
Legerollen i psykisk helsevern – en kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

RAGNAR NESVÅG

ragnar.nesvag@fhi.no

Avdeling for psykiske lidelser

Folkehelseinstituttet

Forfatterbidrag: planlegging, design, datainnsamling, analyse og førsteutkast av manuskriptet.

Ragnar Nesvåg er ph.d., master i helseadministrasjon, spesialist i psykiatri og avdelingsdirektør.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Han var ansatt i Legeforeningen 2017–20 som rådgiver innen psykiatri og avhengighetsmedisin.

HELGE SKIRBEKK

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: planlegging, studiedesign, veiledning ved datainnsamling og analyse, revisjon og godkjenning av innsendte manusversjon.

Helge Skirbekk er ph.d., sosiolog og førsteamanuensis. Han har brukt kvalitative metoder til å undersøke forhold rundt tillit i lege–pasient-forholdet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Legerollen er i endring, og psykisk helsevern domineres i økende grad av andre yrkesgrupper enn leger. I denne kvalitative studien undersøkte vi hvordan psykiatere forstår sin rolle og posisjon i psykisk helsevern.

MATERIALE OG METODE

Sju psykiatere ble dybdeintervjuet basert på en intervjuguide. Det transkriberte materialet ble analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Intervjumaterialet ble gruppert i fire tversgående temakategorier: Flere informanter opplevde å være faglige garantister som trår til når andre tiltak har sviktet. Mange opplevde å være gjestearbeidere i andre faggruppers behandlingsløp, uten tilstrekkelige rammer til å følge opp pasientene på en god nok måte. Helsemyndighetenes satsning på psykisk helse ble av noen beskrevet som et pakkeforløpsbyråkrati, der skjerpede krav til kontroll og dokumentasjon av behandling og tvangsvedtak tar tid og ressurser bort fra pasientbehandling. Flere psykiatere erfarte at enhetlig ledelse medførte ansvarsdiffusjon, med uklar fordeling av fagansvar mellom tverrfaglig enhetsleder og spesialist.

FORTOLKNING

Psykiaterne i undersøkelsen fremstod med tydelig faglig autoritet i klinikken, men rollen synes å være under press. Tverrfaglig enhetlig linjeledelse, sidestilt behandlingsansvar for psykologspesialister og mangel på psykiatere i ledelsen syntes å ha svekket det psykiatriske perspektivet i psykisk helsevern.

Hovedfunn

Mange psykiatere ser på seg selv som naturlige faglige ledere i psykisk helsevern.

Psykiaterens rolle som medisinskfaglig rådgiver for andre yrkesgrupper synliggjør ulike fagkulturer og latente konflikter mellom helseprofesjonene i psykisk helsevern.

Endringer i tvangslovgivning og innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern har ifølge psykiaterne i undersøkelsen medført økt byråkrati uten at det har gitt bedre kvalitet i behandlingen.

Innføring av enhetlig ledelse har gitt uklarhet om faglig ansvar.

Helsevesenet og samfunnet har de siste 50 årene gjennomgått endringer som på flere områder har påvirket legenes rolle og posisjon. Økende påvirkning fra bedriftsøkonomiske styringsmodeller (bestiller/utfører) i helsevesenet, økt statlig regulering, mer standardisering av behandling, en bedre informert brukergruppe med økte rettigheter og en erkjennelse av medisinsens begrensede mulighet for å bedre folkehelsen har i sum redusert legenes makt i helsevesenet (1, 2).

I Norge er legenes tidligere ledende posisjon i helsevesenet ytterligere utfordret gjennom innføring av enhetlig ledelse på alle nivåer i helseforetak og ved at flere grupper helsepersonell har gjort seg gjeldende som faglige premissleverandører (3). I psykisk helsevern har andre yrkesgrupper økt i antall og innflytelse, og psykiaterrollen

er i økende grad blitt styrt inn mot en rådgiverfunksjon med ansvar for somatiske og biologiske forhold (4). En slik utvikling kan bety en marginalisering for faget psykiatri i helsetjenesten, men den kan også svekke kvaliteten på pasientbehandlingen (5).

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 (6). Formålet med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan psykiatere forstår sin rolle og posisjon i psykisk helsevern, og om de i sin kliniske arbeidshverdag opplever konflikter i forsøket på å balansere hensynet til ledelse, kolleger, helsemyndigheter og egne verdier.

Materiale og metode

Studien bygger på en masteroppgave i helseledelse ved Universitetet i Oslo (7). Til studien ble det rekruttert sju klinisk arbeidende psykiatere fra Oslo-området, tre menn og fire kvinner i alderen 35–60 år og med fra få måneder til over 20 års erfaring som spesialist i psykiatri. Fire av psykiaterne jobbet poliklinisk, tre i sengepost. Informantene ble rekruttert på bakgrunn av førsteforfatters personlige kjennskap til kolleger som han antok kunne være villige til å diskutere psykiaterrollen, og ved snøballrekruttering, der informantene i løpet av intervjuet ble spurt om de kjente til andre kolleger som også kunne være interessert i tematikken.

Individuelle kvalitative dybdeintervju basert på en intervjuguide ble gjennomført i perioden april–august 2020 (se appendiks) (8). Hensikten var å stimulere til refleksjon rundt psykiaterrollen og utforske hvordan arbeidssituasjonen var påvirket av hensynet til ledelse, kolleger, helsemyndigheter og egne verdier. Tre av intervjuene ble gjennomført som videokonferanse grunnet smitteverntiltak under koronapandemien, mens fire intervjuer ble gjennomført ansikt-til-ansikt på informantenes arbeidssted.

Intervjuene ble gjennomført som en sammenhengende 50–75 minutter lang enkeltsesjon. De ble tatt opp og transkribert ordrett i sin helhet. Intervjumaterialet ble analysert med systematisk tekstkondensering, en induktiv tekstanalyse gjennom fire steg (9): Først dannet vi oss et helhetsinntrykk av materialet og identifiserte gjennomgående tema. Meningsdannende enheter ble identifisert og samlet i kodegrupper. Innholdet fra tekstutdragene i hver kodegruppe ble samlet og kondensert. Til slutt ble innholdet i hver kodegruppe sammenfattet basert på informasjon fra flere informanter. Beskrivelsen av kodegruppene inneholder tekstutdrag fra transkripsjonen og illustrerende sitater.

Sju kodegrupper ble definert: 1) Den autonome psykiateren, 2) Grenseflaten mellom psykiatri og psykologi, 3) Makt og tillit i psykiaterens forhold til ledelse, kolleger og pasienter, 4) Helsemyndighetenes påvirkning på arbeidshverdagen, 5) Tvang under tvil, 6) Faglig fraværende enhetlig ledelse og 7) Legen som gjestarbeider.

Kodegruppe 1 og 3 ble kombinert i temakategorien *Faglig garantist*. Kodegruppe 2 og 7 ble kombinert i temakategorien *Gjestarbeider*. Kodegruppe 4 utgjorde temakategorien *Pakkeforløpsbyråkrati*. Kodegruppe 6 utgjorde temakategorien *Ansvarsdiffusjon*. Kodegruppe 5, Tvang under tvil, ble ikke beholdt som eget tema fordi vi anså tematikken til å ikke være unik for psykiatergruppen i psykisk helsevern.

Analysen ble gjort av førsteforfatter under veiledning av andreforfatter. Beslutninger om valg av kodegrupper og temakategorier ble gjort etter diskusjon med andreforfatter, som også leste gjennom deler av materialet fra intervjuene.

Informantene mottok skriftlig informasjon om studien før de gav skriftlig samtykke til deltakelse. Informasjon som kunne identifisere enkeltpersoner eller behandlingsenheter, ble anonymisert. Prosjektets personvernkonsekvenser ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. 762114) før datainnsamling.

Resultater

Intervjuene etterlot et klart inntrykk av at psykiatere er personlig engasjerte i faget og yrket sitt. Flere av informantene så det som en naturlig oppgave å bistå kolleger i deres behandlingsløp og å bruke tverrfaglige møter til å undervise og spre kunnskap. Mange av informantene beskrev en arbeidshverdag som er variert og givende, men som preges av etiske, praktiske, faglige og organisatoriske utfordringer. De fleste informantene så for seg å bli i klinisk virksomhet resten av karrieren så lenge det var mulighet for faglig og personlig utvikling.

Psykiateren som faglig garantist

Mange informanter beskrev en psykiaterrolle som omfatter mer enn å være behandler for den enkelte pasient. Psykiateren kunne også være en faglig garantist, en som kan trå til når andre fagpersoner kommer til kort, og som ofte har det siste ordet om faglige spørsmål. Dette gikk igjen i beskrivelser av egne arbeidsoppgaver, der psykiaterne fortalte at de ofte tok på seg de vanskeligste sakene med de mest krevende pasientene, men man så det også i beskrivelser av samhandling med kolleger:

«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 fremhevet det unike ved å være både lege og psykoterapeut. De mente det ikke var noen andre grupper av helsepersonell som hadde den samme kombinasjonen av medisinsk og psykologisk spisskompetanse, noe de anså nødvendig for å se helheten i sykdomsbildene og gi et fullgodt behandlingstilbud:

«Og psykiatere er på sett og vis i en sånn særstilling, i forhold til psykologer, siden de har det medisinske perspektivet med seg (...) som jeg tenker med fordel kanskje kunne vært lagt vekt på andre steder i psykisk helsevern. Jeg syns ofte vi får pasienter her som har vært fulgt opp av annet helsepersonell, som har livsstilssykdommer som kanskje vi har påført de, som har mange somatiske problemstillinger, som står på mengder av medisiner som det er lenge siden det er tatt stilling til. Så jeg syns psykiaterens rolle i psykisk helsevern er viktigere enn noensinne.»

Psykiateren som gjestearbeider

Flere informanter var opptatt av at rollen som medisinskfaglig rådgiver for helsearbeidere med annen fagbakgrunn kunne ha problematiske sider. De mente rollen var naturlig og nødvendig, i og med at andre faggrupper ikke innehar tilsvarende

kompetanse i å forskrive legemidler og vurdere somatiske forhold. Men samarbeidet forutsetter forståelse for hverandres jobb og kompetanse, slik at legen ikke kun er på besøk i andres behandlingsløp, som en slags gjestearbeider:

«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.»

Enkelte informanter mente rollen som medisinsk faglig rådgiver kunne være særlig krevende for helt ferske leger, som lett kunne føle seg som «hår i suppa, som bare blir ringt på og sendt ut igjen». Informantene mente å se en uheldig utvikling ved at leger i økende grad fikk rollen som medisinsk ansvarlig lege i andres behandlingsløp fremfor å ha egne pasienter, noe som går ut over både den kliniske kompetansen og trivselen.

Enkelte av informantene beskrev en forskyvning i balansen mellom psykiatere og psykologer. Der psykiaterne tidligere var den dominerende faggruppen, og psykologer kom inn som medhjelpere med sin spisskompetanse, var rollene nå snudd, ved at psykologene er den dominerende faggruppen og legene kun bidrar med sin medisinske kompetanse:

«Du er lege, her er reseptblokk og du skal forskrive medisiner, men ikke bland deg inn i pasientbehandlingen.»

Pakkeforløpsbyråkrati

Mange informanter opplevde at helsemyndighetenes forsøk på å styrke det psykiske helsefeltet har medført mer byråkrati uten å gi bedre kvalitet i behandlingen. Endringer i tvangslovgivning, med skjerpede krav til å dokumentere mangel på samtykkekompetanse for å fatte vedtak om tvang, har skapt forvirring og usikkerhet blant klinikere:

«Altså vi bruker jo mye mer tid på juridiske dokumenter enn det vi bruker på gode medisinske notater, som har direkte relevans for behandlingen. Og det går også på bekostning av den tiden vi kan bruke på både pasienter og pårørende.»

Pakkeforløp ble av flere karakterisert som meningsløs rapportering og en vesentlig kilde til frustrasjon. Pakkeforløpene dreide også oppmerksomheten mot koding og rapportering av tiltak, og bort fra kvalitet og det faktiske innholdet i pasientbehandlingen:

«Ja, jeg syns det har vært skremmende lite fokus på hva et pakkeforløp skal inneholde. Her i sykehuset har det handlet om frister, om rett koding. Veldig lite fokus på det faglige aspektet ved det. Så det har kanskje også gjort noe med holdningene til pakkeforløpet. Det oppleves fra mitt ståsted nokså meningsløst så langt.»

Ansvarsdiffusjon

Informantene var delt i synet på enhetlig fag- og linjeledelse. Enkelte ledere ble beskrevet som «lyttende» og «interesserte», mens andre ble beskrevet som «passive» og «langt unna meg». Enkelte informanter opplevde at ledelsen ikke så betydningen av faglig kvalitet så lenge enheten holdt budsjett og nådde fastsatte aktivitetstall. Flere 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. Enkelte opplevde god støtte av ledere som selv var fysisk til stede og bistod ved krevende situasjoner og når det var behov for avklaringer i pasientbehandlingen:

«Det har mye å si at avdelingsleder er ... har tung faglig bakgrunn på området, både erfaringsmessig og kompetansemessig, og er til stede, fortsatt, vedvarende til stede i klinikken.»

Flere av informantene pekte på at modellen med profesjonsnøytral enhetlig ledelse kunne medføre uklart fagansvar mellom ledere og de kliniske spesialistene:

«Den (lederen) 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 til ... dette som ble lansert som en modell som skulle være så mye mer tydelig, har jo bare blitt mye mer diffus.»

Kombinasjonen av at enhetsleder ikke har tilstrekkelig faglig kompetanse og at spesialister har individuelt faglig ansvar har gitt rom for uklarhet om hvem som har det endelige ansvaret for pasientbehandlingen. Flere av informantene hadde blitt utfordret på det de oppfattet som sin faglige lederrolle. Dette ble beskrevet som særlig vanskelig der psykiaterne opplevde at ledere med annen fagbakgrunn ikke tok deres faglige bekymringer på alvor:

«(...) det var en ledelse som ikke skjønte klinikken godt nok, ikke skjønte de aller dårligste pasientene godt nok, ikke skjønte psykiaternes dilemma godt nok. Og som hadde sin agenda, som i stor ... i hvert fall mye av den lege/psykiaterjobben ble mistenkeliggjort og motarbeida.»

Informantenes beskrivelser understreket betydningen av at faglig samarbeid er basert på tillit, at man må forstå og anerkjenne hverandres kompetanse, slik at rollene styrker hverandre i stedet for å skape konflikt.

Diskusjon

Intervjuene vitnet om at psykiatere trives med direkte pasientbehandling og ser på seg selv som faglige ledere, men informantene var bekymret for at psykiaterrollen skulle bli begrenset til å være rådgiver i spørsmål om medikamenter, somatikk og tvang. De mente helsemyndighetenes satsning på psykisk helsevern hadde ført til økt byråkrati og frustrasjon i hverdagen, og de så utfordringer med å være faglig ansvarlige i et system med profesjonsnøytral enhetlig ledelse og faglig sidestilte psykologspesialister.

I lys av informantenes beskrivelser vil vi diskutere to temaer mer inngående: psykiaternes faglige autoritet og forholdet mellom psykiatri og psykologi i psykisk helsevern.

Psykiateren som fagleder

Den amerikanske sosiologen Paul Starr har brukt begrepene sosial og kulturell autoritet for å beskrive hvordan legeprofesjonens rolle har endret seg (10). Å ha sosial autoritet innebærer å ha mandat til å bestemme over ikke bare egne, men også andre faggruppers arbeidsoppgaver. Å ha kulturell autoritet betyr å ha eierskap til hvordan kunnskapsfeltet

beskrives og forvaltes. Legene har tradisjonelt hatt både sosial og kulturell autoritet gjennom sin faglige og administrative lederposisjon, og slik var det også i norsk psykiatri frem til 1970-tallet (11).

Flere av informantene i studien beskrev psykiaternes sosiale autoritet som redusert etter innføring av enhetlig profesjonsnøytral ledelse og adgang for psykologer til å være selvstendige behandlere i spesialisthelsetjenesten. Når det ikke lenger er leger som leder virksomheten, og de i økende grad blir utfordret av andre faggrupper når faglige forutsetninger skal defineres, blir det psykiatriske perspektivet mindre fremtredende i pasientbehandlingen.

Makt i helsevesenet blir ofte oversett, men i denne undersøkelsen er dette et viktig tema. Å ha makt innebærer å utøve innflytelse over andre mennesker. En mer presis definisjon er ifølge den tyske sosiologen Max Weber (1864–1920) «evnen til å få gjennomslag for sin vilje, også der man møter motstand». Makt etableres på flere arenaer i en organisasjon, gjennom ledelse, fordeling av arbeidsoppgaver, informasjon, kunnskap eller gjennom personlige ressurser eller nettverk (12). I et komplekst system som helsevesenet kan faggrupper sette dagsordenen gjennom å sitte i linjeledelse, utarbeide prosedyrer og bestemme ansettelser og posisjoner. I en nylig spørreundersøkelse blant norske psykiatere oppgav kun 25 % at deres nærmeste linjeleder var lege (Miriam Sandvik, Legeforeningen, personlig meddelelse). Når leger ikke lenger er del av ledelsen, blir psykiatrien som fag mindre fremtredende i tjenesten. Historikeren Per Haave har beskrevet utviklingen som en forvitring av det medisinske paradigmet i psykisk helsevern (11).

Å gi fra seg administrativ myndighet innebærer tap av formell makt, men det gir anledning til å vie seg til klinisk praksis, som for flere av informantene i denne studien var hovedinteressen. Psykiaterne har beholdt en behandlingsfaglig autoritet gjennom sin brede kliniske kompetanse, noe som ble beskrevet av flere av informantene, særlig gjaldt det dem som var ansatt i sykehusposter, men også de mer erfarne overlegene i poliklinikker. På denne måten kan man hevde at det psykiske helsevernet faglig sett fortsatt hviler på psykiatriens forståelsesmåter, særlig for de alvorlig syke pasientene.

Men prisen for å ikke lenger ha den samme formelle makten som tidligere kan være tap av faglig autonomi. Når legene ikke lenger er enerådende og mister autonomi, kan de bli satt til å gjøre mer avgrensede oppgaver i rollen som medisinskfaglige rådgivere i andre faggruppers behandlingsløp. Da vil de bidra mindre til kulturdannelse og overføring av kunnskap i organisasjonen, og de vil dermed miste kulturell autoritet. Utviklingen kan ha bidratt til å gjøre faget psykiatri mindre attraktivt, noe som kan føre til rekrutteringssvikt (13). I neste omgang kan bortfall av psykiatrisk kompetanse true kvaliteten i tjenesten (5).

Forholdet mellom psykiatri og psykologi

Faget psykiatri sprang ut fra asylene, som ble administrert og faglig ledet av en overlege (11). De tradisjonelle asylene er nå i praksis nedlagt, antall døgnplasser er kraftig redusert, og flere andre grupper av helsearbeidere, først og fremst sykepleiere og psykologer, har i økende grad gjort seg gjeldende i klinisk virksomhet og ledelse av tjenesten.

Psykologenes økte innflytelse i klinisk psykiatri, først i spesialisthelsetjenesten, ved sidestilt fagansvar mellom psykologspesialister og psykiatere, og deretter i primærhelsetjenesten, gjennom lovkrav om psykologkompetanse i kommunene, har

medført en «psykologisering» av behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser. Utviklingen har fulgt den amerikanske sosiologen Andrew Abbotts beskrivelse av hvordan profesjoner etablerer nye maktforhold seg imellom. En ny profesjon får innpass og etter hvert en dominerende rolle gjennom lovendringer, offentlig påvirkningsarbeid og gjennom konkrete endringer på arbeidsplassen (14).

Den tilsynelatende psykologiseringen av behandlingstilbudet har ført til at det spesifikt psykiatriske, kompetansen på *både* kropp og sinn, i mindre grad blir synlig i tjenesten. I psykisk helsevern, der pasientene ofte har alvorlig psykisk sykdom, gjerne i kombinasjon med rusmiddellidelse og kompliserende somatiske forhold, er psykiaterens kompetanse som både lege og psykoterapeut sentral (15, 16). Flere av studienes informanter fortalte om episoder der helsepersonell som ikke var leger, hadde oversett eller undervurdert alvoret i det kliniske bildet.

Styrker og begrensninger ved studien

Intervjuer (RN) er selv psykiater med flere års erfaring fra psykisk helsevern, noe som styrker studiens interne validitet ved at temaer og beskrivelser fra klinisk hverdag er gjenkjennbare. Det kan imidlertid ha preget intervjuene og tolkningen av materialet i retning av en kollegial konsensus som kan ha redusert den eksterne validiteten. Bruk av intervjuguide og rekruttering av informanter som arbeider på annet arbeidssted enn intervjueren har bidratt til økt ekstern validitet. Informantene ble rekruttert delvis basert på personlig kjennskap og anbefalinger fra andre kolleger.

Grunnet begrenset mulighet for å reise under koronapandemien, ble informantene rekruttert fra Oslo-området. Det er ulikheter i andel faste spesialister, antall ubesatte stillinger, befolkningssammensetning og hvilken «fagkultur» som råder ved de ulike behandlingsstedene i Norge. Informantene er derfor ikke representative for alle psykiatere i Norge, men de kan være representative for psykiatere i et tettbefolket område. Formålet med denne studien var å undersøke psykiaternes arbeidssituasjon, og ikke pasientbehandlingen eller behandlingskultur på arbeidsstedet. Siden videreutdanning av psykiatere skjer på samme måte i hele landet, bør hovedfunnene kunne anslås å være relevante og overførbare også til andre steder enn Oslo.

Konklusjon

I et psykisk helsevern med hovedvekt på poliklinisk behandling og økt innflytelse fra psykologisk forståelse, er psykiaterrollen blitt mer utydelig. Psykiaterne er imidlertid ikke alene om å måtte redefinere sin rolle i et moderne helsevesen. Utviklingen i helsetjenesten i Norge og andre vestlige land 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 (17). Psykiaterne bør muligens fire på sitt behov for faglig autonomi og engasjere seg i en kultur for deling av kunnskap. Dette innebærer å inngå partnerskap med pasienter og andre grupper av helsearbeidere for å sikre det psykiatriske perspektivet og styrke befolkningens psykiske helse.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32: 379–416. [PubMed][CrossRef]
2. Berg O. Klinikkenes driftsmodeller og helsetjenestemarkedene – en karakteristikk av utviklingen. *Michael* 2017; 14: 127–67.
3. Frich JC. Rommet krymper – hvorfor? *Overlegen* 2016; nr. 1: 28–30.
4. Vaglum P. *Psykiateren. Behandler, veileder, forsker og formidler*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
5. Vaglum P. Psykiaterrollen i krise. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134: 1221. [PubMed][CrossRef]
6. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44: 239–43. [PubMed]
7. Nesvåg R. *Forbilde og gjestearbeider – psykiaterens rolle i psykisk helsevern*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2021.
8. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2015.
9. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]
10. Starr P. *The social transformation of American Medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York, NY: Basic Books, 1982.
11. Haave P. *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub, 2008.
12. Jacobsen DI, Thorsvik J. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2019.
13. Lien L, Sandvik M. Fra god rekruttering til alvorlig svikt – utfordringer i psykiatrien. *Overlegen* 2022, nr. 1:18-9.
<https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-1-2022/fra-god-rekruttering-til-alvorlig-svikt-utfordringer-i-psykiatrien/> Lest 3.5.2022.
14. Abbott A. *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
15. Nesvåg R, Knudsen GP, Bakken IJ et al. Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1267–76. [PubMed][CrossRef]
16. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One* 2018; 13: e0202028. [PubMed][CrossRef]

17. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Clin Med (Lond) 2005; 5 (suppl 1): S5–40. [PubMed]

Publisert: 7. juni 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0766

Mottatt 31.10.2021, første revisjon innsendt 9.3.2022, godkjent 3.5.2022.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.