre, men informanter fra begge legegryppene var likevel interesserte i mer dialog. Dette opplevde de som utfordrende grunnet manglende tilrettelegging og knapphet på tid. Det viste seg å være et betydelig forbedringspotensial når det kommer til kommunikasjon og kunnskapsdeling mellom de to legespesialitetene.

Mer beslutningsstøtte fra radiologer kunne for det første ha vært verdifullt for fastlegene, som ellers står mye alene i avgjørelser. I tillegg kunne det bidratt til å øke fastlegers kompetanse omkring bildediagnostikk, og således ført til en mer enhetlig praksis. Videre kunne det også ha bidratt til å redusere henvisningsmengden og arbeidsbelastningen ved bildediagnostiske avdelinger, klinikker og institutter. Min analyse tyder altså på at et bedre samarbeid ville ha gagnet begge aktørgrupper. Å skape et bedre samarbeid fordrer dog mer effektive kommunikasjonslinjer, noe som ut ifra mine data ser ut til å mangle per dags dato. Det var et ønske fra både fastleger og radiologer om å enklere kunne kontakte hverandre, eksempelvis gjennom bedre tilrettelegging i journalsystemet eller gjennom å få direktenummer til den andre parten. Å sørge for direktenummer og tilrettelegging i journalsystemet, hvor spørsmål enkelt kan stilles og besvares før en henvisning blir sendt, ville trolig forbedret situasjonen betraktelig.

Selv om flere av informantene mine snakket om behovet for bedre kommunikasjon mellom de to legegruppene, tyder min analyse på at det er en viss skepsis til «de andre». Fastlegene uttrykte skepsis til radiologene som konsulenter, og opplevde dem som vanskelig tilgjengelige. Radiologene var usikre på fastlegenes kunnskap om bildediagnostikk og mente at henvisningstekstene på generell basis burde vært bedre. Det å etablere muligheter for *læringsløyper*, hvor de kan lære både *av* og *om* hverandre (Aune & Sørensen, 2001), kan være viktig for å unngå overforbruk av bildediagnostikk. Verken Hdirs retningslinje eller Gjør kloke valg-kampanjen har instruksjoner for læring og kommunikasjon. Læringsløyper kan derfor sies å være *eksternalisert* i fagaktørens rammer, og valgene overlates i stor grad til fastlegen på konsultasjonsrommet. I masteroppgavens siste kapittel vil jeg sammenholde mine funn i de tre empirikapitlene og foreslå hvordan handlingsområdet kan forbedres.

7 Konklusjon: kloke valg forutsetter klok læring

I denne masteroppgaven har jeg sett på hvordan «korrekt» anvendelse av bildediagnostikk fortolkes i policydokumenter og praksis. Studien er basert på Hdirs retningslinje innen radiologi og Gjør kloke valgs anbefalinger for bildediagnostikk, samt syv semistrukturerte intervju med fastleger og radiologer, for å lære mer om deres opplevelser fra praksisfeltet. Jeg har gjennom Callons innrammingsperspektiv (1998) avdekket et misforhold mellom policyføringer og hvordan fastleger og radiologer handler i praksis. Å få tak i enkeltaktørers forståelser og deres opplevelser «nedenfra» er viktig for å kunne foreslå tiltak som kan bidra til positiv endring på hele handlingsområdet.

I kapittel 4 undersøkte jeg hvordan Hdir og Legeforeningen rammer inn «riktig» bruk av bildediagnostikk. Her så vi hvordan de to fagaktørene på hvert sitt vis ønsker å redusere overforbruk av bildediagnostikk gjennom anbefalinger rettet mot fastleger og valgsituasjoner på legekantoret. Disse policydokumentene ga ikke fastlegene andre verktøy enn at det ved hjelp av anbefalinger og informativ dialog ble forventet at de skulle handle «klokt». I kapittel 5 så vi at ingen av mine informanter benyttet seg aktivt av anbefalingene i praksis. Mange forhold kompliserte vurderingene og oversvømte rammene fra fagaktørene, særlig hos fastleger. Det handlet om at både fastlegene og radiologene hadde andre kalkulasjoner bak sine handlinger enn det fagaktørene forutsatte. Legene var altså nødt til å ta hensyn til en rekke forhold som fagaktørene ikke hadde tatt høyde for. I kapittel 6 så vi at samhandlingen mellom de som henviste og de som gjorde bildeundersøkelser opplevdes som mangelfull fra begge parter. Dette dreide seg blant annet om kommunikasjonsutfordringer og manglende prosedyrer og verktøy for samarbeid mellom de to legegruppene.

Vi kan derfor helt til slutt stille spørsmålet om hva som *kunne* bidratt til et bedre samsvar mellom policyføringer og praksisfeltet, slik at dette handlingsområdet kunne blitt forbedret. Min studies bidrag i så måte viser at «the missing link» er å samle erfaringene fra praksis slik at disse kan formidles tilbake til de aktører som *utformer* anbefalinger eller policy for området. Bare slik kan sannsynligvis policynivået og praksisnivået kobles sammen.

7.1 Læring i loop

Faglig og profesjonelt sett foregår behandling på individnivå. Som vi har sett er beslutningstakingen omkring bildediagnostikk komplekse regnestykker, både for fastleger og radiologer. For eksempel kan de beroligende effektene eller potensiell innsparing av sykemeldinger virke inn i avgjørelsene, selv om disse forholdene ikke nødvendigvis samsvarer med Hdirs og Gjør kloke valgs syn på hva som er «riktig» bruk av bildediagnostikk. Det som trolig vanskeliggjør samsvar mellom policyføringer og praksisfelt er det faktum at ringvirkningene av å begrense overforbruk er langt mer synlige på *systemnivå*. Disse er ikke nødvendigvis like åpenbare eller merkbare for tjenesteyterne selv, særlig ikke for fastlegen. Mine data forteller derimot om fastleger som sitter med levende mennesker på legekantoret, fremfor med bekymringer for konsekvensene av overforbruk. Det kan derfor sies at diskusjonen om «korrekt» anvendelse av bildediagnostikk hovedsakelig er en *politisk* varm situasjon, og i mindre

grad en faglig varm situasjon i praksisfeltet. Dette handlingsområdet oppleves nok som langt mer ustabil og med flere samfunnsmessige konsekvenser på systemnivået, men her finnes samtidig ingen pasienter av kjøtt og blod.

Retningslinjen og kampanjen, det vil si fagaktørenes anbefalinger, kan betraktes som «oversettelser» (Latour, 1990) av politiske ambisjoner om å redusere overforbruk av bildediagnostikk. Disse oversettelsene beveger seg fra politisk nivå til Hdir og videre til Legeforeningen, for så å «treffe» et praksisfelt med mange og «nære» problemer. Mens Hdir står for den nasjonale standarden for foretrukket praksis kan Legeforeningen ses på som et mellomnivå, i og med at de representerer landets leger. Legeforeningen befinner seg dog på et aggregert nivå. Her skjer en ny oversettelse, hvor man forsøker å ominnramme noe ved å tilpasse seg praksisfeltet gjennom å gjøre anbefalinger mer kortfattede og brukervennlige. Deretter har vi fastleger og radiologer som befinner seg i praksisfeltet. Fastlegene, som i tillegg må gjøre pasientkonsultasjoner og annet arbeid på legekantoret, forventes å både tilegne seg anbefalingene og etterleve dem.

Anbefalingene kan også beskrives som en form for opplæring av tjenesteyterne, hvor kunnskapen som er i omløp omhandler hva *fagaktørene*, i samarbeid med fagmedisinske foreninger, betrakter som «riktig» bruk av bildediagnostikk. Disse møter imidlertid ikke pasienten ansikt-til-ansikt, og de får derfor ikke med seg alle scenarioer som utspiller seg i dialog mellom fastlege og pasient i hverdagen. De vurderer ut ifra en politisk kalkulasjonsrasjonalitet, og gjør såkalte kunnskapsbaserte vurderinger av hypotetiske situasjoner. Dermed blir pasientens tilstedeværelse mer abstrakt. Vi kan altså si at det *mangler* en oversettelse av den komplekse virkeligheten på legekantoret.

De to fagaktørene ønsker å treffe praksisfeltet så bredt som mulig ved å utarbeide standardiseringer knyttet til bruk av bildediagnostikk, men som vi så i kapittel 5.5 er det vanskelig å lage rammer for medisinsk praksis som er robuste mot oversvømmelser, fordi medisinsk praksis er så kompleks og allsidig. Det er derfor en fare for at anbefalingene blir såpass generelle at de treffer tjenesteyterne dårlig. De politiske ambisjonene kan altså fort gå tapt i oversettelsen, og anbefalingene blir lite relevante for fastlegen. Det virket som at klinisk skjønn og selvstendige vurderinger (jf. Nilsen, 2021), kombinert med beslutningsstøtteverktøy, som blant annet NEL, veide tyngre i informantenes beslutningstaking enn bruk av fagaktørenes anbefalinger. Likevel var heller ikke dette alltid tilstrekkelig i valgsituasjoner. Når man flytter ned til legekantoret, trengs derfor en langt mer individualisert tilnærming og fleksibel beslutningsstøtte. I spesifikke pasienttilfeller bør også fastleger ha mulighet til å konferere med radiologer.

Min studie viser tydelige behov hos tjenesteyterne, som skulle ha blitt videreformidlet til de aktørene som utarbeider anbefalinger. Aune & Sørensen (2001) har undersøkt læring mellom ulike nivå i utdanningssystemet, og peker på behovet for noe de kalte *sosial læring*.

The Ministry gets little information about what is really happening in the classrooms, while teachers are not learning much from the output of the Ministry (Aune & Sørensen, 2001, s. 185)

I dette tilfellet foregikk det altså begrenset med læring mellom departement og lærere, noe som gjorde det utfordrende å utarbeide treffsikre føringer eller policy for praksis. Dette er også problemet i min studie. Siden det var begrensede muligheter for å

kanalisere konkrete og komplekse erfaringer og behov fra praksisfeltet til systemnivå blir det vanskelig for fagaktørene å vite hvordan ulike situasjoner helt konkret utspiller seg i praksisfeltet. Når i alle fall mine informanter ikke brukte anbefalingene aktivt i praksis tyder det på at det altså skjer begrenset med læring *begge* veier. Det kan dermed sies å ha skjedd en mislykket oversettelse av politiske ambisjoner. På tross av dette så det likevel ut til at anbefalingene hadde en viss bevisstgjørende funksjon. Fastlegene var alle klare over anbefalingene, og ga inntrykk av å være bevisste på overforbruk i arbeidshverdagen, men grunnene til det, og effektene av overforbruket, var altså ikke «standardiserte» på praksisnivået.

Vi kan dermed si at prosedyrer for hvordan samarbeid og læring mellom de ulike aktørgruppene skal foregå er eksternalisert, noe som trolig medvirker til at oversvømmelser oppstår. Fagpolitiske retningslinjer og anbefalinger kan ikke bare publiseres – det må være rom for dynamiske tilpasninger og muligheter for å forhandle. Så hvordan kan man legge til rette for *klok læring*, og ikke bare *kloke valg*, for å tilpasse anbefalingene og gjøre dem mer relevante for praksisfeltet? I kapittel 5.6 så vi hvordan innrammingene av «riktig» bruk passet bedre overens med radiologenes praksis enn allmennpraksis. Det så altså ut til å mangle overføringsmuligheter fra spesialistkompetanse i radiologi til de komplekse valgsituasjonene fastleger kan stå overfor i praksis. Det gjelder derfor å bryte ned de skilleveggene som hindrer samarbeid og læring. Gode kommunikasjonskanaler kan sørge for en mer sømløs kunnskapsutveksling. Med andre ord foreligger det et behov for *læringsløyper* slik at feltet kan utvikles og tilpasses kontinuerlig, gjennom tilbakemeldinger fra alle relevante aktører (jf. Aune & Sørensen, 2001). Gode læringsløyfesystemer vil igjen kunne resultere i *sosial læring* (van Lieshout et al., 2001, s. 282). Den sosiale læringen gir også samfunnet kunnskap om hvordan implementering av noe, i dette tilfellet anbefalinger omkring bruk av bildediagnostikk, kan gjøres på best mulig vis (van Lieshout et al., 2001, s. 54).

På et såpass komplekst felt som dette er man avhengig av stedbunden kunnskap for å utvikle gode løsninger (Callon, 1998; Skjølvold, 2017, s. 133). Læring mellom praksisfeltet og de øvre nivåene kan skje gjennom diverse typer av medvirkningsprosesser, men også gjennom teknologiske løsninger – det vil si ulike former for forhandlingsprosesser (Aune & Sørensen, 2001). Slik forhandling om kunnskap mellom vitenskap, praksis og politikk kan betraktes som såkalte *sosiomedisinske samproduksjoner* (jf. Aune, 2024, s. 11). Det er mulig at dette også vil kunne bidra til å ominnramme feltet, slik at anbefalingene blir mer relevante for de ulike scenariene som utspiller seg på legekantoret. Men antakelig er det uansett umulig å ramme inn sakskomplekset fullstendig. Ifølge Callon er heller ikke totale rammer fruktbare. Det bør istedenfor være rom for oversvømmelser slik at handlingsområdet hele tiden kan *utvikles* til det bedre. Bruken av bildediagnostikk kan betraktes som et felt hvor oversvømmelser er normen, og faste, langvarige innramminger er unntaket (Callon, 1998).

Derfor er altså læringsløyfesystemer kontinuerlig nødvendig, for det første for å forbedre anbefalinger, og for det andre for å gi helsemyndigheter kunnskap om nødvendige tiltak for å forbedre arbeidshverdagen til fastleger og radiologer. Det virker som om mange av de problemene jeg har analysert altså bunner i utfordringer med kommunikasjon og læring mellom nivåer. Jeg vil peke på to nivåproblemer i helsetjenesten: for det første mellom fastleger i førstelinjen og radiologer i andrelinjen,

men også mellom legepraksis-virkelighet og policyvirkelighet. Derfor bør altså flere typer læringsløyfesystemer legge til rette for erfarings- og kunnskapsutveksling, både mellom fastleger og radiologer og mellom leger, fagbyråkrater og helsemyndigheter. Slike læringsløyfer mellom aktørgruppene kan bidra til at flere elementer som regnes som relevante av fastlegene inkluderes i rammene. Det vil i så fall også utgjøre en form for ominnramming, der rammene utvides for å romme praksisnære forhold som fastleger kan stå overfor. Fastleger bør også oppleve fordeler hvis de skal motiveres til å endre sin praksis (jf. Andersen et al., 2022), i dette tilfellet når det gjelder å ta i bruk anbefalinger. En større utveksling av kunnskap og erfaringer vil kunne fremheve hva fastlegene selv betrakter som hjelpsomt, og bidra til å gjøre slike anbefalinger mer relevante for beslutningstakingen på legekantoret. I tillegg vil radiologer kunne gi betydningsfull støtte i fastlegers henvisningsarbeid.

7.2 Videre forskning på erfaringer fra praksisfeltet om bruk av bildediagnostikk

Jeg håper min studie har gitt mer innsikt i hvordan hverdagen for dem som fatter beslutninger omkring bruk av bildediagnostikk fortøner seg i praksis. Forhåpentligvis kan det tilføre nyttig kunnskap til helsebyråkrater og andre aktører som utarbeider anbefalinger.

Det ville imidlertid vært interessant å forske mer på fastlegers og radiologers syn på og opplevelser omkring <<riktig>> bruk av bildediagnostikk. Min studie er ikke generaliserbar, men har likevel en viss overførbarhet i den forstand at den bringer noen viktige elementer inn i helsetjeneste-diskurser. Slik sett er dybdekunnskap gjennom kvalitative undersøkelser særlig nyttig input på feltet.

Selv om min studie kun har fokusert på fastleger og radiologer, tror jeg likevel at mine funn har en viss overførbarhet også til annet helsepersonell og andre felt i helse- og omsorgstjenesten, da særlig når det omhandler samhandling mellom personell i første- og andrelinjetjenesten.

Referanser

- ABIM Foundation. (u.å.). Choosing Wisely. Hentet 31. januar 2024 fra <https://www.choosingwisely.org>
- ALIS-utvalget. (u.å.). *Hva er en allmennlege?* Hentet 18. april 2024 fra <https://www.alis.no/hva-er-en-allmennlege>
- ALIS-utvalget. (2019). *Oppstartshåndbok i allmennpraksis*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/fb3770fbcce5407b97d23d86be94089e/oppstartshandboka-august-2019-1.pdf>
- Andersen, E. R., Brandsæter, I. Ø., Hofmann, B. M., & Kjelle, E. (2023). The use of low-value imaging: The role of referral practice and access to imaging services in a representative area of Norway. *Insights into Imaging*, 14(29), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01375-z>
- Andersen, E. R., Hofmann, B. M., & Kjelle, E. (2022). Reducing low-value radiological services in Norway—A qualitative multi-professional study on measures and facilitators for change. *BMC Health Services Research*, 22(678), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08077-0>
- Andresen, J. F., Hermstad, R., & Raastad, H. (2022, 13. mars). Tilsyn med fastleger—En balansegang. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/tilsyn-med-fastleger-en-balansegang/310799>
- Aune, M. (2008). Lange timer og lyse øyeblikk: Om analyse av et kvalitativt datamateriale. *STS-arbeidsnotat: (s. 1-19)*.
- Aune, M. (2024). «Sosiomedisinsk» ekspertise i retten: En analyse av den norske kontroversen om filleristing / shaken baby syndrome. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 8(1), 1–16. <https://doi.org/10.18261/nost.8.1.1>
- Aune, M., & Sørensen, K. H. (2001). Teaching Transformed? The Appropriation of Multimedia in Education: The Case of Norway. I M. van Lieshout, T. M. Egyedi, & W. E. Bijker (Red.), *Social Learning Technologies—The introduction of multimedia in education* (s. 159–189). Ashgate Publishing Limited.
- Brandsæter, I. Ø., Andersen, E. R., Hofmann, B. M., & Kjelle, E. (2023). Drivers for low-value imaging: A qualitative study of stakeholders' perspectives in Norway. *BMC Health Services Research*, 23(295), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09328-4>
- Brean, A. (2016). Et kaos. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(8), 687. <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.16.0394>
- Breivold, J., Rø, K. I., & Hjörleifsson, S. (2022). Conditions for gatekeeping when GPs consider patient requests unreasonable: A focus group study. *Family Practice*, 39, 125–129. <https://doi.org/doi:10.1093/fampra/cmab072>
- Callon, M. (1998). An essay on framing and overflowing: Economic externalities revisited by sociology. *The Sociological Review*, 46, 244–269. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1998.tb03477.x>
- Carter, S. M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015). The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *The BMJ*, 350, h869, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.h869>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. SAGE Publications Ltd.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2023). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*.

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>

- Den norske legeforening. (u.å.). *Hvordan holde seg faglig oppdatert?* Hentet 25. april 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/alis/oppstartshandbok/Artikler-om-oppstartshandbok-i-ALIS/hvordan-holde-seg-faglig-oppdatert/>
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. (2020, 21. juli). *Røntgenundersøkelser*. <https://dsa.no/medisinsk-stralebruk/rontgenundersokelser#Hva%20er%20røntgen?>
- Dysthe, K. K., Wahl, A., Tjensvoll, K., & Rosness, T. A. (2022, 5. oktober). Fastleger trenger bred kunnskap—Samlet på et sted. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2022/10/debatt/fastleger-trenger-bred-kunnskap-samlet-pa-ett-sted>
- Fastlegeordningen 2.0. (u.å.). *Fastlegeordningen 2.0—Trønderopprøret*. Hentet 30. april 2024 fra <https://www.flo20.no>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842)* (Lovdata). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Gibbons, M., Limoges, Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., & Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. SAGE.
- Gjør kloke valg. (u.å.-a). *Anbefalinger for deg som er pasient*. Legeforeningen. Hentet 21. mai 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/til-pasienter/>
- Gjør kloke valg. (u.å.-b). *Hva kan pasientene gjøre?* Legeforeningen. Hentet 30. oktober 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hva-kan-pasientene-gjore/>
- Gjør kloke valg. (u.å.-c). *Hvorfor Gjør kloke valg-kampanje i Norge?* Legeforeningen. Hentet 25. mai 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hvorfor-gjor-kloke-valg-i-norge/>
- Gjør kloke valg. (u.å.-d). *Legeforeningens anbefalinger: Norsk radiologisk forening*. Legeforeningen. Hentet 8. januar 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/til-helsepersonell/legeforeningens-anbefalinger/norsk-radiologisk-forening/>
- Gjør kloke valg. (u.å.-e). *Om Gjør kloke valg*. Legeforeningen. Hentet 31. januar 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hva-er-problemet-med-unodvendige-helsetjenester2/>
- Gjør kloke valg. (u.å.-f). *Profil for Gjør kloke valg (GKV) («Brand-book»)*. Legeforeningen. Hentet 10. mars 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e178aa27367742a4a17fe247db467a2e/profil-for-gjor-kloke-valg.pdf>
- Gjør kloke valg. (u.å.-g). *Ressurser*. Legeforeningen. Hentet 7. februar 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Ressurser/>
- Gransjøen, A. M., Wiig, S., Lysdahl, K. B., & Hofmann, B. M. (2018a). Barriers and facilitators for guideline adherence in diagnostic imaging: An explorative study of GPs' and radiologists' perspectives. *BMC Health Services Research*, 18(556), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3372-7>
- Gransjøen, A. M., Wiig, S., Lysdahl, K. B., & Hofmann, B. M. (2018b). Development and conduction of an active re-implementation of the Norwegian musculoskeletal guidelines. *BMC Research Notes*, 11(785), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3894-4>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). *Helsedirektoratet*. Regjeringen. Hentet 14. mars 2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende-etater/helsedirektoratet/id213297/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 13. desember). *Fastlegeordningen*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>
- Helsebiblioteket. (2024, 10. april). *Implementering av retningslinjer og veiledere*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/omsorgsbiblioteket/oppsummeringer/implementering-av-retningslinjer-og-veiledere>
- Helsedirektoratet. (u.å.-a). *Om Helsedirektoratet*. Hentet 14. mars 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss>
- Helsedirektoratet. (u.å.-b). *Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 30. april 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/prioritering-i-helsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2013). *Overdiagnostikk og overbehandling*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/44fdf47da7d24f01baa55cc11cf8aafa/rapport_overbehandling.pdf?id=2159706
- Helsedirektoratet. (2019). *Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/strategi-for-rasjonell-bruk-av-bilediagnostikk/Strategi%20for%20rasjonell%20bruk%20av%20bilediagnostikk%20-%20rapport%202019.pdf/_/attachment/inline/f96cdd09-6cde-4ad5-aab4-50b8b1c06d8a:6778d3349d131bd461791035bd12ff63d6c55465/Strategi%20for%20rasjonell%20bruk%20av%20bilediagnostikk%20-%20rapport%202019.pdf
- Helsedirektoratet. (2023a). Bildediagnostiske undersøkelser. I *Nasjonale faglige retningslinjer*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hode-hals-kreft-handlingsprogram/diagnostikk-og-utredning-generelt/bilediagnostiske-undersokelser>
- Helsedirektoratet. (2023b, 3. februar). *Henvvisning til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern/kartlegging-og-utredning-i-helsetjenestene/henvisning-til-utredning-og-behandling-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2023c, 27. november). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- HERCA. (2020, 21. juli). *Henvis pasienten din til rett bildediagnostisk undersøkelse*. DSA. <https://dsa.no/medisinsk-stralebruk/henvis-pasienter-til-rett-bilediagnostisk-undersokelse/Awareness%20Leaflet01082019%20DSA.pdf>
- Hodt-Billington, C., & Græsli, M. (2024). Slik lager vi nasjonale faglige retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144(3). <https://doi.org/doi: 10.4045/tidsskr.23.0822>
- Hofmann, B. M., Andersen, E. R., & Kjelle, E. (2021). Visualizing the Invisible: Invisible Waste in Diagnostic Imaging. *Healthcare*, 9(12), 1–8. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121693>
- Jasanoff, S. (2004). Ordering Knowledge, Ordering Society. I S. Jasanoff (Red.), *States of Knowledge* (s. 24–56). Routledge.
- Jasanoff, S., Markle, Gerald. E., Peterson, J. C., & Pinch, T. J. (2001). *Handbook of Science and Technology Studies* (Rev. utg.). Thousand Oaks: SAGE Publications, Incorporated.
- Johnsgaard, N. (2024, 9. februar). *Konservativ behandling*. Store norske leksikon (SNL). https://sml.snl.no/konservativ_behandling

- Kjelle, E., Andersen, E. R., Soril, L. J. J., van Bodegom-Vos, L., & Hofmann, B. M. (2021). Interventions to reduce low-value imaging—A systematic review of interventions and outcomes. *BMC Health Services Research*, 21(983), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07004-z>
- Kreftforeningen. (2023a, 11. august). MR. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelser/mr/>
- Kreftforeningen. (2023b, 11. august). *Ultral lyd*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelser/ultral lyd/>
- Kvande, L., & Levold, N. (2014). Kapittel 2: Klinisk bruk av ultralyddiagnostikk på 1980-tallet: Medisin, politikk eller etikk? I N. Levold (Red.), *Biopolitikk—Kropp, kunnskap og teknologi* (s. 33–60). Fagbokforlaget.
- Kåss, E. (2020, 6. august). *Indikasjon*. Store norske leksikon (SNL). <https://sml.snl.no/indikasjon>
- Latour, B. (1987). *Science in action—How to follow scientists and engineers through society*. Open University Press.
- Latour, B. (1990). Technology is Society Made Durable. *The Sociological Review*, 38, 103–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1990.tb03350.x>
- Levold, N., Svingen, M., & Bruholt, I. (2021). Fosterdiagnostikk mellom medisin og etikk: Implementering av NIPT-testen i et urolig politikkområde. *Etikk i praksis*, 15(1), 5–24. <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v15i1.3816>
- Meld. St. 9 (2023-2024). (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Mjølstad, B. P. (2023, 20. april). En forsikring for alt som er ille? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/en-forsikring-for-alt-som-er-ille/558986>
- Mullis, M. E., & Topdahl, R. C. (2023, 11. juli). De unødvendige undersøkelsene. *NRK*. <https://www.nrk.no/rogaland/xl/de-unodvendige-undersokelsene-1.16463069>
- NEL. (2014, 22. desember). *Retningslinjer for arbeidet med NEL*. <https://legehandboka.no/om-nel>
- NEL. (2019, 8. januar). *Bildedagnostikk ved migrene og spenningshodepine: Retningslinjer for primærhelsetjenesten*. <https://nevrologi.legehandboka.no/handboken/sykdomsgrupper/hodepine/generelt-om-hodepine/bildedagnostikk-ved-migrene-og-spenningshodepine-retningslinjer-for-primarhelsetjenesten>
- Nettskjema. (u.å.). *Nettskjema*. Hentet 24. mars 2024 fra <https://nettskjema.no/>
- NHI. (2021, 26. mars). *Kloke valg i NEL*. <https://nhi.no/for-helsepersonell/fravitenskapen/kloke-valg>
- Nilsen, L. (2021). - *Det er vanskelig å implementere klinisk retningslinjer*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/-det-er-vanskelig-a-implementere-kliniske-retningslinjer/>
- Nilsen, T. M. (2021, 16. november). *Mer er ikke alltid bedre*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2021/mer-er-ikke-alltid-bedre/>
- Norsk trygdemedisinsk forening (Ntmf). (u.å.). *'Objektivt funn' i to betydninger i klinisk praksis*. Legeforeningen. Hentet 1. juni 2024 fra <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/book/m-2433>

- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling—Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- NTNU. (u.å.-a). *NICE-1*. Hentet 24. mars 2024 fra <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
- NTNU. (u.å.-b). *Optimalisering av radiologiske tjenester (IROS)*. Hentet 14. november 2023 fra <https://www.ntnu.no/ihg/iros>
- NTNU. (u.å.-c). *Tidligere arrangement—NTNU Kveld*. Hentet 28. april 2024 fra <https://www.ntnu.no/kveld/tidligere-arrangement>
- Orvik, A. (2018). *Organisatorisk kompetanse innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- Sharma, S., Bjørnarå, B. T., Robinson, H. S., Hjemly, H., Hammerlund, K., Myrset, L. E., Glasø, M., Juel, N. G., Bjørner, T., & Kongshavn, T. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser—Anbefalinger for primærhelsetjenesten* (No. IS-1899). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/f63a3654-0948-4cbb-84c1-302f5e65595d:426870b69a47fd07d291ad0dcf8164ecee57e2aa/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/f63a3654-0948-4cbb-84c1-302f5e65595d:426870b69a47fd07d291ad0dcf8164ecee57e2aa/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Sharma, S., Bjørnarå, B. T., Robinson, H. S., Hjemly, H., Hammerlund, K., Myrset, L. E., Glasø, M., Juel, N. G., Bjørner, T., Kongshavn, T., Taksdal, I., & Norum, O.-J. (2015). *Kortversjon av nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser—Anbefalinger for primærhelsetjenesten* (No. IS-2410). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(kortversjon\).pdf/_/attachment/inline/1b312b77-7fd0-4408-8190-c1b13c3ec6ec:49722fa16a282aebccafc57db3a48be7c1aadded/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(kortversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(kortversjon).pdf/_/attachment/inline/1b312b77-7fd0-4408-8190-c1b13c3ec6ec:49722fa16a282aebccafc57db3a48be7c1aadded/Bilediagnostikk%20ved%20ikke-traumatiske%20muskel-%20og%20skjelettlidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(kortversjon).pdf)
- Sikt. (u.å.). *Informasjon til deltakarane i forskningsprosjekt*. Hentet 24. mars 2024 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger/informasjon-til-deltakarane-i-forskingsprosjekt>
- Skjølsvold, T. M. (2017). *Vitenskap, teknologi og samfunn: En introduksjon til STS*. Cappelen Damm Akademisk.
- Størdal, K. (2018, 7. august). Vi overlater ikke ansvaret til pasientene. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/9mAxRp/vi-overlater-ikke-ansvaret-til-pasientene-ketil-stoerdal>
- Størdal, K., & Hjörleifsson, S. (2023, 24. mars). *Kunsten å si nei* (No. 30) [Audiopodkast].
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse—En innføring i kvalitative metoder* (5. utgave). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave). Gyldendal.

- Tømmerbakke, S. G. (2021, 8. januar). Radiologer ut mot sløsing med radiologiresurser. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/forskning-jobb-og-utdanning-spesialisthelsetjeneste/radiologer-ut-mot-slosing-med-radiologiresurser/251534>
- Utdanning.no. (u.å.-a). *Allmennlege*. Hentet 18. april 2024 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/allmennlege>
- Utdanning.no. (u.å.-b). *Radiolog*. Hentet 22. april 2024 fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/radiolog>
- van Lieshout, M., Bijker, W. E., & Egyedi, T. M. (2001). Social Learning. I M. van Lieshout, T. M. Egyedi, & W. E. Bijker (Red.), *Social Learning Technologies—The introduction of multimedia in education* (s. 37–62). Ashgate Publishing Limited.
- van Lieshout, M., Egyedi, T. M., & Bijker, W. E. (2001). Social Learning in Educational Multimedia. I M. van Lieshout, T. M. Egyedi, & W. E. Bijker (Red.), *Social Learning Technologies—The introduction of multimedia in education* (s. 281–312). Ashgate Publishing Limited.
- Værland, I. E. (2021, 2. februar). - Kunnskapsbaserte prosedyrer gir forskjellig svar. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/01/kunnskapsbaserte-prosedyrer-gir-forskjellig-svar>
- Walderhaug, K. E., Nyquist, M. K., & Mjølstad, B. P. (2022). GP strategies to avoid imaging overuse. A qualitative study in Norwegian general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 40, 48–56. <https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2036480>

Vedlegg 1: informasjonskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet *<<Bildeundersøkelser, kloke valg og AI>>?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fastlegers og radiologers syn på bruk av bildeundersøkelser, i en tid hvor det er nødvendig med en omstilling mot et mer bærekraftig helsevesen. Vi vil også se dette i sammenheng med kunstig intelligens (AI) sitt inntog innen radiologi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet vil være å få en større forståelse av fastlegers og radiologers forhold til bruk av bildeundersøkelser, og AIs (fremtidige) rolle i tilknytning til dette.

I 2018 ble «Gjør kloke valg»-kampanjen lansert i Norge etter initiativ fra Den norske legeforening. Den har som formål å redusere undersøkelser og behandling som ikke gagnar pasienten. Videre la Helsekommisjonen i februar i år frem sin NOU «Tid for handling», hvor de konkluderte med at det fremover må bli færre ansatte per pasient, med hensikt om å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Et av tiltaksområdene som listes opp er prioritering og reduksjon av overbehandling. Bildediagnostikk blir ofte trukket frem i sammenheng med overbehandling. Hva tenker legene om bruk og prioritering av bildediagnostikk? I dag er det lange køer til bildeundersøkelser, noe som både fører til økt slitasje på de ansatte og forsinkelser og ulikheter i tjenestetilbudet. Noen anser AI som en nyttig teknologi for å få bukt med disse utfordringene. I Vestre Viken er denne typen teknologi allerede tatt i bruk. En implementering av en slik teknologi er ment for å avhjelpe helsepersonell med den store pågangen vi har innen diagnostikk i tillegg til å gi god faglig støtte. Men hvordan påvirkes egentlig leger av dette og hvilken betydning har det for veien mot et mer bærekraftig helsevesen?

Andre spørsmål vi stiller oss i dette prosjektet er blant annet: I hvilken grad opplever fastleger og radiologer at de kan konferere med hverandre? Hvor ligger ansvaret for å eventuelt sette foten ned og si nei til bildeundersøkelser? Vil AI støtte opp under eller overkjøre ønsket om å ta mer bærekraftige valg knyttet til bildeundersøkelser? Hvilke tanker har leger rundt bruk av AI-teknologi ift. vurdering og ansvar? Hvilken innvirkning har AI-teknologi på legers forhold til/opplevelse av egen profesjon?

Vi vil ta sikte på å intervjuer 3-5 radiologer og 3-5 fastleger. Din eventuelle deltakelse i dette forskningsprosjektet vil danne grunnlaget for to individuelle masteroppgaver som en del av masterprogrammet «Kunnskap, teknologi og samfunn (STS)» ved NTNU. Funnene vil potensielt inkluderes i en tidsskriftartikkel i samarbeid med veilederne våre etter endt prosjekt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for tverrfaglige kulturstudier (KULT) ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt bedt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du har en stilling som enten fastlege eller radiolog. Begge disse stillingene spiller en sentral rolle i pasientforløpet hva gjelder bildeundersøkelser. Kontaktopplysningene til de forespurte har enten blitt innhentet direkte av oss eller gjennom våre nettverk. Utvalget er fordelt på tvers av fastlegekontor, sykehusavdelinger, kommuner, sykehus, offentlig sektor og privat sektor.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju. Det vil ta deg ca. 45-90 minutter. Opplysningene som samles inn, er navn og e-postadresse. Din yrkeshistorikk vil også bli naturlig å inkludere. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene, som senere vil transkriberes.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen årsak. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen liste adskilt fra øvrige data. Alt av datamateriale vil bli lagret med tofaktorautentisering på sikrede databaser.
- Det vil kun være masterstudentene Ragnhild R. Nerland og Hedda H. Samuelsen og veilederne Nora Levold og Margrethe Aune som vil ha tilgang til det anonymiserte datamaterialet.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent (senest 31.12.2024). Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Det betyr at kodenøkkelen, som kobler ditt navn og dine kontaktopplysninger til datamaterialet, blir slettet. Lydopptaket gjort under intervjuet vil også slettes. Dette betyr altså at de anonymiserte opplysningene ikke vil slettes, men at de ikke lenger vil være mulig å spore tilbake til deg.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for tverrfaglige kulturstudier ved NTNU har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudentene Hedda H. Samuelsen, Ragnhild R. Nerland eller professor Margrethe Aune ved Institutt for tverrfaglige kulturstudier
 - Hedda – epost: heddahsa@stud.ntnu.no eller tlf: 41 76 71 74
 - Ragnhild – epost: ragnne@stud.ntnu.no eller tlf: 46 89 18 16
 - Margrethe – epost: margrethe.aune@ntnu.no eller tlf: 73 59 18 98
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen ved NTNU – epost: thomas.helgesen@ntnu.no eller telefon: 93 07 90 38.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Hedda H. Samuelsen, Ragnhild R. Nerland, Margrethe Aune og Nora Levold

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «<Bildeundersøkelser, kloke valg og AI>>, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i et intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: intervjuguide fastleger

Kort om prosjektet

Mitt navn er Ragnhild Nerland, og dette er min medstudent Hedda Samuelsen. Vi er begge sykepleiere i bunn, og tar for tiden mastergrad i studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS). Vi skriver to separate masteroppgaver, men med én felles overlapp – nemlig bildediagnostikk. Av den grunn har vi valgt å samarbeide om intervju. Formålet med min oppgave er å undersøke hvordan diskusjonen om riktig bruk av bildediagnostikk oppleves for fastleger og radiologer. Heddas formål er å få en bedre forståelse for helsepersonell i møte med kunstig intelligens. Vi har derfor kontaktet deg på bakgrunn av din stilling som fastlege. Som fastlege har du en svært betydningsfull rolle i pasientforløpet, og i rollen som portvokter henviser du pasienter til bildediagnostikk. Samtidig er dine tanker og forestillinger om kunstig intelligens interessante med tanke på dens fremtidige rolle innen radiologi.

Introspørsmål

Til å begynne med ønsker vi gjerne å høre litt om deg og ditt arbeid.

- Kan du fortelle oss kort om ditt valg av yrke og veien dit du er i dag?
- Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut for deg?

Intervju

- Kan du fortelle om hvilken betydning bildediagnostikk har for deg i din arbeidshverdag?
- Har du noe forhold til Gjør kloke valg-kampanjen?

Hvis ja:

- Hva tenker du om kampanjen?
- Benytter du deg av anbefalingene i arbeidshverdagen?

Hvis nei: Gjør kloke valg ble initiert av Legeforeningen i 2018, og har som hensikt å redusere overdiagnostikk og overbehandling i det norske helsevesenet.

Kampanjen består av en rekke anbefalinger om hvilke undersøkelser og behandlinger som bør unngås.

- Hva tenker du om dette?
- Kunne du sett for deg å benytte deg av slike anbefalinger i arbeidshverdagen?

Ifølge kampanjen foregår det mye overdiagnostikk og overbehandling i det norske helsevesenet, blant annet ved bruk av bildediagnostikk.

- Tenker du at det foregår overforbruk av bildediagnostikk?
- Hvilke faktorer tror du i så fall bidrar til overforbruk av bildediagnostikk?
- Tror du situasjonen i privat sektor skiller seg på noen måte fra situasjonen i offentlig sektor?

Det snakkes en del om at det må gjøres tøffere prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten for å sørge for et mer bærekraftig helsevesen.

- Opplever du at det gis tydelige politiske føringer for bruk av bildediagnostikk?
- Opplever du at det er klarhet i hvilke bildeundersøkelser som av radiologer blir regnet for å være nødvendige og ikke?

Vi har tidligere vært litt inne på bruk av anbefalingene i Gjør kloke valg-kampanjen.

- Hva (annet) gjør du/benyttet du deg av hvis du er usikker på om en pasient skal henvises til bildediagnostikk?

Helsedirektoratet har nasjonale faglige retningslinjer for bruk av bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser.

- Er du kjent med disse?
- Hva tenker du i så fall om disse?
- Benytter du deg i så fall av de faglige retningslinjene i arbeidshverdagen?
- Med bakgrunn i ressursene som du har nevnt, opplever du å ha tilstrekkelig med beslutningsstøtte i henvisningsarbeidet?

Man kaller jo gjerne fastlegen for helsevesenets portvokter, som siler ut pasientene som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

- Hvordan oppleves portvokterrollen for deg?
- Har du eksempler på situasjoner hvor du har avslått en pasient sitt ønske om bildediagnostikk?
 - Hvordan opplevde du denne situasjonen?
- Har du eksempler på situasjoner hvor du har henvist en pasient til bildediagnostikk med svak eller manglende indikasjon?
 - Hva var årsaken til henvisningen?

Når vi er inne på bildediagnostikk er det relevant å snakke om radiologene.

- Hvor stor prosentandel av henvisningene anslår du at du sender til radiologer i det private?
- I hvilken grad samhandler du med radiologer i løpet av din arbeidshverdag?
 - Hvordan opplever du samhandlingen med radiologer?
 - Hender det at du konfererer med radiologer når du er usikker på om en pasient skal henvises til bildediagnostikk eller ikke?
 - Hender det at radiologer avviser henvisninger, og hvordan oppleves i så fall dette?

Som du selvfølgelig er klar over så kan jo fastleger gjennom offentlig finansierte helsetjenester også sende henvisninger til privat bildediagnostikk.

- Hva tenker du om slikt offentlig-privat samarbeid?

Avslutning

Tusen takk for at du har delt en rekke spennende erfaringer og synspunkter. Er det noe du ønsker å tilføye før vi runder av? Vi setter veldig stor pris på at du tok deg tid til å delta. Har du noen spørsmål til oss om hva som skjer videre?

Vedlegg 3: intervjuguide radiologer

Kort om prosjektet

Mitt navn er Ragnhild Nerland, og dette er min medstudent Hedda Samuelsen. Vi er begge sykepleiere i bunn, og tar for tiden mastergrad i studier av kunnskap, teknologi og samfunn (STS). Vi skriver to separate masteroppgaver, men med én felles overlapp – nemlig bildediagnostikk. Av den grunn har vi valgt å samarbeide om intervju. Formålet med min oppgave er å undersøke hvordan diskusjonen om riktig bruk av bildediagnostikk oppleves for fastleger og radiologer. Heddass formål er å få en bedre forståelse for helsepersonell i møte med kunstig intelligens. Vi har derfor kontaktet deg på bakgrunn av din stilling som radiolog. Som radiolog er du ekspert på medisinsk bildeteknologi, og du har en svært sentral rolle i diagnostikk og behandling i helsevesenet. Samtidig er tankene og forestillingene dine om kunstig intelligens interessante med tanke på dens fremtidige rolle innen radiologi.

Introspørsmål

Til å begynne med ønsker vi gjerne å høre litt om deg og ditt arbeid.

- Kan du fortelle oss kort om ditt valg av yrke og veien dit du er i dag?
- Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut for deg?

Intervju

- Har du noe forhold til Gjør kloke valg-kampanjen?

Hvis ja:

- Hva tenker du om kampanjen?
- Benytter du deg av anbefalingene i arbeidshverdagen?

Hvis nei: Gjør kloke valg ble initiert av Legeforeningen i 2018, og har som hensikt å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet. Kampanjen består av en rekke anbefalinger om hvilke utredninger og behandlinger som bør unngås.

- Hva tenker du om dette?
- Kunne du sett for deg å benytte deg av slike anbefalinger i arbeidshverdagen?

Ifølge kampanjen foregår det mye overdiagnostikk og overbehandling i det norske helsevesenet, blant annet ved bruk av bildediagnostikk.

- Tenker du at det foregår overforbruk av bildediagnostikk?
- Hvilke faktorer tror du i så fall bidrar til overforbruk av bildediagnostikk?
- Tror du situasjonen i privat sektor skiller seg på noen måte fra situasjonen i offentlig sektor?

Det snakkes en del om det må gjøres tøffere prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten for å sørge for et mer bærekraftig helsevesen.

- Opplever du at det gis tydelige politiske føringer for bruk av bildediagnostikk?
- Opplever du at det er bred enighet blant radiologer om hvilke bildeundersøkelser som er nødvendige og ikke?
- Opplever du i så fall at annet helsepersonell vet hvilke bildeundersøkelser som av radiologer blir regnet for å være nødvendige og ikke?

Vi har tidligere vært litt inne på bruk av anbefalingene i Gjør kloke valg-kampanjen.

- Hva (annet) gjør du/benyttet du deg av hvis du er usikker på om en bildeundersøkelse skal utføres?

Helsedirektoratet har nasjonale faglige retningslinjer for bruk av bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser.

- Er du kjent med disse?
- Hva tenker du i så fall om disse?
- Benytter du deg i så fall av de faglige retningslinjene i arbeidshverdagen?
- Med bakgrunn i ressursene som du har nevnt, opplever du å ha tilstrekkelig med støtte i beslutningstakingen?

Som radiolog mottar du henvisninger til bildediagnostikk.

- Hvor stor prosentandel av henvisningene anslår du at du mottar fra fastleger?
- I hvilken grad samhandler du med fastleger i din arbeidshverdag?
 - Hvordan opplever du i så fall samhandlingen med fastleger?
 - Hender det at du blir kontaktet av fastleger som ønsker å konferere med deg i henvisningsarbeidet, og hvordan opplever du i så fall dette?
- (Hvor ofte) hender det at du avviser henvisninger fra fastleger?
 - Hva pleier avslagene å handle om?
 - Hvordan går du frem når du skal avvise en henvisning?
 - Hvordan oppleves det for deg å avvise henvisninger?
- Har du eksempler på situasjoner hvor bildediagnostikk med svak eller manglende indikasjon har blitt utført etter henvisning fra fastlege?
 - Hva var årsaken til at bildeundersøkelsen ble utført?
 - Hvordan oppleves det for deg å utføre denne typen bildeundersøkelser?
- Hvilke tiltak anbefaler du for å redusere eventuelt overforbruk av bildediagnostikk?

Som du selvfølgelig er klar over så kan jo fastleger gjennom offentlig finansierte helsetjenester også sende henvisninger til privat bildediagnostikk.

- Hva tenker du om slikt offentlig-privat samarbeid?

Avslutning

Tusen takk for at du har delt en rekke spennende erfaringer og synspunkter. Er det noe du ønsker å tilføye før vi runder av? Vi setter stor pris på at du tok deg tid til å delta. Har du noen spørsmål til oss om hva som skjer videre?

