



Uio • Universitetet i Oslo

# Forbilde og gjestearbeider

## *Psykiaterens rolle i psykisk helsevern*

Ragnar Nesvåg

MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Våren 2021



## Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag .....	5
Innledning.....	7
En legerolle i endring.....	8
Utvikling av psykisk helsevern .....	8
Utvikling av spesialiteten psykiatri .....	10
Psykiaterrollen i dag .....	11
Forholdet mellom psykiatere og andre profesjoner .....	12
Mulige rollekonflikter i legens arbeidshverdag.....	12
Formål og problemstillinger .....	13
Teori.....	14
Teorier om makt og innflytelse .....	14
Teorier om profesjonsdannelse – innflytelse fra amerikansk sosiologi .....	15
Psykiatrien etablerer sitt virkeområde.....	17
Psykiaternes sosiale og kulturelle autoritet .....	18
Et helsevesen basert på tillit .....	18
Metode.....	20
Begrunnelse for valg av kvalitativ metode .....	20
Datamateriale.....	20
Rekruttering av informanter .....	20
Kvalitativt dybdeintervju .....	20
Transkripsjon .....	21
Analyse av de transkriberte intervjuene .....	22
Metodiske begrensninger .....	23
Refleksivitet og validitet .....	24
Intervjuerens eget ståsted .....	24
Er resultatene til å stole på?.....	25
Overførbarhet.....	26
Ethiske forhold.....	26
Resultater .....	27
Overordnet inntrykk.....	27
Forbilde.....	28
Gjestearbeider.....	29
Pakkeforløpsbyråkrati .....	32
Ansvarsdiffusjon .....	34

Diskusjon .....	37
Sosial og kulturell autoritet i psykiatrien.....	37
Linjeledelsen abdiserer fra faget.....	39
Hvordan ha tillit til en gjestarbeider .....	41
Helsemyndighetenes satsning på psykisk helse treffer ikke psykiaterne .....	42
Kan man sette likhetstegn mellom psykologi og psykiatri? .....	43
Fremtidens psykiaterrolle .....	46
Konklusjon .....	47
Referanser .....	48
Liste over vedlegg.....	51

## Forord

Da jeg begynte på masterstudiet i helseadministrasjon høsten 2019, valgte jeg å utforske selve legerollen i psykisk helsevern som tema for masteroppgaven. På det tidspunktet jobbet jeg i Legeforeningens medisinske fagavdeling, og jeg stiftet bekjentskap med forskerne på Legeforskningsinstituttet.

Ideen til studien ble unnfanget i samarbeid med særlig Karin Isaksson Rø og Berit Bringedal, og jeg har fått nyttige innspill underveis fra Olaf Gjerløw Aasland, Fredrik Bååthe, Sverre Vigeland Lerum, Kari Schrøder Hansen og Ida Rambæk. Den endelige utformingen og gjennomføringen av studien ble gjort med stødig veiledning av Helge Skirbekk. Jeg er svært takknemlig for at sju travelt arbeidende psykiatere stilte både tid, personlige erfaringer og synspunkter til min rådighet.

Etter mange år som kvantitativ medisinsk forsker var det uvant og tidvis krevende å tre inn i et samfunnsvitenskapelig og kvalitativt metodefelt. Men det er har vært svært givende å sette seg inn i teorier rundt profesjonsdannelse, makt og tillit i organisasjoner, og psykiatriens historie på en måte jeg neppe hadde gjort om jeg ikke hadde valgt akkurat denne oppgaven.

Takk til alle inspirerende medstudenter på MHA kull 33, særlig min egen smågruppe som har blitt et sosialt høydepunkt i voksenlivet. Takk til Legeforeningen og Folkehelseinstituttet for praktisk tilrettelegging slik at jeg kunne gjennomføre masterstudiet ved siden av full jobb. Til slutt takk til min kjære og tålmodige familie, som på ulike vis er blitt påvirket av at jeg plutselig skulle bli student igjen.

## Sammendrag

Bakgrunn: Helsevesenet har de siste femti årene gjennomgått endringer som på flere områder har svekket legenes rolle og posisjon. I psykisk helsevern har innføring av enhetlig profesjonsnøytral ledelse og fremvekst av psykologer med selvstendig behandlingsansvar gjort at psykiatere har mistet noe av sin faglige autoritet og autonomi. De er i økende grad blitt medisinskfaglige rådgivere for andre behandlere, og får i mindre grad behandlet egne pasienter. Formålet med denne studien var å undersøke hvordan psykiatere forstår sin rolle og posisjon i psykisk helsevern, og hvordan de opplever å balansere hensynet til det offentlige, ledelsen, kolleger og egne holdninger og verdier.

Metode: Sju klinisk arbeidende psykiatere fra tre sykehus i Oslo ble dybdeintervjuet om sin arbeidssituasjon basert på en intervjuguide. Samtalene ble transkribert, og innholdet ble analysert med systematisk tekstkondensering for å definere temaområder som reflekterte uttalelser fra flere av informantene. Analysen resulterte i fire temaområder: 1. *Forbilde*, som dreier seg om psykiaterens faglige rolle i samhandling med pasienter, kolleger og ledelse, 2. *Gjestearbeider*, som dreier seg om psykiaterens rådgivende rolle for kolleger som ikke er leger, 3. *Pakkeforløpsbyråkrati*, som dreier seg om psykiaternes oppfatning av helsemyndighetenes innsats for å styrke psykisk helsevern, og 4. *Ansvarsdiffusjon*, som dreier seg om hvordan psykiatere opplever sin faglige rolle i et helsevesen med enhetlig ledelse på alle nivå.

Resultater: Informantene var glødende opptatt av sitt fag og verdsatte pasientarbeidet høyt. De opplevde seg som en slags siste skanse, et forbilde som trår til når det behøves, tar de vanskeligste pasientene og har det endelige faglige ansvaret. Informantene mente rollen som medisinskfaglig ansvarlig for andre faggruppers pasienter krever at psykiateren får anledning til å etablere tillit hos pasienten og følge behandlingsløpet. Psykiaterne ønsket seg ikke en arbeidshverdag som i hovedsak består av å gi råd til andre faggrupper om bruk av medisiner, somatiske forhold og grunnlag for tvang. Psykiaterne opplevde at helsemyndighetenes forsøk på å styrke psykisk helsevern i liten grad har truffet mål. Man får ikke ned tvangen ved å gjøre regelverket strengere og mer komplisert. Det fører bare til at klinikerne må bruke mer tid ved skrivebordet og mindre tid sammen med pasientene. Innføring av pakkeforløp har medført mer unødvendig rapportering, og redusert antall døgnplasser har gått utover behandlingen av de sykeste pasientene. Informantene opplevde at enhetlig ledelse innebar uklar ansvarsfordeling i klinikken, særlig rundt hvem som skal ta faglige avgjørelser. Informantene opplevde å være på defensiven overfor et økende antall psykologer med sidestilt fagansvar. De fortalte også om klare tegn på profesjonskamp mellom psykologer og psykiatere.

Diskusjon: Psykiaternes faglige og administrative makt er redusert i psykisk helsevern, men de har fortsatt bevart faglig autoritet i det praktiske kliniske arbeidet, særlig i sengeavdelinger. Psykologer

har overtatt som ledende faggruppe i polikliniske avdelinger, og her er psykiaternes rolle i økende grad begrenset til å være medisinskfaglig rådgiver. Mangel på leger i linjeledelsen vil på sikt redusere legenes innflytelse på tjenesten, og spørsmålet er om dette også vil gå ut over pasientbehandlingen. Helsemyndighetene bruker byråkratiske virkemidler for å styrke psykisk helsevern, mens psykiaterne etterlyser faglig begrunnede tiltak. Utviklingen med sidestilt ansvar for psykologspesialister og psykiatere har skapt en kamp om makt og kultur i psykisk helsevern.

Konklusjon: Det bør være en tydelig rolle for psykiaterne i psykisk helsevern også fremover. Men dersom denne rollen ikke kun skal være knyttet til rent medisinske spørsmål, må psykiaterne ta grep. De må være tydelige talspersoner for psykisk helse i samfunnet, og de må klargjøre, vise og fremheve sin todelte kompetanse som lege og terapeut i klinikken. Fremtidens helsetjeneste er basert på partnerskap mellom pasienter og behandlere, og i behandlerteamet rundt pasienten har psykiaterne en viktig rolle å spille.

## Innledning

Jeg var 20 år første gang jeg fikk jobb på en psykiatrisk institusjon. I tre somre var jeg nattevakt på Rogaland psykiatriske sjukehus, avdeling Dale. På vei til min første vakt hørte jeg rop og skrik fra første etasje, der de mest kroniske langtidspasientene var. I fjerde etasje var sikkerhetsposten, der folk var innlagt etter å ha begått alvorlige lovbrudd i psykotisk tilstand. Jeg var litt redd, men også fascinert, og jeg opplevde etter hvert å kunne få kontakt med pasienter som var svært syke og plaget.

Jeg ble lege for å bli psykiater. Det var noe mystisk og forlokkende med dette faget. Under medisinstudiet ble jeg inspirert av psykoanalytisk teori og dro på forelesninger der en godt voksen psykoanalytiker leste ordrett fra et manus som tolket Vildanden inspirert av Freud. Aha! Var det altså projektiv identifikasjon via Gregers Werle som fikk Hedvig til å skyte seg? Under smågruppeundervisning på Rikshospitalet møtte jeg pasienter som egentlig var innlagt for kroppslig sykdom, men som ved nærmere undersøkelse viste seg å både ha opplevd ting i livet og ha psykiske plager som kunne forklare smertetilstandene. Dette ville jeg lære mer om. Jeg begynte som lege i spesialisering ved Vor Frue Hospital i 2002. Jeg ville sette meg mer inn i det faglige grunnlaget, og begynte en karriere som forsker, først innen hjerneavbildning og klinisk psykoseforskning ved Diakonhjemmet sykehus, deretter som epidemiologisk og genetisk orientert forsker ved Folkehelseinstituttet.

Jeg har over en periode på 20 år jobbet som lege eller psykiater ved fire ulike sykehus. Jeg har selv merket at psykiaternes posisjon er endret fra å være naturlig faglig autoritet til nå å være en av flere nærmest sidestilte fagprofesjoner i psykisk helsevern. Jeg har opplevd en linjeledelse med overvekt av psykologer og sykepleiere, og selv om det var enkelte psykiatere i klinikkledelsen, opplevde jeg at kulturen var utpreget tverrfaglig. Men jeg har også erfart at det er psykiaterne som oftest har siste ord i kliniske spørsmål, særlig i døgninstitusjoner. I rollen som medisinskfaglig rådgiver for andre behandlere, og ved å delta i vaktssystemet, er psykiaterne en slags blekkspruter som bidrar litt her og litt der i hele avdelingen, slik at behandlingen og pasientgjennomstrømningen går som den skal. Men hvor blir det av det spesifikt psykiatriske når det mangler leger i ledelsen? Hvem skal ta ansvar for pasientens kroppslige helse og den viktige sammenhengen mellom kroppslig og psykisk helse? Og kanskje aller viktigst: Hvem er det egentlig som bestemmer over pasientbehandlingen? Disse spørsmålene gjorde meg nysgjerrig på hvor det er blitt av psykiateren og psykiatrifaget i dagens psykiske helsevern. Formålet med denne oppgaven var å undersøke hvordan psykiatere selv beskriver sin rolle og posisjon i psykisk helsevern. Men først litt historikk.



## En legerolle i endring

Helsevesenet og samfunnet har de siste femti årene gjennomgått endringer som på flere områder har påvirket legenes rolle og posisjon. Kombinasjonen av økende påvirkning fra kapitalinteresser, bedriftsøkonomisk styringsmodell, økt statlig regulering, mer standardisering av behandling, en bedre informert brukergruppe, og en erkjennelse av medisinsens tross alt begrensede mulighet for å bedre folkehelsen har i sum redusert legenes makt i helsevesenet (1, 2). I Norge er legenes tidligere posisjon som faglig og administrativ leder utfordret gjennom innføring av enhetlig ledelse på alle nivå i helseforetak, og ved at flere grupper helsepersonell har gjort seg gjeldende som faglige premissleverandører. Spørsmålet er om legerollen, slik profesjonen ser seg selv, er kompatibel med krav og forventninger til legene i det moderne helsevesenet (3). Parallelt med at en økende andel leger er kvinner, og utvikling av et mer likestilt arbeidsliv, opplever leger økende krysspress mellom arbeid og privatliv (4). Legens rolle som faglig og administrativ leder i helsevesenet er ikke lenger selvsagt, og handlingsrommet for utøvelse av faglig autonomi er i ferd med å begrenses (5).

Moderne medisin er fundert på vitenskapelig etterprøvable kunnskap, men kliniske avgjørelser rundt enkeltpasienter må ofte tas på usikkert grunnlag. Legen har ikke alltid en helt sikker diagnose, og det er ofte vanskelig å forutsi hvilken effekt den ene eller andre type behandling vil ha. Leger er opplært i og vant med å ta avgjørelser under tvil, og de er også innstilt på å ta ansvar for hvilke konsekvenser valgene kan ha. Å opprettholde en slik faglig ansvarlig rolle krever at legene har tillit i befolkningen og hos helsemyndighetene. I en rapport fra en bredt sammensatt gruppe av fagfolk og interessenter i England, og under ledelse av Richard Horton, redaktør i det medisinske tidsskriftet *The Lancet*, ble det konkludert med at legene må bli tydeligere på hva de gjør, og hvorfor og hvordan de gjør det, for å beholde tillit i samfunnet (6). I rapporten fremheves det ulike krav en lege må oppfylle for å ivareta sin profesjonelle rolle. De må i større grad forplikte seg overfor pasienter, kolleger, andre helsearbeidere og ledelsen. Rapporten argumenterer for at legene må inngå partnerskap med pasienter, kolleger og ledelse, heller enn tviholde på faglig autonomi og privilegier. Men rapporten understreker også at helsemyndighetene og ledelsen i helseinstitusjonene må legge til rette for at legene faktisk kan utøve sin profesjonelle rolle. Det innebærer at arbeidshverdagen til legene er organisert på en måte som gjør dem i stand til å utøve sitt faglige skjønn på en mest mulig effektiv og trygg måte for pasientene.

## Utvikling av psykisk helsevern

I Norge, som i de fleste andre vestlige land, vokste psykiatri som eget fagområde ut fra asylene. Som følge av en forståelse av at pasienter med sinnslidelse burde behandles og ikke kun oppbevares, ble det første statsasylet for sinnslidende grunnlagt på Gaustad utenfor Oslo i 1855 (7). Tilsvarende

lands- eller amtsasyler ble etablert i de fleste fylker i landet i perioden frem til 1920. Asylene ble raskt fylt opp av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Flertallet av pasientene hadde et kronisk forløp med innleggelse over år, og det ble brukt både biologiske og miljømessige behandlingstiltak med nokså beskjedne effekt, og mange pasienter ble derfor værende ved asylene i årevis.

Da psykiatri ble etablert som egen medisinsk disiplin, var psykiaterne enerådende i både faglig utvikling og administrativ ledelse av virksomheten (8). Asylene ble administrert og faglig ledet av en overlege, gjerne med en reservelege som assistent, mens det var sykepleiere og annet pleiepersonale som i praksis tok seg av den daglige kontakten med pasientene. De siste tiårene er psykisk helsevern dramatisk endret, ved at de tradisjonelle asylene i praksis er nedlagt, antall døgnplasser er kraftig redusert, og flere andre grupper av helsearbeidere, først og fremst sykepleiere og psykologer, i økende grad har gjort seg gjeldende i klinisk virksomhet og ledelse av tjenesten.

Fra slutten av 1800-tallet utviklet det seg en fagtradisjon som i økende grad interesserte seg for pasientene som komplekse psykologiske individer, og der symptomer på psykisk lidelse ble tolket som svar på tidlige traumer og såkalte intrapsyriske konflikter. Tradisjonen fikk sin intellektuelle utforming i en omfattende litteratur skrevet av den østerrikske nevrologen Sigmund Freud (1856-1939). Han utarbeidet en helhetlig teori for menneskets normale psykologiske utvikling, årsaker til psykiske plager og lidelser, og en behandlingsmetode, psykoanalysen, der målet var å bearbeide og løse pasientens ubevisste konflikter. Psykoanalysen ble alminnelig kjent i Norge i 1920-årene, men det var først utover 1960-tallet at psykiatere flest ble interessert i metoden (9). Den psykoanalytisk orienterte tradisjonen har senere utviklet seg og gitt et bredt tilfang av behandlingsformer i psykisk helsevern. Fokuset er i ulik grad rettet mot enkeltpersonen, systemet denne lever i og kommer fra, og hvilke relasjoner vedkommende har med andre. Den psykoanalytiske tradisjonen, og senere i en variant kalt den psykodynamiske, ble utviklet av ulike yrkesgrupper, og ikke utelukkende helsearbeidere, men de senere årene er det i hovedsak leger og psykologer som utdanner seg i og utøver slik behandling i Norge.

Under opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 ble det gjennomført en dreining i organisering av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det ble opprettet distriktskykiatriske sentre (DPS) som i økende grad tok over som den sentrale behandlingsinstansen for voksne pasienter med psykiske lidelser av moderat til alvorlig grad (10). Tilsvarende tilbud for barn og unge ble organisert i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Det ble også bevilget midler til å øke antallet privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale som i hovedsak skulle behandle pasienter med moderate psykiske plager som hadde behov for behandling av lengre varighet. Sykehusbehandling ble forbeholdt de mest akutt eller alvorlig syke pasientene, men det var ikke

meningen at pasienter skulle være innlagt over tid. Også pasienter med psykoselidelser som schizofreni skulle bo hjemme og få oppfølging ved sitt lokale DPS. I Norge er det i dag drøyt 70 slike DPS med varierende størrelse, bemanning og behandlingstilbud. Fellestrekket er at de aller fleste pasienter behandles poliklinisk. Det betyr at pasientene bor hjemme og møter til samtaler eller gruppebehandling med enkeltbehandlere eller tverrfaglige team. Såkalte oppsøkende team kan også tilby visse typer behandling i hjemmet. De fleste DPS har etablert sengeposter for kortere utrednings- og stabiliseringsopphold, mens døgnopphold for akutte tilfeller og mer alvorlig syke pasienter skjer i lukkede døgnposter organisert som egne klinikker tilknyttet helseforetaket. Endringen fra hovedvekt på døgnbehandling til hovedvekt på poliklinisk behandling har medført en drastisk reduksjon i antall sengeplasser i norsk psykisk helsevern. Antall døgnplasser per 10 000 innbyggere over 18 år er mer enn halvert de siste 20 år (11). Av totalt over 200 000 pasienter som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2019, var det kun 27 000 som var innlagt i døgninstitusjon (12).

Opptappingsplanen innebar også en økt bemanning innen psykisk helsevern, og en relativt stor andel av de nye årsverkene ble besatt av psykologer, slik at det i dag er flere psykologer enn leger som jobber i psykisk helsevern (13).

Etter at helsepersonelloven (14) ble innført i 2001 har klinisk utdannede psykologer med visse tilleggskrav kunnet ha funksjon som ansvarlige behandlere for pasienter i psykisk helsevern, og etter at psykisk helsevernloven (15) ble revidert i 2001, kan psykologspesialister med minst to års klinisk erfaring ha funksjon som faglig ansvarlig, noe som blant annet innebærer å kunne fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH). Dermed er nå psykiatere og psykologspesialister i praksis sidestilt som ansvarlige behandlere for pasienter i psykisk helsevern.

Gjennom spesialisthelsetjenesteloven (16) fra 2001 ble det innført krav om enhetlig ledelse på alle nivå i helseforetakene. Det innebærer at en og samme person skal være både faglig og administrativt ansvarlig for driften, uavhengig av fagbakgrunn. Det har medført at tre av fire leger og psykiatere som arbeider i psykisk helsevern, nå opplever å være faglig og administrativt underlagt en leder som ikke har legeutdannelse (17).

### Utvikling av spesialiteten psykiatri

Spesialiteten psykiatri utviklet seg parallelt med etablering og utvikling av psykiatriske institusjoner i Norge og andre vestlige land i siste halvdel av 1800-tallet, og Norsk psykiatrisk forening ble stiftet i 1907 (9). På 1900-tallet utviklet det seg en todelt helsetjeneste for pasienter med psykiske lidelser. De alvorlig syke ble innlagt i asylene, mens pasienter med lettere lidelser, i form av depresjon eller ulike «nervøse lidelser», ble behandlet i private praksiser eller i åpne klinikkavdelinger. Psykiatere var

ansvarlige for behandlingen både på asylene og i klinikkavdelinger, og mange hadde også privat praksis.

I 1926 var det kun to godkjente spesialister i «sinnssykdommer og nervøse sinnslidelser», en betegnelse som i 1949 ble endret til «psykiatri» (18). I 1951 var antallet spesialister i psykiatri økt til 62, og deretter ble det en fordobling i antallet for hvert tiende år frem til 1979, da det var registrert totalt 498 spesialister i psykiatri i Norge. I 2020 er det ifølge Legeforeningens medlemsstatistikk registrert 1455 yrkesaktive spesialister i psykiatri i Norge (19). Av disse jobber rundt to tredeler i offentlig psykisk helsevern. Omtrent 200 psykiatere jobber som private avtalespesialister og om lag 50 arbeider i hovedsak innen akademia. Norsk psykiatri har de siste 50-60 årene vært sterkt inspirert av psykodynamisk teori, ved at flere fremtredende psykiatere utdannet seg som psykodynamiske psykoterapeuter. Spesialistutdanningen i psykiatri innebærer en opplæring i forståelse og behandling av hele spekteret fra lettere og moderate til mer alvorlige psykiske lidelser. Alle leger som skal bli psykiatere må delta på obligatoriske kurs og få praktisk klinisk veiledning i psykoanalytisk orientert psykoterapi under sin spesialistutdanning. På denne måten får norske psykiatere en todelt fagkompetanse, som biologisk orientert psykiater og psykologisk orientert psykoterapeut.

### Psykiaterrollen i dag

I dagens psykiske helsevern er de fleste psykiatere ansatt som overleger i helseforetak. De arbeider i psykiatriske poliklinikker, sengeavdelinger og spesialavdelinger. Psykiatere gjør selvstendige vurderinger av pasienter som de enten behandler selv, eller som behandles av andre kolleger. Psykiatere kan være faglig ansvarlig og fatte vedtak om TPH etter psykisk helsevernloven. I avdelinger som ledes av ikke-leger er det også blitt vanlig å ansette psykiatere som såkalt medisinskfaglig rådgiver. I slike stillinger skal psykiatere kvalitetssikre det medisinske behandlingstilbudet, men uten å ha formell makt eller myndighet over driften av avdelingen.

Amund Andenæs har i sitt doktorgradsarbeid dybdeintervjuet seksten psykiatere for å undersøke hva de legger vekt på når de forteller om sitt arbeid med pasientene (20). Ved kvalitativ analyse av materialet kom det frem grovt sett to idealtyper: medisineren og fortolkeren. Medisineren vektlegger å være en distansert deltager for å kunne vurdere pasientens psykiske vansker, etablere en pålitelig tilnærming og sikre en respektfull avstand til pasienten som person, mens fortolkeren beskriver seg som en betydningsfull involvert, noe som er avgjørende for å kunne utvikle en forståelse for pasientens psykiske vansker og at pasienten erfarer sammenhenger mellom sine psykiske vansker og sitt liv. Andenæs fokuserte i sitt arbeid på psykiaternes direkte pasientarbeid, og ikke deres rolle eller organisasjonsmessige posisjon i helsevesenet.

## Forholdet mellom psykiatere og andre profesjoner

I psykisk helsevern har psykiatere i økende grad blitt utfordret av andre profesjoner som faglige premissleverandører. Innføring av profesjonsnøytral ledelse, likestilling mellom psykologspesialister og psykiatere i rollen som faglig ansvarlige, og en økende satsning på poliklinisk behandling, har endret den suverene rollen psykiaterne tidligere hadde som øverste faglige og administrative ansvarlige i psykiatriske avdelinger (8). I dag er det ikke alltid åpenbart hva som skiller legens og de andre helsearbeidernes arbeids- og ansvarsområder i psykisk helsevern (21). I polikliniske enheter jobber psykiateren gjerne i team sammen med leger i spesialisering, psykologer, psykologspesialister, sykepleiere, sosionomer eller vernepleiere med eller uten videreutdanning innen psykisk helse. I tillegg til å undersøke og behandle egne pasienter, skal psykiateren gi råd og veilede sine kolleger, enten leger i spesialisering eller sykepleiere, psykologer eller andre helsearbeidere. Psykiaterne står også ansvarlig for den medikamentelle behandlingen og skal vurdere somatiske forhold for pasienter som ikke har lege som primærbehandler. Leger går gjerne også i vakt ved døgnenheter tilknyttet arbeidsstedet. Dette medfører at leger og psykiatere i psykisk helsevern har et videre spekter av arbeidsoppgaver, med sterkere preg av rådgivende funksjon enn andre faggrupper i psykisk helsevern (22). Psykiater og professor emeritus Per Vaglum har i sin bok *Psykiateren med undertittel Behandler, veileder, forsker og formidler* (23) beskrevet hvordan psykiaterrollen i økende grad er blitt marginalisert og styrt inn mot en rådgiverfunksjon med i hovedsak ansvar for somatiske og biologiske forhold. Vaglum ser dette som en utfordring både mot faget psykiatri (24), men også mot kvaliteten i behandlingstjenesten psykisk helsevern, der mange pasienter står i fare for ikke å få helhetlig oppfølging. Vaglum har tidligere fremhevet at psykiaterne må opprettholde den biopsykososiale helhetlige forståelsen av faget, at de må gis tid og rom til å bygge tillit hos pasientene, at de må lære og bruke et bredt spekter av behandlingsformer og ikke kun være «medisinutdeler eller bakspiller for andre faggrupper» (25).

## Mulige rollekonflikter i legens arbeidshverdag

Leger opplever ofte å måtte ivareta kryssende hensyn når de i sitt kliniske virke skal gi den enkelte pasient den faglig sett beste behandlingen og samtidig imøtekomme pasientens egne ønsker, handle i tråd med juridiske reguleringer og systemkrav, være tro mot sitt fag og sin profesjon, og ikke gå på akkord med egne etiske og moralske prinsipper. En modell for å forstå legers mulige krysspress i møte med eksterne og interne forventninger er beskrevet teoretisk av Bringedal og medarbeidere ved Legeforskningsinstituttet (26). Ifølge modellen opplever klinisk arbeidende leger rollekonflikter mellom hensynet til fire forhold: 1) Samfunn og helsemyndigheter, ved å følge juridiske krav, kriterier for prioritering og økonomiske begrensninger; 2) Pasient og pårørende, ved å ta hensyn til den

enkelte pasient; 3) Fagmiljøet og profesjonen, ved å følge god faglig praksis og være lojal mot kolleger; 4) Egne holdninger og verdier, ved å være tro mot egne overbevisninger.

Et viktig spørsmål er om de nye rammebetingelsene for leger i helsevesenet generelt og psykisk helsevern spesielt, har endret måten psykiatere ser på sin egen rolle og posisjon. For å søke svar på et slikt spørsmål, er det nødvendig å undersøke hvordan psykiatere selv forstår sin rolle og beskriver sin arbeidssituasjon.

## Formål og problemstillinger

Målet med denne studien er å besvare følgende spørsmål:

1. Hvordan forstår psykiatere sin rolle og posisjon i psykisk helsevern?
2. Opplever psykiatere i sin kliniske arbeidshverdag konflikter i forsøket på å balansere hensynet til
  - a. helsemyndighetene og samfunnet
  - b. ledelsen ved helseforetaket
  - c. kolleger og andre helsearbeidere
  - d. egne verdier og holdninger?

For å avgrense problemstillingen til psykiaternes erfaring som arbeidstaker i psykisk helsevern, er ikke deres erfaringer som behandler og rådgiver overfor pasienter og pårørende del av denne studien.

## Teori

Som teoretisk bakgrunn for studien har jeg anvendt begreper og modeller som i hovedsak er hentet fra profesjonssosiologi, psykiatrisk historie og medisinsk etikk. I det følgende vil jeg redegjøre for definisjoner og forståelse av begreper knyttet til makt, profesjonssystemer og tillit.

### Teorier om makt og innflytelse

Helsevesenet er en kompleks organisasjon med et bredt og sammensatt samfunnsoppdrag og dermed en rekke ulike interesser. Blant dem som jobber i helsevesenet er det flere sterke fag- og profesjonsgrupper som har til dels overlappende roller. I sammensatte organisasjoner vil det naturlig utspille seg maktkamper på ulike nivå, og disse vil ikke alltid være synlige. Å ha makt innebærer å utøve innflytelse over andre mennesker slik at de gjør noe de ellers ikke ville ha gjort. En mer presis definisjon av makt er ifølge den tyske sosiologen Max Weber (1864-1920) «evnen til å få gjennomslag for sin vilje, også der man møter motstand». Maktposisjonen kan være illegitim, dvs. ulovlig eller i strid med etablert praksis eller sedvane, eller legitim, at det anses rett og rimelig at en person i visse situasjoner kan bestemme over andre. Weber definerte tre former for legitim makt; tradisjonell, karismatisk og legal makt. Tradisjonell makt er basert på historisk tradisjon, f.eks. at de eldre bestemmer fordi det har de alltid gjort. Under tradisjonelt herredømme finnes kategorier som patriarkat og føydalisme, der en gruppe av befolkningen per definisjon har makt ut fra sin posisjon, og ikke basert på personlige egenskaper eller at de er utpekt eller valgt av andre. Karismatisk makt er basert på at personer får makt ut fra særlige egenskaper, personlig utstråling, utseende eller talegaver. Maktapparatet er underlagt lederen, og de som underkaster seg oppleves som svært lojale og villige til å gå langt for å hegne om og følge sin leder. Denne typen makt finnes ofte i populærkultur, ungdomsgjenger og i religiøse forsamlinger. Den karismatiske makten beholdes så lenge lederen holder stand, men slike maktstrukturer er sjelden bærekraftige over tid. Ved legal makt har lederen fått makt gjennom lovgivningen, for eksempel ved at en statsminister utnevnes etter å ha oppnådd et flertall i demokratiske valg blant befolkningen. I slike herredømmer utgjør ofte byråkratiet selve maktapparatet.

Den franske idehistorikeren Michel Foucault (1926-1984) har beskrevet forholdet mellom makt og kunnskap, der selve språket som kunnskapen formidles i kan være både styrende og ekskluderende. Språket kan være styrende ved at en dominerende tenkemåte i en periode anvender ord og begreper som danner premiss for videre kunnskapsdannelse. Et relevant eksempel her er medisinske diagnoser, som innenfor psykiatrien har vært førende for forskningsparadigmet der man undersøker årsaker, forekomst og konsekvenser av psykiske lidelser. Kunnskapsspråket blir ekskluderende dersom det kun er dem som tar det til seg og anvender det, som tillegges vekt. Et eksempel her er

hvordan leger og pasienter bruker ulike begreper for sykdom og lidelse, og der pasientens beskrivelser kan tillegges mindre vekt fordi de ikke samsvarer med etablert kunnskap i feltet. I forholdet mellom pasient og lege er det også en vesentlig asymmetri, ved at legen har mandat til å få vite noe om pasientens private liv som pasienten ikke har tilsvarende rett til å vite om legen. Slike asymmetriske maktforhold preger helseprofesjonene, men også andre yrkesgrupper i samfunnet som advokater, prester og lærere.

### Teorier om profesjonsdannelse – innflytelse fra amerikansk sosiologi

Teorier om hvordan profesjoner, definert som grupper av mennesker med ekspertkunnskap innen et definert felt, utvikles, hvordan de samhandler med hverandre, og hvordan deres kompetanse utnyttes i samfunnets oppgaver, har i hovedsak vært et felt for sosiologien. Utvikling av profesjoner er særlig beskrevet av en rekke amerikanske sosiologer. Den første av disse var Talcott Parsons (1902-1979) som formidlet europeisk tankegods fra bl.a. Max Weber til USA. Parsons utviklet aktør/struktur-problemet, der en person vil befinne seg i spennet mellom positivisme (styrt av ytre årsaker) og idealisme (styrt av indre årsaker). Mennesket er en aktør med valgfrihet, men samtidig alltid underlagt ytre betingelser, både fysiske og sosiale. Talcott Parsons mente det manglet en kategori blant Webers originale typer av legitim makt, nemlig autoritet gjennom ekspertise. De fleste mennesker er villige til å følge ekspertenes råd fordi de vet noe som folk flest ikke vet. Parsons hevdet at profesjonene bruker sin legitime makt til å bygge bro mellom individer og samfunn (27). Ved utøvelse av sitt fag sørger profesjonene for at klientene lettere kan tilpasse seg samfunnets normer og forventninger. Legen bygger bro mellom det fysiske mennesket og samfunnet, advokaten mellom privatpersonen og samfunnet, og presten mellom det åndelige mennesket og samfunnet. En lege vil behandle en pasient med mål om at denne skal gjenoppta sin rolle i familie, arbeid og sosiale systemer, og en advokat vil bistå en klient i å skape en trygg sone eller økt forutsigbarhet. En slik mellomposisjon vil ikke fungere dersom den profesjonelle setter private eller økonomiske hensyn foran hensynet til status og anseelse fra kolleger og samfunnet. Parsons ide om at legeprofesjonen ikke handlet ut fra egen profitt og politisk makt, men utelukkende for å styrke sin faglige status og anseelse blant kolleger og i samfunnet, har møtt mye kritikk. Utbredelsen av private helseforsikringer, særlig i USA, økte krav til profitt hos private helsetilbydere, og en økende skepsis til hvor god den medisinske kunnskapen egentlig er, har truet legenes autoritet i samfunnet. At legeforeningene i økende grad har forhandlet om legenes økonomiske vilkår har trolig også svekket deres profesjonelle legitimitet i politiske kretser.

Eliot L. Freidson (1923-2005) var en amerikansk sosiolog som var kritisk til hvordan legeprofesjonen har dannet selvregulerende strukturer med unik ekspertise og derigjennom har etiske forpliktelser til samfunnet. Mot slutten av sin karriere endret han holdning til profesjonene, og beskrev i boken



*Professionalism – The third logic* hvordan profesjonene utgjør en tredje «logikk», i tillegg til markedskrefter og byråkrati, å fordele arbeid i en organisasjon etter (28). Freidson beskrev profesjonalisme som et mer varig alternativ til markedstenkning og byråkrati. Han mente nye økonomisk motiverte styringsformer ikke godt nok ivaretok den sosiale betydning fagspesialistene har i en organisasjon, og han mente organisasjonene nærmest måtte beskytte profesjonene for å kunne dra mest mulig nytte av deres ekspertise. I psykisk helsevern er «spesialistene», dvs. psykiatere og psykologspesialister, gitt særlige oppgaver og privilegier. Ifølge psykisk helsevernloven er det kun spesialister som kan være faglig ansvarlig for vedtak om tvang, og ifølge helsepersonelloven er det kun spesialister som har selvstendig behandlingsansvar. Videre krever pakkeforløp i psykisk helsevern for voksne at pasienten som hovedregel skal møte spesialist i løpet av behandlingen. Disse sær oppgavene og privilegiene er etablert for å sikre tilstrekkelig kvalitet i behandlingen, og de skal gjennomføres uavhengig av økonomiske eller organisatoriske forhold.

En annen fremtredende amerikansk sosiolog, Andrew Abbott (født 1948), definerte i boken *The systems of professions – An essay on the division of expert labor* profesjoner som eksklusive yrkesgrupper som anvender sin ekspertise overfor enkelttilfeller (29). Ifølge Abbott vokser profesjonsutøvernes praktiske ferdigheter ut av et abstrakt system av kunnskap. Kontrollen over fagområdet ligger i å ha kontroll over abstraheringene som danner grunnlaget for de praktiske ferdighetene. På denne måten har profesjonsutøverne makt gjennom å inneha en kunnskap og utøve en eksklusiv kompetanse som samfunnet har nytte av. I psykiatrien dreier den abstrakte kunnskapen seg om en teori for hvordan psykiske lidelser oppstår og utvikler seg, hvordan de kan diagnostiseres og behandles.

Abbott legger avgjørende vekt på hva profesjonens medlemmer faktisk gjør når han beskriver hvordan profesjonene utvikler seg. Det er fagpersonenes faktiske virke som definerer profesjonen, og når det er endringer i fordelingen eller kontrollen av arbeidet, eller endringer i forståelsen av det faglige grunnlaget for arbeidet, eller når flere profesjoner gjør hevd på overlappende felt av ekspertkunnskap, dannes profesjonskonflikter. Sammenhengen mellom profesjonen og det arbeidet dens medlemmer utfører kaller Abbott for jurisdiksjon, eller virkeområde. Måten eller strukturen for hvordan profesjonene i praksis utøver sitt arbeid innen jurisdiksjonen alene eller i samarbeid med andre profesjoner kaller han, i mangel på et godt norsk ord, for «settlement». I utvikling av det Abbott kaller «systemet av profesjoner», er ulike typer settlements av betydning når de ulike profesjonene skal fordele et fagfelt mellom seg og dermed justere inndelingen av jurisdiksjoner (29). Eksempler på settlements er «subordination», at en faggruppe underordnes en annen, «intellectual jurisdiction», at en faggruppe har hevd på fagkunnskapen, men må la en annen faggruppe ta del i utførelsen, «advisory control», at en faggruppe gir ekspertråd til en annen faggruppe basert på

spisskompetanse, «split» eller «division», at jurisdiksjonen deles av flere profesjoner, f.eks. ved å inndeles etter typer av klienter. Et typisk eksempel på subordination er det tradisjonelle forholdet mellom lege og sykepleier, der legen har ansvaret for behandlingen, men delegerer enkelte oppgaver til sykepleiere, f.eks. utdeling av medisiner eller å følge opp kliniske parametre som blodtrykk eller blodsuktermåling, men uten at sykepleierne dermed overtar ansvaret for behandlingen. I forholdet mellom psykiatere og andre profesjoner, er det særlig begrepet «intellectual jurisdiction» som kan forklare settlement mellom psykiatere og kliniske psykologer. Psykiatere har hatt faglig definisjonsmakt, men har måttet la andre faggrupper, særlig psykologer, utøve mer og mer av faget. Psykiaternes rolle som medisinskfaglig rådgiver er et eksempel på «advisory control», der en del av behandlingsoppgavene, vurdering av medikasjon og somatiske forhold, delegeres til en faggruppe som har særlig kompetanse på feltet som den fagpersonen som ber om råd ikke selv besitter.

### Psykiatrien etablerer sitt virkeområde

Ifølge Abbott ble amerikansk psykiatri dannet av en gruppe reformister som kjempet for at leger skulle overta omsorgen for de sinnssyke fra justissektoren. Reformistene hevdet at de sinnssyke trengte behandling som kun leger kunne gi dem. De ble understøttet av nye måter å forstå og behandle sinnssyke på, og det ble utformet lovverk og opprettet asylers på landsbygda i USA. Psykiatri var fagområdet som ble praktisert av legene som ledet asylene. På denne måten sprang psykiatri som profesjon ut fra arbeidsstedet, asylene, og ikke ut fra etablering av kunnskap, forskning og lærested, som er den mer klassiske måten en profesjon dannes på. Utvikling av psykiatri som profesjon ligner profesjonsdannelsen til lærere og sosionomer, men er ulik hvordan hovedprofesjonen medisin ble dannet, der kunnskapen kom først.

I løpet av 1800-tallet viste det seg at de nye teoriene om sinnssykdom og tilhørende behandlingsformer ikke var så effektive, og psykiaterne ble mer og mer administratorer for oppbevaringsanstalter. Parallelt utviklet andre deler av det som senere skulle bli faget psykiatri seg gjennom andre fagpersoner, først og fremst nevrologer, som i kjølvannet av den amerikanske borgerkrigen ble utfordret av kolleger som hadde pasienter med vanskelige og uforståelige tilstander tilskrevet «nerver», f.eks. hysteri, dissosiasjon og funksjonelle kramper og lammelser. Antallet pasienter med uforklarlige tilstander økte, og etter hvert begynte nevrologer og psykiatere å samarbeide om behandling av pasientene. På 1920-tallet skjedde en brå forandring. Nevrologene ble værende på sykehus som «organiske» leger, mens psykiaterne i økende grad begynte å jobbe utenfor sykehuset med pasienter som hadde symptomer man ikke kunne finne kroppslig årsak til. Psykiaterne innlemmet stadig flere felt i sitt virkeområde, deriblant avvikende ungdomskriminalitet, alkoholisme og ekteskapsproblemer. Profesjonen klarte å beholde eierskap til det meste av saksfeltet, unntatt de juridiske aspektene, helt frem til 1970-tallet. Økende etterspørsel etter

psykoterapi som psykiaterne ikke alene kunne møte, gav grobunn til psykologer og sosialarbeidere som behandlere for psykisk syke. Den psykiatriske profesjon har beholdt sin jurisdiksjon gjennom sin evne til å utarbeide abstrakt kunnskap om faget, f.eks. gjennom begrepet nevroseser, psykoanalytisk teori og behandling, og ved å gi ulike typer avvikende atferd medisinske diagnoser og dermed innlemme dem i sykdomsbegrepet.

### Psykiaternes sosiale og kulturelle autoritet

Den amerikanske sosiologen Paul Starr (født 1949) har beskrevet hvordan legenes innflytelse har endret seg i amerikansk helsevesen gjennom begrepene sosial og kulturell autoritet (30). Med sosial autoritet menes legenes rett til både å iverksette egne handlinger og å få andre i systemet til å handle i tråd med legens medisinske premisser. Kulturell autoritet innebærer å kunne definere hvordan et saksfelt skal forstås, i dette tilfellet at legene kan definere det medisinske feltet. Ifølge Starr handler medisinsens kulturelle autoritet om å definere det medisinskfaglige feltet, og dermed gi mening til den virkeligheten der legene utøver sitt fag.

I psykiatrien har dette gjort seg gjeldende ved at legenes syn og vurdering av psykiatriske symptomer, sykdommer og behandlingsformer har vært den fremtredende (8). Psykiatere har vært vant til både å ha sosial og kulturell autoritet i form av både faglig og administrativ myndighet i helsetjenesten. Nå er psykiaternes sosiale autoritet redusert etter innføring av enhetlig profesjonsnøytral ledelse, men sosial autoritet utøves også gjennom klinisk makt. Psykiaternes kliniske makt var hjemlet i psykisk helsevernloven fra 1961 som tilla overlegene et overordnet behandlingsansvar med blant annet suveren myndighet til å treffe tvangsvedtak. I den nye psykisk helsevernloven fra 2001 ble det åpnet for at psykologspesialister etter delegering fra overordnet lege kunne få vedtaksansvar på visse områder. Ved revisjon av loven i 2006 ble krav om delegering fjernet, slik at psykiatere og klinisk utdannede psykologer ble sidestilt som faglig ansvarlige i psykisk helsevern. Med unntak av vedtak om tvangsmedisinering, kan psykologspesialister nå fatte alle typer av tvangsvedtak (innleggelse, skjerming, beslag, urinprøver og bruk av mekaniske tvangsmidler).

### Et helsevesen basert på tillit

Tillit er en grunnleggende forutsetning for at helsevesenet skal fungere (31). Befolkningens tillit til helsevesenet spiller seg ut på to nivå, på individnivå mellom den enkelte pasient og den enkelte behandler, og på samfunnsnivå mellom befolkningen og helsetjenesten (32). Den norske samfunnsmedisineren Per Fugelli (1943-2017) har beskrevet tillit som kraften som holder lege og pasient sammen. Uten tillit, er det ingen hjelp i all verdens biomedisin og forskningsbasert kunnskap (33). Pasienten må stole på at legen vil hjelpe, og relasjonen er det virkemiddelet som inngir håp om bedring. Tillit i lege-pasientforholdet blir som regel tatt for gitt, og eksplisitt uttrykt først når det blir

etterspurt eller det nærmer seg et brudd i tillitsforholdet (34). Pasienters tillit til legen er sjelden betingelsesløs og som regel med noe forbehold. En sentral forutsetning er at legen «ser deg» som hel person og gir deg råderett over konsultasjonen, slik at pasienten beholder en viss grad av autonomi. Viktige premisser for å skape en slik betinget tillit er at pasienten opplever at legen viser interesse i vedkommende som person, er sensitiv for pasientens følelser, at legen gir pasienten og forholdet tid, og at de inngår i en allianse mot en felles utfordring (35).

Psykiaterens rolle som medisinskfaglig ansvarlig for andre faggruppers pasientbehandling innebærer at psykiateren spiller en gjesterolle i pasientens behandling, og spørsmålet er om en slik rolle gir tilstrekkelig ramme for å inngi tillit hos pasienten. Rammen krever også at pasientens hovedbehandler er lojal og understøtter psykiaterens råd og forslag overfor pasienten. Det fordrer også at kollegene har tillit til psykiateren.

## Metode

### Begrunnelse for valg av kvalitativ metode

For å undersøke psykiateres holdninger og oppfatninger av arbeidet sitt, er det nødvendig å snakke med dem. En kvantitativ tilnærming kunne være å sende et spørreskjema og dermed få vite hvor stor andel av informantene som sier seg enig eller uenig i ulike utsagn. Men spørreskjemaet vil ikke forklare hvorfor eller på hvilken måte de kjenner seg igjen i spørsmålene. Kvalitative metoder er særlig egnet til å utforske tema som ikke er entydig beskrevet tidligere, og der man vil etablere kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (36, 37). I denne studien var målet å utforske psykiaternes egne beskrivelser av arbeidshverdagen sin, finne og beskrive gjennomgående temaområder, og spesifikt undersøke mulige rollekonflikter. Til dette formålet egner en kvalitativ tilnærming i form av dybde- eller fokusgruppeintervju seg bedre enn en kvantitativ metode. Individuelt kvalitativt dybdeintervju med klinisk arbeidende psykiatere ble derfor valgt som metode i denne studien. Tilsvarende metode er brukt av psykiater Amund Andenæs i hans doktorgradsarbeid om psykiateres beskrivelse av sitt arbeid med pasientene (20).

### Datamateriale

#### Rekruttering av informanter

Til studien ble det rekruttert psykiatere med hovedstilling som klinisk overlege i psykiatrisk poliklinikk, sengepost, ambulant team eller som privat avtalespesialist. Av praktiske grunner ble utvalget hentet blant psykiatere som jobber i Oslo-området. Rekrutteringen av informanter ble gjort delvis på bakgrunn av personlig kjennskap til kolleger som kunne egne seg, delvis gjennom såkalt "snowball"-metode, der hver enkelt informant på slutten av intervjuet ble spurt om andre kolleger han eller hun antok ville være aktuelle.

Totalt deltok sju informanter, tre menn og fire kvinner, i aldersspennet 39-60 år. De hadde alt fra få måneders til 23 års erfaring som spesialist i psykiatri. Fire av informantene jobbet i poliklinikk, akutteam eller avtalepraksis, mens tre jobbet i sengepost. Alle psykiaterne som ble forespurt om å delta, takket ja og gjennomførte intervjuet, så det var ikke noe systematisk frafall i rekrutteringsfasen.

#### Kvalitativt dybdeintervju

Alle informantene ble intervjuet individuelt med kvalitativt semistrukturert dybdeintervju (38). Hensikten med intervjuet var å stimulere til refleksjon rundt psykiaternes yrkesvalg og i tråd med

problemstillingen utforske om og hvordan arbeidssituasjonen var påvirket av forholdet til ledelse, kolleger, helsemyndigheter og egne overbevisninger og verdier.

Tre av intervjuene ble gjennomført som videokonferanse grunnet isoleringstiltak under koronapandemien, mens fire intervjuer ble gjennomført som fysisk møte på eller i nærheten av informantens arbeidssted. Alle intervjuene ble gjennomført i en sammenhengende sesjon og varte fra 50 til 75 minutter. Intervjuene ble gjennomført i perioden april-august 2020.

Før første intervju, ble det utformet en intervjuguide med tolv spørsmål og to stimulustekster i tillegg til introduksjons- og avslutningstekst. Informantene ble bedt om å fortelle om sin faglige bakgrunn og forklare hvorfor de hadde valgt å bli psykiatere. De ble bedt om å beskrive sin nåværende arbeidssituasjon, en typisk arbeidsdag, og angi hvilke arbeidsoppgaver de likte best og hvilke de likte dårligst. Videre ble de bedt om å beskrive om og på hvilken måte helsemyndighetene, avdelingsledelsen, kolleger og andre helsearbeiderne påvirket arbeidshverdagen. De ble spurt om de noen gang opplevde å gå på akkord med seg selv, ved at arbeidsoppgavene gikk på tvers av personlige verdier og overbevisninger. Til slutt ble psykiaterne bedt om å forklare hva som skulle til for at de skulle bli værende i klinisk virke resten av karrieren, og hva de selv mener er viktig for å være en god psykiater.

De to stimulustekstene dreide seg om hva som skiller rollen til legen og psykiateren fra rollen til andre helsearbeidere i psykisk helsevern, og at legerollen i psykisk helsevern er blitt mer rådgivende enn direkte klinisk, med økende vektlegging på jus, økonomi, pasientflyt, dokumentasjon og brukermedvirkning. Etter første intervju ble guiden revidert ved å inkludere et spørsmål om faglig autonomi. Endelig versjon av intervjuguide er vedlagt (vedlegg 1).

### Transkripsjon

Intervjuene ble tatt opp på video eller som lydfil og transkribert ordrett i sin helhet. Transkripsjonen ble skrevet på bokmål uavhengig av informantens dialekt eller bruk av hverdagslig språk eller slang. Transkripsjonene fra hvert intervju utgjorde mellom tolv og 20 maskinskrevne sider med enkel linjeavstand. Før analyse ble transkripsjonene redigert for å fjerne innhold som ikke var relevant for problemstillingen, slik som introduksjons- og avslutningstekst, intervjuerens betraktninger, svar- og fyllord, samt gjentakelser. All informasjon som kunne identifisere enkeltpersoner eller enkelte organisatoriske behandlingenheter ble anonymisert ved at navn på personer, steder, avdelinger eller sykehus ble fjernet. Navn på personer som er allment kjente, ble beholdt. Det anonymiserte transkriptet som var klargjort for analyse utgjorde totalt 96 sider. Lyd- og videofiler ble slettet etter transkripsjon.

## Analyse av de transkriberte intervjuene

De transkriberte intervjuene ble analysert ved å bruke en metode for kvalitativ tekstanalyse, systematisk tekstkondensering (39). I det følgende beskrives først metoden teoretisk, og deretter beskrives hvordan analysen ble gjennomført i denne studien.

Systematisk tekstkondensering er inspirert av fenomenologi, en filosofisk retning som vektlegger individets subjektive opplevelse og erfaring. Metoden innebærer i prinsippet fire steg:

- 1) Å få et helhetsinntrykk gjennom å lese hele transkripsjonen og identifisere mulige tema
- 2) Å gå systematisk gjennom transkripsjonen for å identifisere meningsdannende enheter (tekstutdrag) som kan samles i kodegrupper
- 3) Å abstrahere innholdet fra alle tekstutdragene i hver kodegruppe og kondensere dem i form av en sammenhengende tekst i jeg-form for å få frem det fenomenologiske aspektet ved datamaterialet. Det kan i dette steget vise seg at kodegruppene bør deles i tematiske undergrupper, og disse skal også beskrives ved hjelp av en tekst i jeg-form
- 4) Å sammenfatte innholdet i hver kodegruppe til en beskrivelse basert på informasjon fra flere informanter. Beskrivelsen gjengis i tredje person for å få frem at dette steget er forskerens samlede tolkning av informantenes utsagn, som naturlig innebærer at noe informasjon fremheves. Beskrivelsen inneholder korte tekstutdrag fra transkripsjonen, og det gis eksempler på utsagn i form av illustrerende sitater. Den endelige beskrivelsen av kodegruppene, med undergrupper, og ledsagende sitater, utgjør resultatdelen av analysen.

I denne studien ble det 96 sider lange anonymiserte transkriptet lest flere ganger i sammenheng. Etter diskusjon med veileder, som også leste utdrag fra transkriptet, ble sju kodegrupper definert:

- 1) den autonome psykiateren (selvstendig og opphøyd medlem av det tverrfaglige kollegiet)
- 2) avgrensning mellom psykiatri og psykologi (forskjeller mellom profesjonene i teori og praksis)
- 3) makt og tillit (psykiaterens forhold til ledelse, kolleger og pasienter)
- 4) praksisfjernt byråkrati (om helsemyndighetenes påvirkning på arbeidshverdagen)
- 5) tvang under tvil (om at vedtak om tvungen behandlingen som regel fattes under tvil)
- 6) faglig fraværende ledelse (om sammenhenger mellom enhetlig og faglig ledelse)
- 7) legen som gjestearbeider (medisinskfaglig rådgiver for andre faggrupper)

Hele transkriptet ble kodet, slik at meningsdannende tekstutdrag fra alle informantene ble samlet under hver av de sju kodegruppene. Dokumentet med tekstutdrag samlet i kodegrupper var nå på totalt 36 sider, og dette dannet datagrunnlaget for steg 3 - kondensering og steg 4 - sammenfatning, i analysen. Under steg 3 ble det klart at kodegruppe 3 – «makt og tillit», naturlig måtte deles i tre

undergrupper: 3a - forholdet til pasienten, 3b - forholdet til kolleger og 3c - forholdet til ledelsen. Tilsvarende ble kodegruppe 4 – «praksisfjernt byråkrati» delt opp i tre undergrupper: 4a - pakkeforløp og koding, 4b - organisasjon og prioritering og 4c - tvang.

Siste steg i analysen bestod i å samle innholdet i hver kodegruppe til en beskrivende tekst. I dette steget ble noen av kodegruppene slått sammen. Kodegruppe 1 og 3 ble slått sammen til et temaområde som omhandlet psykiaterens konkrete arbeidshverdag i samhandling med pasienter, kolleger og ledelsen, med tittelen: *Forbilde*. Kodegruppe 2 og 7 ble slått sammen til et temaområde som dreier seg om psykiateren som medhjelper i andre helsearbeideres pasientbehandling, med tittelen: *Gjestearbeider*. Kodegruppe 4 ble beholdt som eget temaområde og gitt tittelen: *Pakkeforløpsbyråkrati*. Kodegruppe 6 ble beholdt som eget temaområde og gitt tittelen: *Ansvarsdiffusjon*. Kodegruppe 5, tvang under tvil, ble ikke beholdt som eget tema.

Underveis i analysen ble det klart at tekstinnholdet måtte leses på to nivå. Første nivå var direkte lesning av svar på de forhåndsdefinerte spørsmålene fra intervjuguiden (for eksempel «Hvordan påvirker forholdet ditt til kollegene arbeidshverdagen din?») Andre nivå var å lese transkriptet på tvers for å finne overgripende tema som ble beskrevet indirekte, og som dermed hadde preg av latent innhold i intervjuene. En grunnantakelse for andre nivå er at det kan være sprik mellom hva informantene sier at de gjør eller mener, og hva teksten vitner om at de faktisk har gjort eller ment. Både svar på definerte spørsmål og latent innhold ble gruppert tematisk i resultatdelen.

### Metodiske begrensninger

Tre av intervjuene ble gjennomført som videokonferanse. To av videointervjuene ble gjennomført mens informanten befant seg hjemme for å ta hånd om egne barn, og i begge tilfeller ble intervjuene avbrutt av at barnet kom inn i rommet der informanten befant seg, eller det var nødvendig for informanten å hjelpe barnet med noe. Selv om dette innebar brudd i samtalen, var inntrykket at det ikke gikk ut over kontakten eller den tematiske dybden av intervjuet. Det tredje videointervjuet ble gjennomført mens informanten var på kontoret sitt etter endt arbeidsdag. Lydkvaliteten på dette siste intervjuet var redusert, og det ble flere ganger behov for å be om gjentakelser underveis.

Det er flere mulige fordeler og ulemper med videointervju sammenlignet med fysisk møte. Den viktigste fordelen er at intervjuet kan gjennomføres på det sted og til den tid som passer best for både intervjuer og informant, altså at det medfører økt fleksibilitet. I denne studien ble videointervjuene tatt opp, noe som gjorde at man også kunne observere informantens kroppsspråk under intervjuet. Grunnet tekniske vansker ble ett av intervjuene gjennomført uten at informant kunne se intervjuer mens intervjuer kunne se informant. Den viktigste ulempen ved videointervju er at man mister opplevelsen av å være på det samme fysiske stedet, altså tapt nærhet. Det gjør det



vanskeligere å tolke kroppsspråk, samtalene blir litt mer oppstyttet, og det blir vanskeligere å ha en naturlig flyt mellom ulike tema i samtalen. I sum er konklusjonen at videokonsultasjon kan fungere for denne typen intervju, men at fysisk møte er å foretrekke.

## Refleksivitet og validitet

I en kvalitativ studie av psykiaterens rolle gjort av en psykiater ved å intervju andre psykiatere er det viktig å vurdere forhold ved intervjueren som kan ha påvirket både tema, metode og tolkning av materialet (40). I det følgende vil jeg beskrive noen momenter som kan ha hatt betydning for planlegging, gjennomføring og tolkning av resultatene fra denne studien. Først vil jeg redegjøre litt for min faglige bakgrunn, og deretter hvilken forforståelse jeg hadde om problemstillingen ved starten av studien. Deretter vil jeg diskutere resultatenes gyldighet, i hvor stor grad de gjenspeiler de faktiske forhold, og til slutt overførbarhet, i hvor stor grad de kan sies å gjelde mer generelt.

## Intervjuerens eget ståsted

Jeg er selv psykiater og har jobbet klinisk som lege i spesialisering eller overlege i psykiatriske avdelinger ved alle de tre sykehusene som var representert i studien. Da studien ble planlagt, og intervjuene ble gjennomført, jobbet jeg som spesialrådgiver i Legeforeningen med særlig ansvar for fagfeltene psykiatri og rusbehandling. Underveis i arbeidet med oppgaven skiftet jeg arbeidssted til Folkehelseinstituttet, der jeg nå leder Avdeling for psykiske lidelser.

Jeg har et bredt faglig ståsted innen psykiatri med erfaring fra både klinikk, forskning og helsepolitisk rådgivning. Jeg er særlig opptatt av å kunne balansere en erkjennelse av mangel på kunnskap om årsaker til psykiske lidelser med anerkjennelse av den kunnskap vi tross alt har om effekt av spesifikke behandlingsformer og naturlig forløp av psykiske lidelser.

I Amund Andenæs' typebeskrivelse kjenner jeg meg noe mer hjemme i rollen som «fortolker» enn «medisiner». Parallelt med spesialisering i psykiatri gjennomførte jeg en toårig videreutdanning innen psykodynamisk orientert psykoterapi, det såkalte innføringsseminaret ved Institutt for psykiatri. Denne utdanningen innebærer egenstudier av psykodynamisk teori, diskusjon av teori i grupper, egen pasientbehandling med ukentlig veiledning der lydopptak fra terapiene ble lagt frem for veileder som selv var erfaren psykoterapeut. Transkribert materiale fra enkelttimer ble også presentert for de øvrige seminardeltakerne for drøfting i gruppe. Metoden som ble benyttet for å innhente og drøfte pasientmateriale fra terapiene i innføringsseminaret minner om metoden jeg har brukt for å innhente og bearbeide data fra informantene i denne studien. Gjennom denne videreutdanningen fikk jeg en bredere kompetanse innen samtalebehandling og psykoanalytisk orientert psykoterapi enn det som oppnås gjennom det ordinære spesialiseringsløpet i psykiatri.

Jeg har jobbet på samme sted som fire av informantene, men ikke i løpet av de siste fire årene. De fleste informantene kjente eller visste hvem jeg var før intervjuet, men det forelå ingen personlige, økonomiske eller administrative bindinger på intervjutidspunktet. Det er ikke til å underslå at personlig kjennskap kan ha påvirket innholdet og gjennomføringen av intervjuet i retning av at intervjuerens forforståelse blir bekreftet. Men det kan også ha bidratt til en mer oppriktig og dyp samtale enn om intervjuer og informant var ukjente for hverandre.

Jeg har selv opplevd en endring i forståelse av og oppfatning om psykiatri i klinikk, blant helsearbeidere og i det offentlige. Parallelt med at andre faggrupper og pasientinteresser er blitt mer fremtredende i psykisk helsevern, har jeg selv opplevd og observert at den tradisjonelle lege- og psykiaterrollen er satt under press både faglig og organisatorisk. Dermed hadde jeg en forventning om at informantene ville fortelle om utfordringer med enhetlig ledelse, uklarhet rundt faglig ansvar, og mulige konflikter grunnet ulike behandlingskulturer i psykisk helsevern. Jeg var også nysgjerrig på hvordan psykiaterne ville beskrive myndighetenes innsats for å løfte psykisk helse-feltet.

Er resultatene til å stole på?

En studies validitet angir i hvor stor grad resultatene bidrar til å beskrive et saksforhold slik det faktisk er i virkeligheten. Man deler begrepet inn i intern og ekstern validitet. Intern validitet angir hvorvidt man har undersøkt det man ønsket å undersøke, og ekstern validitet angir hvorvidt resultatene kan si noe om saksforholdet mer generelt. I en kvalitativ studie er det ikke mulig å tallfeste validitet, slik man kan gjøre i en kvantitativ undersøkelse ved å beregne samsvar mellom testresultater og en gullstandard. I kvalitativ forskning er det heller ikke et uttalt mål å komme frem til den ene sanne fortellingen om et fenomen. Målet er å samle flest mulig ulike synspunkter for å beskrive og fortolke opplevelser, holdninger eller synspunkter på en best mulig måte.

Kan vi stole på at informantene faktisk snakket sant, og at teksten som ble analysert samsvarte med det som ble sagt under intervjuet? Mennesker gjør ikke alltid det de sier de gjør, og de forteller sjelden helt eksakt akkurat hva som har skjedd. Det er ingen garanti mot manglende samsvar mellom informantenes beskrivelser av hendelser og hvordan andre personer som var til stede i situasjonen ville ha beskrevet hendelsen. En slik usikkerhet vil det alltid foreligge når man skal vurdere personers muntlige utsagn. Det var ikke krav til at informantene fikk tillatelse fra sin leder for å delta i undersøkelsen, og resultatene er rapportert på en måte som gjør at de ikke skal kunne tilbakeføres til enkeltpersoner eller spesifikke arbeidssteder. Mitt inntrykk var at intervjuerne uttalte seg sannferdig og oppriktig, uten å ta hensyn til forhold til leder eller kolleger. Alle informantene viste stort engasjement og lanserte selv tema som ikke var dekket av intervjuguide eller informasjonsskriv. Alt som ble sagt i samtalene ble transkribert ordrett, med unntak av typiske dialektord eller uformell

tale, så det har ikke skjedd en fortolkning av innholdet i teksten fra samtale til analysetekst. Jeg transkriberte selv hele intervjumaterialet, og veileder har lest utdrag av sitater. Selve tekstanalysen er forsøkt beskrevet så nøyaktig som mulig i det foregående, slik at det skal være mulig for leseren å forstå hvilke avveininger og valg som ble gjort underveis.

### Overførbarhet

Utvalget av kandidater var delvis basert på kjennskap og anbefalinger fra andre kolleger, så det var ikke en tilfeldig gruppe av norske psykiatere. Rekrutteringen skjedde i Oslo, og alle informantene hadde arbeidssted i Oslo. Dermed kan man innvende at resultatene kun gjenspeiler forholdene i «Oslo-psykiatrien» eller at de kun er representative for «storbypsykiatri». Helseforetakene i Norge er organisert, finansiert og styrt på prinsipielt samme måte. Det kan være ulikheter i andel faste spesialister, antall ubesatte stillinger, befolkningssammensetning og hvilken «fagkultur» som finnes ved de ulike behandlingsstedene. Formålet med denne studien var å undersøke psykiaternes arbeidssituasjon i samhandling med kolleger og ledelse, og ikke pasientbehandlingen eller hvilken behandlingsskultursom rådet på arbeidsstedet. Funnene anslås derfor å være relevante og overførbare også til andre deler av landet, om enn ikke til andre land.

### Etiske forhold

Alle informantene mottok skriftlig informasjon om studien før de gav sitt skriftlige samtykke til deltakelse (se vedlegg 2 – informasjonsskriv). Ved starten av hvert intervju ble informantene informert om anledningen til å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt. Det var ikke en forutsetning for å gjennomføre intervjuet at leder godkjente prosjektet, men dersom informanten ønsket det, ble deres overordnede informert om studien per e-post der informasjons- og samtykkeskjema var vedlagt. Ingen av de overordnede som ble informert hadde innvendinger mot studien.

Informasjonen som kom frem i intervjuet ble anonymisert ved at navn på personer, helseforetak, eller underliggende avdelinger ble fjernet fra det transkriberte materialet. Problemstillingene i studien omfattet ikke selve pasientbehandlingen, men siden alle informantene jobbet klinisk, var det naturlig at det også kom frem informasjon som var relatert til pasientbehandlingen. I den grad det kom frem informasjon som kunne identifisere enkeltpasienter, ble denne anonymisert i det transkriberte materialet.

Prosjektets personvern ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. 762114, se vedlegg 3) før datainnsamling. Lagring av opptak, transkripsjon og analyse av materialet på privat passordbeskyttet PC og mobiltelefon var godkjent av Universitetet i Oslo.

## Resultater

Jeg vil i det følgende først gjøre rede for mitt samlede inntrykk fra intervjuene, og deretter beskrive de fire temaområdene fra den kvalitative tekstanalysen i større detalj. All tekst som er angitt i kursiv er direkte sitat fra informantene.

### Overordnet inntrykk

Intervjuene etterlot et klart inntrykk av at klinisk arbeidende psykiatere er personlig engasjert i faget og yrket sitt. De ser ikke på arbeidet som kun en jobb, men et sted hvor de kan bruke hele sitt potensiale og påvirke ikke bare egen praksis, men også prege det faglige arbeidet i hele avdelingen. De ser på psykiatere som naturlige fagledere i psykisk helsevern.

*«Så er det jo en lederrolle, uansett hvor man er i lederlinjen, så har du jo på en måte en faglig ledervirksomhet, være, ta ansvar, "be the better man" eller "greater person" når ting blir vanskelig, både med pasienter og med personale.»*

Flere av informantene kom nokså tilfeldig inn i faget psykiatri. Da de begynte på medisinstudiet hadde de peilet seg ut somatiske spesialiteter som kirurgi eller nevrologi, men alle var i bunn og grunn fornøyd med valg av spesialisering og hvordan den praktiske arbeidshverdagen var på intervjutidspunktet. De trivdes med å ha mye kontakt med pasienter, opplevde samarbeidet med kolleger og andre yrkesgrupper som i hovedsak positivt, og de fleste hadde et ukomplisert, om enn noe distansert forhold til sin nærmeste leder.

Psykiaterne så det som en naturlig oppgave å bistå kolleger i deres behandlingsløp og bruke tverrfaglige møter til å undervise og spre kunnskap. Informantene beskrev en arbeidshverdag som er variert og givende, men som også byr på stadige etiske, praktiske, faglige og organisatoriske utfordringer. De fleste informantene så for seg å bli i klinisk virksomhet resten av karrieren, under forutsetning av at det var mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom yrkeslivet. Psykiaterne var også tydelige på at de fortsatt må ha mulighet for å behandle egne pasienter, og ikke kun veilede eller bidra med spisskompetanse inn i andre klinikers behandlingsløp. Informantene var særlig bekymret for en utvikling der psykiaternes rolle blir avgrenset til i hovedsak å vurdere bruk av medikasjon, somatiske forhold og vilkår for tvang.

Flere av informantene beskrev problematiske forhold ved rollen som faglig ansvarlig i et system der psykologspesialister i praksis er sidestilt psykiaterne, og der enhetlig personalleder ikke alltid har tilstrekkelig fagkompetanse til å ta helhetlig ansvar for behandlingen av pasientene. Det ble beskrevet klare tegn på profesjonskamp mellom psykiatere og psykologspesialister, der både faglig

autoritet, faglig ledelse og ulik forståelse av hva psykiske lidelser egentlig er, og uenighet om hvordan de best kan behandles, dannet grobunn for konflikt.

Informantene var unisone i sin dom over helsemyndighetenes styringssignaler og politiske forsøk på å forbedre psykisk helsevern, som de opplevde verken var til hjelp i arbeidshverdagen, eller medførte bedre kvalitet i pasientbehandlingen. Dette gjaldt særlig forsøkene på å redusere bruk av tvang ved hjelp av innstramninger i lovverket og økte krav til dokumentasjon og forankring av tvangsvedtak. Flere av informantene var også kritiske til stadig reduksjon i antall døgnplasser og var tvilende til effekten av å innføre pakkeforløp i psykisk helsevern.

## Forbilde

Da informantene ble spurt om hva som kjennetegnet det å være psykiater ble det beskrevet en rolle som omfatter noe mer enn å være behandler for den enkelte pasient. Psykiateren er også en slags siste skanse, en som trår til når andre kommer til kort, en faglig garantist og forbilde. Uansett hvor de er i lederlinja, opplever psykiaterne å ha en faglig lederrolle.

*«Nei, jeg føler at vi er liksom på en måte de ansvarlige, de som skal til syvende og sist holde kontroll på psykiatrien, da.»*

Et gjennomgående trekk i flere av informantenes fortelling om tverrfaglig arbeid var at psykiaterne identifiserte seg med en noe opphøyet faglig posisjon sammenlignet med de andre yrkesgruppene. Dette gikk igjen i beskrivelser av egne arbeidsoppgaver, der psykiaterne tok på seg de vanskeligste sakene, men også i beskrivelse av tverrfaglige møter og samarbeid med kolleger.

*«Og selvfølgelig for mange sånn utflytende tverrfaglige møter. Da får man litt sånn makk, også, for å si det sånn.»*

Informantene som jobbet i poliklinikker, opplevde i liten grad å selv ha faglig utbytte av tverrfaglige møter om det kliniske arbeidet. De erkjente likevel at det var viktig for dem å være til stede på slike møter for å «trygge», «romme» og «veilede» de andre kollegene. De tverrfaglige møtene var altså ikke primært innrettet for å hjelpe psykiateren, men mest for de andre helsearbeiderne som trengte å drøfte sine saker. Psykiaterne kunne imidlertid benytte anledningen til å vise gjennom eksempler at somatiske forhold må tas med i vurderingen av psykiske lidelser, for å «få inn det lege- og medisinskfaglige perspektivet».

Informantene beskrev sin arbeidshverdag som en kjede av samhandlinger med pasienter, kolleger og ledelse, nærmest som en dans, der man byr opp de ulike aktørene etter tur, uten å være helt og fullt forpliktet til den ene eller andre gruppen.

Alle informantene fremhevet pasientkontakt som den viktigste grunnen til å bli psykiater, og de hadde vanskelig for å se for seg en videre karriere i psykisk helsevern uten å ha direkte kontakt med pasienter. Det å bli kjent med mennesker i sårbare livsfaser ble beskrevet som et privilegium i jobben. Generell nysgjerrighet på andre mennesker og respekt for at de iblant gjør uventede eller uforståelige valg, var andre viktige motivasjonsfaktorer. Informantene beskrev stor respekt for pasientene og deres autonomi, og tvangsvedtak ble vurdert som etisk krevende, men likevel et nødvendig onde for å kunne gi virksom helsehjelp til pasienter som ikke selv evnet å ta imot behandlingen. En av informantene som jobbet i et akutteam beskrev verdien av å kunne gjøre en forskjell der og da:

*«... Det er liksom opplevelsen av at man får ... at det kommer en del frustrasjon inn, som er litt sånn kavete, og så kan man ganske raskt komme inn i et mye mer konstruktivt spor. Og finne ut at hvis vi gjør det som vanlig, så finner vi ganske gode løsninger på det. Ja, det er det jeg tror jeg liker best med jobben. (...) så er det jo også samtaler med folk der du gjenkjenner ganske mye, eller ganske raskt klarer å forstå hvor skoen trykker, sånn at du i en sånn førstegangssamtale kan gi noe veldig relevant tilbake til folk, om hva dette handler om, hva som treffer, som gir dem noe mer enn bare å få en viderehenvisning i spesialisthelsetjenesten.»*

## Gjestearbeider

Flere av informantene var opptatt av sin rolle som lege i det tverrfaglige samarbeidet med andre faggrupper. Dette var særlig relevant i allmennpsykiatriske poliklinikker, der det er en overvekt av psykologer som behandlere, og der leger ofte har medisinsansvar for en rekke pasienter som behandles av ikke-leger. Psykiaterne så denne tilleggsoppgaven som naturlig og nødvendig, i og med at psykologer og sykepleiere ikke innehar tilsvarende kompetanse som leger når det gjelder å forskrive legemidler og vurdere somatiske forhold. Men de understreket at samarbeidet krever at begge parter forstår og har respekt for hverandres jobb.

*«At legen selvfølgelig har respekt for det som foregår mellom, la oss si mellom psykologen og pasienten. Og at psykologen forstår at det å medisinere en pasient, for eksempel, ikke bare er å skrive ut en resept og så gå igjen, men at det også er noe som krever oppfølging og kontroll.»*

For å gjøre en god jobb, må legene være tydelige på hvordan de må ha det. Psykiaterne mente det kunne være vanskelig for helt ferske leger å sette tydelige rammer for samarbeidet med erfarne psykologer, da legene lett kunne føle seg som «hår i suppa, som bare blir ringt på og sendt ut igjen». Dersom legen ikke møter pasienten jevnlig, kan det være et ganske ubehagelig ansvar å sitte på. Informantene mente å se en uheldig utvikling ved at leger i økende grad får rollen som

medisinskansvarlig lege i andres behandlingsløp fremfor å ha egne pasienter, noe som går ut over både den kliniske kompetansen og trivselen til legene.

*«Når jeg er i direkte møte med pasienter, det er da jeg gjør best jobb, det er helt åpenbart for meg. Å sitte og veilede uten å ha truffet en pasient, tror jeg ikke gir like godt resultat som når jeg er i direkte møte med pasientene. Å være klinisk lege, er jo å ha pasientmøter. Jeg tror det også er veldig viktig for å fortsette å være dyktig, eller så dyktig som man kan. At man er avhengig av å få lov til å være hovedbehandler for å kunne opprettholde det faglige nivået som trengs for å kunne veilede også da.»*

Når psykiaterne fortalte om sin faglige rolle i psykisk helsevern fremhevet de det unike ved å både være lege og psykoterapeut. De mente det ikke er noen andre grupper av helsepersonell som har den samme kombinasjonen av medisinsk og psykologisk spisskompetanse. Flere av informantene hadde enten begynt på eller vurdert å begynne på psykologistudiet, men de mente at de nå satt med en mer helhetlig forståelse av det kliniske bildet enn om de hadde vært psykologer.

*«Når jeg har jobbet i psykisk helsevern, så har jeg jo tenkt at det å også beherske det biologiske, og somatisk medisin til en viss grad, i hvert fall, og kunne medisinere, utrede, ja utrede for biologisk sykdom, også har vært en fordel, både for egen mestringsfølelse, og trivsel, men også for å forstå mest mulig av bildet. Hva som skjer i en psykiatrisk avdeling, for eksempel, når pasienter kommer inn med psykose eller forvirring, og så tenker jeg somatisk sykdom.»*

Flere av informantene forklarte forskjeller i fagutøvelse mellom leger og psykologer med forskjeller i utdanning og rolleutforming. Medisinstudiet er en yrkesrettet opplæring i å forstå kroppens oppbygning og funksjon, og hvilke prosesser som leder frem til sykdom. Studiet er tydelig preget av naturvitenskapelig tenkning og har rollen som lege i klinisk praksis som klart mål. Til sammenligning ble psykologistudiet beskrevet som mer rettet mot normal psykologisk utvikling, og psykologistudentene blir i mindre grad trent i utredning og behandling av alvorlig psykisk sykdom. Informantene mente forskjellene kom til syne i det kliniske møtet med pasienter, der legene har innarbeidet andre rutiner enn psykologen.

*«Vi er opplært i en annen metodikk, ikke sant, hvor man jobber mye mer systematisk, og litt mindre sånn "touchy, feely" prosjekt, for å si det sånn. Det er en annen systematikk, som på en måte rent tradisjonelt medisinsk sett er en sikrere måte å jobbe på, for å utelukke sykdom eller drive god, effektiv behandling.»*

Flere av informantene hadde sett utfordringer med å jobbe med psykologer i akutte tjenester eller lukkede døgnavdelinger, der man i hovedsak møter pasienter med psykose eller annen alvorlig psykisk lidelse, og man ofte må ta avgjørelser under tidspress. Det kunne oppstå sterk uenighet om forståelsen av hva som er en psykosetilstand, hvordan den best kan behandles og når det er behov for bruk av tvang.

*«Ja, så er det en utfordring på en måte å samarbeide med psykologer i akuttlinja. For vi har ofte litt ulik oppfatning av hva psykose er, hvor grensa går. ... Ja, vi har forskjellig utdannelse, da, og ser ting fra litt forskjellig side. Og det er nyttig når man skal diskutere en sak. Men det er ofte litt forstyrrende hvis ting ... hvis avgjørelser skal tas raskt».*

Informantene beskrev at den tradisjonelle legerollen innebærer å ta ansvar, å sette arbeid foran fritid, å stille opp når det skjer noe. Når det er litt dramatikk, da forventer alle at legen skal handle, være den som tar ansvar.

*«Den der legerollen, liksom at man har sånt ansvar, det er sånn veldig ansvarsfull rolle. Det har jeg liksom fått av faren min, og det er ansvar og det er plikt, og plikt foran fritid og alt det der. Men også i situasjoner, når det er noen ting. Og jeg husker jo, ikke sant, du kom et sted og det var litt dramatikk. Alle ventet jo på legen. Og han var sånn rolig type i sånne situasjoner.»*

Psykologer er i større grad opptatt av sitt spesifikke ansvarsområde, og hvis noe er utenfor det, så kontakter de andre. Selv om psykiatere og psykologspesialister i prinsippet har samme rolle i psykisk helsevern, så er det noen vesentlige forskjeller. Psykologer kan ikke forskrive medisiner eller vurdere somatiske forhold, og psykologer kan ikke legge inn pasienter på tvang.

*«Og det tror jeg handler om at vi har den samme rollen, men allikevel ikke alle, f.eks. det med tvang da. Det gjør jo at vi blir pressa på forskjellige ting, da. Eller vi kan fort se på saker litt forskjellig. For det er litt forskjellig å ha skoen på og ikke, når man skal uttale seg om en sak som skal eller ikke skal ende med en tvangsinnleggelse.»*

Så hvordan er rolleutformingene for psykologer og psykiatere i dagens psykiske helsevern? Flere av informantene var opptatt av at det hadde skjedd en forskyvning i balansen. Der psykiaterne tidligere var den dominerende faggruppen, og psykologer kom inn som medhjelpere med spesifikke oppgaver, er rollene nå snudd, der psykologene er den dominerende faggruppen, og legene kommer inn som medhjelpere på spesifikke oppgaver.



*«Jeg husker jo tidlig i studiet på (navn på sykehus) så kunne det jo skje at ..., eller det er i alle fall historier om det, at når det kom en psykolog der, så fikk psykologen (høre): «her er nøkkelen til testarkivet. Her er det alt av tester. Vi skal si fra når vi trenger deg, men ikke bland deg inn i pasientbehandlingen". Hvis du tar den samme til leger. «Du er lege, her er reseptblokka og du skal forskrive medisiner, men ikke bland deg inn i pasientbehandlingen». Da har du på en måte ..., da er det takk for sist.»*

## Pakkeforløpsbyråkrati

Psykiaterne var ikke imponert over helsemyndighetenes innsats for psykisk helsevern. De opplevde at forsøk på å forbedre feltet medførte økt byråkrati uten å gi bedre behandling av behandlingen, noe som gjorde at psykiaterne fikk mindre tid til å faktisk behandle pasientene. Informantene opplevde at regjeringens innsats ikke hadde adressert viktige områder som behandling av pasienter med alvorlig psykiske lidelser og å bevare døgnplasser. De opplevde at helseministeren ikke forstod hvor skoen trykket, og de mente han har latt seg påvirke for mye av sterke brukergrupper og fagstemmer med kritisk holdning til tradisjonell psykiatri.

*«En del av disse tingene som kommer, ikke sant, pakkeforløp og sånt. Vi opplever jo ikke at det gir oss noen ting. Nei, det er bare noen tall ... Det er på kvantitet, og ikke på kvalitet. Så den delen av helsemyndighetene som jeg syns har vært, virkelig har vært, ikke bare provoserende, men ødeleggende for fagfeltet vårt, er rett og slett helseminister Bent Høie og hans manglende helhetsforståelse, sånn som jeg ser det, i hvert fall, for faget. Og hvordan han har latt seg styre og herje med av veldig, hva skal jeg si, antipsykiatriske holdninger og strømninger.»*

Pakkeforløp, eller «pakkeforløpsbyråkrati», som en av informantene kalte det, ble av flere karakterisert som meningsløs rapportering og en vesentlig kilde til frustrasjon. Informantene forstod intensjonen og så at pakkeforløp kunne gi bedre kvalitet og systematikk på steder hvor denne var for dårlig, men for egen del opplevde de pakkeforløpene som en kronglete måte å dokumentere vanlig klinisk praksis på. Pakkeforløp dreide også fokuset bort fra kvalitet og den direkte pasientbehandlingen. Informantene opplevde at ledelsen var mest opptatt av tidsfrister og riktig koding av pakkeforløp, ikke på faglig innhold. Kodingen blir ofte gjort av klinisk personell og tar dyrebar tid og ressurser bort fra direkte pasientarbeid. Det å jobbe med pakkeforløp for psykiatriske pasienter ble beskrevet som «mer kaotisk» enn f.eks. for kreftpasienter. Informantene stilte spørsmål ved om metoden egentlig passer så godt til en pasientgruppe som sjelden følger et standard behandlingsløp, og hvor det typiske er gjentatte innleggelser og mange brudd i behandlingen.

*«Jeg har aldri hørt en pasient nevne det (pakkeforløp) her på denne posten. Jeg har knapt sett at fastlegen nevner det i en henvisning. Så jeg har inntrykk av at det egentlig ikke er noe vi forholder oss til i realiteten, vi bare får beskjed om å gjøre det.»*

Informantene støttet i hovedsak myndighetenes prioritering av psykisk helsevern, men de syntes ikke det var så tydelig spor etter den såkalte gyldne regel (som innebærer at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres høyere enn somatisk sektor i helseforetakene).

Økt vektlegging av polikliniske tilbud er vel og bra for pasienter som har egen bolig, men for pasienter med sammensatte vansker, og som gjerne har behov for tilrettelagt botilbud i kommunen, har nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern vært ødeleggende. Informantene oppfordret til å se tjenestene i primær- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng.

*«Så der tenker jeg jo at helsemyndighetenes utstrakte beslutning om å nedskalere døgnplasser har betydning, og påvirker opplevelsen av å kunne gjøre godt nok arbeid noen ganger. Og det henger også sammen med sykehjemsplasser og omsorgsboliger og psykiatrilogier i førstelinjetjenesten, selvfølgelig. Og at vår pasientgruppe (alderspsykiatriske pasienter) er jo ikke prioritert når det gjelder f.eks. psykisk helsearbeider og sånne ting, ikke sant. Så jeg tenker at i hvert fall for denne aldersgruppen så tenker jeg at døgnplasser er et problem, da. At det både er lite døgnplasser i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.»*

På spørsmål om hvordan helsemyndighetene påvirker arbeidssituasjonen deres, kom alle informantene inn på endringer i tvangslovgivningen. Psykiaterne følte seg mistenkeliggjort for at de gjennom tvangsvedtak sikrer en gruppe av særlig syke pasienter det de selv oppfatter som helt nødvendig behandling. Helsemyndighetenes forsøk på å begrense tvangen hadde medført økte krav til prosedyrer og dokumentasjonskrav, noe som paradoksalt nok ledet psykiaternes oppmerksomhet bort fra behandlingen av den enkelte pasienten.

*«Særlig det med krav til dokumentasjon og juss, som jo vi driver veldig mye med her. Jeg synes det stjeler veldig mye av tiden vår, og det er ikke det vi er utdannet til. Jeg er ikke utdannet ... jeg begynte jo ikke på jus, for jeg var mer interessert i medisin og pasientbehandling. Og det synes jeg er en kilde til stor frustrasjon i hverdagen, altså.»*

Psykiaterne mente at endringer i tvangslovgivning med krav om å dokumentere mangel på samtykkekompetanse for å fatte vedtak om tvang har skapt forvirring og usikkerhet blant klinikere. Endringen har også gått ut over de pårørende, som får syke familiemedlemmer hjem før de egentlig er i stand til å ta vare på dem. Informantene var også bekymret for konsekvensene av en foreslått ny

tvangsbegrensningslov, der ett av forslagene var at bruk av mekaniske tvangsmidler ikke lenger skal være tillatt.

*«Intensjonen støtter jeg, fullt og greit. Men noen, det er jo få, men noen av de pasientene vi har hatt her, kan jeg ikke forestille meg at det på noe vis skal være sikkert for våre ansatte å holde disse pasientene, for noen av de er jo så farlige over tid. Jeg har store problemer med å se hvordan vi skal kunne ivareta disse pasientene. Jeg tror kanskje det kan ende med at vi ikke kan ta imot de.»*

## Ansvarsdiffusjon

Informantene hadde blandet erfaring med enhetlig fag- og linjeledelse. Noen fortalte om en linjeleder som var for lite opptatt av det faglige innholdet i behandlingen. Andre opplevde en leder som både var pådriver for faget, for at de ansatte skulle utvikle seg, og for at kollegiet samlet skulle inneha en bred og dekkende kompetanse. De mest engasjerte lederne var gjerne selv til stede i klinikken og bistod ved krevende situasjoner og når det var behov for avklaringer i behandlingen.

Den delte oppfatningen av enhetlig ledelse viste seg også i informantenes forståelse av sin egen rolle som faglig ansvarlig, og hvem som i virkeligheten har det faglige ansvaret i tjenesten. Enhetlig ledelse ble lansert som en modell som skulle gjøre det mer tydelig hvem som var leder i klinikken, men flere av informantene pekte på at modellen er uklar, og at den har skapt forvirring om hvem som er sjefen, særlig i sengeposter.

*«Nei, jeg er nok ganske sikker på at det er avdelingsleder som er min personalleder, men når det er forhold som foregår inne på posten, så er det på en måte ... da må jeg samarbeide med den enhetslederen på posten. Men det er nok mer sånn driftsmessig.»*

Uklarheter i det faglige lederskapet ble særlig tydelig i avdelinger som ble ledet av fagpersoner uten spesialistkompetanse. Når tradisjonelle faglige lederroller som seksjons- og avdelingsoverlege er tatt bort, blir enhetsledere sittende med et faglig ansvar de ikke alltid er i stand til å forvalte.

*«Og veldig ofte blir jo den personen ... Den sitter med ansvaret uten å egentlig ha nok forståelse og innsikt. Og så omgår man det på noen måte, og allikevel er det jo overlegen som er den som tar alle de vanskelige avgjørelsene, og som skal rydde opp i etterkant, og som skal ta stilling.»*

Kombinasjonen av enhetlig ledelse uten tilstrekkelig faglig kompetanse og spesialister med individuelt faglig ansvar gir åpenbart rom for uklarhet om hvem som egentlig har ansvaret for pasientbehandlingen. Og da er et naturlig tillegsspørsmål hvem som skal ta den endelige

avgjørelsen ved faglig uenighet; er det enhetsleder, den faglig ansvarlige spesialisten, eller avdelingssjefen?

*«Og enhetsleder, som er sykepleier, blander seg heller ikke for mye. Vet jo til syvende og sist at det er vi som er faglig ansvarlige. Så vi har liksom siste ordet i saken, og det er viktig, for min del.»*

Flere av informantene opplevde selv å ha det for travelt til å kunne drive fagutvikling, og de etterlyste mer faglig ledelse. Enkelte ledere ble beskrevet som «lyttende» og «interessert», men også «passive» og «langt unna meg». Lederne virket mer opptatt av å administrere enn å utvikle det faglige tilbudet eller medarbeidernes kompetanse. Man kunne nesten få inntrykk av at ledelsen ikke så betydningen av at tjenesten holdt godt faglig nivå så lenge aktivitet og økonomi var innenfor budsjettet. Andre ledere ble beskrevet som faglig aktive med en uttalt forventning om at medarbeiderne skulle engasjere seg og utvikle seg faglig. Informantene følte seg trygge med en leder de kunne diskutere de vanskeligste kliniske problemstillingene med.

*«For du skal ikke være så lenge ute av klinikken, før du ... det er liksom halveringstid på ... du må kjenne det litt på kroppen, litt vanskelige beslutninger, kjenne det litt på kroppen, det har stor betydning. Men det har vi opplevd, både sykepleieledere og leger som ledere, i hvert fall min erfaring her - det har vært folk som er til stede. Det er litt sånn, som ser pasientene selv, i alle fall når det blir vanskelig, så er de med. Og det betyr mye. Personlig så setter jeg jo .... Det er jo på en måte, er du spesialist i fagområdet så har du på en måte både erfaring og kompetansen, ofte da.»*

Psykiaterne understreket betydningen av å ha tillit hos ledelsen, at de hadde korte linjer, at de ble hørt og tatt med på råd om faglige valg og prioriteringer. Flere av informantene hadde negative opplevelser med å ha en leder som de oppfattet ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på alvorlig psykisk sykdom, og heller ikke verdsatte psykiaternes faglige kompetanse. Det ble særlig vanskelig når psykiaterne opplevde at ledelsen ikke tok deres faglige bekymringer på alvor, men tvert imot mistenkeliggjorde og neglisjerte dem.

*«Gode kolleger syns at arbeidssituasjonen ble for dårlig, at det var en ledelse som ikke skjønnte klinikken godt nok, ikke skjønnte de aller dårligste pasientene godt nok, ikke skjønnte psykiaternes dilemma godt nok. Og som hadde sin agenda, som i stor ... i hvert fall mye av den lege/psykiaterjobben ble mistenkeliggjort og motarbeida.»*

Uansett hvor psykiateren var selv i lederlinjen, opplevde vedkommende å ha en faglig lederrolle og at det var forventet at psykiateren var den som bestemte. For psykiaterne var det derfor viktig at kollegaer forstod og aksepterte at overlegen har siste ordet i faglige spørsmål, men at alle yrkesgruppers innspill tas inn i vurderingen. Mange av informantene hadde blitt utfordret på denne faglige lederrollen. Psykiaterne understreket betydningen av faglig samarbeid basert på tillit, at man forstår hverandres kompetanse slik at rollene styrker hverandre i stedet for å bli til konflikt.

*«Og så trives jeg veldig godt med det tverrfaglige arbeidet, og prøve å få samarbeidet til å fungere godt og hente ut, på en måte, de ulike, hva skal jeg si, bakgrunnene og kunnskapene som vi har i de ulike utdanningsgruppene. Det synes jeg også er veldig morsomt. Jeg trives veldig godt med å prøve å jobbe for at vi skal få til et godt tverrfaglig arbeid, hvor vi på en måte prøver å spille hverandre gode, i stedet for å sloss om hvem som kan best.»*

Flere av informantene fortalte om fravær av leger i avdelingsledelsen. Det medførte at det medisinskfaglige perspektivet manglet i ledelsen. Flere av informantene var bekymret for denne utviklingen. Det var på den ene siden stor mangel på psykiatere i tjenesten, men på den andre siden var det svært vanskelig å rekruttere flinke folk inn i ledige stillinger. Psykiaterne var også bekymret for en utvikling der de ikke lenger har egne pasienter i behandling, og psykiaterens rolle i hovedsak dreier seg om vurdering av medisiner, kroppslig helse og tvang. Da forvitrer den kliniske kompetansen, slik at det også blir vanskelig å veilede leger i spesialisering og andre yrkesgrupper. I sum gir dette et svekket faglig tilbud til pasientene.

*«Men hvis du på en måte blir i mindretall, og ledelsen har et annet perspektiv. Du får ikke gjort en ordentlig jobb, og du bare blir liksom marginalisert, og sånne ting, så går det an å tenke seg at det blir en ..., ja, mye dårligere psykiatri, eller psykisk helsevern, da.»*

## Diskusjon

Målet med denne oppgaven var å undersøke hvordan psykiatere beskriver sin arbeidshverdag, og spesifikt hvordan arbeidet påvirkes av mulig kryssende hensyn til ledelse, kolleger, helsemyndigheter og egne verdier. Intervjuer med sju klinisk arbeidende psykiatere vitner om stort faglig engasjement. Psykiaterne trives med direkte pasientbehandling og de ser på seg selv som faglige ledere, men de ser utfordringer med å definere faglig ansvar i et system med profesjonsnøytral enhetlig ledelse. Informantene er svært bekymret for at psykiaternes rolle skal bli begrenset til å være rådgiver i spørsmål om medikamenter, somatikk og tvang. Informantene opplever at helsemyndighetenes tiltak for å løfte psykisk helsevern fører til merarbeid og frustrasjon, og psykiaterne forteller om tegn på profesjonskamp med psykologer.

I det følgende vil jeg diskutere fem tema: 1. Psykiaternes faglige autoritet, 2. Sammenhenger mellom enhetlig og faglig ledelse, 3. Psykiaternes rolle som medisinskfaglig rådgiver, 4. Helsemyndighetenes satsning på psykisk helse, og 5. Forholdet mellom psykologer og psykiatere. Temaene vil drøftes i lys av informantenes uttalelser og med bruk av relevant teori særlig fra profesjons sosiologi og psykiatrisk historie. Til slutt presenteres noen tanker om den fremtidige psykiaterrollen.

### Sosial og kulturell autoritet i psykiatrien

Psykiateren er i informantenes egne øyne en noe opphøyet faglig leder, en som tar de vanskelige sakene, som involverer seg i andre faggruppers behandlingssløp, og som stiller opp, uansett. Psykiateren er den som til syvende og sist tar ansvar, han eller hun er «*the better man*», et slags forbilde. Men psykiaterne forteller også om å være i mindretall, at det mangler leger i ledelsen, og at deres rolle noen steder blir begrenset til å være medisinskfaglige rådgivere for andre faggrupper, en som er på besøk i andres pasientbehandling, som en slags gjestearbeider. Beskrivelsen av psykiateren som forbilde er mest knyttet til det å være overlege i sengepost, mens rollen som gjestearbeider er mer tydelig i poliklinikker. Hvordan kan vi se disse to rollene i sammenheng?

Den amerikanske sosiologen Paul Starr innførte begrepene sosial og kulturell autoritet for å beskrive hvordan legeprofesjonens rolle har endret seg i amerikansk helsevesen (30). Sosial autoritet dreier seg om hvem som har myndighet og mandat til å bestemme over ikke bare egne, men også andre faggruppers arbeidsoppgaver. Kulturell autoritet dreier seg om eierskap til kunnskapsfeltet og hvordan dette både skal beskrives, forklares og forvaltes. Legene har tradisjonelt hatt både sosial og kulturell autoritet gjennom sin faglige og administrative lederposisjon, og slik var det også i psykiatrien frem til 1960- og 1970-tallet (8, 29). Psykiaternes sosiale autoritet synes nå å være redusert etter innføring av enhetlig profesjonsnøytral ledelse og adgang for psykologer til å være selvstendige behandlere i spesialisthelsetjenesten og ansvarlige for vedtak om tvungen behandling.

Leger har vært vant til å samarbeide med sykepleiere som pleie- og støttepersonale, men i psykisk helsevern, og særlig i poliklinikker, er nå psykologene i flertall. Psykologene har også inntatt lederposisjoner, noe som har medført at psykologer har fått sterkere faglig definisjonsmakt i klinikken. De har ifølge terminologien til Andrew Abbott overtatt psykiaternes intellektuelle jurisdiksjon (29). Leger har noen steder inntatt topplederroller, men de søker i mindre grad mellomlederposisjoner. I en nylig spørreundersøkelse blant norske psykiatere, angir kun 25% at deres nærmeste linjeleder er lege (17).

Makt etableres på flere arenaer i en organisasjon, gjennom å være leder i hierarkiet, ved å sette dagsorden gjennom deltakelse i en ledergruppe, ved å ha kontroll over informasjonsflyt, arbeidsoppgaver, kunnskap og sosialiseringprosesser, gjennom personlige ressurser eller allianser og nettverk (41). Dersom en interessegruppe utelukkes fra en tidligere vant posisjon i et hierarki, blir denne gruppens synspunkter naturlig mindre vektlagt. Flere av informantene hadde en sykepleier eller psykolog som sin nærmeste leder, og noen fortalte om nesten total på mangel på leger i avdelingsledelsen, noe som hadde medført at legeperspektivet ble borte i organisering og drift av avdelingene. Dersom andre faggrupper i økende grad setter dagsorden og kontrollerer informasjonen gjennom å sitte i linjeledelse og bestemme ansettelse og posisjoner, kan legenes innflytelse og makt i psykisk helsevern gradvis forvitte (8).

Informantene opplevde at det kliniske samarbeidet med andre faggrupper stort sett gikk greit, og at psykiaternes kompetanse innen farmakologi og somatikk var både anerkjent og etterspurt av kolleger. Fortsatt er det åpenbart behov for psykiaternes spisskompetanse, særlig knyttet til behandling med legemidler og vurdering av somatiske forhold. Men det er ikke psykiaternes ønske å kun bidra med denne type spisskompetanse. De vil ha ansvar for egne pasienter og for helheten i behandlingen av pasienter i avdelingen. Så lenge forståelsen av psykiaternes betydning i det praktisk faglige arbeidet er intakt, kan samarbeidet fungere, og ifølge informantene har psykiaterne de fleste steder beholdt sin faglige autoritet. Men på steder der ledelsen stiller spørsmål ved legenes rolle, eller stramt håndhever prinsippet om enhetlig ledelse, og legene mister eller fratras sin faglige innflytelse gjennom organisasjonsendringer, blir legenes innflytelse svekket. Informantene beskriver dette som smertefullt for legene, men de forteller også at dette i noen tilfeller har gått ut over kvaliteten i pasientbehandlingen.

Legenes tap av posisjon som både administrativ og faglig leder gjennom stillinger som avdelingsoverlege eller administrativ overlege, demonstrerer det Paul Starr beskriver som tap av sosial og kulturell autoritet. Når det ikke lenger er leger som leder virksomheten, og de i økende grad

blir utfordret av andre faggrupper i å definere faglige forutsetninger, blir legenes rolle betydelig marginalisert.

Legenes tap av sosial autoritet er ikke entydig negativ for psykiaterne. De har på et vis selv frasagt seg administrativ makt for å vie seg til klinikken, som for de fleste leger er hovedinteressen. Legene har dermed beholdt en behandlingsfaglig autoritet gjennom sin brede kliniske kompetanse, noe flere av informantene, særlig de som var ansatt i sykehusposter, beskrev. Psykiateren er den som tilkalles når alt annet svikter og fremstår slik sett som en faglig leder, uten å ha formelt lederansvar. På denne måten kan man hevde at det psykiske helsevernet fortsatt hviler på psykiatriens forståelsesmåter, særlig for akutt eller alvorlig syke pasienter.

To av informantene hadde vært mellomledere tidligere, men de hadde søkt seg tilbake til vanlig overlegestilling for å ha mer klinisk rettet arbeid. Det kan virke som psykiatere lar være å søke seg til mellomlederstillinger fordi de heller vil behandle pasienter enn å ha ansvar for personal og budsjett. Men prisen for å gi slipp på ledelse kan være tap av faglig autonomi. Legene styrer ikke lenger seg selv, og de kan bli satt til å gjøre mer og mer marginaliserte oppgaver i psykisk helsevern. Psykiaterne har dermed gått fra sosial og kulturell autoritet til å være gjestearbeidere på eget arbeidssted. De er konsulenter, innleid for å gjøre en avgrenset jobb i andres behandlingsløp, men de bidrar ikke like mye som før til kulturdannelse og overføring av kunnskap i organisasjonen. Noen av informantene fortalte om å bli irettesatt av ledelsen når de kommenterte faglig arbeid de ikke personlig var involvert i. Det er ingen tvil om at psykiaterne har fått redusert sin sosiale autoritet i psykisk helsevern, og det er tegn som tyder på at de også er i ferd med å miste kulturell autoritet, særlig i poliklinikker. Utviklingen kan ha bidratt til å gjøre faget psykiatri mindre attraktivt, og spørsmålet er om denne utviklingen også har gått utover pasientene.

### Linjeledelsen abdiserer fra faget

Når alle enheter skal ha en samlet faglig, økonomisk og personalmessig ledelse, og enhetsleder gjerne er en sykepleier uten inngående kjennskap til psykiaternes arbeid, vil det oppstå et maktvakuum der psykiaterne opplever å bli administrert, men ikke faglig ledet. Flere av informantene var usikre på hvem som egentlig var lederen deres og hvem som ville skjære gjennom ved faglig uenighet. Fagansvaret ligger i prinsippet hos enhetslederen, men hva skjer dersom denne ikke selv er spesialist? Mange steder løses dette i form av en pseudotodeling, der avdelingssjefen står for den faglige utviklingen, mens den enkelte enhet ledes av en administrator som styrer personal – også legene som er tilknyttet enheten – og økonomi, men ikke faglig innhold og kvalitet. Ofte støttes avdelingssjefen av en medisinskansvarlig rådgiver. Er det da avdelingssjefen, eller den medisinskfaglige rådgiveren, som tar den endelige kliniske avgjørelsen? I praksis blir det som regel



den enkelte faglig ansvarlige spesialist som tar beslutningene og som dermed også sitter med ansvaret, slik informantene beskriver.

Uklarhet rundt faglig ansvar er ikke til pasientenes beste. Flere av informantene uttrykte bekymring for at knapphet på psykiatere særlig går ut over behandlingen av de sykeste pasientene, som i perioder har behov for både medikamentell behandling og døgnopphold. Psykiaterne uttrykte også bekymring for en utvikling der pasienter kan være i behandling i psykisk helsevern uten noen gang å bli vurdert av en spesialist i psykiatri. Viktige somatiske grunner til psykiske plager kan da bli oversett, noe som kan gi forsinket, manglende eller i verste fall skadelig behandling.

Psykiatriens faglige fundament er å forstå psykisk sykdom i en bio-psyko-sosial modell, der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er av betydning for utvikling, behandling og forløp av sykdommen (42). Hvor blir det så av psykiaternes bio-psyko-sosiale forståelse i et helsevesen med profesjonsnøytral ledelse? Hvordan tar man hensyn til fagekspertisen, som Eliot Freidson definerer som den tredje logikk, ved siden av markedskrefter og byråkrati, i fordeling av arbeidet (28)?

Flere av informantene som ikke hadde lege som nærmeste leder beskrev et distansert forhold til ledelsen som virket uinteressert lite engasjert i psykiaternes arbeidshverdag. Det er påfallende at spesialister i psykiatri sitter med en opplevelse av ledelsen som uinteressert, en instans man må få med på laget, heller enn en helt naturlig og aktiv samarbeidspartner. Man får imidlertid inntrykk av at den manglende interessen går begge veier, at det linjeledelsen driver med heller ikke virker så relevant for psykiaterne. Ifølge den norske statsviter og professor emeritus Ole Berg kan det utvikle seg et brudd i den kliniske syklus dersom klinikkens behov og ønsker ikke samsvarer med ledelsens behov og ønsker (43). I et helsevesen som har profesjonalisert ledelse som et eget generisk fagfelt, med bedriftsøkonomisk målstyring og metodikk, og det medisinske fagfeltet endres i retning kunnskapsbaserte og automatiserte algoritmer, er det kanskje ikke rom for den klassiske kliniske kompetansen som psykiaterne besitter. I et slikt scenario er det ikke rart at klinikernes henvendelse til ledelsen ikke møtes og besvares på den måten klinikerne forventer. Ledelsen synes ifølge informantene å være mest opptatt av personalhåndtering, økonomi og rapportering, og sender derfor ikke noe relevant svar tilbake på klinikernes faglige spørsmål. Da blir den kliniske syklusen brutt, klinikere forstår ikke tilbakemeldingene fra ledelsen, som de opplever å være fjernt fra selve fagutøvelsen. Noen av informantene vendte dette mot egen faggruppe, og mente psykiaterne har seg selv å takke som ikke søker lederstillinger. Når leger blir ledere, ønsker de som regel å beholde sin kliniske identitet, mens sykepleiere i større grad går over til ren ledelse uten klinisk arbeid ved siden av (44). Informantene beskrev det som positivt å ha en leder som selv har klinisk kompetanse, og som gjerne bidrar i å løse kliniske problemstillinger avklaringer.

Forvirring rundt faglig ansvar ble beskrevet av avdelingsledere innen psykisk helsevern i en undersøkelse fra 2006 om mulige konsekvenser av enhetlig ledelse, utført av forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet (45). Ett av hovedfunnene deres var at halvparten av helseforetakene hadde opplevd konflikt rundt innføring av enhetlig ledelse, og uroen skyldtes i hovedsak uklarhet rundt det medisinske ansvaret. Informantenes beskrivelser fra psykisk helsevern i 2020 tyder på at uklarheten og kilden til konflikt i høyeste grad fortsatt er til stede.

### Hvordan ha tillit til en gjestearbeider

Informantene opplevde at endringer i psykiaterrollen, med økende vekt på medikamentell oppfølging og somatikk, fratok dem mulighet for å bygge tillit hos pasientene. Det å bestemme seg for å starte behandling med psykofarmaka er ingen triviell handling. Det krever at pasienten følges tett for å undersøke effekt og oppdage bivirkninger. Det er også viktig å ha så god kontakt at pasientene får tillit til legen og tro på at behandlingen vil ha effekt, slik at pasientene vil følge den opp. Her beskrev flere av informantene hvordan konsulentrollen som medisinansvarlig gjestearbeider i andres behandlingsløp gikk ut over tilliten i lege-pasientforholdet. Ordningen med medisinverdinger innebærer i praksis at legen blir invitert inn i en avgrenset del av en konsultasjon pasienten har med sin hovedbehandler. Formålet med besøket er å konkret vurdere oppstart, effekt av behandling med legemidler og mulige bivirkninger. Fysisk og psykisk helse henger sammen, og det er ikke mulig å vurdere somatiske forhold eller oppstart av medisiner uten å nærme seg pasientens livshistorie og utforske utvikling av psykiatriske plager og symptomer. Informantene kjente på et helhetlig ansvar for pasienten som egentlig krevde tettere oppfølging enn det rollen som gjestearbeider la opp til. Her beskrev også informantene eksempler på manglende forståelse for oppgaven fra de andre yrkesgruppene og iblant også i ledelsen, slik at medisinoppfølgingen for noen pasienter ble for dårlig.

Gjensidig tillit er en forutsetning for at legen skal kunne hjelpe pasienten med helseplagene (33). Når lege-pasientforholdet preges av tillit, er pasientene mer fornøyde med behandlingen, og de vil i større grad etterleve de råd og behandlingsmessige tiltak som legen har gitt dem. Tillit avhenger av legens interpersonlige kompetanse, men også av at det gis tid og rom til at tilliten kan utvikles (35). Utviklingen av rollen som medisinskansvarlig rådgiver kan forstås som en type «settlement» ifølge Abbotts terminologi for utvikling av systemer av profesjoner, der leger får en rådgivende rolle overfor pasientens hovedbehandler (29). Mangel på psykiatere og fremvekst av psykologer har gjort det nødvendig at leger bistår med kjernekompetanse for å supplere det psykologene, eller andre faggrupper, kan ha ansvar for selv. Men denne begrensede rollen som medisinskfaglig rådgiver i andres pasientbehandling er ikke noe psykiatere ønsker seg, og de frykter en utvikling der dette blir

deres hovedbeskjeftigelse. Tendensen til å bruke leger som konsulenter for somatiske og medisinerrelaterte spørsmål, særlig i poliklinikker, gjør at rommet for tillit mellom pasient og lege er sterkt begrenset og forringet, og det kan på sikt innskrenke virkeområdet for psykiaterne (23, 25).

### Helsemyndighetenes satsning på psykisk helse treffer ikke psykiaterne

Alle informantene var kritiske til helsemyndighetenes forsøk på å redusere bruk av tvang gjennom strengere regelverk og økt krav til dokumentasjon. Mens politikere virker å ensidig vektlegge pasientautonomi, og tvangsvedtak derfor bør reduseres til et minimum og helst avskaffes, sitter psykiaterne med klinisk erfaring som tilsier at tvang for enkelte pasienter er helt nødvendig for at de skal kunne få livsnødvendig behandling. Psykiaterne er enige i at tvang skal være siste utvei, og at slike vedtak skal begrunnes godt, men de nye kravene og rutineene for å kvalitetssikre tvangen beskrives som unødvendig tungvinte. Informantene får inntrykk av at hensikten med endringene er at de juridiske og formelle kravene og prosedyrene rundt tvangsvedtak skal være så krevende at man lar være for å spare tid heller enn å ta den møysommelige jobben med å fatte og dokumentere et vedtak man tenker er til det beste for pasientene. Det kan virke som helsemyndighetene i dette tilfellet bruker byråkrati som virkemiddel, mens psykiaterne etterlyser mer faglig begrunnede tiltak som gjør noe med sykdomstilstanden som gjør det nødvendig med tvang (28). Innføring av krav til vurdering av samtykkekompetanse og økt krav til dokumentasjon ved tvangsvedtak har gjort at psykiaterne som jobber med dette bruker mer tid på administrative gjøremål og mindre på direkte pasientkontakt, og de opplever ikke at endringene har gitt bedre behandling for pasientene. Psykiaterne etterlyser bedre og mer differensierte kommunale tilbud til pasientgruppen, samt ordnede boforhold, fremfor byråkratisering for å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern.

Både psykiatere som jobbet i poliklinikk og i døgnavdeling var kritiske til den drastiske nedgangen i antall døgnplasser i psykisk helsevern som har funnet sted de siste årene. De opplevde økt press på de få plassene som er igjen, at pasienter må skrives ut for tidlig, og det var behov for kreative løsninger for å organisere et tilfredsstillende poliklinisk tilbud for å unngå innleggelse. Psykiaterne var også opptatt av at enkelte pasientgrupper bør tilbys lenger behandling i spesialisthelsetjenesten for å sikre vedvarende bedring og forhindre tilbakefall. Her ble det anført at særlig pasienter med alvorlige psykiske lidelser har et dårligere tilbud i spesialisthelsetjenesten enn pasienter med kroniske og komplekse somatiske lidelser som f.eks. diabetes eller hjertesvikt. Poliklinisk behandling krever mindre økonomiske ressurser enn døgnbehandling, og det har vært en økende tendens til at behandling skjer uten innleggelse i hele helsevesenet. Et viktig argument for poliklinisk behandling er at pasienten da kan bli værende i sitt nærmiljø og ikke bli «institusjonalisert». Men informantene mener utviklingen har gått for langt, og at mangel på døgnplasser går ut over kvaliteten på

helsetilbudet. Helsemyndighetene virker å styre etter en markedslogikk uten å ta tilstrekkelig hensyn til de faglige innvendingene fra psykiaterne (28).

På spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver de likte minst, svarte flere av informantene koding av pakkeforløp. Ingen av dem så noe positiv effekt av at pakkeforløp nå er innført i psykisk helsevern, og inntrykket var at dette heller ikke var noe fastleger eller pasienter var opptatt av eller kjente til. Dette er også nylig dokumentert i en rapport fra SINTEF, som har fått i oppdrag å undersøke effekter av innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern (46). Informantene åpnet for at pakkeforløp kunne sikre en minimumsstandard for utredning og behandling, og at dette kunne løfte kvaliteten på steder hvor denne var for dårlig, men det var ikke til hjelp på deres eget arbeidssted. Informantene beskrev pakkeforløp som «meningsløs rapportering» i form av byråkratisk koding av vanlig etablert praksis. De var også usikre på om metodikken egnet seg for en mangslungen pasientgruppe som preges av hyppige innleggelser og mange brudd i behandlingen. Å tilby en pakke som de gang på gang skriver seg ut av oppleves lite nyttig. Pakkeforløp ble beskrevet som nok et byråkratiserende tiltak fra myndighetene som gjorde at psykiaternes fokus ble tatt bort fra pasientene, tilsvarende de økte kravene til dokumentasjon for tvangsvedtak.

Psykiaternes frustrasjon over økte krav til dokumentasjon og administrative oppgaver deles også av andre typer leger. I en fersk amerikansk studie beskrives at leger bruker opp mot halvparten av arbeidstiden på merkantile oppgaver og «skrivebordsmedisin» (47). I England ble det i 2005 gitt ut en samlerapport i regi av Royal College of Physicians, som er en organisasjon av leger som jobber for faglig utvikling av helsetjenesten (6). Basert på intervjuer og skriftlige innspill fra et bredt sammensatt panel av representanter for helsevesen, politikk og samfunn, oppsummerte rapporten hva medisinsk profesjonalisme er. I rapporten ble det listet opp en rekke råd om hvordan legeprofesjonen kan tilpasse seg endringer i samfunn, politikk, helsetjeneste og medisinsk kunnskap. Rapporten konkluderte med at legenes krav på faglig autonomi og utøvelse av «legekunsten» lett kunne kritiseres for manglende gjennomsiktighet og dokumentasjon. Leger har ikke utelukkende en forpliktelse overfor egen profesjon, men også overfor pasienten og helsetjenesten som helhet. Legene ble i rapporten utfordret på å redefinere sin profesjons virkefelt, der termer som faglig hegemoni, autonomi og privilegier ble foreslått erstattet med mål om å se pasienten som samarbeidspartner, sørge for kontinuerlig faglig utvikling gjennom karrieren og definere profesjonens mål som å beskytte, styrke og gjenopprette menneskers helse og verdighet.

### [Kan man sette likhetstegn mellom psykologi og psykiatri?](#)

Informantenes beskrivelser vitner om et ambivalent forhold til psykologer som kolleger, ledere og profesjon. Et gjennomgående trekk var at informantene opplevde et godt samarbeid med psykologer

fra sak til sak, men det kunne oppstå uenighet i spørsmål om tvang og forståelse av alvorlig psykisk lidelse. Flere pekte på ulikheter i utdanning og profesjonskultur. Medisinstudiet forbereder legen på jobben som selvstendig lege, å gjenkjenne symptomer og tegn på sykdom, å sette diagnoser under tvil, å handle under tidspress, og prioritere mellom pasienter ut fra grad av hast og alvorlighet. Informantene beskrev psykologstudiet som i hovedsak rettet mot normal utviklingspsykologi, med begrenset klinisk praksis i helsetjenesten. Informantene mente å se forskjeller mellom faggruppene både i håndtering av akutte tilstander, evnen til å oppdage alvorlig psykisk sykdom, holdninger til å avgrense seg til egne pasienter og arbeidsoppgaver, rutiner for dokumentasjon og journalføring, og holdninger til bruk av tvang.

Psykologenes profesjonsdannelse har fulgt en litt annen vei enn de fleste tradisjonelle profesjoner. Den typiske utviklingen er at en profesjon har blitt dannet når en gruppe med særlig kompetanse på et spesifikt felt i økende grad har gjort utøvelse av sin kompetanse som sin hovedbeskjeftigelse. Gruppen av fagpersoner vil deretter organisere seg, etablere læresteder og intern justis i gruppen, før samfunnet innlemmer profesjonen i eksklusive og ofte privilegerte roller som anses å dekke et nødvendig behov i befolkningen (29). Profesjonene utgjør dermed et faglig spesialistlag som knytter bånd mellom enkeltpersoner i befolkningen og samfunnsstrukturene, enten det gjelder prester, advokater eller lærere (27). Den faglige spesialistrollen opprettholdes så lenge profesjonen kan vise at de bruker kunnskapen sin til å løse en utfordring i samfunnet (29). I psykologenes tilfelle begynte faget som et universitetsfag uten å være et yrkesfag, og profesjonsforeningen ble dannet før det egentlig fantes stillinger for utdannede psykologer (48). Psykologprofesjonen har dermed startet som en forening som gradvis har sørget for at dens medlemmer har fått innpass og jurisdiksjoner i stadig større deler av samfunnet.

I psykisk helsevern har opptrappingsplanen medført et skifte fra i hovedsak sykehusbehandling, til i hovedsak poliklinisk behandling, og en relativ økning av antall psykologer sammenlignet med leger og psykiatere. Faget psykiatri vokste ut fra og utviklet seg ved den behandling som ble gitt ved de psykiatriske sengeavdelingene, mens klinisk psykologi i større grad har fått dominere i poliklinisk behandling og privat psykoterapipraksis. Det er utviklet nye former for samtalebehandling, særlig innen kognitiv atferdsterapi og eksponeringsterapi, som har vist seg effektive i behandling av lette og moderate psykiske lidelser. I psykisk helsevern er det utviklet et settlement der psykiatere og psykologer har fordelt pasientgruppene mellom seg etter alvorlighetsgrad. Psykiaterne tar hovedansvar for de alvorlig syke som ofte har behov for medikamentell oppfølging, mens psykologene tar ansvar for de milde og moderate som i hovedsak har behov for samtalebehandling. Dersom sistnevnte gruppe har behov for medikamentell behandling, involverer psykologen en lege eller psykiater for å bidra med sin spisskompetanse. Denne ordningen fungerer ifølge informantene

greit fra sak til sak, så lenge kollegene viser tillit og forståelse for hverandres arbeid. Men informantene fortalte om en utvikling der psykiatere i økende grad blir brukt til slike rådgiveroppgaver, og dermed har mindre anledning til å ha egne pasienter i behandling. Denne rollen som medisinsk faglig rådgiver er ikke det informantene ønsker seg fremover, og de frykter et fremtidsscenario der medikamentell og somatisk oppfølging samt vurdering av tvang skal være psykiaternes jurisdiksjon.

Psykiaternes frykt er ikke uten grunn. Professor i psykologi ved Universitetet i Oslo, Anne-Kari Torgalsbøen, har oppfordret psykologer til å gå «*fra veloppdragen gjest til myndig entreprenør*» (49). Budskapet hennes er klart: Psykiatere har kun *en* relevant kompetanse for psykisk helsevern, den medikamentelle. Torgalsbøen hevder nokså bastant at psykiatrifaget er teoriløst. Vi kan her se konturene av et nytt settlement i psykisk helsevern der psykiatere skal bidra med avgrenset medisinsk kunnskap i en rådgivende rolle for den dominerende faggruppen psykologene. En slik utvikling vil innebære en reversering av rollene mellom psykologer og psykiatere, som en av informantene antydte basert på egne erfaringer fra en psykiatrisk institusjon på 1990-tallet. Der psykologene tidligere fikk beskjeden «*Her er nøkkel til testarkivet. Vi skal si fra når vi trenger deg, men ikke bland deg inn i pasientbehandlingen*», får nå legene beskjeden «*Du er lege, her er reseptblokk og du skal forskrive medisiner, men ikke bland deg inne i pasientbehandlingen.*» Hvordan har denne endringen skjedd?

Psykologenes inntog i klinisk psykiatri, først i spesialisthelsetjenesten, ved sidestilt fagansvar mellom psykologer og psykiatere, og deretter i primærhelsetjenesten, gjennom lovkrav om psykologkompetanse i kommunene, må sies å ha medført en «psykologisering» av behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser. En slik endring i intellektuell jurisdiksjon har fulgt Abbotts beskrivelse av endring i jurisdiksjon mellom profesjoner gjennom etablering av nye settlements. En utfordrende profesjon får innpass og etter hvert en dominerende rolle gjennom lovendringer, offentlig påvirkningsarbeid og gjennom konkrete endringer på arbeidsplassen (29). Prosessen skjer i det offentlige rom ved at fremtredende talspersoner viser hva den utfordrende profesjonen kan tilby som løsning på en definert samfunnsutfordring, og dermed argumenterer for hvorfor akkurat deres faggruppe bør ha en spesifikk funksjon i samfunnet. I argumentasjonen inngår gjerne også forsøk på å nedvurdere og avgrense kunnskapen til den profesjonen som har hatt hevd på fagområdet (49). Prosessen foregår gjennom lovendringer, ved at den utfordrende profesjonens jurisdiksjon blir nedfelt i nye lover (her: helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven), og endringer i eksisterende lover (her: helse- og omsorgstjenesteloven (50) og psykisk helsevernloven). Til sist skjer prosessen på arbeidsplassen gjennom å organisere faggruppen, innta lederposisjoner og

prege fagdiskusjonen. Flere av informantene beskrev en utvikling med økende andel psykologer, flere psykologer i lederposisjoner, og enkelte fortalte om forsøk på å redusere psykiaternes posisjon og faglige autoritet i klinikken.

I sin gjennomgang av historien til Sanderud sykehus, som også innbefatter en beskrivelse av utviklingen i norsk psykiatri generelt, peker Per Haave på faglig likestilling mellom psykologspesialister og psykiatere som et mer radikalt tradisjonsbrudd enn innføring av enhetlig ledelse (8). I kombinasjon har sidestilt fagansvar for psykologer og innføring av enhetlig ledelse medført at psykiatere ikke lenger har den faglig og administrativt suverene rollen de opprinnelig hadde da faget psykiatri ble etablert og frem til midten av 1900-tallet. Haave beskriver det som en «*forvitring av det medisinske regimet*». I dag har de fleste psykiatere en enhetsleder som er ikke-lege, ofte en sykepleier, og de har et flertall av psykologer som fagkolleger i klinikken. I prosessen har psykiaterne helt klart tapt noe av sin sosiale autoritet og kliniske autonomi i moderne psykisk helsevern. Spørsmålet er om de også har tapt noe av sin kulturelle autoritet, som faglige premissleverandører.

### Fremtidens psykiaterrolle

Den klassiske psykiaterrollen med tung forankring i biologiske forklaringsmodeller, der medikamentell behandling, om nødvendig med tvang, spiller en vesentlig rolle i behandlingen, er utfordret både av psykiaterne selv (51, 52) og av internasjonale organer som FN (53). Men en slik psykiaterrolle samsvarer ikke med det inntrykket informantene gir. De ønsker å behandle egne pasienter ut fra en bio-psyko-sosial modell, der psykoterapi utgjør en vesentlig del. Informantene uttrykker en sterk ambivalens til bruk av tvang, også de som jobber med dette til daglig. Og de ser ikke lyst på en utvikling som fører til at psykiaternes rolle i hovedsak blir å vurdere somatiske forhold, medikamentell behandling og fatte vedtak om tvang.

Psykiaterne som ble intervjuet i doktorgradsprosjektet til Amund Andenæs, beskrev en todelt rolle i pasientbehandlingen, som medisiner og fortolker (20). Dette samsvarer også med innholdet i spesialistutdanningen for psykiatri, der både opplæring i biologisk psykiatri og ulike psykoterapiformer er obligatoriske læringsaktiviteter. Det er ikke nødvendigvis en motsetning mellom biologisk og psykologisk forståelse av psykiske lidelser. Ulike elementer kan ha betydning for ulike typer pasienter i ulike faser av behandlingsløpet. Dersom psykiaterne skal beholde sin kulturelle autoritet i psykisk helsevern, må de fremheve sin kombinerte kompetanse som både leger og psykoterapeut. Psykiaterne må definere, videreutvikle og vise frem faget sitt i det offentlige rom, i kontakt med politikere og helsemyndigheter, og de må holde fast på sin rolle og faglige identitet der de til daglig arbeider.

## Konklusjon

Psykiatere i dag fremstår som glødende fagpersoner som virkelig ønsker å hjelpe pasientene til å få det bedre. Psykiaterne ser på seg selv om faglige forbilder, en siste skanse som trår til når andre kommer til kort. Men de opplever tap av faglig autonomi og handlingsrom i møte med

- en helselederrolle som viser lite interesse for psykiatrifaget
- helsemyndigheter som bruker byråkratiske virkemidler for å styrke fagfeltet
- en ekspansiv gruppe av psykologer som vil gjøre psykisk helsevern til sitt fagområde

Psykiatri som fagfelt vokste ut fra asylene, og fortsatt står psykiaterrollen sterkest i behandling av akutte og alvorlig syke pasienter, særlig i sengeposter. I et psykisk helsevern med hovedvekt på poliklinisk behandling, er psykiaterrollen blitt mer utydelig. Spørsmålet er om denne utviklingen på sikt vil medføre at psykiatere søker seg bort fra stillinger i offentlig psykisk helsevern.

Psykiaterne er ikke alene om å måtte redefinere sin rolle i et moderne helsevesen. Utviklingen internasjonalt og i helsetjenesten tyder på at legenes og psykiaternes vante posisjon som autonome behandlere av egne pasienter må vike plass for en forståelse av psykiaterens spesifikke ekspertrolle i teamet rundt pasientene. Ønsket om full faglig autonomi må kanskje erstattes med en kultur for deling av kunnskap og en vilje til å inngå partnerskap med pasienter og andre grupper av helsearbeidere for å sammen styrke befolkningens psykiske helse.



## Referanser

1. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv.* 2002;32(2):379-416.
2. Berg O. Klinikens driftsmodeller og helsetjenestemarkedene - en karakteristikk av utviklingen. *Michael.* 2017;14(19):127-67.
3. Aasland OG. Healthy Doctors – Sick Medicine. *Professions and Professionalism.* 2015;5(1):1-14.
4. Hertzberg TK, Rø KI, Vaglum PJ, Moum T, Røvik JO, Gude T, et al. Work-home interface stress: an important predictor of emotional exhaustion 15 years into a medical career. *Ind Health.* 2016;54(2):139-48.
5. Frich JC. Rommet krymper - hvorfor? *Overlegen.* 2016(1):28-20.
6. Working party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond).* 2005;5(6 Suppl 1):S5-40.
7. Kringlen E. A history of Norwegian psychiatry. *Hist Psychiatry.* 2004;15(59 Pt 3):259-83.
8. Haave P. Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv. Oslo: Unipub; 2008.
9. Kringlen E. Norsk psykiatri gjennom tidene. Oslo: N.W. DAMM & SØN AS; 2007.
10. St.Prp.nr 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer for statsbudsjettet for 1998.
11. Helsedirektoratet. Døgnplasser i det psykiske helsevernet. 2019.
12. Helsedirektoratet. Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2019.
13. Statistisk sentralbyrå. 09547: Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter utdanning, tjenesteområde og helseforetak 2008 - 2020. Årsverk og Helseutdanning 2020.
14. Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64 (2001).
15. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, LOV-1999-07-02-62 (2001).
16. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., LOV-1999-07-02-61 (2001).
17. Sandvik M, Jorem J, Nesvåg R. Legerollen i psykiatri er under press. Rapport fra undersøkelse blant LIS og overleger i psykiatri 2020. Upublisert manuskript.
18. Haave P. I medisins sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Oslo: Unipub; 2011.
19. Legeforeningen. Fagmedisinske foreningers medlemsrapporter. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/fagmedisinske-foreninger/fagmedisinske-foreningers-medlemsrapporter/> (hentet 4.5.2021)
20. Andenæs AM. Distanse og involvering. Hvordan 18 psykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid. Doktoravhandling: Universitetet i Agder; 2018.
21. Bjerk IL. Kulturuttrykk i psykisk helsevern fra et lederperspektiv. Masteroppgave: Universitetet i Oslo; 2015.

22. Kjekstad C. Hvordan brukes barne- og ungdomspsykiatere i Helse Sør-Øst og hvordan kan vi utnytte denne ressursen enda bedre? Masteroppgave: Universtietet i Oslo; 2017.
23. Vaglum P. Psykiateren. Behandler, veileder, forsker og formidler. Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk; 2014.
24. Vaglum P. Psykiaterrollen i krise. Tidsskr Nor Lægeforen. 2014;134(12-13):1221.
25. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Lægeforen. 2009;129(15):1478-80.
26. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M, Førde R, Aasland OG. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. J Med Ethics. 2018;44(4):239-43.
27. Latham SR. Medical professionalism: a Parsonian view. Mt Sinai J Med. 2002;69(6):363-9.
28. Freidson E. Professionalism - the third logic: On the practice of knowledge. The University of Chicago Press; 2001.
29. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labor. The University of Chicago Press; 1988.
30. Starr P. The social transformation of American Medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry: Basic Books; 1982.
31. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. Soc Sci Med. 2013;91:10-4.
32. Huang EC, Pu C, Chou YJ, Huang N. Public Trust in Physicians-Health Care Commodification as a Possible Deteriorating Factor: Cross-sectional Analysis of 23 Countries. Inquiry. 2018;55:46958018759174.
33. Fugelli P. James Mackenzie Lecture. Trust--in general practice. Br J Gen Pract. 2001;51(468):575-9.
34. Skirbekk H. Negotiated or taken-for-granted trust? Explicit and implicit interpretations of trust in a medical setting. Med Health Care Philos. 2009;12(1):3-7.
35. Skirbekk H, Middelthon AL, Hjortdahl P, Finset A. Mandates of trust in the doctor-patient relationship. Qual Health Res. 2011;21(9):1182-90.
36. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
37. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002;122(25):2468-72.
38. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3 ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
39. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40(8):795-805.
40. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet. 2001;358(9280):483-8.
41. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. 5 ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.

42. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
43. Berg O. The logic of the clinical cycles and some managerial implications. Unpublished 2017.
44. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag*. 2015;29(3):353-66.
45. Gjerberg E, Sorensen BA. Enhetlig ledelser - fortsatt en varm potet? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006;126(8):1063-6.
46. Ådnanes M, Høiseth JR, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen S, L. Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2. SINTEF Digital Helsetjenesteforskning; 2021.
47. Shanafelt TD, Schein E, Minor LB, Trockel M, Schein P, Kirch D. Healing the Professional Culture of Medicine. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(8):1556-66.
48. Christiansen B. Psykologprofesjonen og dens omgivelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 1976;13(10):2-17.
49. Torgalsbøen A-K. Psykologen i "psykiatrien" - fra veloppdragen gjest til myndig entreprenør. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2009;46(7).
50. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2011-06-24-30. (2012).
51. Aarre T. En mindre medisinsk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
52. Mjaaland M. Tvang og tvil. Oslo: Kagge; 2017.
53. United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations Office of the High Commissioner; 2017.

## Liste over vedlegg

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Vedlegg 2 - Informasjons- og samtykkeskjema

Vedlegg 3 - Søknad og godkjenning NSD

## Intervjuguide

### **Legerollen i psykisk helsevern**

Introduksjon: Vi skal nå snakke sammen en time-halvannen om arbeidssituasjonen din som psykiater. Hele samtalen blir tatt opp på bånd. Vi kan ta pauser underveis, og det er lov å stoppe opptaket ved behov. Jeg minner om at du kan trekke deg fra studien når som helst, også etter intervjuet.

NB! Det er viktig at du ikke oppgir taushetsbelagt informasjon, om pasienter. Har du noen spørsmål før vi starter?

Først: kan du si litt om den faglige bakgrunnen din? (spørsmål 1)

1	Hva er din faglige bakgrunn?	Utdanning, karriere, ev personlig historie?
2	Hvordan er arbeidssituasjonen din nå?	Stilling, ansvar, arbeidsoppgaver
3	Hvorfor har du valgt å bli psykiater?	Åpent spørsmål, får ideer til tema som kan utdypes senere
4	Kan du beskrive en helt vanlig dag på jobben?	Åpent spørsmål, får ideer til tema som kan utdypes senere
5	Hvilke arbeidsoppgaver liker du best?	Kan bli dekket i spørsmål 1 og 2
6	Hvilke arbeidsoppgaver liker du minst?	Kan bli dekket i spørsmål 1 og 2
7	Hvordan påvirker helsemyndighetene arbeidet ditt?	Påvirker sentrale føringer (f.eks. krav til dokumentasjon, tvangsvedtak, koding, pakkeforløp) arbeidshverdagen din?
8	Kan du beskrive forholdet ditt til avdelingsledelsen?	Faglig autonomi? Er det enkelt å ta opp kritikkverdige forhold (faglig ytringsfrihet)?
9	Hvordan er samarbeidet med andre helsearbeidere i avdelingen din?	Påvirker samarbeidet hvordan du selv utfører arbeidet ditt? Profesjoner?
10	Hender det at du kommer i konflikt med dine egne overbevisninger i arbeidet ditt?	Må du iblant "gå på akkord med deg selv"
11	Hva skal til for at du skal jobbe i klinisk virksomhet frem til pensjonsalder?	Opplever du rollekonflikter i arbeidshverdagen som gjør at du ikke ser for deg å bli i klinisk arbeid resten av karrieren
12	Hva (tenker du) er viktig for å være en god psykiater	Mener du psykiatere en særlig oppgave i samfunnet, og hva er i så fall det?

Ev. stimulustekst:

1. Som psykiater har jeg ofte lurt på hva jeg kan som ikke de andre kan. Hva skiller faggruppene som jobber i psykiatrien? Hva skal egentlig en psykiater kunne, og hvordan kan den kunnskapen brukes på best mulig måte til hjelp for pasientene i klinikken?
2. Jeg har også opplevd at legens rolle er endret, at vi nå blir sett på som rådgivere mer enn behandlere, og vår arbeidshverdag blir i økende grad preget av andre tenkemåter enn dem vi har lært om i utdanning og spesialisering. Økonomi, jus, behov for pasientgjennomstrømning, dokumentasjon, brukermedvirkning.

Avslutning: Det var alt jeg hadde tenkt å spørre deg om. Er det noe du gjerne vil si før vi avslutter? Hvordan har intervjuet vært for deg? Planen med studien er å finne ut hva som kjennetegner psykiaterrollen i Norge i dag. Studien vil utforske hvordan psykiatere balanserer hensyn til samfunn, ledelse, kolleger og egne holdninger i sin arbeidssituasjon. Intervjuene vil danne grunnlag for en analyse av legenes rolle i psykisk helsevern.

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## *”Legerollen i psykisk helsevern”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan psykiatere forstår sin rolle og beskriver sin arbeidssituasjon i klinikken. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med studien er å oppnå kunnskap om hvordan psykiatere forstår sin rolle og posisjon i psykisk helsevern. Slik kunnskap kan brukes til å endre organisering av helsetjenesten slik at legeressursene brukes på best mulig måte. I studien vil vi undersøke hvordan psykiatere i sitt kliniske arbeid opplever å balansere hensynet til det offentlige, ledelsen, egen profesjon/fagfelt, og egne holdninger og verdier. Studien inngår som del av en masteroppgave ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.  
Studien gjøres i samarbeid med Legeforskningsinstituttet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget av psykiatere er basert på personlig kjennskap til kolleger som arbeider klinisk ved ett av sykehusene i Oslo. Sammensetningen av deltakere skal ha en viss balanse mellom ulike kjønn, aldersgrupper og type arbeidssted.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et dybdeintervju med masterstudent Ragnar Nesvåg som selv er spesialist i psykiatri. Intervjuene vil anslagsvis vare 1-2 timer, basert på en intervjuguide med stikkord og utsagn som skal stimulere til utforskning av hvert av de fire temaområdene. Intervjuet tas opp og lagres på lydfil som senere blir transkribert til tekst og lagret elektronisk i aidentifisert form.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun masterstudent Ragnar Nesvåg vil ha tilgang på opplysningene om deg. Resultater av studien vil diskuteres med veileder, men da i en aidentifisert form.

Data lagres som lydfiler på mobiltelefon eller båndopptaker, deretter som transkribert tekstfil på sikkert lagringsområde på passordbeskyttet PC. Ingen unike kjennetegn som navn, adresse, telefonnummer eller personnummer skal være tilgjengelig på tekstfilen. Intervjuene kodes med løpenummer, og skjema med koblingsnøkkel mellom løpenummer og personlige kjennetegn lagres separat i innelåst skap.

Informasjon om den enkelte forskningsdeltakere vil ikke kunne gjenkjennes når data publiseres.

## Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1.12.2020. Lydfiler vil slettes etter transkripsjon, og transkriberte aidentifiserte tekstfiler vil slettes senest to år etter avslutning av prosjektet.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Oslo ved masterstudent Ragnar Nesvåg, tlf 97504831, e-post [ragnar.nesvag@medisin.uio.no](mailto:ragnar.nesvag@medisin.uio.no) eller førsteamanuensis Helge Skirbekk, tlf 22850678, e-post [helge.skirbekk@medisin.uio.no](mailto:helge.skirbekk@medisin.uio.no)
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, e-post: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Helge Skirbekk  
Prosjektansvarlig

Ragnar Nesvåg  
Mastegradsstudent

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Legerollen i psykisk helsevern og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *dybdeintervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Legerollen i psykisk helsevern

### Referansenummer

762114

### Registrert

06.02.2020 av Ragnar Nesvåg - ragnarne@uio.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Helge Skirbekk, helge.skirbekk@medisin.uio.no, tlf: 22850678

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Ragnar Nesvåg, ragnar.nesvag@medisin.uio.no, tlf: 97504831

### Prosjektperiode

22.01.2020 - 31.12.2020

### Status

11.02.2020 - Vurdert

## Vurdering (1)

---

### 11.02.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 11.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)



Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

## INFORMANTENES TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er spesialister i psykiatri, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes Helleland  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

