

På disse sidene i Tidsskriftet – legelivet – finner du stoff om legers liv. Her er det presentasjon av arbeidssteder, nyhetssaker, nye doktorgrader, nye spesialister, prisutdelinger og minneord. Alt samlet på ett sted – så du kan følge enda bedre med.



Olaf Gjerløw Aasland.
Foto: Einar Nilsen

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

«I helsepersonelloven
blir alle helseyrkene
sidestilt»

Horisontal og vertikal arbeidsdeling

Lett med horisontal arbeidsdeling, vanskeligere med vertikal, vanskeligst med vertikal som har blitt til horisontal.

Legene har for lengst måttet dele det omfattende og raskt voksende medisinske fagfeltet mellom seg. De medisinske spesialitetene utgjør det viktigste grunnlaget for legenes arbeidsdeling og for deres identitet. Arbeidsdeling gjennom spesialisitet er ett eksempel på hvordan legene ved horisontal arbeidsdeling løser sine kompliserte oppgaver. Dette skaper i utgangspunktet få konflikter, selv om det finnes eksempler på «nabokrangler», for eksempel i hvilken grad kardiologer kan gjøre invasive prosedyrer som vanligvis har vært forbeholdt kirurger eller radiologer.

Sosiologene beskriver hvordan legene, når deres autonomi trues utenfra, svarer strategisk med å dele seg hierarkisk i tre lag (1). Det nederste, og største, er de praktiserende legene, «grasrotlegene», de som utfører det daglige og nødvendige legearbeidet i eller utenfor sykehus. Så kommer kunnskapsbærerne, det vil si universitetslegene og forskerne, «kunnskapsatletene» (2). De prøver å styre grasrotlegene gjennom bøker, artikler og faglige retningslinjer. Øverst finner vi de formelle lederne som også er leger – Legeforeningens sentrale ledere, men også direktørleger og politikerleger. De kan påvirke gjennom lover og forskrifter.

Den store utfordringen kommer når vel-etablerte vertikale strukturer skal transformeres til horisontale, som for eksempel «nurse practitioners» eller jobbglidning mellom radiologer og radiografer. I helsepersonelloven blir alle helseyrkene sidestilt, selv om bare leger (og tannleger) har beslutningsansvar. Som påpekt av Vaglum (3) stiller det nesten umenneskelige krav til legene om at de både skal være likeverdige teammedarbeidere og samtidig ha det endelige ansvaret.

Løsningen ligger kanskje i at likeverd i teamet ikke oppfattes som faglig likeverd, men som det å ha en deltakende posisjon – å være et fullverdig medlem. Les mer om dette i boken *Samarbeidets filosofi*, særlig kapittel 9: *Ulikhet og likeverd* (4).

Litteratur

1. Vinten-Johansen P, Riska E. New Oslerians and real Flexnerians: the response to threatened professional autonomy. *Int J Health Serv* 1991; 21: 75–108.
2. Aasland OG. Eliteleger og grasrotleger – en økende konflikt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 920.
3. Vaglum P. Psykiaterrollen i krise. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 1221.
4. Eide SB. Ulikhet og likeverd. I: Grelland HH, Eide SB, Kristiansen A et al, red. *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014: 186–203.