



**UiT** Noregs arktiske universitet

Institutt for samfunnsvitenskap

## **Maktstrukturar og rollekonfliktar i sjukepleiaryrket**

Ei kvalitativ studie av utfordringar sjukepleiarar ved DPS møter i sin arbeidskvardag

Marianne Lomheim Tang

Masteroppgåve i sosiologi, SOS-3900, mai 2024



## Samandrag

Denne studia undersøker kva utfordringar sjukepleiarar ved Distriktpsikiatriske Sentre (DPS) møter i sin arbeidskvardag. Bakgrunnen for studia dei betydelege strukturelle endringane i tenestene for psykisk sjuke dei siste tiåra. Endringane i strukturen på norsk psykiatri er forankra i politiske, økonomiske og etiske argument. Denne studia søker imidlertid å utforske sjukepleiarane sine egne opplevingar av tenestene slik dei er strukturerte i dag, samt kva utfordringar dei identifiserer i ivaretagelsen av personar med langvarig og alvorleg psykisk sjukdom innanfor desse rammebetingelsane.

Det empiriske grunnlaget i oppgåva er djubdeintervju med sju sjukepleiarar som alle har erfaring frå DPS. I analysen kom det tydeleg fram at dei utfordringane sjukepleiarane står ovanfor i sin kvardag, kan forståast ut frå tre dimensjonar: utfordringar dei opplever i lys av dei strukturelle rammene dei operer innanfor, utfordringar dei står ovanfor på eit organisatorisk nivå og utfordringar dei opplever å stå i ovanfor i møte med pasientane i psykiatrien. Desse ulike aspekta vidare blir drøfta opp mot Michel Foucault sine perspektiv rundt maktstrukturar i moderniteten og Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratane sine dilemma.

Studia konkluderer med at den største utfordringa i alle aspekt av sjukepleiarane sin arbeidskvardag, er gapet mellom *ideal og realitetar* ved DPS. Sjukepleiarane opplever store skilnader mellom deira oppleving av tenestene i praksis og dei visjonane politiske retningslinjer har for tenestene. Dette gapet mellom ideal og realitetar viser seg også i det sjukepleiarane opplever som eit misforhold mellom ressursar og behov i tenestene. Eit misforhold som ofte resulterer i at sjukepleiarane befinn seg i dilemmaet mellom å oppfylle organisatoriske mål eller å prioritere pasientane sine behov i sin arbeidskvardag. Eit anna sentralt funn, er at delar av dette misforholdet mellom ressursar og behov i tenestene, blir absorbert og dempa ved at sjukepleiarane strekk seg langt og nyttar den makta dei sjølve har til å definere eigen arbeidskvardag for å imøtekomme pasientane sine behov.

## Forord

Det kjennest både rart og fint å skrive desse orda som på alvor markerer slutten på mine år som student. Ein tilværelse eg til tider har tvila på om nokon sinne skulle ta slutt, men som eg aldri ville ha vore forutan. Set stor pris på dei erfaringane eg har gjort meg undervegs og ikkje minst alle dei gode folka eg har møtt på vegen!

Først og fremst vil eg takke sjukepleiarane som har bidrege til at dette prosjektet blei ein realitet. Takk for at de har delt av dykkar kunnskap, erfaringar og opplevingar. Det store engasjementet de har vist for dykkar fagfelt, og for pasientane i psykiatrien, har gjort oppgåva spennande å jobbe med frå start til slutt.

Eg vil også uttrykkje ei stor takk til min dyktige veileidar, Jorid Sigrun Anderssen. Takk for gode diskusjonar, konstruktive tilbakemeldingar og ikkje minst oppmuntrande ord. Eg set stor pris på tida du har brukt til å svare meg på både store og små spørsmål i denne prosessen.

Avslutningsvis vil eg takke venner og familie for god støtte og heiarop gjennom heile studietida. Ei ekstra stor takk til mi snille mamma som har teke seg tida til å korrekturlese både denne oppgåva og tallause andre oppgåver, og som alltid kjem med trøystande og motiverande ord når det trengst som mest. Den fantastiske sosiologi-gjengen min frå UiB skal få æra for at det som skulle vera eit årsstudium enda i ei mastergrad. Takk for alle gode faglege, og ikkje minst mindre faglege, diskusjonar oppigjennom. Gjengen på masteretasjen her i Tromsø fortener også ei stor takk for å ha gjort sjølve masteråret så bra som overhovudet mogleg. Jammen kom me oss gjennom det til slutt, til tross for endelause timar med kaffidriking og quiz!

Då gjenstår det berre å ynskje god lesing!

Marianne Lomheim Tang

Tromsø, 31. mai 2024

# Innhold:

<b>1</b>	<b>Innleiing.....</b>	<b>1</b>
1.1	Samfunnsmessig relevans .....	2
1.2	Avgrensing og omgrepsavklaring .....	5
1.3	Studia si oppbygging .....	6
<b>2</b>	<b>Utviklinga av norsk institusjonspsykiatri .....</b>	<b>8</b>
2.1	Psykiatrien sitt opphav .....	8
2.2	1848-1920: Starten på norsk institusjonspsykiatri .....	9
2.3	1920-1960: Medisinering og framveksten av sosialdemokratiet .....	10
2.4	1960-1990: Antipsykiatri og nedbygging .....	11
2.5	1990-2000: Reformering av psykisk helsevern.....	13
2.6	2000- 2010: Sjukehusreform og samhandlingsreform .....	15
2.7	2010-2024: Implikasjonar av samhandlingsreformen.....	18
<b>3</b>	<b>Tidlegare forskning og teoretisk rammeverk .....</b>	<b>23</b>
3.1	Psykiatri i samfunnsvitskapen.....	23
3.2	Teoretisk rammeverk.....	28
3.2.1	Foucault om makt i moderniteten.....	28
3.2.2	Lipsky om bakkebyråkratiet.....	35
<b>4</b>	<b>Metode .....</b>	<b>38</b>
4.1	Utval og rekruttering .....	39
4.2	Introduksjon av informantar .....	41
4.3	Gjennomføring av intervju .....	41
4.3.1	Etiske problemstillingar .....	43
4.3.2	Analyse av intervjumaterialet.....	45
4.4	Dokumentstudie .....	46
4.5	Forskinga sin kvalitet .....	47

4.5.1	Reliabilitet .....	47
4.5.2	Validitet og generalisering .....	48
<b>5</b>	<b>Strukturelle endringer .....</b>	<b>50</b>
5.1	Kortare liggetid .....	50
5.2	Oppgåveforskyving .....	55
5.3	Oppsummerande diskusjon .....	57
<b>6</b>	<b>Organisatoriske utfordringar .....</b>	<b>61</b>
6.1	Kommunikasjon og uklare rollar .....	61
6.2	Sympati for utfordringar i kommunehelsetenesta .....	66
6.3	Oppsummerande diskusjon .....	69
<b>7</b>	<b>Relasjon til pasientane .....</b>	<b>73</b>
7.1	Maktstruktur .....	73
7.2	Pasientane sin kvardag på avdelinga .....	75
7.3	Oppsummerande diskusjon .....	78
<b>8</b>	<b>Avsluttande diskusjon og perspektiv .....</b>	<b>81</b>
8.1	Frå institusjonalisering til individualisering .....	81
8.2	Makt .....	84
8.3	Teoretiske refleksjonar .....	85
8.4	Avsluttande betrakningar .....	86
<b>9</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>88</b>
<b>10</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>94</b>
10.1	Vedlegg 1: Vurdering av behandling av personopplysningar .....	94
10.2	Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	96
10.3	Vedlegg 3: Intervjuguide .....	99

## **Figurliste:**

**Figur 1:** Gjennomsnittleg belegg av heildøgnspatientar i vaksenpsykiatrien, 1950-2001..... 13

**Figur 2:** Dekningsgrad for døgnplassar i spesialisthelsetenesta, per 10 000 innbyggjar ..... 16

## **Tabell-liste:**

**Tabell 1:** Informantoversikt..... 41

# 1 Innleiing

Psykisk sjukdom er ein av dei store helse- og samfunnsutfordringane i Norge. Ikkje berre gir psykiske plager kjenslemessig lidning og redusert livskvalitet, men det kan også medføre dårlegare somatisk helse og auka dødelegheit (Riksrevisjonen, 2021, s. 5). Stortinget har gjennom fleire år hatt målsetjing om betre behandling av personar med psykisk lidning og rusutfordringar. Sidan *Opptrappingsplan for psykisk helse* (St.prp. nr.63 (1997-98)) blei lansert ved tusenårsskiftet, har det vore ein politisk lovnad om å satse på psykiatrien, det er til og med eit uttalt politisk mål at psykisk helsevern skal prioriterast sterkare enn somatisk sektor – «den gylne regel» (Helsedirektoratet, 2019).

Alvorleg psykisk lidning heng ofte saman med ein problematisk livssituasjon på fleire område, psykiatriske pasientar er ei pasientgruppe som i mange tilfelle mottek tenester frå fleire hald (Schönfelder, 2007, s. 1). Den offentlege helsetenesta er todelt, og består av primærhelsetenesta som er driven av kommunane og spesialisthelsetenesta som driftast av dei regionale helseføretaka (Helse Vest, 2021). Tenestetilbodet i psykiatrien har vore gjennom store omorganiseringar dei siste tiåra, men i dag er tenestene for personar med psykiske lidningar<sup>1</sup> strukturert i tre linjer, frå lågaste til høgaste tenestenivå: **Førstelinja** inneber tenester i primærhelsetenesta, altså tenester som ytast eller blir finansiert av kommunane. **Andrelinja** inneber desentraliserte allmennpsykiatriske tenester i spesialisthelsetenesta. Tenestene i andrelinja leverast i hovudsak av distriktskykiatriske sentre (DPS) (Schönfelder, 2007, s. 15). **Tredjelinja** består av spesialiserte avdelingar i spesialisthelsetenesta, som til dømes akuttpsykiatrisk eller sikkerheitspsykiatrisk (Schönfelder, 2007, s. 20).

Denne studia har som formål å få eit breiare innblikk i kvardagen ved andrelinjetenestene i psykiatrien – DPS'ane. Dei siste åra har psykiatrien gjennomgått store strukturelle endringar, særleg la samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009)) meir av ansvaret for alvorleg psykisk sjuke over på kommunane (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114). Denne strukturelle endringa er også noko som også har prega organiseringa i spesialisthelsetenesta. For trass lovnadar om opptrapping av tilbod innanfor psykiatrien, har langtidspsykiatriske sengeplassar i spesialisthelsetenesta jamt blitt redusert og gjennomsnittleg liggetid på psykiatriske

---

<sup>1</sup> Studia tek utelukkande føre seg helsetenester for vaksne, det vil ikkje bli gjort reie for tenester for barn og unge.



avdelingar blitt betrakteleg mykje kortare (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114). Endra struktur på tenestene er naturlegvis også noko som har fått innverknad arbeidskvardagen til helsepersonell i tenestene.

Tilstrekkeleg og kompetent personell er grunnleggjande i alle former for helse- og omsorgstenester, for å kunne tilby tenester av god kvalitet – helsepersonell utgjer sjølve ryggrada i helsevesenet (NOU 2023: 4, s. 11). Imidlertid blir ofte knappe budsjett og krav om auka velferd til brukarane av tenestene, møtt med auka effektivisering og kostnadsreduksjon i helsesektoren. Dette har betydeleg innverknad på arbeidskvardagen til helsepersonell. Dei som til dagleg er i direkte kontakt med brukarane av tenestene, er dei som kjenner på gapet mellom ambisjonar og tilgjengelege ressursar i tenestene. Auka krav til helsevesenet, som det ofte ikkje er tilstrekkeleg med tid og ressursar til å kunne imøtekome, legg ei betydeleg belastning og eit stort ansvar på helsepersonell (NOU 2003: 19, s. 28).

Målet med denne oppgåva er å undersøkje sjukepleiarane sin arbeidskvardag i psykisk helsevern og få eit innblikk i korleis dei opplever at alvorleg og langvarig psykisk sjuke blir ivaretekne i dagens tenestestruktur. Oppgåva sin overordna problemstilling er derfor:

***Korleis utfordringar står sjukepleiarar på Distriktpsikiatriske Sentre (DPS) ovanfor i sin arbeidskvardag?***

Målet med denne studia er å kunne bidra til eit innblikk i kva utfordringar og dilemma helsepersonell i tenestene for psykisk sjuke møter i sin arbeidskvardag. Det empiriske grunnlaget i oppgåva er djubdeintervju med sju sjukepleiarar, alle med erfaring frå DPS. For å kunne danne eit innblikk i sjukepleiarane sin arbeidskvardag, er det nødvendig å sjå kva rammer dei er underlagt. Det vil derfor bli gjort grundig greie for dei dei strukturelle endringane av psykiatrien ut frå ein historisk kontekst, samt vil dei sentrale styringsdokumenta for dagens tenester bli presentert. Med dette som bakteppe, vil utfordringane sjukepleiarane møter i sin arbeidskvardag bli analysert og drøfta opp mot det teoretiske rammeverket i studia.

## **1.1 Samfunnsmessig relevans**

Den norske velferdsstaten har som oppgåve å sikre borgarane sine sosiale rettar. Staten skal garantere alle samfunnsmedlem moglegheita til eit godt liv – også personar med psykiske lidingar (Vabo, 2022). Men psykisk sjukdom er ei stor utfordring for den norske

velferdsstaten, både ut frå eit helseperspektiv og økonomisk. Inkludert kostnader til behandling og trygde- og sosialutgifter, er det anslått at psykiatriske pasientar kostar det norske samfunnet omlag 70 milliardar kroner årleg (Riksrevisjonen, 2021, s. 5). Psykiske lidningar er den vanlegaste årsaka til arbeidsuføreheit i alle aldersgrupper, blant unge vaksne i alderen 18 til 29 år oppgjev heile 63% av dei som står utanfor arbeidslivet, psykisk sjukdom som hovudårsak. Personar som har utfordringar med rus- og psykiatri har også auka risiko for somatisk sjukdom, og betydeleg kortare forventade levetid (Regjeringa, 2021, s. 7).

Langvarig psykisk sjukdom er komplekst og har ofte samanheng med ein problematisk livssituasjon på fleire område. Trass i at psykisk helse har vore meir på dagsorden dei siste åra, er det framleis knytt mykje stigma til alvorlege psykiske lidningar. Dette er sjukdommar som ofte også krev lang behandling og som det heller ikkje er noko garanti for å bli heilt frisk av. Pasientar med komplekse sjukdomsbilete mottek ofte tenester frå fleire hald. For menneske som i utgangspunktet står i ein krevjande livssituasjon, er det viktig at tenestene dei mottek er samordna og godt koordinerte for at ein skal kunne oppnå målet om tilfriskning og betra livskvalitet (Schönfelder, 2007, s. 1). Desverre endar i mange tilfelle pasientar med langvarig og alvorleg psykisk sjukdom opp som «kasteballar» mellom ulike instansar innan psykisk helsevern. Dette er ikkje noko som berre gir pasientane mangel på trygge rammer og stabil hjelp over tid, men noko som også kostar samfunnet dyrt (Kristiansen, 2020).

Psykiatrien er eit omstridt og kritisert fagfelt. Den norske psykiateren Einar Kringlen trekk fram utøvinga av sosial kontroll som ein del av grunnen for at fagfeltet møter kritikk:

*Psykiatriens primære mål er selvsagt å behandle mennesker med psykiske lidelser. Men samtidig har psykiatrien også som funksjon å utøve sosial kontroll. Disse funksjonene, terapi og sosial kontroll, setter ofte psykiatrien i et dilemma. At mange vil ha et ambivalent forhold til dette faget og denne profesjonen, er derfor naturlig (Kringlen, 2007, s. 468).*

I tillegg til psykiatrien sitt mandat til å utøve sosial kontroll, er grensedraginga psykiatrien set mellom normalitet og sjukdom noko som har blitt problematisert. Det er til den dag i dag ingen laboratorietestar eller tradisjonelle biomedisinske markørar som kan avgjere om ein person har ein psykisk lidning eller ikkje, psykiatriske diagnosar byggjer framleis på skjønsmessige vurderingar og konsensus i legevitenskapen om kva som er å rekne som normal og unormal åtferd (Grue, 2016, s. 111). Det er ikkje ein samfunnsvitar sitt ansvarsfelt å

avgjere om ein tilstand eller ei åtferd har ein medisinsk bakanforliggende grunn eller ikkje, men samfunnsvitskapen skal studere korleis eit fenomen i utgangspunktet blei definert som ein medisinsk sjukdom, og kva konsekvensar dette har hatt (Conrad, 2013, s. 199). Med sosiologiske briller er det særleg interessant å sjå på utviklinga innanfor psykiatrien, ettersom fleire sosiologiske verk har spela ei avgjerande rolle i samfunnet sitt syn på psykiatrien og struktureringa av dei tenestene pasientar mottek. Som ein motreaksjon på den sosiale kontrollen som blei utøvd innanfor den psykiatrien, og psykiatrien si definisjonsmakt over normal og unormal åtferd, voks det fram ein antipsykiatri-bevegelse, beståande av store namn som blant anna Erving Goffman og Michel Foucault, utover 1950- og 60-talet. Denne bevegelsen fekk på sikt ei stor innverknad på strukturen på psykiatriske tenester. Motstanden mot institusjonspsykiatrien førte til nedbygginga av dei store psykiatriske institusjonane og frå 1970-talet og fram mot i dag har talet døgnplassar i psykisk helsevern blitt jamnt redusert (Hagen & Ruud, 2004).

Kutt i psykiatriske døgnplassar er ein del av ein fagleg og politisk strategi, som er gjeldande i alle Europeiske land, og som også er støtta av Verdas helseorganisasjon (WHO).

Grunngivinga er at det skal vera eit unntak å vera innlagt på psykiatriske institusjonar. I Norge har over 40% av sengene i psykisk helsevern blitt fjerna sidan tusenårsskiftet, den same trenden finn ein også i Finland, Sverige og Danmark. Samstundes er det bygd opp meir omfattande tenester ute i kommunane, og i spesialisthelsetenesta har ein bevega seg meir over mot poliklinisk behandling og ambulante tenester (Undheim, 2022) .

Men det har ikkje vore utelukkande einigheit om denne utviklinga, heller ikkje frå fagleg hald. Psykiatrar, psykologar, sjukepleiarar og andre som jobbar i tenestene har ytra bekymring over at reduksjonen i døgnplassar i spesialisthelsetenesta får store konsekvensar for dei mest alvorleg sjuke pasientane. Det blir også ytra bekymring for kva det vil bety for samfunnet når kommunane og pårørande er dei som må handtere dei mest alvorleg psykisk sjuke pasientane (Fyen, 2021). Landsforeininga for pårørande innanfor psykisk helse (LPP) ytrar samme bekymring. Dei meiner at spesialisthelsetenesta i dag ikkje har kapasitet til å hjelpa alle som er sjuke, noko som medfører at ein høg andel pasientar blir utskrivne for tidleg utan god nok oppfølging (Undheim, 2022). Studiar viser også til at pasientar som mottek lågare grad av oppfølging ikkje får adekvat behandling. Det blir trekt fram at det ikkje er ansatte i tenestene som sviktar, men at utfordringane blir store når ressursane ikkje strekk til og når tenestene er strukturert som dei er (Erfan et al., 2023). Først og fremst ramar altså svikt i behandling dei

sjukaste pasientane og deira pårørande. Men det er også dramatisk for samfunnet som heilheit, og ikkje minst for personalet som jobbar i tenestene.

## 1.2 Avgrensing og omgrepsavklaring

Omgrepet psykisk *helsevern* referer til behandling og utredning som er utført i spesialisthelsetenesta (Meld. St.23 (2023–2033), s. 8). Sjølv om spesialisthelsetenesta omfattar både andre- og tredjelinjetenester, er det andrelinjetenestene det blir referert til når omgrepet *spesialisthelsetenesta*<sup>2</sup> vidare blir brukt i oppgåva. Grunnen for dette er at hovudfokuset i denne oppgåva er på andrelinjetenestene, og forholdet mellom DPS og kommunane. Dette skuldast at det er i desse tenestene at dei strukturelle endringane i psykiatrien har hatt størst innverknad. Ettersom det også har måtte blitt gjort avgrensingar i oppgåva, er derfor tredjelinjetenestene meir eller mindre er utelukka frå denne studia.

Personar som tek imot, eller får tilbod om tenester frå spesialisthelsetenesta er definerte som *pasientar*. Derimot er personar som mottok kommunale helsetenester er definerte som *brukarar*. Den språklege skilnaden mellom *pasient* og *brukar*, botnar i eit endra fokus frå sjukdom, til aktiv brukar av tenester i kvardagslivet (Helsedirektoratet, 2018). I og med at denne studia i hovudsak omhandlar personar med psykisk lidning som mottok tenester frå spesialisthelsetenesta, er det omgrepet pasient som blir mest nytta vidare<sup>3</sup>.

Det er utfordrande å definere konkret kva som er å rekne som *alvorleg psykisk lidning*. Men når symptombelastninga av psykisk sjukdom varer over lengre tid, og er av slik karakter at kriteria for ein klinisk diagnose er oppfylt, er det å rekne som ein alvorleg lidning. I første rekkje rammar ikkje dei psykiske lidningane kroppen, men dei påverkar kjensler, veremåte og tankar. Likevel er det godt dokumentert at psykiske lidningar også kan medføre funksjonsnedsetting, redusert somatisk helse og kortare forventa levetid, særleg i kombinasjon med rusmiddelproblematikk (Evjen et al., 2012, s. 26; Meld. St.23 (2023–2033), s. 8). I denne studia ynskjer eg å ha eit fokus på personar som lid av alvorleg og langvarig psykisk sjukdom. Grunnen for dette er at denne pasientgruppa er blant dei mest sårbare

---

<sup>2</sup> I dei tilfella kor det er snakk om tredjelinjetenester vil dette bli spesifisert.

<sup>3</sup> Tek forbehold om at omgrepa kan bli forveksla i deler av oppgåva. I analysen er det omgrepa nytta av informantane som blir gjengitt.

dersom tenestene blir for organisatorisk fragmenterte, ettersom dei ofte mottek tenester frå fleire hald og har behov for oppfølging frå fleire instansar (Meld. St.26 (2014-2015), s. 16).

### **1.3 Studia si oppbygging**

I *kapittel 2* vil det gjerast greie for den historiske utviklinga av norsk institusjonspsykiatri, samt vil dei sentrale styringsdokumenta for dagens strukturering av psykiske helsetenester bli presentert. Dette utgjer eit viktig bakteppe for å kunne forstå dei rammene sjukepleiarane sin arbeidskvardag er betinga av, også ut frå ein historisk kontekst.

I *kapittel 3* vil tidlegare forskning på feltet og det teoretiske rammeverket for oppgåva bli presentert. Her vil dei mest sentrale samfunnsvitskaplege verka som har studert psykiatrien bli gjort greie for, før Foucault sine teoriar om maktstrukturar i moderniteten og Lipsky sin teori om bakkebyråkrati blir presentert, som eit teoretisk utgangspunkt for å kunne forstå bli gjort reie for som det teoretiske rammeverket

*Kapittel 4* presenterer studia sitt forskingsdesign og dei metodiske vala som er tekne i forskingsprosessen. Her vil også informantane bli presentert, samt vil moglege utfordringar med studia bli drøfta.

*Kapittel 5* er første analysekapittel som tek for seg å sjå utfordringane i sjukepleiarane sin arbeidskvardag i lys av dei strukturelle rammene dei er underlagt. Endringar i strukturen på psykiatrien viste seg utfordrande i arbeidskvardagen til sjukepleiarane ved at pasientane hadde kortare liggetid i spesialisthelsetenesta og at ansvaret for pasientane forskyvde seg nedover i tenestene.

*Kapittel 6* tek for seg dei utfordringane sjukepleiarane møter på eit organisatorisk nivå. Her blir det særleg lagt vekt på at sjukepleiarane opplever at rollane i samhandlingsprosessane med ut mot primærhelsetenesta er uklare, noko dei meiner får innverknad på behandlingsforløpet til pasientane

*Kapittel 7* ser på sjukepleiarane sin rolle i forhold til pasientane i psykiatrien. Her kjem dei med refleksjonar kring synlege og usynlege maktstrukturar på avdelinga, samt kva tankar dei gjer seg rundt korleis psykiatrien betre kunne ha ivareteke personar med psykisk lidning.

I *kapittel 8* blir dei funna frå analysen drøfta, med utgangspunkt i den historiske bakgrunnen til norsk psykiatri. Samt vil problemstillinga bli forsøkt svara på, og det vil bli presentert implikasjonar for vidare forskning.

## 2 Utviklinga av norsk institusjonspsykiatri

Det er nødvendig med eit innblikk i kva politiske styringsdokument og lover som set rammene for sjukepleiarane sin arbeidskvardag, for å betre kunne forstå deira oppleving. Det har kontinuerleg vore endringar i behandlinga av psykisk sjuke og i struktureringa av tenester innan psykiatrien sidan det blei etablert som ein eigen medisinsk retning (Ramsdal, 2021, s. 69). For å betre forstå bakgrunnen for at tenestene i dag er strukturerte som dei er, vil dette kapittelet innehalde ei historisk gjennomgang av utviklinga innanfor norsk institusjonspsykiatri. Dei mest sentrale endringane i styringsdokument, lover og i haldningane ovanfor psykisk sjuke gjennom tidene vil her bli gjort reie for.

### 2.1 Psykiatrien sitt opphav

I 1657 vart Allmenn-hospitalet – Hôpital Général i Paris grunnlagt. Dette markerte det første Allmenn-hospitalet, og er på mange måtar starten på det Michel Foucault omtalar som *den store innesperringa*. Institusjonen måtte ta imot, gi husly og føde til dei som blei sendt dit av kongen eller domsmyndigheitene. Allmennhospitalla hadde ikkje noko slektskap med medisinsk vitskap, det var derimot ein ordensinstans underlagt den franske stat som husa fattige, sjuke, foreldreause, utstøtte og *dei gale* (Foucault, 1961/2008, s. 33). Offentlege institusjonar, også kalla anstalt, som skulle ta seg av ulike grupper hjelpetrengande blei utover 1600- og 1700-talet oppretta fleire stader rundt om i Europa. Også i Norge blei det i dette tidsrommet oppretta såkalla «tukthus» eller «døllhus», som var anstalt for sinnsjuke (Kringlen, 2007, s. 27).

Mot slutten av 1700-talet og utover 1800-talet byrja legane å spela ei meir sentral rolle på anstalta. Med bakgrunn i opplysningstida og den franske revolusjonen starta ei reformering, medan ein tidlegare hadde hatt fengselsliknande institusjonar til oppbevaring av dei farlege og mest truande i samfunnet, slo ideen om galskap som sjukdom etterkvart rot (Kringlen, 2007, s. 33). Philippe Pinel blir rekna som den morderne psykiatriens far i Europa. Pinel var overlege ved to store anstaltar i Paris på slutten av 1700-talet, og utvikla her ein ny metode for å behandla psykisk sjuke. Han la mindre vekt på fysisk avstraffing og overgrep og innførte ein form for psykoterapi, kor han gjennom samtalar søkte å få fram så mykje kunnskap om og innsikt i pasienten sitt liv som mogleg. Pinel introduserte både ein ny tilnærming til forståinga av psykisk sjukdom og behandlinga dei psykisk sjuke fekk på institusjonane (Grue, 2016, s. 106).

## 2.2 1848-1920: Starten på norsk institusjonspsykiatri

*Lov om sinnsykes behandling og forpleining* (sinnsjukelova) blei vedteken i Norge i 1848. Fram til dette hadde *dei gale* blitt behandla på lik linje med dei andre gruppene som fall utanfor samfunnet, men denne lova fastslo at det no var det offentlege sitt ansvar å gi omsorg til dei sinnsjuke. Galskap blei ikkje lenger betrakta som ein mytisk besettelse, men som ein sjukdom som kunne behandlast. Med sinnsjukelova kom den medisinske disiplinen sterkare til syne og behandlinga av dei psykisk sjuke blei etter kvart lagt i legane sine hender. Lova bygde på strøymingar som var kjent frå Europa og USA, der tanken var å opprette landlege og lukka institusjonar – *asyl*. Her skulle dei sinnsjuke blei fjerna frå alt som kunne minne om deira vrangførestillingar, og der dei blei avskjerma frå trakassering av omgivnadane. I eit framand miljø prega av lydigheit og orden, men også humanisme og «moral treatment», skulle pasientane bringast på rett kjøl i rolege omgivnader som ga fred for sinnet (Hagen & Ruud, 2004, s. 19).

Gaustad, som opna i 1855, var det første store statlege asylet i Norge og mot århundreskiftet vart det eit stadig press frå lokale myndigheiter om å opprette fleire asyl. Både dei pårørande og befolkninga ellers betrakta dei nye statsasylla som eit stort framsteg, og det var stor pågang for å få lagt inn pasientar (Kringlen, 2007, s. 61). Frå midten av 1800-talet forandra det norske samfunnet seg, både økonomisk, sosialt og kulturelt. Som ein konsekvens av den industrielle revolusjonen gjekk Norge frå å vera eit bondesamfunn basert på sjølvforsyningshushald, til det me i dag kjenner som det moderne samfunnet med utgangspunkt i pengeøkonomien. Det store hamskiftet endra strukturane både i familien, lokalsamfunna og i landet generelt. Medan omsorg for sjuke og pleietrengande tidlegare hovudsakleg hadde vore familien og lokalsamfunna si oppgåve, gjorde urbanisering og lønna arbeid det meir krevjande å ha folk i pleie heime, staten overtok no gradvis eit større ansvar for sine samfunnsborgarar (Kringlen, 2007, s. 63). På starten av 1900-talet var det ei eksplosiv utbygging av asyl, og talet innlagde pasientar var stadig aukande (Hagen & Ruud, 2004, s. 19).

Dei nye asylla var fengselsliknande bygg, skjerma frå omgivnadane både geografisk og sosialt. Pasientane hadde i liten grad moglegheit til å oppretthalde kontakten med familie og sitt sosiale nettverk når dei var innlagt her (Hagen & Ruud, 2004, s. 20). Sjølv om galskap no blei betrakta som ein sjukdom blei likevel psykiske sjukdommar stort sett antatt å vera arvelege og kroppsleg betinga, og derfor uhelbredlege. Pleiarane i asylla hadde ofte ikkje utdanning, og deira oppgåver var like mykje knytt til å vokte pasientane som til å faktisk pleie eller behandle



dei. Ofte var det berre ein eller to legar ved kvart asyl, sjølv om talet pasientar ved asyla ofte oversteig 250. Legane si oppgåve vart derfor hovudsakleg å ta hand om pasientane sine somatiske plager. Psykiatrien hadde på denne tida også lite kontakt med universiteta (Hagen & Ruud, 2004, s. 19; Kringlen, 2007, s. 61). Av lokalbefolkninga blei ofte asyla oppfatta som skremmande, og det var meir nærliggande å forbinde dei med straff og fridomsberøvelse, enn med behandling og rehabilitering. Ettersom både mengda asyl og talet kroniske pasientar auka, forvitra også gradvis «moral treatment» ideologien som hadde vore dominerande ved opprettinga av dei første statsasyla, og bruken av tvangsmiddel var igjen å finne som ein del av behandlinga av dei psykisk sjuke (Hagen & Ruud, 2004, s. 20).

### **2.3 1920-1960: Medisinering og framveksten av sosialdemokratiet**

Frå midten av 1920-talet og fram til etter andre verdskrig, var det praktisk talt stopp i utbygginga av psykiatriske institusjonar, sjølv om talet innlagde pasientar auka drastisk i same periode. Sengetalet ved dei eksisterande asyla blei utvida, nokre asyl hadde på det meste nær 900 sengeplassar. Samstundes var det også eit stort, vedvarande overbelegg<sup>4</sup> ved dei fleste statsasyla. Under andre verdskrig blei sinnssjukehusa sterkt nedslitt grunna manglande vedlikehald, og etter krigen nådde overbelegget ein topp på heile 25%. Det var på dette tidspunktet uverdige buforhald på asyla (Hagen & Ruud, 2004, s. 21).

Utover 1900-talet blei stadig nye former for terapi forsøkt i psykiatrien. Det var framleis ei sterk overtyding om at psykiske sjukdommar hadde biologiske årsaker, og behandlingane fokuserte derfor i første omgang på kroppens ytre, deretter mot kroppens indre og til slutt direkte mot hjernen (Haave, 2020). Som følgje av nye former for somatiske behandlingar inntredde ein ny optimisme i asylpsykiatrien i mellomkrigstida. Desse behandlingane var i første rekke sjokkbehandling, hovudsakleg insulinsjokk og elektroshokk (Kringlen, 2007, s. 168). Etter andre verdskrig blei også lobotomi<sup>5</sup> ein utbreidd tvangsinngrep på pasientar som var urolege og utagerande. Lobotomi medførte for mange pasientar høg grad av kjenslemessig og intellektuell sløvheit, og inngrepa hadde høg dødelegheit (Kringlen, 2007, s. 229). Kastrering blei også nytta som tvangsinngrep, med mål om å oppnå rolegare og mindre utagerande pasientar (Haave, 2020). Utover 1950-åra blei bruken av medisinske inngrep i aukande grad kritisert, og inngrepa blei også etterkvart

---

<sup>4</sup> Overbelegg inneber at talet innlagde pasientar overstig kapasiteten på avdelinga.

<sup>5</sup> Medisinsk inngrep kor forbindelsane mellom frontallappen og dei basale delane av hjernen blir kutta av.

overflødige sidan bruken av medikamentell terapi auka. Nye antipsykotiske medikament, førte til store endringar av atmosfærane på dei psykiatriske sjukehusa og gav fleire behandlingmoglegheiter (Hagen & Ruud, 2004, s. 21). Ulike former for psykoanalyse hadde også etterkvart stor innflytelse i det psykiatriske feltet. Norsk psykiatri blei i etterkrigstida påverka av britisk sosialpsykiatri og amerikansk psykoanalyse, resultatet av dette var auka interesse for gruppeterapi, familiepsykiatri og samfunnspsykiatri med trua på miljøets rolle for psykiske lidningar (Kringlen, 2007, s. 261).

1950-åra var på mange måtar sosialdemokratiet sitt høgdepunkt. Framveksten av velferdsstaten medførte sosial utjamning, full sysselsetjing og eit offentleg helsevesen. Problemet med stort overbelegg på dei psykiatriske sjukehusa i dette tiåret, blei delvis løyst ved at ein overførte mange av langtidspasientane til pleieheimar for sinnslidande (Kringlen, 2007, s. 275). I 1961 blei *Sinnsjukelova* frå 1848 avløyst av *Lov om psykisk helsevern*. Ansvar for dei tidlegare statlege psykiatriske sjukehusa blei med dette overført til regionar, - oftast tilsvarande fylke. Innad i kvar region skulle det vera minst eit psykiatrisk sjukehus og ein psykiatrisk klinikkavdeling. Desse psykiatriske klinikkavdelingane blei oppretta som medisinske avdelingar på somatiske sjukehus, og skulle ta hand om pasientar med lettare psykiske vanskar (Hagen & Ruud, 2004, s. 21).

Kombinasjonen av nye medikament og den generelle økonomiske veksten i samfunnet gjorde til at rehabiliteringstiltak blei aktuelle for mange av dei tidlegare kroniske pasientane ved psykiatriske sjukehus. Mange kunne etter kvart tilbakeførast til familie og arbeid, eller til pleieheimar på eit lågare omsorgsnivå. Dei terapeutiske moglegheitene på sjukehusa blei forbetra, og avstanden mellom psykiatrien og resten av omverda minska. Dette var også ei utvikling som fekk brei fagleg og ideologisk støtte (Hagen & Ruud, 2004, s. 21).

## **2.4 1960-1990: Antipsykiatri og nedbygging**

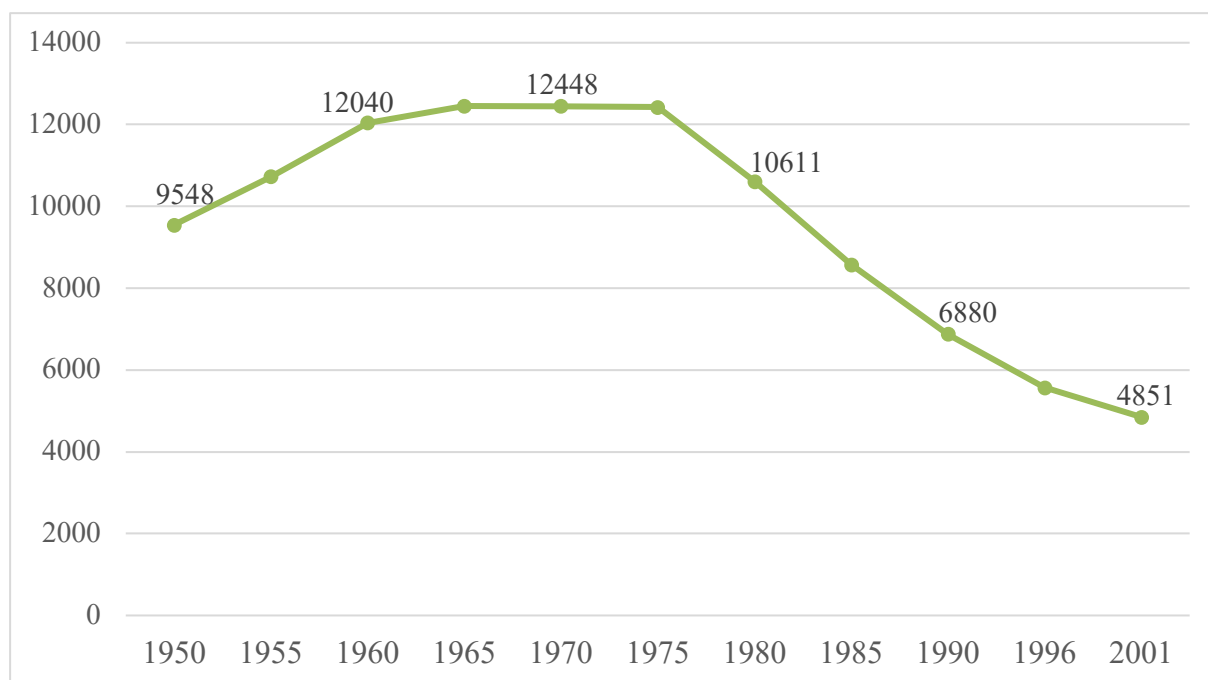
Sosialvitskapleg forskning kartla på 50- og 60-talet dei negative effektane av langvarige institusjonsopphald, blant anna var eit hovudpoeng at pasienten gjennom sosiale prosessar i sjukehusmiljøet blei stadig mindre i stand til, og motivert for, å vende tilbake til det sosiale livet utanfor institusjonane (Hagen & Ruud, 2004, s. 21). Dette blei eit kjernepunkt i *antipsykiatrien*, ein bevegelse som skulle vise seg å få stor innverknad på korleis psykiatrien, både i og utanfor Norge, skulle strukturast. Antipsykiatrien hadde sitt utspring i USA og Storbritannia på 1960-talet. Bevegelsen betrakta den tradisjonelle psykiatrien som eit ledd i samfunnets undertrykking av menneske med avvikande åtferd. Noko av motrørsla kom frå

psykiatrien sjølv, med stemmer som Thomas Szasz, Ronald Laing, David Cooper og Franco Basaglia som utfordra etablerte idear og praksisar innanfor disiplinen. Men antipsykiatrien bestod av fleire strøymingar, og hadde også rotfeste i fagdisiplinar innanfor humaniora og samfunnsvitskap. Michel Foucault og Erving Goffman<sup>6</sup> var sentrale i å vektlegge maktmisbruken som tok stad innanfor dei psykiatriske institusjonane, samt korleis psykiatrien sjukleggjorde sosiale avvik (Kringlen, 2007, s. 338). I Norge hadde ein antipsykiatriske innlegg i media til langt inn i 1990-åra. Særleg aktive i debatten var Institutt for kriminologi ved Universitetet i Oslo, med namn som Wenche Blomberg, Joar Tranøy og Nils Christie (Kringlen, 2007, s. 340).

Grunnane for å skalere ned dei tradisjonelle psykiatriske institusjonane var mange og komplekse. Kombinasjonen av auka bruk av psykofarmaka, framveksten av velferdsstaten, auka fokus på pasientane sine rettigheter og antipsykiatrirørsla sin kritikk av dei totale institusjonane, førte til at strukturen innanfor psykisk helsevern endra seg – både globalt og i Norge (Pedersen & Kolstad, 2009, s. 3). Mellom 1965 og 1975 blei sjukehuspopulasjonen i USA redusert med heile 59%. Nedbygginga av dei store psykiatriske sjukehusa skjedde også i Norge, talet døgnplassar i psykiatriske institusjonar nådde her sitt toppunkt i 1973 (Kringlen, 2007, s. 409). Etter dette starta den gradvise nedbygginga av tradisjonelle institusjonsplassar og klinikkavdelingar på somatiske sjukehus, og psykiatriske poliklinikkar fekk større betydning. Denne prosessen blir omtala som «den tause reformen» ettersom desse endringane skjedde utan ein samla nasjonal plan (Ramsdal, 2021, s. 69). Nedbygginga av døgnplassar i psykiatrien var mest drastisk i åra 1979 til 1984, i denne perioden var det ein årleg reduksjon på nesten 500 døgnplassar. Taktene på nedbygginga bremsa noko på siste del av 80-talet og byrjinga av 90-talet, men talet på institusjonsplassar blei framleis redusert som vist i *Figur 1*. Samstundes auka også talet på korttidspasientar i psykiatrien. Pasientar med opphaldstid på over 6 månader blei betydeleg redusert i på første del av 90-talet, noko som hovudsakeleg skuldast at pasientar med lange samanhengande opphald blei overført til andre instansar. Det var altså ei omlegging av drifta på sjukehusa, frå oppbevaring til spesialistbehandling (Hagen & Ruud, 2004, s. 24).

---

<sup>6</sup> Meir om Foucault, Goffman og andre stemmer i antipsykiatrien i kapittel 3.1.



**Figur 1:** Gjennomsnittleg belegg av heildøgns pasientar i vaksenpsykiatrien, 1950-2001<sup>7</sup>

## 2.5 1990-2000: Reformering av psykisk helsevern

På byrjinga av 1990-åra, førte den omfattande nedbygginga av sengeinstitusjonane til ein motreaksjon med aukande kritikk av tilbodet psykiatriske pasientar hadde fått (Ramsdal, 2021, s. 69). Dei helsepolitiske målsetjingane som la føringar for utviklinga av psykiatritilbodet utover 1990-talet og som var rammene for utviklinga av dei psykiatriske spesialisthelsetenestene i tiåra framover blei formulert i fleire sentrale offentlege dokument.

I St.meld. nr.41 (1987-88) *Nasjonal helseplan* blei kommunane sitt ansvar for befolkninga si helse vektlagt. Spesialisthelsetenesta, som då var eit fylkeskommunalt ansvar, skulle stå for spesialiserte helsetenester, samt bistå kommunane ved å gi råd og rettleiing til personell tilsett i kommunane. Ein forutsetning for å kunne overføra pasientane til kommunane og byggja ned institusjonsplassane i spesialisthelsetenesta, var eit tilstrekkeleg godt poliklinisk tilbod.

Dårleg poliklinisk kapasitet blei likevel i *Nasjonal helseplan* vektlagt som ei av hovudutfordringane i vaksenpsykiatrien (Vold, 2002, s. 99). Dei helsepolitiske målsetjingane formulert i *Nasjonal helseplan* blei utdjupa i St.meld. nr.50 (1993-94) *Samarbeid og styring*. I denne stortingsmeldinga blei det fokusert på at psykiatrien hadde behov for styrking.

Organiseringa av tilboda til personar med psykiske lidingar blei også teke opp, der fokuset

<sup>7</sup> Tall henta frå Hagen og Ruud (2004, s.22)

særskild var på arbeidsdelinga mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta ovanfor psykiatriske langtidspasientar. Det blei advart mot ei for rask nedbygging av institusjonsplassar og framheva at kommunane måtte ha ressursar til å ta på seg dei auka oppgåvene som følgje av institusjonsnedbygging.

Rundt tusenårsskiftet blei tilbodet til menneske med psykiske lidingar ytterlegare ein del av den offentlege dagsordenen, med St.meld. nr. 25 *Åpenhet og helhet* (1996-97) som var den første stortingsmeldinga som i sin heilheit var via til psykisk helsevern. Det var tverrpolitisk einigheit om at nedbygginga av institusjonspsykiatrien hadde skapt ei knappheit i tenestetilbodet, at hjelpeapparatet var for oppstykket og ein ynskja ei betre samordning av mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Det blei i denne meldinga formulert at det hadde vore «svikt i alle ledd», ein krisedefinisjon som legitimerte sterk opprusting av tenestene på feltet (Ramsdal, 2021, s. 69). Denne stortingsmeldinga implementerte også ideen om utbygging av lokale behandlingsskjeder, nemleg ved utbygginga av distriktpsikiatriske sentre (DPS). DPS'ane skulle ivareta tenester som poliklinikk, døgnavdelingar, samt rådgiving ovanfor kommunale tenester. Intensjonen var at DPS'ane skulle overta mange av dei allmenn-psykiatriske behandlingssoppgåvene som dei store psykiatriske institusjonane tidlegare hadde hatt (Hagen & Ruud, 2004, s. 27).

Stortingsmelding 25 blei etterfølgt av *Opptrappingsplan for psykisk helse* (St.prp. nr.63 (1997-98)). Måla for opptrappingsplanen blei formulert som å styrke alle ledd i tiltakskjeda for å skape eit heilskapleg behandlingssnettverk der brukarperspektivet skulle stå i fokus (St.prp. nr.63 (1997-98), s. 6). Satsinga konkretiserte dette i tre punkt ved å: 1) auka det totale tilbodet av tiltak og tenester både i spesialisthelsetenesta og i kommunane, 2) sikra at brukarane sine synspunkt og interesser blei ivaretekne og 3) utforma tiltak slik at dei framstod som ei heilheitleg behandlingsskjede (Ramsdal, 2021, s. 70). I opptrappingsplanen gjekk ein inn for å oppretthalde talet døgnplassar innan psykisk helsevern på gjeldande nivå.

*Åpenhet og helhet* (St.meld. nr.25 (1996–97)) og *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (St.prp. nr.63 (1997-98)) sette på mange måtar rammene for utviklinga av psykiske helse- og omsorgstenester utover 2000-talet, samstundes som dei også representerte ei haldningsendring ovanfor psykiatriske pasientar. Auka openheit og mindre stigma rundt psykisk lidning var sentralt i begge desse dokumenta, og det blei lagt vekt på brukarmedverknad. Frå tusenårsskiftet og fram mot i dag har det vore eit fokus på å inkludere brukarar av psykisk helsevern i planlegging, utforming av tenestene. Overordna indikerer

ikkje berre dette ei haldningsendring frå statleg hald, men det har også vore ein visjon om haldningsendring i befolkninga, for å motverke stigma og diskriminering ovanfor personar med psykisk sjukdom.

Ved årtusen-skiftet tredde også fleire nye lover i kraft, som også var med på å endre strukturen på psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven (1999) avløyste Lov om psykisk helsevern frå 1961. Den nye lova hadde mange likskapstrekk med den gamle, men skil seg ved at kriteria for bruk av makt og tvang ovanfor pasientar vart strengare. Pasientane fekk meir innflytelse på eigen sjukdomsprosess med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Brukarmedverknad vart no lovfesta og fritt sjukehusval blei innført.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) gav dei regionale helseføretaka ansvaret for spesialisthelsetenestene og slo fast kva desse tenestene skulle bestå av. Denne lova blei utforma for å gi eit likeverdig, kvalitetsmessig forsvarleg og kostnadseffektivt tenestetilbod til innbyggjarar over heile landet. Helsepersonelloven (1999) hadde som formål å bidra til sikkerheit og kvalitet i helsetenesta, ved å stille krav til helsepersonell si utøving av yrket i form av mellom anna teieplikt, meldeplikt, dokumentasjonsplikt og autorisasjon.

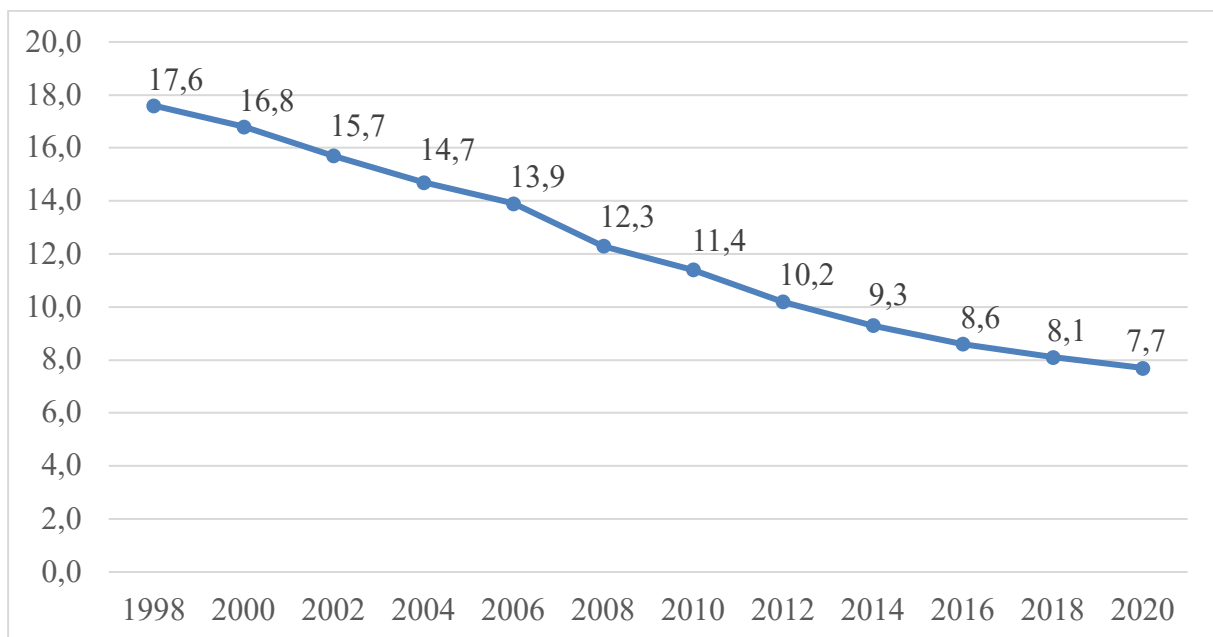
## **2.6 2000- 2010: Sjukehusreform og samhandlingsreform**

Det marknadsliberalistiske tankesettet *New Public Management* (NPM) blei på starten av 2000-talet gjennomgåande i helsepolitikken, og endra måten offentleg forvaltning var organisert på. Fritt sjukehusval som kom med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), var eit av verkemiddela som var inspirert av NPM. Fritt sjukehusval skulle føra til auka ressursutnytting og kostnadseffektivitet grunna færre pasientar i kø, men det skulle også auka konkurransen mellom sjukehusa (NOU 2003: 19). På starten av 2000-talet blei Sjukehusreformen (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)), med den tilhøyrande Helseforetaksloven (2001) innført. Helseforetaksloven slo landets omlag 250 sjukehus og helseinstitusjonar saman til 33 lokale helseføretak, som igjen blei underlagt fem regionale helseføretak<sup>8</sup>. Helseføretaka har eiga handlingsevne, både rettsleg og økonomisk, og har arbeidsgivaransvar for sine tilsette. Helseføretaka er underlagt staten, så med Helseforetaksloven blei eigarskapet for spesialisthelsetenesta overført frå fylkeskommunen til staten.

---

<sup>8</sup> I 2007 blei Helse Øst og Helse Sør slått saman til Helse Sør-Øst, det er då i dag fire regionale helseføretak.

Målet frå opptrappingsplanen (St.prp. nr.63 (1997-98)) om å oppretthalde døgnplassar innan psykisk helsevern på gjeldande nivå blei ikkje oppretthaldd (Forskningsrådet, 2009, s. 40). Kombinert med befolkningsvekst resulterte dette i ein betydeleg lågare dekningsgrad av døgnplassar i spesialisthelsetenesta, som vist i *Figur 2*. Dette på trass av at det ikkje er noko som indikerer at talet på psykisk sjuke har gått ned. I tillegg til at dekningsgraden har blitt betydeleg mykje lågare, hadde gjennomsnittleg liggetid i psykisk helsevern ein nedgang på over 30% i perioden 2009-2018, frå henholdsvis 27 gjennomsnittlege liggedøgn i 2009, til 18 gjennomsnittlege liggedøgn i 2018 (SSB, 2019).



**Figur 2:** Dekningsgrad for døgnplassar i spesialisthelsetenesta, per 10 000 innbyggjar<sup>9</sup>

I evalueringa av opptrappingsplanen kom det fram at måla om opptrapping i stor grad var nådd når det gjaldt styrking av infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunane, og auka døgnkapasitet ved DPS'ane. Brukarmedverknad hadde fått ein langt meir sentral plass i planperioden, men det var framleis store utfordringar på dette området. Evalueringa viste også at graden av samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta varierte stort mellom kommunane, og at det generelt var lite samarbeid på tvers av kommunegrensene (Forskningsrådet, 2009, s. 10). Betra samhandling mellom tenestene og ytterlegare auka

<sup>9</sup> Tal henta frå Helsedirektoratet (2021)

brukarmedverknad blei derfor fokuset i det nye rådande styringsdokumentet innanfor helsesektoren, nemleg *Samhandlingsreformen*.

Bakgrunnen for innføringa av *Samhandlingsreformen* (St.meld. nr.47 (2008-2009)) var at dei offentlege helsetenestene hadde blitt for fragmenterte og var i ferd med å bli for kostbare. Eit overordna mål med reformen var å utvikla meir heilskaplege og koordinerte helse- og omsorgstenester, med eit større fokus på førebyggjande verksemd. Reformen la vekt på at talet innleggingar i spesialisthelsetenesta kunne reduserast ved førebyggjande verksemd i kommunane. Det var også eit mål at pasientar som hadde behov for innleggelse i spesialisthelsetenesta, skulle overførast tilbake til kommunen så raskt som mogleg etter avslutta behandling (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 13).

Samhandlingsreformen inneheld eit breitt sett med rettslege, økonomiske, faglege og organisatoriske verkemiddel med formål om å betra samhandlinga mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Med reformen fekk kommunane ei ny rolle, ved at pasientforløpet i størst mogleg grad skulle ta stad i kommunale tenester, medan spesialisthelsetenesta skulle utviklast til å i størst mogleg grad bruke sin spesialiserte kompetanse. Det blei etablert økonomiske insentiv for denne ønska oppgåvedelinga. Samhandlingsreformen innførte kommunal medfinansiering for somatiske innleggingar i spesialisthelsetenesta, samt kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 15). Sistnemnde blei også utvida til å gjelde for psykisk helsevern i 2019, med Forskrift om kommunal betaling (2011). Dette skulle gi kommunane incentiv til å drive førebyggjande verksemd for innbyggjarane si psykiske helse for å hindra unødvendige innleggingar i spesialisthelsetenesta, samt organisere gode tilbod i kommunane for pasientar som var ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta.

I samhandlingsreformen er det presisert at det er pasienten sine behov som er utgangspunktet for eksistensen av tenester innanfor helse- og omsorgssektoren. Det er derfor eit mål at pasientar skal møte ei heilskapleg helseteneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og som ivaretek god behandlingkvalitet, uavhengig av kven som er ansvarlege for dei enkelte deltenestene (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 47). Dette er særleg viktig i pasientsaker der pasienten har eit langvarig sjukdomsbilete og samansette behov, som jo er tilfellet for mange pasientar med psykiske lidingar og rusmiddelavhengigheit. God samhandling mellom tenestene er ein forutsetning for ein eit heilskapleg behandlingløp, og for at overgangen mellom ulike tenester skal vere så lite problematisk som mogleg. Ved dårleg samhandling er



det pasienten som blir den tapande part (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 47). Det er også eit eksplisitt mål i samhandlingsreforma at pasienten skal vera i sentrum gjennom heile pasientforløpet (Forskningsrådet, 2016, s. 6; St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 21).

Samhandlingsreforma rettar merksemd mot at tett oppfølging, og passande tenester og tilbod ute i kommunane, er avgjerande for verdien pasienten vil ha av behandlinga som blir gitt i spesialisthelsetenesta. Til dømes vil ein pasient som har store utfordringar med rus, etter ein langvarig rusbehandling i spesialisthelsetenesta vere avhengig av eit parat og heilskapleg tilbod i kommunen, som inneber alt frå praktisk bistand, bustad, dagaktivitetar og nødvendige helsetenester, for å kunne forbli rusfri. Reforma vektlegg også god samhandling mellom instansar innanfor andre sektorar, som til dømes NAV. Forholdet mellom helsetenester og arbeidsretta tenester er viktig og har behov for koordinering, både i overgangen frå sjukdom til arbeid, men også for å tilretteleggje for bruk av helsetenester parallelt med arbeid (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 22). Samhandlingsreforma hadde særleg tre verkemiddel som blei sett på som sentrale for å nå målet om heilskaplege og koordinerte tenester: 1) samarbeidsavtaler mellom kommunane og helseføretaka, 2) utvikling av gode modellar for samanhengande pasientforløp basert på brukarerfaringar og 3) auka bruk av IKT-baserte informasjonskanalar mellom aktørane (Forskningsrådet, 2016, s. 7).

## **2.7 2010-2024: Implikasjonar av samhandlingsreforma**

Evalueringa som blei gjort av samhandlingsreforma i 2016, fann at samarbeidet mellom kommunar og helseføretak generelt var godt og konstruktivt, men at dei samarbeidsavtalane som blei innført med samhandlingsreforma ikkje hadde bidrege til nokre vesentlege endringar i opplevd samarbeid mellom første- og andrelinjetenestene. Kommunane opplevde ikkje eit endra styrkeforhold, eller auka likeverd i forhandlingar og samarbeid, noko som blir forklart med at sjukehuslegane framleis har definisjonsmakta. Vidare viste evalueringa at pasientfokus og brukarmedverknad i liten grad hadde hatt betydning i utarbeidinga av avtalene og modellane for samanhengande pasientforløp, men at økonomi og organisering har hatt ein høgare prioritet. Det kom også fram at dei økonomiske verkemidla i reforma, som blant anna kommunalt betalingsansvaret for utskrivingsklare pasientar, hadde hatt signifikante styringseffektar – både tilsikta og utilsikta. Liggetida på sjukehus hadde gått kraftig ned, noko som var eit sentralt mål med reforma, men samstundes hadde talet på innleggelsar auka kraftig, noko som ikkje var tilsikta (Forskningsrådet, 2016, s. 6). Evalueringa trakk fram element i sjølve samhandlingsreforma som motverka heilskaplege pasientforløp, til dømes

oppstykkja opphald på korttidsavdelingar og forsterka fokus på intensivbehandling framfor førebyggjande behandling, både i helseføretaka og i kommunane. Når det gjaldt IKT hadde nesten alle kommunar i utgangen av 2015 teke i bruk digitale pleie- og omsorgsmeldingar (PLO), noko som har bidrege til betra pasientsikkerheit, informasjonskvalitet og oversikt over pasientstraumar (Forskningsrådet, 2016, s. 6-7).

Samhandlingsreformen la altså til grunn at kommunane skulle ta eit større ansvar for behandling og oppfølging av pasientar, også innanfor psykisk helse og rus. I stortingsmeldinga *Fremtidens primærhelseteneste – nærhet og helhet* (Meld. St.26 (2014-2015)) grunn gav regjeringa det auka kommunale ansvaret for alvorleg psykisk sjuke med målet om at ingen menneske skal leve liva sine i spesialisthelsetenesta. I stortingsmeldinga er regjeringa opne om at overgangen frå langtids døgnbehandling til poliklinisk behandling i spesialisthelsetenesta, har medført at ein stor andel alvorleg psykisk sjuke menneske har blitt flytta ut i kommunane, noko som inneber store utfordringar for kommunehelsetenesta. Men dei framhevar samstundes at denne utviklinga er ynskja og riktig sett frå eit fagleg, etisk og økonomisk perspektiv. Moglegheita for tilfrisking og ivaretaking av personleg integritet er størst dersom brukaren bur i sin heimkommune og er omgitt av sitt nettverk (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114). Det blir likevel erkjent at dette inneber utfordringar for kommunane. At talet pasientar i psykisk helsevern har auka samstundes med at talet døgnplassar i spesialisthelsetenesta er redusert, inneber eit større behov for kommunale tenester for personar med psykisk helse- og rusproblematikk. Dette blir synleg ved at ein stadig større del av personellressursane i kommunane brukast inn mot tenester i bustad, framfor til dømes førebyggjande arbeid (Meld. St.26 (2014-2015), s. 115). Nødvendig kapasitet og kompetanse i kommunane er også ein forutsetning for å redusera risikoen for at brukaren sjølv, pårørande, tilsette i tenestene eller andre i brukarens nærmiljø blir utsett for skade. Ein sentral nøkkel for å auke brukarane sin moglegheit for tilfrisking er tett samarbeid mellom ulike kommunale tenester og til spesialisthelsetenesta. Ein kan heller ikkje forvente at små kommunar sit på nødvendig spesialistkunnskap, derfor er nært samarbeid med spesialisthelsetenesta særleg nødvendig for at alle landets kommunar skal kunne handtere pasientar med langvarig og alvorleg psykisk sjukdom (Meld. St.26 (2014-2015), s. 116).

Men trass i at det er ei målsetjing frå regjeringa si side at alle kommunar, uavhengig av størrelse og geografisk plassering, skal kunne tilby tenester som dekker alle innbyggjarane i kommunen sine behov, er dette ei utfordring for mange kommunar. I ein rapport utført av SINTEF på oppdrag frå helsedirektoratet kjem det fram at meir enn kvar tredje norske

kommune kjøpte heildøgns bu- og omsorgstenester frå private aktørar i 2015 (Ose & Kaspersen, 2016, s. 147). Særleg er andelen høg i fylker med befolkingsmessig små kommunar, over 60 prosent av kommunane i dei gamle fylka Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Troms kjøpte kommersielle tenester til sine bebuarar. På spørsmål om kva type tenester kommunane kjøpte, oppgjev største delen av kommunane at det var tenester innanfor rus og psykiatri, ofte til brukarar som trengde døgnbemanning. På spørsmål om kvifor dei vel å nytte seg av private tilbydarar, er svara som går igjen at det er ei ny gruppe brukarar med eit nytt hjelpebehov, som kommunane sjølv ikkje klarer å dekke, og at brukarane er sjukare no enn kva dei var tidlagre. Det er ikkje utelukkande små kommunar som har utfordringar med å dekke dei tenestene dei er pålagt, større kommunar som kjøpte private tenester grunn gav dette med at behova for kommunale tenester til rus- og psykiatripasientar har oppstått i eit slikt omfang at kommunane sjølv ikkje klarar å rekruttere personell nok til å kunne yte hjelp på ein forsvarleg måte (Ose & Kaspersen, 2016, s. 143).

Til trass for utstrekt privatisering og konkurranseutsetjing av tenester, står det offentlege framleis som garantist for folk sine rettar, offentleg ansvar og finansiering er bygd inn i den nordiske modellen (NOU 2003: 19, s. 27). Men for å kunne garantere helse- og omsorgstenester av god kvalitet, som er ein grunnleggjande del av å av dei offentlege tenestene som utgjer velferdsstaten, er tilstrekkeleg og kompetent personell avgjerande, både i spesialisthelsetenesta og i kommunane (Meld. St.26 (2014-2015), s. 116; NOU 2023: 4, s. 11). I 2023 kom regjeringa med ein ny og oppdatert *Opptappingsplan for psykisk helse*, (Meld. St.23 (2023–2033)). Også her blir det understreka at kompetent personell er den viktigaste ressursen for å gi trygge og gode tenester til personar med psykiske helseutfordringar, både i kommunane og i spesialisthelsetenesta. Men personell og kompetanse er ei knappheitsgode, som det i dei kommande åra vil bli endå større mangel på, særleg i distrikta (Meld. St.23 (2023–2033), s. 13; NOU 2023: 4, s. 21). I tenestene til personar med psykiske helseutfordringar er det store rekrutteringsutfordringar og fråfall av tilsette. Mange av dei tilsette i offentleg helsevesen går over til private tenester, andre går heilt ut av helse- og omsorgssektoren (Meld. St.23 (2023–2033), s. 13). På sikt er dette ei dramatisk utvikling for omfanget av velferdsstaten og dei offentlege helsetenestene slik me kjenner dei i dag.

Utfordringar med personell i helse- og omsorgstenestene er også noko den offentlege utredninga *Tid for handling* tek føre seg (Meld. St.26 (2014-2015)). Sjølv om ingen andre næringar har auka sysselsetjinga meir enn helsesektoren dei siste tiåra, og at talet på

helsepersonell er tredobla dei siste 50 åra, peikar utredninga på det stadig aukande spriket mellom befolkninga sine forventningar til helsetenestene og moglegheitene som finst til å innfri desse forventningane – det såkalla *helsegapet*. Særleg er utfordringane store i distrikta, der ei spreidd befolkning og store avstandar skapar endå meir personellintensive tenester, og rekruttering av kompetent helsepersonell er krevjande (s. 12). I tiåret som har gått etter samhandlingsreformen tredde i kraft, har veksten vore større i kommunehelsetenesta enn den har vore i spesialisthelsetenesta, utredninga peikar derfor på at innsatsen framover må styrast mot kommunal omsorg for å kunne dekkja behova ute i kommunane. Likevel blir det trekt fram at det ikkje er mogleg å bemanne seg ut av alle dei utfordringane som helse- og omsorgstenestene står ovanfor, bemanningsutviklinga i helsetenesta dei siste åra har ikkje vore berekraftig. Utredninga fokuserer derfor på at hovudprioriteten framover må vere tiltak som legg til rette for best mogleg bruk av dei tilsette sin tid og kompetanse (Meld. St.26 (2014-2015), s. 11-15).

Utfordringar knytt til personell og misforholdet mellom ressursar og behov i helsetenestene, er imidlertid ikkje noko nytt. Allereie i 2003, berre få år etter den første opptrappingsplanen for psykisk helse tredde i verk, kom det også ein offentleg utredning der mellom anna misforholdet mellom tilbod og etterspurnad i helsetenestene blei tematisert. Utredninga *Makt og demokrati* (NOU 2003: 19) tek føre seg forholdet mellom makt og demokrati, blant anna innanfor helse- og omsorgssektoren. Utredninga, som kom eit tiår før samhandlingsreformen tredde i kraft og presset på kommunane auka ytterlegare, trekk fram at ein av dei store utfordringane i den norske velferdsstaten, er at krava til dei kommunale tenestene er større enn dei kommunale ressursane til å tilfredsstille dei. Kommunane si verksemd definerast i hovudsak av staten, samstundes med at staten avgrensar kommunen sine økonomiske rammer (NOU 2003: 19, s. 28). Dette misforholdet mellom tilbod og etterspurnad av tenester, blir møtt med forsøk på offentleg kostnadsreduksjon. Under trykket av knappe budsjett blir kravet om auka velferd møtt med auka effektivitet, noko som inneber permanente krav om omorganisering, rasjonalisering og nye styringsprinsipp. Ein utilsikta biverknad av dette kan vere at det verkar utmattande på dei som jobbar i tenesta, og at det på denne måten bidreg med å forsterke dei effektivitetsproblema som er drivkrafta bak reformarbeidet. Eit resultat er at stadig fleire i helsetenesta føler at dei brukar mykje tid på oppgåver som står fjernt frå det som skulle vera kjernen i arbeidet, nemleg kontakt med pasientane. Misforholdet mellom staten og kommunane parallelforskyvast altså vidare til forholdet mellom kommunale politikarar og dei som jobbar i velferdstenesta si førstelinjeteneste. På denne måten er det dei

som jobbar i direkte pasient- og klientkontakt som føler velferdsstaten sitt dilemma på kroppen, det er dei som kjenner på konsekvensen av misforholdet mellom ambisjonar og ressursar (NOU 2003: 19, s. 28).

Dette dilemmaet blir til ei viss grad absorbert og dempa i velferdsstaten si førstelinje, ved at pasientane møter ein arbeidsstyrke som strekker seg og tærer på sine egne ressursar for å yte best mogleg tenester. Når middela ikkje er tilstrekkelege, og det til ei kvar tid er eit overliggende press om effektivitet og lønnsamheit, er det ansvarsfølelsen og samvittigheita til dei tilsette som gjer til at dei tøyser innsatsen (NOU 2003: 19, s. 28). Dersom personellet i omsorgstenestene ikkje lenger i same grad vil stille sine omsorgsressursar tilgjengelege, og ikkje tøyser innsatsen sin på grunnlag av sin eigen ansvarsfølelse og samvittigheit, vil mykje av grunnlaget for dagens offentlege helsevesen falle saman (NOU 2003: 19, s. 28). Og trass i at kompetent og tilstrekkeleg personell er berebjelken i det norske helsevesenet (NOU 2023: 4, s. 11), manglar helsepersonell innflytelse når velferdsordningane blir omorganisert og rasjonalisert. Det er med andre ord ei yrkesgruppe som sit med eit stadig større ansvar, men som samstundes langt på veg er usynlege i dei sentrale makt-og styringsorgana (NOU 2003: 19, s. 28-29).

### 3 Tidlegare forskning og teoretisk rammeverk

Det er ein lang historisk tradisjon for samfunnsvitenskapleg diskurs kring dei psykiatriske sjukehusa, og spenninga mellom behandling og sosial kontroll i psykiatrien (Norvoll, 2012, s. 428). I dette kapitlet vil dei mest sentrale samfunnsvitenskaplege verka og studiane på psykiatrien bli presentert og gjort greie for. Vidare vil det teoretiske utgangspunktet for oppgåva bli presentert. For å kunne danne eit innblikk i dei mange komplekse situasjonane og utfordringane sjukepleiarane møter i sin arbeidskvardag, blir det empiriske materialet i oppgåva analysert ut frå Michel Foucault sin tolking av makt. Sjukepleiarane sin arbeidskvardag blir også analysert ut frå Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet.

#### 3.1 Psykiatri i samfunnsvitenskapen

Kritikken frå blant anna samfunnsvitenskapen<sup>10</sup>, var noko av utgangspunktet for nye reformar og endringar innanfor psykiatrien. Samfunnsdebatten kring dei psykiatriske sjukehusa var særleg stor i perioden 1950 til 1980. Og medan den medisinske vitenskapen på psykiatrien la vekt på sjukdoms- og behandlingsstudiar, var dei samfunnsvitenskaplege studiane ofte etnografiske studiar som fokuserte på spenninga mellom behandling og kontroll innanfor dei psykiatriske institusjonane (Norvoll, 2007, s. 27). Eg vil her ta føre meg hovudtrekka av det som har prega den samfunnsvitenskaplege debatten om psykiatrien gjennom tidene.

Sosiologen Talcott Parsons var blant dei første som konseptualiserte medisinen som ein institusjon for utøving av sosial kontroll (Conrad, 1992, s. 210). Parsons argumenterte for at det å vera sjuk ikkje berre var ein biologisk tilstand, men at det også var ein sosial rolle. Parsons såg slik på sjukdom som ein form for avvikande åtferd, og at samfunnet ved å gi individ rolla som sjuk, kunne legitimera deira avvikande åtferd frå konsensuelle normer. Men dersom for mange hevda å vera sjuke, ville dette få ein dysfunksjonell innverknad på samfunnet, sjukerollen måtte derfor regulerast. Slik hevdar Parsons at medisinen blei ein institusjon for utøving av sosial kontroll ovanfor menneske med avvikande åtferd (Parsons, 1951).

Utover 1960- og 70-talet blei forståing av psykisk liding i lys av stigma, for alvor ein del av samfunnsdebatten. Den amerikanske sosiologen Howard Becker sitt syn på stigma var mykje

---

<sup>10</sup> Meir om antipsykiatri i kapittel 2.4.

av utgangspunktet for *stemplingsteorien*. Becker såg på avvik som ein konsekvens av ytre merkelappar eller *stigma*, som modifierer individets sjølvoppfatning og endrar måten andre forhold seg to den stigmatiserte personen på. Sentralt i stemplingsteorien er den sjølvoppfyllande profetien, kor ytre stigmatisering av avvikande åtferd forsterkar avvika ytterlegare (Becker, 1963). Denne teorien blei brukt av blant anna sosiologane Erving Goffman (1963) og Thomas Scheff (1966), som rammeverk for å analysere strukturane på psykiatriske institusjonar. I tråd med Parsons sin sjukerolle, ser stemplingsteorien på psykisk sjukdom som ein merkelapp knytt til dei i samfunnet med avvikande åtferd. Og framfor å sjå på symptoma som var karakteristiske for psykisk sjukdom som faktisk sjukdom, argumenterer stemplingsteorien for at symptoma berre er uttrykk for brot på aksepterte sosiale normer, og produkt av situasjonar. Etterkvart som psykiatriske pasientar blei institusjonalisert på psykiatriske sjukehus, og stempla av det øvrige samfunnet som «gale», blei dei også tvinga inn i rollen som psykisk sjuke og som ein del av ei sosialt avvikande gruppe (Kringlen, 2007, s. 338). Goffman kritiserer i sine verk mentalsjukehusa, han argumenterer for at lange institusjonsopphald er med på å gjere pasientane sine haldningar og handlingar mindre gunstige i løpet av sjukehusinnleggelsen. Ved at pasienten går inn i rollen som «den sjuke» under institusjonsopphaldet, blir denne rolla etterkvart ein del av pasienten sin sjølvoppfatning. Rolla som psykisk sjuk er sterkt stigmatisert, både innad på institusjonane og av samfunnet utanfor, og pasientane si sjølvoppfatning forverrast slik i rolla som sjuk. Dette blir ein vond sirkel som medfører at pasientane si allereie avvikande åtferd, blir ytterlegare forsterka, ein prosess Goffman omtalar som *audmjuking av sjølv* (Goffman, 1963; Weinstein, 1983, s. 72).

Nokre år i forvegen hadde også Goffman vore banebrytande med boka *Asylums* (1961). Her introduserer han omgrepet *total institusjon* for å skildre blant anna dei psykiatriske asyla. Omgrepet omfattar institusjonar som kontrollerer alle aspekt av individ sine liv, inkludert deira åtferd, deira identitet og i kor stor grad dei kan vere i kontakt med omverda. Boka utforskar også interaksjonen mellom pasientar og personalet på mentalsjukehusa, og korleis institusjonane påverkar individets sjølvforståing og deira sosiale identitet, noko han tek vidare i *Stigma* (1963). Prosessen kor enkeltmenneske, i dette tilfelle pasientar, internaliserar institusjonelle normer, verdiar og åtferdsmønster, omtalar Goffman som prosessen *institusjonalisering*. Institusjonalisering kan også førekomme i andre ikkje-totale institusjonar, som i familien, på arbeidsplassen eller i utdanningssystemet. Men han argumenterer for at institusjonaliseringsprosessen blir endå meir forsterka i totale

institusjonar, kor individa til ei kvar tid må tilpasse seg dei strenge strukturane og normene som er satt på institusjonen (Goffman, 1961).

Også den franske idehistorikaren og filosofen Michel Foucault har gitt sentrale teoretiske bidrag som belyser spenninga mellom behandling og kontroll i psykiatrien. I *Galskapens historie – i opplysningens tidsalder* (1961) utforskar Foucault utviklinga av «galskap», og korleis personar med psykisk sjukdom har blitt behandla gjennom historia. Foucault vektlegg særleg overgangen til den «moderne» psykiatrien, etter at Pinel si tilnærming til psykisk sjuke med terapi som behandling, revolusjonerte kulturen og normene ved dei store psykiatriske institusjonane (Grue, 2016, s. 105). Men Foucault argumenterer for at Pinel sin nye tilnærming til psykisk sjuke berre representerer ein overgang frå fysisk til psykisk undertrykking av pasientane. Med verkemiddel som ignoranse, audmjuking og stillheit blir heller dei «gale» umyndiggjorde og straffa for sin galskap. Overgangen til «den moderne psykiatrien» erstatta, etter Foucault sitt syn, berre dei fysiske lenkene med psykiske lenker (Foucault, 1961/2008, s. 170-176).

Også i Norge har det vore røyster innanfor samfunnsvitskapen som stilte seg kritiske til dei psykiatriske institusjonane. Yngvar Løchen var på mange måtar den som opna norsk sosiologi mot medisinen. Doktorgradsavhandlinga hans *Idealar og realiteter i et psykiatrisk sykehus* (1965) fekk stor betydning innanfor norsk sosiologi, og Løchen blei ei viktig stemme i debatten rundt norsk psykiatri (Midré, 2022). Avhandlinga er ei analyse av Dikemark psykiatriske sjukehus, kor Løchen skildrar den medisinske tenkinga rundt psykisk sjukdom og spenningsforhaldet mellom korleis rollane til fagpersonane var tenkt å vere og dei praksisane som var realiteten (Pedersen, 2015). Løchen skildrar typiske oppgåver, tankesett, dilemma og spenningar for kvar av dei fire hovudgruppene ved sjukehuset: psykiatarane, psykologane, pleiarane og pasientane. Undervegs i avhandlinga veks det fram ei forståing av det komplekse men skjøre systemet ved sjukehuset. Dikemark var opphavleg eit anstaltprega sjukehus, som gradvis har teke inn over seg moderne innsikter frå psykoanalyse og psykoterapi. Det er eit system fullt av god vilje, men kor det likevel er store spenningar mellom ideologi og system. Realiteten av det folk faktisk gjer står ofte i stor kontrast til ideala. Løchen utviklar omgrepet *den diagnostiske kultur*, som dreiar seg om den mekanismen som kan dempa verknadane av denne kollisjonen mellom realitetane og ideala. Den diagnostiske kultur leitar ikkje etter forklaringar på systemnivå, men ser på konflikten mellom realiteten og ideala utelukkande som individuelle problem. Løchen trekk fram at den diagnostiske kultur fungerer systembevarande, men at den opnar for destruktive veremåtar. Ved å legge eit slør over dei



spenningane som finst på institusjonen, gjer den diagnostiske kulturen til at faglege ideal blir umogleg å realisere (Løchen, 1965; Pedersen, 2015).

Som vist medførte kritikken mot psykiatrien omfattande reformar og nedskalering av dei store psykiatriske sjukehusa. Men i takt med omorganisering av psykiatrien og nedbygging av dei store totale institusjonane frå 1970-talet og framover, blei det også mindre forskning på psykiatrien innanfor samfunnsvitskapen. Den sosiologiske diskusjonen om psykiatrien stilna av på 1980-talet, og sidan har det særleg vore få etnografiske studiar av psykiatriske institusjonar. Det føreligg derfor relativt liten samfunnsvitskapleg kunnskap om kvardagslivet innanfor dagens psykiatriske institusjonar og på kvaliteten av psykiatrisk omsorg etter reformar og omstrukturering (Norvoll, 2007, s. 15; Quirk & Lelliott, 2001, s. 1568). I norsk samanheng finst det likevel studiar gjort i nyare tid på psykiatrien som er særleg sentrale i konteksten av denne studia. Avhandlingane til Reidun Norvoll (2007) og Walter Schönfelder (2007) er begge etnografiske studiar av norsk psykisk helsevern i nyare tid. Det finst også studiar som er gjort konkret på samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunale helsetenester, som har vore relevante i denne samanheng, blant anna Elstad et al. (2013) og Hellesø et al. (2019).

*Det lukkede rom* (Norvoll, 2007) studerer bruk av skjerming i psykiatriske akuttpostar. Gjennom deltakande observasjon og intervju av pasientar, konkluderer Norvoll med at skjermingsmetoden ber preg av både behandling og kontroll. Det romlege aspektet ved institusjonane, altså den fysiske innesperringa på dei psykiatriske institusjonane er noko av det både Goffman og Foucault problematiserer. Pasientane opplever skjerming som fysisk innesperring, noko som bekreftar den strukturelle lukkinga av rommet som sentral for tvangsopplevinga. Norvoll tek med dette del i den gamle diskursen om spenninga mellom psykiatriske sjukehus som aktive behandlingsinstitusjonar eller totale institusjonar med disiplinerande preg. Men i motsetning til kva som har blitt skildra i tidlegare samfunnsvitskaplege debattar, trekk Norvoll fram at pasientane i hennar studie ytrar eit større ønske om behandling og hjelp, og at opphald på lukka institusjon difor ikkje er utelukkande negativt.

*Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid* (2007) omhandlar samarbeidet mellom organisasjonar og profesjonar innanfor psykiatrien. Gjennom intervju av kontaktpersonar til 15 pasientar med ulike psykiske lidingar undersøker Schönfelder korleis pleie- og omsorgspersonalet i psykiske helsetenester opplever samarbeidet mellom

organisatoriske einingar og profesjonar. Undersøkinga konkluderer med at pleie- og omsorgspersonalet bør ha eit langt større autonomt handlingsrom i utforminga av eit samansett og tverrfagleg tenestetilbod. Schönfelder argumenterer også for at dette autonome handlingsrommet bør formulerast både som ein fagleg rettigheit, men at det også bør forpliktast (Schönfelder, 2007). Det er vel verd å merke seg at Schönfelder si avhandling er gjort før samhandlingsreformen, men likevel har den fleire fellestrekk med denne studia ettersom Schönfelder også ser på organisatoriske einingar innanfor psykisk helsearbeid ut frå perspektivet til helsepersonell.

Likskapstrekk til denne studia finst også i Elstad et al. (2013) si studie: *Samhandling mellom et distriktpspsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer*. Gjennom fokusgruppeintervju med ansatte på DPS og i kommunale tenester, utforskar studia kva som kan fremje godt samarbeid på tvers av ulike tenester. Eit sentralt funn er betydninga av å møtast og utveksla kunnskap om kvarandre sine tenestetilbod og faglege tilnærmingar for å fremje samanhengande hjelpetilbod til brukarane. Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta er også temaet i Hellesø et al. (2019) si studie, som set søkelyset på korleis samhandlingsprosessane frå pasienten blir innlagt på sjukehus, har endra seg før, under og etter at samhandlingsreformen blei innført. For å forstå samhandlingsprosessane mellom tenestene, blir omgrepet «integreerte helsetenester» forstått på tre ulike nivå: mikro-, meso- og makronivå. På mikronivå, det individuelle nivået, handlar det om å sørge for at informasjonen om enkeltpasienten er tilgjengeleg for helsepersonellet på ein slik måte at tenestene blir opplevd at dei heng saman. På mesonivå, det organisatoriske nivået, handlar det om å utvikla hensiktsmessige retningslinjer og organisering, altså at nødvendig kompetanse, rollar og ansvar er tydeleg og avklart, slik at tenestene er heilskaplege og at dei sikrar kontinuitet. På makronivå handlar det om å sikra rammer og system for samhandling, til dømes lovverk og sentrale føringar kor myndigheitsforventningane til helsetenesta kjem til uttrykk. Ut frå dette rammeverket er intervju med sjukepleiarar sine oppfatningar og erfaringar med pasientforløp analysert. Studia konkluderer med at det har skjedd endringar i samhandlinga mellom sjukehus og kommunar før, under og etter samhandlingsreformen. Det har vore ein overgang frå papirbasert til digital utveksling av informasjon, men samhandlingsklimaet har også endra karakter. Samhandlingsprosessane i etterkant av samhandlingsreformen har blitt mindre konfliktfulle, men studia framhevar at det framleis er behov for betre avklaring av rollar (Hellesø et al., 2019).

## 3.2 Teoretisk rammeverk

I denne delen vil eg rette fokus mot prosjektet sitt teoretiske rammeverk. Formålet med studia er å få eit innblikk i korleis sjukepleiarane opplever sin arbeidskvardag i tenestene for pasientar med alvorleg psykisk sjukdom. Tilnærminga har i dette prosjektet vore induktiv, teoriane er valt på grunnlag av det empiriske materialet i studia (Tjora, 2021, s. 40). I alle intervjuar var makt og avmakt noko som blei sentralt, og for å kunne danne eit innblikk i sjukepleiarane sine opplevingar, er det derfor nødvendig med ei forståing av maktstrukturar. Det vil derfor her først gjerast greie for Michel Foucault si forståing av makt i moderne samfunn. Vidare blir det gjort greie for Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet, for å danne eit innblikk i korleis dilemma sjukepleiarane opplever å møte i sin arbeidskvardag.

### 3.2.1 Foucault om makt i moderniteten

Dei sosiale, økonomiske og politiske endringane i vestlege samfunn som har teke stad sidan 1500-talet og som indikerer overgangen frå det tradisjonelle til det moderne samfunn, er ofte omtala som *Det moderne prosjekt*. Renessansen, reformasjonen, den vitskaplege revolusjonen og opplysningstida var prosessar som bidrog til framveksten av samfunnsfenomen som kapitalisme, demokrati, individualisering, urbanisering og byråkratisering, for å nemne noko. Samfunnsendringane forma eit nytt tanke sett, som oftast er beteikna som *moderniteten*. Sentralt i moderniteten er trua på mennesket sin fridom – fridom til å utvikla sin eigen personlege individualitet og fridomen til å kunne skape eit betre samfunn (Schaanning, 2019, s. 12). Mange sosiologar har stilt seg kritiske til sider ved moderniteten, Marx kritiserer frammandgjerung, Weber er kritisk til byråkratisering, og Dürkheim til anomi. Men trass dette, har det stort sett vore ei delt oppfatning innanfor sosiologien om at moderniteten djupast sett har handla om frigjerung, opplysning, fornuft og auka respekt for individet. Den som framfor nokon har gått til angrep på denne oppfatninga er Foucault. Sjølv om Foucault ikkje formelt er sosiolog, har hans radikale nytolking av moderniteten utfordra den etablerte sosiologien sitt syn på det moderne samfunn i så stor grad at han har blitt skuledannande innanfor sosiologien (Aakvaag, 2008, s. 303).

Foucault utfordrar førestillinga om fridom som ein del av moderniteten. Heller enn å sjå på individets frigjerung frå tradisjon, religion og tette lokalsamfunn som eit bidrag til individets fridom, er individet i følge Foucault underlagt langt meir omfattande former for intellektuell normalisering og institusjonell disiplinering i moderne samfunn enn kva som var tilfellet i

tradisjonelle samfunn. Slik snur Foucault på oppfatninga av det moderne prosjekt, og hevdar at moderniteten inneber *mindre fridom og meir makt* (Aakvaag, 2008, s. 303).

Foucault er kjend for si tolking av maktomgrepet. Han forstår ikkje omgrepet *makt* som noko institusjonar, apparat eller personar brukar for å underkaste seg andre personar eller grupper. Tvert i mot opplever han slike prosessar som makta sitt endepunkt. Han ser på makt som noko som blir utøvd, som er til stades over alt og i alle sosiale relasjonar. Makta er ikkje ein institusjon, den er ikkje ein struktur, og den er heller ikkje ein styrke som bestemte personar er utstyrt med, den er namnet ein set på ein kompleks strategisk situasjon i eit gitt samfunn (Foucault, 1976/1995, s. 104). Foucault hevdar også at makta ikkje er ei binær konflikt, makta er ikkje to klassar som kjempar mot kvarandre, det er ingen allmenn motsetjing mellom dei som herskar og dei som blir herska over - makta kjem nedanfrå. Styrkeforholda som dannast i alle små mikrorelasjonar, som i familieane eller på arbeidsplassen, gir grobottn for dei store konfliktane og splittingane i samfunnet sine større institusjonar. Dei store maktinstitusjonane er resultatet av desse små maktforholda og blir stadig forsterka av dei. På denne måten argumenterer Foucault for at det ikkje finst noko utanfor makta, og at fullstendig frigjering frå makta derfor heller ikkje er mogleg (Foucault, 1976/1995, s. 105).

Ein rød tråd i Foucault sitt forfattarskap er at synet på moderniteten som frigjering frå makt, er ei myte. Hans syn er at moderniteten, tvert om, omhandlar framveksten av nye og langt meir omfattande og intensive former for makt, enn kva som var tilfelle i dei tradisjonelle samfunna (Aakvaag, 2008, s. 313). Allereie i si doktorgrad frå 1961, *Galskapens historie*, stilte Foucault seg kritisk til maktstrukturane som fann stad i moderniteten. Makt blir vidare eksplisitt eit hovudaspekt i Foucault sine verk, særleg gjennom bøkene *Overvåkning og straff* frå 1975 og i bind 1 av *Seksualitetens historie – Viljen til viten* frå 1976. Utgangspunktet for Foucault sine maktanalyser i desse verka, er at den tradisjonelle sosiale orden har brote saman og at ein moderne orden no er etablert på ruinane av den gamle. Samfunnsendingane som tok stad i vesten i utover 1800-talet, med kraftig befolkningsvekst og urbanisering grunna industrialisering, medførte at den tradisjonelle samfunnsorden braut saman, og ein trengde nye måtar å ordne samfunnet på. I følgje Foucault er det det to former for makt som fyller dette tomrommet i moderniteten: *panoptisk disiplinering* og *biomakt*.

### **3.2.1.1 Panoptisk disiplinering**

I *Overvåkning og straff* (1975) skildrar ikkje berre Foucault fengselets historie, han skildrar her også utbreiinga av ei meir generell normaliseringsmakt – disiplinen. I moderniteten legg

ikkje «øvrigeita» sine undersåttar i lenker for å redusere kreftene deira, men prøver tvert om å kombinere kreftene, slik at dei som heilskap aukast og kan takast betre i bruk. Heller enn at alle underkuast på same måte, skiljast, analyserast og differensierast undersåttane, ei differensiering som held fram heilt til ein får fram den enkelte sine særeigenheiter. Mylderet av menneske, blir slik dressert til eit mangfald av individuelle element, i avskilte små celler blir dei til sjølvstendige einingar. Slik hevdar Foucault at disiplinen fabrikkjer individ, og gjer dei til reiskap for øvrigheita si maktutøving (Foucault, 1975/1999, s. 151). Igjen er det her viktig å ha med seg at Foucault ikkje trur på makt som ein binær konflikt, når han her snakkar om «øvrigheit» er det derfor ikkje utelukkande snakk om dei store statsapparata versus borgarane. Som han seier er makt noko som kjem nedanfrå og som blir utøvd i alle relasjonar, disiplinen er slik ein ressurs som blir brukt av alt og alle (Foucault, 1976/1995, s. 105). Og disiplinen sin suksess skuldast at dei enkle verkemiddela 1) den hierarkiske overvaking, 2) den normaliserande sanksjon og kombinasjonen av dei to: 3) eksaminasjonen (Foucault, 1975/1999, s. 151).

For å kunne halda disiplin, treng ein eit apparat kor mogelegheita for å bli sett utgjer ein maktfaktor. Den hierarkiske overvaking verkar ved at individa blir fordelt og anvist til sin plass, slik at ein lett kan overvaka, vurdera og sanksjonere åtferda til individa. Foucault skildrar korleis sjukehus, fabrikkar og skular skapar disiplin ved å endre inndelinga av rommet på reint fysisk. Arkitektonisk utspelar dette seg ved at meir gjennomsiktige institusjonar erstattar den gamle tanken om innesperring, dei som skal disiplinrast må vera klart synlege. Ein anna viktig del av den hierarkiske overvakinga er disiplin av kroppen. Ved å temma ein i utgangspunktet uregjerleg kropp, kan individa mobiliserast til å bli meir produktive. Som ein del av disiplinen av kroppen, inngår også tidsregimet kroppen blir underlagt. I institusjonane blir tida delt inn i ei rekke små einingar som fyllast med bestemte gjeremål og aktivitetar. Slik tvingast kroppen vekk frå sin naturlege rytme og pressast inn i den rytmen institusjonen har satt som ramme. Disiplinen oppstykkast for å bli meir produktiv, og dei som disiplinrast må bli «bevokta». Denne bevoktinga må gjerast funksjonell, og integrerast dermed i rollane i institusjonen. Men bevoktinga skjer ikkje nødvendigvis berre ovanfrå og ned, voktarane bevoktast også til stadigheit og slik fungerer makta som eit maskineri (Foucault, 1975/1999, s. 152-157).

For at disiplineringa skal fungere er ein avhengig av effektive sanksjonar. Innan alle disiplinære system fungerer eit «indre straffevesen» som tek føre seg dei områda som ikkje blir berørt av formelle lover, men som har eigne lover, særskilde forbod og sanksjonar.

Forsømmingar, regelbrot og avvik blir sanksjonert i institusjonane, og disiplinærstraffa har som formål å redusera avvik, den skal først og fremst vera ein korreksjon. Og i system der disiplinen rår, kan sanksjonane også vera positive. Individa skal læra å lystra, ved at korrekt åtferd blir belønna og avvikande åtferd blir straffa. I ein forstand kan ein slik sei at dei normaliserande sanksjonane bringer fram homogenitet. Men ved at dei gjer det mogeleg å måle avvika, er også sanksjonane individualiserande i form av at dei produserer kunnskap om dei enkelte individa som fastset deira nivå (Foucault, 1975/1999, s. 157-162).

Det siste verkemiddelet i disiplinen er eksamineringa, kor den hierarkiske overvakinga blir forbunde med dei normaliserande sanksjonane. Eksaminering er disiplinen sin kjerne, eksaminasjon gjer individa synlege på ein slik måte at dei kan differensierast og gjerast til gjenstand for sanksjonar. Det er her samanhengen mellom makt og kunnskap blir aller tydlegast. Eksaminasjonen inneber at ein viss form for maktutøving knyttast til ein viss type kunnskap, synlegheita til maktutøvinga blir stikk motsatt. Tradisjonelt sett er det øvrigheita som er synleg let seg beskue, og som legetimerer si makt ved at dei er synlege i maktutøvinga medan dei som er undersattar kan stå i skuggen. Men den disiplinære makt blir derimot utøvd ved at «øvregheta» gjer seg usynleg, og til gjengjeld tvingar dei som underkuast til å vere prinsipielt synlege (Foucault, 1975/1999, s. 162-168).

For å bevege seg frå denne institusjonsanalysen til ein breiare samtidsdiagnose, brukar Foucault, Jeremy Bentham sin arkitektoniske skikkelse *panoptikon*. Panoptikon, som tyder «sjå alt» er eit fengsel konstruert på ein slik måte at fengselets arkitektur sikrar ein konstant og anonym overvaking av dei innsette. Arkitekturen på panoptikon er eit tårn i midten, kor fangevoktrane held oversyn over fengselscellene, som ligg i ring rundt tårnet. Slik kan ikkje fangane sjå om dei blir overvaka frå tårnet, men den konstante kjensla av å potensielt bli utsett for overvaking, skapar sjølvdisiplinerande fangar (Villadsen, 2020, s. 447). Den arkitektoniske modellen av panoptikon blei aldri bygd i sin reine form, men for Foucault var det eit biletleg og paradigmatiske uttrykk for disiplinen som blei utvikla i moderne samfunn: individet skal alltid vere, og vite at det er synleg – slik fungerer makta automatisk (Foucault, 1975/1999, s. 175). Gjennom hierarkisk overvaking, normaliserande sanksjonar og eksaminering dannar disiplinen detaljerte kriterium for kva det vil sei å vere ein flink elev, ein effektivt arbeider eller ein god pasient. Det samla resultatet av «den panoptiske drillen» er det Foucault omtalar som ein «føyelig» kropp som har mista sin naturlege rytme og spontanitet, slik blir individualiteten fabrikkert og kan effektivt mobiliserast som produktivitetskraft (Foucault, 1975/1999, s. 169).

### 3.2.1.2 Biomakt

I bind 1 av *Seksualitetens historie – Viljen til viten* (1976), tek Foucault for seg den andre hovudforma av makt som opprettheld samfunnsorden i moderniteten, nemleg *biomakta*. Den panoptiske disiplineringsmakta skapar orden innad i enkeltinstitusjonane, innanfor arbeidsplassen, på det psykiatriske hospitalet, i militærleiren osv. Men disiplinering aleine er ikkje aleine vere svaret på korleis menneske i moderne samfunn integrerast i sin heilheit, på nasjonalt og globalt nivå er det i følgje Foucault er det her biomakt som er uttrykket for makta

I tradisjonelle samfunn har retten til liv og død vore ei av herskarmakta sine karakteristiske privilegium. I moderne samfunn er retten til liv og død mykje meir avgrensa, makta herskaren utøver ovanfor sine undersåttar er ikkje lengre absolutt og ubetinga. Dersom staten er trua av ytre fiendar, kan herskaren riktignok gå til krig og forlange av sine undersåttar at dei skal ta del i forsvaret av staten. Slik kan herskaren sette deira liv i fare, og utøver i den forstand rett over deira liv og død. Men dersom hans undersåttar set seg direkte opp mot herskaren, har han ikkje lenger myndigheit til å drepe dei, slik er ikkje retten over liv og død lengre eit absolutt privilegium i moderne statar (Foucault, 1976/1995, s. 147). Derimot argumenterer Foucault for at herskarmakta i moderne samfunn, framfor å sitje på makt over døden, set på makt over *livet*. Herskarmakta tek på seg å forvalte, auke, mangfaldiggjere og foreta nøyaktige reguleringar og kontrollar av livet til sine borgarar (Foucault, 1976/1995, s. 147).

Makta over livet voks fram i det 1800-talet under to konkrete hovudformer: *disiplinering* og *biomakt*. Desse to står ikkje i motsetning til kvarandre, men er snarare forbunde til kvarandre gjennom eit heilt mellomliggande knippe av relasjonar. Den første, disiplinen, dreia seg som nemnt om disiplinen av kroppen. Den konsentrerer seg om å sjå på kroppen frå eit mekanisk synspunkt: dressur, auke av særigne ferdigheiter, utvinning av krefter og auka føyelegheit er maktformene som karakteriserer disiplinen av menneskekroppens anatomi. Og på midten av 1800-talet voks i følgje Foucault den andre forma for makta over livet fram, som konsentrerer seg om kroppen sine biologiske prosessar. Biologiske prosessar som forplantning, fødsel, levealder, levetid og alle omstendigheiter som kan få dette til å variere, blei teke hand om av ei rekke inngrep og regulerande kontrollformer: *bio-politikk* (Foucault, 1976/1995, s. 152).

Biomakta er i følgje Foucault eit uunnverleg element i utviklinga av kapitalismen i vesten, i det ein innførte kroppane i produksjonsapparatet på ein kontrollert måte, tilpassa ein og endringane i befolkningsauken til dei økonomiske prosessane. Men kapitalismen krevja meir enn dette, og det var behov for fleire krefter som var anvendbare og føyelege. Utviklinga av

statsapparata som maktinstitusjonar sikra oppretthaldinga av produksjonsfaktorar, og var understøtta av maktteknikkar med utgangspunkt i disiplin og biopolitikk. Dette var ikkje første gang at det blei oppretta kontakt mellom livet og historia, men kunnskapsutvikling om livet generelt bidrog til at ein kunne få kontroll over nokon av dødens mest overhengande farer (Foucault, 1976/1995, s. 154). For å kunne utøve si biomakt på ein effektiv måte treng staten kunnskap om befolkninga. Denne kunnskapen dannast i samfunnets institusjonar, ved at profesjonar, som til dømes ved at lærarar i skulesystemet produserer kunnskap om feil og manglar innad i institusjonen . Vidare fangar staten opp denne kunnskapen og utviklar løysningsforslag som blir implementert i institusjonane. Staten sin koordinerte bruk av kunnskap og makt i institusjonane er slik kjernen i biomakta sitt styringskretsløp (Aakvaag, 2008, s. 318).

Foucault argumenterer slik for at makta i moderniteten samansett av disiplinering av kroppen og regulering av befolkninga. Makta over døden er ikkje lenger grunnleggjande slik den var i dei tradisjonelle samfunna, derimot er makta si oppgåve i moderniteten å omfamne livet frå start til slutt. Medan disiplineringa er anatomisk, verkar individualiserande og rettar seg mot kroppens ytingar, er biomakta biologisk og retta mot livets prosessar. Det som gir makta adgang til kroppen er ikkje trusselen av død, men ivaretakingen av livet (Foucault, 1976/1995, s. 152).

### **3.2.1.3 Makt og individualisering**

Individet er ein vedvarande interesse for Foucault. Han ser på individet som betinga av historia. I moderniteten er individa *avnaturalisert*, ettersom dei er eit produkt av tenkemåtar og institusjonar som har oppstått i moderne samfunn (Aakvaag, 2008, s. 320). Slik påstår altså Foucault at disiplinen fabrikkjer individ, og gjer dei til reiskap for øvrigheita si maktutøving (Foucault, 1975/1999, s. 151). Men som han understrekar har ikkje berre disiplineringa ein undertrykkande effekt, den er også produktiv. Makta bringer fram emneområde og sanningsritual som individet og individkunnskapen spring ut frå. Foucault finn særleg tre koplingar mellom individet og makta: isolering, objektivisering og subjektivisering (Aakvaag, 2008, s. 320)

Gjennom fysisk isolering blir flokken oppløyst i dei panoptiske institusjonane. Det som tidlegare var sosiale grupper, blir oppløyst til ei samling av isolerte individ som er avgrensa frå kvarandre i fysisk forstand. I det panoptiske fengselet er kvar fange fysisk isolert i si eiga celle, og i dei panoptiske institusjonane er til dømes pasienten isolert på sitt rom og



arbeidaren isolert til sine arbeidsoppgåver. For det andre blir det i dei panoptiske institusjonane, gjennom overvåkings- og eksamineringspraksis produsert ei mengde kunnskap om den enkelte. Individua blir objektivisert, i den forstand at dei blir objekt for eit granskande blikk som observerer registrerer og undersøker. På psykiatriske institusjonar skjer dette ved at åtferda, sjukdommen og tilfriskinga til pasientane journalført, og i aukande grad blir pasientane objekt for kunnskap for sjukepleiarane, legane og psykiaterane. Individua blir klassifisert og dei vegast opp mot kvarandre. Men denne objektiviseringa medfører også at kvart individ får sin særeigne historie som skil dei frå andre. Slik konstruerer individet seg sjølv som subjekt, og skil seg frå andre (Schaanning, 1993, s. 233-234).

#### **3.2.1.4 Kritikk av Foucault**

Noko av grunnen Foucault si sterke gjennomslagskraft i sosiologien, er at hans omveltande syn på mange av dei etablerte sanningane på feltet, kanskje særleg det dystre bildet han teiknar av moderniteten. Men dette er også noko av det Foucault blitt kritisert for. I skildringane av maktstrukturane i moderne samfunn, er moderniteten i Foucault sine verk nærmast einsbetydande med overvaking og kontroll, kritikken går på at andre positive element ved moderniteten, som til dømes menneskerettar og demokrati, ikkje kjem til sin rett i hans verk. Kritikken av det eindimensjonale og dystre synet på moderniteten, rettast også mot forståinga av individet. Ved å påstå at disiplinen fabrikkjerer individ i moderniteten, gjennom dressur, føyelegheit og sosial kontroll i moderniteten sine institusjonar (Foucault, 1975/1999, s. 151), har Foucault i følge Aakvaag utvikla ei tilnærma aktørlaus samfunnsforståing. Det frie, fornuftige og kreative mennesket blir i Foucault sine verk erstatta med det føyelege mennesket, som er totalt underlagt maktstrukturar. Hans einsidige syne på moderniteten kan forsvarast med eit ynskje om å vera ei motstemme til det positive synet på det moderne prosjekt, som var normen i intellektuelle kretsar. Likevel kan det ikkje seiast at Foucault sine analysar aleine dannar eit nyansert bilete av moderniteten (Aakvaag, 2008, s. 325).

Det kan også stillast spørsmål ved relevansen av å nytta Foucault sine analysar for å forstå vår tids modernitet. Det kan argumenterast for at hans analysar først og fremst er treffande for industrisamfunnet, ettersom han skildrar den sosiale kontrollen innanfor tydelege institusjonar, og strukturen i den «nye» moderniteten flatare og inneber meir individuell fridom innanfor institusjonar som arbeidslivet, helsevesenet, familien (Aakvaag, 2008, s. 326). Likevel vil er det element ved vår tids modernitet som kan forståast ut frå Foucault sine analysar, noko eg vil argumentere for ytterlegare i analysen og diskusjonen.

### 3.2.2 Lipsky om bakkebyråkratiet

Eit anna teoretisk rammeverk eg finn fruktbart for å kunne gi ei analyse av arbeidskvardagen til sjukepleiarane i psykisk helsevern, er den amerikanske statsvitaren Michael Lipsky sin teori om *bakkebyråkratiet*. I boka *Street-level Bureaucracy – Dilemmas of the individual in public services* (1980) analyserer Lipsky korleis velferdsstaten sine frontlinjearbeidarar opplever motstridande krav i sin arbeidskvardag. Lipsky brukar omgrepet «bakkebyråkrat» som ein fellesbeteignelse på alle som jobbar i direkte ansikt-til-ansikt kontakt med brukarar av offentlege tenester. Ut frå denne definisjonen, vil sjukepleiarar som til dagleg er i pasientkontakt kunne ansjåast som bakkebyråkratar, og dei dilemmaa dei opplever i sin arbeidskvardag vil kunne forståast ut frå Lipsky sine analysar.

Lipsky ser på forvaltninga av offentleg politikk frå eit «bottom-up» perspektiv, han ser på bakkebyråkratane som handlande individ innanfor ein spesifikk og strukturelt definert kontekst. Han ser på det som skjer i førstelinja i det offentlege forvaltningssystemet, og erfarer at bakkebyråkratane si verkelegheit er langt frå det byråkratiske idealet om at forvaltninga skal vere isolert frå personlege avgjersler. Lipsky hevdar at den offentlege politikken blir skapt i bakkebyråkratane sin kvardag, handlingane til dei offentlege ansatte konstituerer dei tenestene som blir levert av offentlege myndigheiter. På denne måten er ikkje bakkebyråkratane nøytrale leverandørar av politikken, men er gjennom sine daglege rutinar og sine avgjersler formar dei politikken aktivt, ettersom dei tolkar regelverk og fordeler knappe ressursar (Lipsky, 1980/2010, s. 13).

Eit element som er særleg karakteristisk for bakkebyråkratane si utforming av politikk er den høge graden av skjønnsutøving. Slutningane dei tek omhandlar ofte enkeltmenneske sine situasjonar, situasjonar som er for komplekse til at dei blir fanga opp av regelverket. Eit anna sentralt trekk ved arbeidskvardagen til bakkebyråkratane er at arbeidsmengda er stor i forhold til ressursane dei har tilgjengeleg (Lipsky, 1980/2010, s. 14). Avgrensingar i tid og informasjon, påverkar at bakkebyråkratane sine slutningar er prega av høg grad av usikkerheit. Særleg skjer dette fordi forholdet mellom talet på ansatte og talet på klientar er i ubalanse, i tillegg kjem elementet av at beslutningane må fattast raskt. Bakkebyråkratane har ofte store mengder saker i forhold til sitt ansvarsområde, noko som gjer deira arbeidskvardag utfordrande. Det er også ei utfordring at dei kan mangle personlege ressursar. Mangel på erfaring og lite opplæring kan også av bakkebyråkratane opplevast som eit personleg

problem, trass i at denne utilstrekkelegheita kan tilskrivast arbeidets natur (Lipsky, 1980/2010, s. 99).

Eit anna trekk ved bakkebyråkratane sin arbeidskvardag er at den er prega av motstridande og tvetydige krav som stadig er i endring. Dei møter konflikhtar i spenninga mellom dei klientorienterte måla og organisatoriske mål. Bakkebyråkratanes evne til å tilpasse behandlinga av klientar til den enkelte sine behov blir komprimert av organisasjonens behov for å behandle store arbeidsmengder i effektivt ut frå dei ressursane dei har tilgjengelege. Dette kan setje bakkebyråkratane i ei rollekonflikt, grunna ulike forventningar frå motstridande partar. Lipsky argumenterer også for at bakkebyråkratane blir framandgjort frå sitt arbeid i den rolla dei har. Arbeidsoppgåvene er spesialiserte, og slik er dei ofte berre med på delar av prosessen til klienten, dei har dermed ikkje kontroll over resultatet av sitt arbeid. Klientane er ofte heller ikkje gjenstand for «avslutning», fordi det alltid vil kunne dukke opp nye utfordringar som bakkebyråkraten ikkje er i stand til å løyse. Bakkebyråkratane blir framandgjorde, i den grad at dei opplever avvik som eit tap av kontroll over situasjonar dei er meint å skulle kontrollere (Lipsky, 1980/2010, s. 40).

Lipsky rettar også noko fokus på klientane si rolle i bakkebyråkratiet, som han seier befinn dei seg ofte i ein ufrivillig situasjon. Klientane søker ei teneste, og deira fridom er avgrensa av at dei ofte ikkje har andre alternativ enn å søkje akkurat denne tenesta. Dette er noko som har implikasjonar for interaksjonen mellom bakkebyråkraten og klienten, forholdet mellom dei er ikkje balansert. Bakkebyråkratane sit ofte på ei stor grad av makt ovanfor klientens liv. Men likevel argumenterer Lipsky for at klientane ikkje står heilt utan makt ovanfor bakkebyråkratane. At klientane er ufrivillige påverkar også det faktum at bakkebyråkratane bundne til reglar og sosial normer om korrekt behandling av menneske. Klientane har også rådigheit over *tilfredsstilling* som eit maktmiddel i relasjon til bakkebyråkratane, klientane sitt uttrykk for takksemnd er til ein viss grad viktig for bakkebyråkratane. Klientane har også moglegheit til å beslaglegge tid, som utgjer ein kostnad for bakkebyråkratane (Lipsky, 1980/2010, s. 54).

Bakkebyråkratiet har i følge Lipsky ein innebygd motseiing i den forstand at dei ansatte er forventa å skulle utøva skjønn når dei behandlar den enkelte klient si sak, medan dei i praksis må behandla klientane i forhold til rutinar, stereotyper og andre mekanismar som effektiviserer arbeidsoppgåvene. Desse tilpassingane må gjerast for å halde ut med dei avgrensa ressursane dei er gitt i sin arbeidskvardag, og med dette modifierer dei også sine

eigne mål for å passe overeins med dei moglegheitene dei har for å gjennomføre sine arbeidsoppgåver. Bakkebyråkratane utviklar oppfatningar av sine klientar og av sitt arbeid som reduserer belastninga mellom moglegheiter og mål, slik blir jobben i førstelinjetenestene kjenslemessig lettare å handtere (Lipsky, 1980/2010, s. 140).

### **3.2.2.1 Kritikk av Lipsky**

Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet har møtt kritikk mot at den er for universell. Lipsky fokuserer på dei likheitene mellom dei ulike instansane han omtalar som bakkebyråkrati, og tonar ned forskjellane som faktisk eksisterer mellom ulike instansar og instutisjonar. Trass i at det kan vere likskapstrekk mellom førstelinjetenestene, er det også naturleg at ein lærar og ein politi vil møte stor variasjon i utfordringar i sin arbeidskvardag (Hill & Hupe, 2002). Noko anna ein kan stille spørsmål ved er om teorien let seg overføre til norske forhold. Som nemnt er Lipsky amerikansk, og teorien er utvikla med utgangspunkt i amerikanske forhold. Den amerikanske og den norske velferdsstaten har store ulikheiter, medan den amerikanske, liberale velferdsstaten i stor grad er basert på behovsprøvde ytingar, er den norske, sosialdemokratiske velferdsstaten basert på universelle ytingar. Denne skilnaden er utslagsgivande for makta bakkebyråkratane sit på ovanfor klientane (Halvorsen, 1999). Men trass i at oppgåvene og ansvaret til bakkebyråkratane vil variere på tvers av yrker og på tvers av landegrenser, er det framleis element i Lipsky sin teori som er fruktbare å nytte for å få eit innblikk i sjukepleiarar sin arbeidskvardag i psykisk helsevern.

## 4 Metode

Det vil her gjerast reie for metoden og forskingsdesignet i prosjektet. Vala som har blitt gjort undervegs i prosessen har blitt tekne basert på vurderingar av kva type data som vil belyse oppgåva sin problemstilling på best mogleg måte. Vala vil bli gjort reie for stegvis, men det er viktig å understreke at forskingsprosessen har vore dynamisk kor ikkje alt har føregått i rekkjefølgja som blir presentert her.

Korleis metode som er gunstig å nytte vil avhenge av kva ein ynskjer å oppnå med prosjektet (Silverman, 2020, s. 48). I dette prosjektet har det vore ynskjeleg med eit innblikk i helsevesenet frå sjukepleiarane sitt perspektiv. For å få eit innblikk i deira oppfatningar, opplevingar og erfaringar, blei det nytta semistrukturerte intervju av sju personar med sjukepleiarutdanning, som alle hadde erfaring frå DPS. Aldersspennet på informantane er mellom 26 – 62 år, to av dei er menn medan fem av dei er kvinner. Fire av informantane jobbar på noverande tidspunkt ved ein DPS, medan tre av dei per dags dato har andre jobbar innan helsevesenet. Utvalet er ikkje geografisk avgrensa, totalt gjer informantane seg erfaringar frå fem ulike Distriktspsykiatriske Sentre rundt om i Norge.

Intervju som forskingsmetode gir oss ein privilegert tilgang til informantane si livsverd. Likevel vil den analytiske prosessen med å forstå intervjuet aldri kunne gripe nøyaktig korleis det er å oppleve det som blir fortalt. Forteljningane som kjem fram i eit intervju vil alltid vera konstruert i den samtaleinteraksjonen intervjuet utgjer (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 20; Kvale, 2009, s. 21). Ved bruk av intervju søkte eg sjukepleiarane sine erfaringar og perspektiv frå psykisk helsevern, slik hadde eg ein fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi er eit omgrep som peikar på ei interesse for å forstå sosiale fenomen ut frå aktøren sine egne perspektiv, ei skildring av verda slik den blir opplevd av informantane. Fenomenologien er slik ei forståing av at den ekte verkelegheita er slik mennesket oppfattar den, i analysen av intervju blei merksemda derfor retta mot informantane sine perspektiv og deira omverd slik dei opplever den. Semistrukturerte intervju søkjer å innhente skildringar av informantane si livsverd, det ligg slik nært opp til ein samtale i dagleglivet, men med eit formål om å sirkla samtalen inn på bestemte tema. Informasjonen frå intervju er forsøkt skildra så presist og fullstendig som mogeleg. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45). Ut frå ein fenomenologisk tilnærming, gir dei erfaringane og tankane informantane deler, eit grunnlag for å utvikle ei generell forståing av det fenomenet me studerer (Thagaard, 2018, s. 36).

## 4.1 Utval og rekruttering

Utvalet av informantar blei gjort strategisk, informantane blei valde på bakgrunn av eigenskapar som gjorde dei relevante for studia sine analytiske mål (Silverman, 2020, s. 63). Utvalsprosessen i kvalitative studiar er ofte ein organisk praksis, noko som også har vore tilfellet i denne studia. På bakgrunn av informasjon og tileigna meg i løpet av prosjektet har det blitt gjort endringar i utvalskriterier av informantar undervegs (Mason, 2018, s. 61). I startgropa av prosjektet var tanken å intervju helsepersonell som jobba i kommunane, angående deira opplevingar av ivaretakingen av alvorleg og langvarig psykisk sjuke i primærhelsetenesta. Eg hadde i utgangspunktet heller ikkje noko krav til kva utdanningsbakgrunn for informantane, berre at dei skulle ha jobba i primærhelsetenesta i minimum 6 månader. Men rekrutteringa av informantar viste seg å by på utfordringar. Det var i første omgang krevjande å opprette kontakt med tilsette i kommunane som var interessert i å dele sine erfaringar, mange responderte ikkje på førespurnadar, og dei eg kom i kontakt med opplevde ikkje at dei hadde nok erfaring med denne pasientgruppa til å delta i prosjektet. Det viste seg også å vere store skilnader i korleis ulike kommunar har strukturert tenester kring alvorleg psykisk sjuke, så dersom eg hadde informantar frå ulike kommunar kunne ulik strukturering av tenester ha bydd på utfordringar. Tenestemottakarar av kommunale tenester har ofte eit variert og samansett sjukdomsbitelete, erfaringane til helsepersonell i primærhelsetenesta relatert til pasientgruppa som er sentral i dette prosjektet, nemleg alvorleg og langvarig psykisk sjuke, var derfor varierande. På dette grunnlaget endra eg derfor utvalskriteria for deltaking i prosjektet undervegs (Mason, 2018, s. 61).

For å sikre ei utvalsgruppe med eit meir spesifikt erfaringsgrunnlag med den pasientgruppa som er i fokus i studia, blei det det etterkvart ynskjeleg med informantar som hadde erfaring frå spesialisthelsetenesta. Og ettersom eit anna formål med denne oppgåva var å sjå korleis samhandlinga mellom linjene i psykiatrien fungerte, fall valet på informantar med erfaring frå DPS naturleg. Det var altså ikkje eit krav om at dei jobba ved ein DPS på noverande tidspunkt, men at dei hadde erfaring derfrå. Eg snevra også inn utvalet frå helsepersonell til sjukepleiarar. Valet av sjukepleiarar som utvalsgruppe var eit resultat av fleire vurderingar. Trass i at kvar informant alltid vil vere prega av sine eigne individuelle erfaringar, vil eit felles fagleg grunnlag som sjukepleiarar gjere til at informantane likevel har hatt har liknande arbeidsoppgåver og ansvar ved ei avdeling, og derfor også vil ha eit meir samanliknbart utgangspunkt for korleis dei opplever situasjonane dei står i. Valet av sjukepleiarar er også basert på at dette er helsepersonell som jobbar tett på pasientane gjennom det

miljøterapeutiske arbeidet på ei avdeling, i tillegg til dei også har god innsikt i det diagnostiske og medikamentelle.

Overgangen frå det originale utvalet til det endelege utvalet kan bli omtala som fenomenet av «non-respons». I kvalitative studiar vil det ofte vere ein avstand mellom den utvalsgruppa som det originalt var ynskje om å innhente informasjon om og den gruppa som det blei praktisk gjennomførbart å intervju (Silverman, 2017, s. 266). Trass i at det er skilnader mellom den tenkte og den endelege utvalsgruppa, oppfattar eg at informantane i den endelege utvalsgruppa hadde eit betre utgangspunkt for å gi meg svar på problemstillinga i prosjektet.

Rekrutteringa av informantar starta i første omgang med at eg kontakta einingsleiarar ved ulike DPS'ar og informerte om mitt prosjekt og kva kriterium eg hadde satt for utval. Fleire av DPS'ane responderte med å vidareseende denne informasjonen ut til sine ansatte, slik at dei sjølve kunne melde seg til prosjektet. Ved tre ulike DPS-avdelingar delte eg også ut fysiske informasjonsflyers, med kontaktinformasjonen dei trengde for å delta i prosjektet. Desverre var det ingen informantar som meldte seg på denne måten. Men frå to av einingsleiarane fekk eg oppgitt namn og kontaktinformasjon på ansatte på deira avdeling som dei meinte kunne vere aktuelle for meg å intervju. På denne måten kom eg i kontakt med mine to første informantar. Vidare baserte mykje av rekrutteringa seg på snøballutval, ein form for utvalsmetodikk der ein startar med eit lite utval førstekontaktar, som gradvis veks ved at desse kontaktane foreslår nye informantar (Grønmo, 2016, s. 117). I intervju med dei to første informantane fekk eg vidare oppgitt tre nye informantar, som alle tre ynskja å delta i prosjektet. Dei siste to informantane blei rekruttert gjennom mitt eige nettverk<sup>11</sup>, ved at eg kontakta personar eg hadde kjennskap til som oppfylte utvalskriteria mine.

Ettersom rekrutteringa av informantar var utfordrande, sette både tid og ressursar avgrensingar for størrelsen på utvalet. At sju informantar var metningspunktet i denne studia, kan ikkje slåast fast med sikkerheit. Det er mogleg å tenkje seg at eit større utval informantar kunne ha gitt ytterlegare ei forståing av fenomenen som blir undersøkte. Eg vil likevel argumentere for at innhaldet i dei sju intervju, kombinert med dokumentanalyse, gav eit tilstrekkeleg datamateriale for å kunne svare tilfredsstillande på problemstillinga (Mason, 2018, s. 210).

---

<sup>11</sup> Ethiske utfordringar rundt dette vil bli drøfta i kapittel 4.3.1

## 4.2 Introduksjon av informantar

Utvalet består av to mannlege og fem kvinnelege sjukepleiarar i alderen 26 til 62 år. Utvalet er ikkje geografisk avgrensa, informantane har erfaring frå totalt fem ulike DPS'ar rundt om i landet.

Informantoversikt	
<b>Tone</b>	Psykiatrisk sjukepleiar, jobbar no som rådgivar ved eit helseføretak. 8 års erfaring frå DPS, har også erfaring frå tredjelinjetenesta.
<b>Jenny</b>	Psykiatrisk sjukepleiar ved DPS, har jobba her i 16 år. Har også erfaring frå primærhelsetenesta.
<b>Ingrid</b>	Sjukepleiar med vidareutdanning i psykisk helse. Jobbar ved DPS og har gjort dette i 6 år. Har også erfaring frå primærhelsetenesta.
<b>Nora</b>	Sjukepleiar med vidareutdanning innan rus og psykiatri. Jobbar ved DPS og har gjort dette i 3 år. Har over 20 års erfaring frå primærhelsetenesta.
<b>Johan</b>	Sjukepleiar ved døgnbemanna bufellesskap i primærhelsetenesta. Har tidelgare jobba ved DPS i 5 år.
<b>Line</b>	Psykiatrisk sjukepleiar ved DPS, har jobba her i 4 år.
<b>Vegard</b>	Sjukepleiar, jobbar no som avdelingsleiar ved døgnbemanna bufellesskap i primærhelsetenesta. Hovudsakeleg erfaring frå tredjelinjetenesta, men har jobba ved DPS i underkant av 6 månader.

Tabell 1: Informantoversikt

## 4.3 Gjennomføring av intervju

Datainnsamlinga gjekk føre seg i perioden oktober 2023 til januar 2024. Målet med intervjuet var å leggje til rette for ein fri samtale, der tema som var viktige for problemstillinga blei belyst. I forkant av intervjuet blei det derfor utforma ein semi-strukturert intervjuguide<sup>12</sup>. Det var slik på førehand av intervjuet fastlagt kva tema som skulle bli tatt opp undervegs i intervjuet, medan det samstundes var rom for informantane til å supplere med anna relevant tilleggsinformasjon, og det opna for at eg som intervjuar kunne tilpasse både rekkjefølgje og tillegsspørsmål undervegs i samtalen (Thagaard, 2018, s. 91). I intervjusituasjonen var det også viktig at eg som intervjuar lytta aktivt, både for å kunne spørje relevante

---

<sup>12</sup> Sjå vedlegg 3 for intervjuguide.



oppfølgingsspørsmål, men også for å vise at informasjonen som blei lagt fram var av interesse (Kvale, 2009, s. 79). Innleiingsvis i intervjuet hadde eg ganske konkrete opningsspørsmål, angående utdanning, noverande jobb, tidlegare arbeidserfaring og spørsmål kring deira arbeidskvardag. Dette var for å skape ein naturleg inngang på samtalen, samt for å få ei innsikt i bakgrunnen til informantane. Deretter blei spørsmåla meir inngående, og omhandla i større grad informantane sine egne erfaringar, tankar og refleksjonar rundt ivaretakelsen av alvorleg psykisk sjuke, og samhandlinga mellom instansar rundt denne pasientgruppa. Sjølv om den nøyaktige rekkefølga på spørsmåla varierte mellom intervjuar for å skape ein naturleg samtale, starta alle intervjuar med desse grunnleggande introduksjonsspørsmål for å gjere informanten tryggare i situasjonen. For at informantane skulle ha best mogleg forutsetning for å gi utfyllande og fullstendige svar på dei meir inngående spørsmåla var det nødvendig å først ha danna eit trygt rom for dette (Thagaard, 2018, s. 100; Tjora, 2021, s. 159).

For å etablere ein best mogleg relasjon mellom intervjuar og informant er fysiske intervju optimalt. I ein fysisk intervjusituasjon vil ein også som intervjuar ha betre forutsetning for å kunne fange opp non-verbal kommunikasjon, som kroppsspråk eller stemning undervegs i samtalen (Tjora, 2021, s. 183). Fem av intervjuar blei gjennomført fysisk, alle desse intervjuar tok stad på møterom eller kontor ved arbeidsplassen til informantane. Plasseringa av intervjuar er noko ein må ta høgde for at kan ha hatt påverknad på svara dei gav. Trass i at ingen av romma hadde innsyn, og at ingen av intervjuar blei avbrotne av tredjepersonar, vil situasjonen intervjuar er gjennomført i påverke informanten, bevisst eller ubevisst. Som Tjora (2021) skriv, vil ein ikkje komme utanom utfordringa med at informantane søker å svare «riktig» på dei spørsmåla dei blir stilt. Ein må altså erkjenne at informasjonen som kjem fram i intervjuet er eit resultat av intervjusituasjonen, der svara vil bli farga av både tid og rom for intervjuet, samt av at informanten vil ynskjer å framstå i eit godt lys i forskingsprosjektet (Tjora, 2021, s. 164).

Grunna praktiske utfordringar måtte to av intervjuar gjennomførast digitalt<sup>13</sup>. Trass i at ein vil miste delar av non-verbal kommunikasjon og at relasjonsbygging mellom informant og intervjuar kan bli meir utfordrande når intervjuar gjennomførast over skjerm, er det også enkelte fordelar med å gjennomføre intervjuar digitalt. Digitale intervju kan sjåast på som tidssparande ettersom all tid satt av til intervjuet blir utnytta til aktiv samtale. I motsetning til

---

<sup>13</sup> Dei digitale intervjuar blei gjennomført over Microsoft Teams

dei fysiske intervjua som tok stad på arbeidsstaden til informantane, gjennomførte begge informantane dei digitale intervjua på heimekontor. Som nemnt vil stad for intervjuet kunne farge svara ein får, det er grunn til å tru at dette er eit element som kan spele positivt inn i form av at dei var meir avslappa og ikkje i så stor grad var påverka av omliggande element. Digitale intervju krev på mange måtar mindre av informanten og gir moglegheita til å rekruttere deltakarar over større geografiske områder, slik kan bruk av digitale intervju senke terskelen for å delta i forskingsprosjektet (Silverman, 2020, s. 176; Thagaard, 2018, s. 110).

Hovuddelen av intervjua blei gjennomført i løpet av informantane sin arbeidsdag. Sjølv om dette letta på dei praktiske forutsetningane for informantane til å delta, er både stad og tid for gjennomføring av intervju noko som kan problematiserast. I dei fysiske intervjua gjennomført i arbeidstida til informantane, var det avklart på førehand at intervjuet kunne avbrytast undervegs dersom det oppstod akutte situasjonar på avdelinga. Trass i at dette ikkje blei tilfellet og at alle intervjua blei gjennomført utan forstyrningar, må det likevel takast høgde for at dette elementet påverka intervjusituasjonen, for både meg og informanten. Særleg mot slutten i nokre av intervjua endra kroppsspråket til informanten seg og eg opplevde at dei ikkje lengre var så til stades i intervjusituasjonen. Eg som intervjuar følte også på at eg forstyrra informantane i deira arbeidsdag, og at eg med dette også belasta avdelinga ved å opphalde personale. Sjølv om også dei digitale intervjua også blei gjennomført i informantane si arbeidstid, var desse intervjua mindre stressande. Begge informantane i dei digitale intervjua var på heimekontor og dei hadde begge to administrative stillingar så dei var friare til å styre sin eigen arbeidsdag. Informantane som blei intervjua utanfor arbeidstid, blei intervjua rett etter dei var ferdige på jobb, derfor blei også desse intervjua gjennomført på arbeidsplassen deira. Men trass i at intervjuet tok stad kor dei jobba, opplevde eg desse intervju som rolegare, mindre tidspress gjorde til at det blei betre tid til oppfølgingsspørsmål og tenkjepausar, noko som nok betra kvaliteten på intervjua.

#### **4.3.1 Ethiske problemstillingar**

Det er viktig å oppretthalde god forskningsetikk, både for å ivareta informantane sin tryggleik og for kvaliteten på forskinga (Boeije, 2010, s. 44). Her vil det bli presentert korleis eg sikra informantane før, under og etter datainnsamlinga, samt korleis datamaterialet blei oppbevart og behandla undervegs i prosjektet. Andre generelle betraktningar rundt etikk og kvaliteten på prosjektet vil bli presentert i kapittel 5.5.

I forkant av datainnsamlinga sende eg inn meldeskjema for behandling av personvernopplysningar til Sikt<sup>14</sup>. Eit grunnleggjande etisk krav som også må vere til stades før datainnsamlinga startar, er informert samtykke. Informantane skal vere fullt informerte om prosjektets formål, deira anonymitet og korleis personvern blir behandla i undervegs i prosjektet (Boeije, 2010, s. 45). I forkant av intervjuet fekk informantane tildelt eit informasjonsskriv og samtykkeskjema<sup>15</sup> som dei måtte lese gjennom og signere før me starta intervjuet. Dei blei også informerte om at dei når som helst kunne velje å avslutte intervjuet, og at dei i også etterkant hadde moglegheit til å trekke sitt samtykkje dersom dei ynskja det.

Alle informantane samtykka, både munnleg og skriftleg, til at det blei teke lydopptak av intervjuet. Appen «Nettskjema diktafon»<sup>16</sup> blei nytta til dette. Det å ta lydopptak gjorde til at eg som intervjuar betre kunne konsentrere meg om sjølve intervjusituasjonen og sørge for at det var god flyt i kommunikasjonen og for at oppfølgingsspørsmål blei stilt om nødvendig (Tjora, 2021, s. 180). Transkriberinga av intervjuet skjedde fortløpande i datainnsamlingsprosessen. Transkripsjonane blei sikra med tofaktorautentisering og informantane sin identitet blei anonymisert. Alle intervjuet blei transkribert på nynorsk, uavhengig av talemålet til dei som blei intervjuet (Tjora, 2021, s. 186). Informantane fekk også tilbodet om sitatskjekk, dersom det var noko dei ynskja å rette opp i etterkant av intervjuet, men dette var noko ingen av dei nytta seg av.

Ein anna etisk problemstilling ein må ta høgde for i slike intervjusituasjonar er dei grunnleggjande premissa for interaksjonen mellom intervjuar og intervjupersonen (Thagaard, 2018, s. 93). Tillit er eit grunnleggjande konsept i kvalitativ forskning (Boeije, 2010, s. 44). Det var viktig at informantane var godt informerte om prosjektet og om korleis opplysningane blei i varetatt etter intervjuet, for å kunne danne etablere tillit tidleg i intervjusituasjonen. Det er også tillitsdannande at eg lytta aktivt og viste interesse for den informasjonen dei valde å dele med meg (Thagaard, 2018, s. 93). Det er også viktig å vere klar over den underliggjande maktrelasjonen i intervjusituasjonen. Som intervjuar er det eg som definerte situasjonen og som introduserte dei tema samtalen skulle omhandle (Thagaard, 2018, s. 91). Men sjølv om intervjusituasjonen i utgangspunktet er prega av at ein asymmetrisk maktrelasjon, opplevde

---

<sup>14</sup> Sjå vedlegg 1 for Meldeskjema Sikt

<sup>15</sup> Sjå vedlegg 2 for informasjonsskriv og samtykkeskjema.

<sup>16</sup> «Nettskjema diktafon» har tofaktorautentisering og er godkjent av Sikt (<https://nettskjema.no>)

eg min fagbakgrunn, som skil seg frå informantane sin, som ein positiv faktor. Mi rolle som utanforståande og søkjande etter meir kunnskap om deira fagfelt, opplevde eg at var med på å utjamne denne maktubalansen. Med unntak av ein informant som var like gammal som meg, var alle informantane eldre enn meg, dette er også noko som kan ha innverknad på maktrelasjonen i eit intervju.

Noko som også kan problematiserast er som nemnt at eg hadde eg også kjennskap til to av informantane i forkant av intervjuet. Ein allerede etablert relasjon mellom meg og desse informantane kan ha påverka fleire aspekt. For det første kan det ha påverka incentivet deira til å delta, ved at dei framfor å delta av lyst, deltok av plikt. Og det kan også ha påverka sjølve intervjusituasjonen, mellom anna maktrelasjonen i intervjuet eller korleis dei svara på spørsmåla. Eg vil likevel argumentere for at dette truleg ikkje er noko som har hatt veldig stor påverknad på resultatet, ettersom det ikkje er snakk om nære relasjonar mellom meg og desse to informantane, men perifer kjennskap. Spørsmåla som blei stilt undervegs i intervjuet gjekk heller ikkje på private forhold eller sensitiv informasjon. Dersom dette hadde vore tilfellet ville kjennskap i forkant av intervjuet ha vore meir problematisk.

### **4.3.2 Analyse av intervjumaterialet**

Det empiriske materialet vil bli presentert tematisk og har blitt analysert etter Braun og Clarke (2006) sin metode for tematisk analyse. Tematisk analyse er ein metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster og tema i datamaterialet. Ettersom studia som nemnt er induktiv, låg det ikkje eit teoretisk rammeverk til grunn i forkant som datamaterialet skulle passast inn i, analysen er driven fram av empirien. Men det er likevel viktig å påpeike at eg som forskar ikkje fullt kan frigjere meg frå mine teoretiske forforståingar og mi verkelegheitsoppfatning, og at datamaterialet derfor ikkje er koda i eit epistemologisk vakuum (Braun & Clarke, 2006, s. 83).

Braun og Clarke (2006) sin mal for tematisk analyse består av ein seks-steps prosess (s. 87). Første steg i prosessen er å bli kjent med datamaterialet, dette steget består av transkribering, gjennomlesing av materialet og nedskrivning av dei første ideane. For å sikra at intervjuet blei behandla grundig, blei intervjuet transkribert fortløpande i datainnsamlingsprosessen. Andre steg består av å generere dei innleiande kodane, ved å lese datamaterialet systematisk, systematisk koding av dei interessante trekk ved datamaterialet og samling av data som er relevante for kvar kode. Neste steg i prosessen er å analysere desse kodane og søke etter overordna tema. Når dei overordna temaa er kartlagt, er neste steg i prosessen å kontrollere at

desse temaa dekkja hovudessensen av datamaterialet, og vidare danne eit tematisk «kart» over analysen. I steg fem skal temaa avgrensast, definerast og namngivast. Før siste steg i prosessen består av å produsere sjølve analysen, kor det er viktig at datamaterialet relaterast til forskingsspørsmålet og litteraturen.

Med utgangspunkt i malen til Braun og Clarke (2006) utarbeida eg tre overordna temaa for min analyse. Etter nøye gjennomgang og mykje jobbing med datamaterialet, blei det naturleg å dele datamaterialet inn i tre overordna tema: *struktur*, *organisasjon* og *pasient*. Eg analyserer altså datamaterialet mitt ut frå sjukepleiarane sine haldningar til *strukturen*, som inneber kva styringsdokument dei må forholde seg til og korleis dei strukturelle endringane innanfor psykisk helsevern har påverka deira arbeidskvardag. Vidare analyserer eg materialet ut frå eit *organisatorisk nivå*, altså korleis dei opplever arbeidskvardagen som helsepersonell på avdelinga, kva utfordringar dei møter på og korleis samhandlinga med personale i andre instansar fungerer. Det siste overordna temaet for datamaterialet var korleis sjukepleiarane oppfatta organiseringa av tenester ut frå sitt forhold til pasientane i *tenestene*.

Analysen er altså strukturert basert på det empiriske materialet i oppgåva, og vil bli presentert i tre kapittel<sup>17</sup>. I kvart av analysekapitela vil data frå intervjua bli presentert, sett i samheng med finn frå dokumentstudia og tidlegare forskning, før det avslutningsvis i kvart analysekapittel vil det vere eit oppsummerande delkapittel kor funna i analysen vil bli sett på i lys av det teoretiske rammeverket. Analysen vil innehalde attgiving og sitat frå alle intervjua, men naturlegvis er nokre informantar meir framtreddane enn andre. Nokre av detaljane frå transkriberingane er fjerna frå tekstutdraga som blir gjengitt, for å skape betre flyt i teksten utan at noko av det meiningsberande innhaldet er fjerna (Tjora, 2021, s. 185).

#### **4.4 Dokumentstudie**

For å gjera meg kjend med det strukturelle rammeverket mine informantar er underlagt og for å få ei forståing av dei politiske føringane som pregar arbeidskvardagen i psykisk helsevern, var det nødvendig å gjere ei dokumentstudie. I all forskning har ein som forskarar ansvar for å redusere belastninga på deltakarane i studia. Dokumentstudie er ein måte å generere empiriske data på utan at ikkje-forskande deltakarar er involverte, gjennom å analysere allereie eksisterande dokument kan me skaffe oss informasjon om saksforhold som er

---

<sup>17</sup> Kapittel 5, 6 og 7.

nedteikna på bestemte tider og stader, på denne måten er dokumentstudie ein «ikkje påtrengande» metode (Tjora, 2021, s. 195). For å redusere belastninga på mine informantar, var det viktig med grundig gjennomgang av sentrale dokument i forkant av intervju, då særleg i arbeidet med utforminga av intervjuguiden. Ved å på førehand ha eit overblikk over forskingsfeltet, samt vite korleis utviklinga hadde vore innanfor psykisk helsevern og korleis systemet rundt langvarig psykisk sjuke er utforma i dag, hadde eg betre forutsetning for å kunne stille informantane mine relevante spørsmål til mi studie.

I tillegg til bruk av dokumentstudie i forarbeidet til intervju, såg eg også på det som nødvendig å setje konteksten for oppgåva med ei historisk gjennomgang av utviklinga til norsk institusjonspsykiatri. Det har vore store omstruktureringar i organiseringa av norsk psykiatri dei siste tiåra, noko som også har hatt innverknad på arbeidskvardagen til dei som jobbar i tenestene. For å kunne forstå kva som dannar rammene for sjukepleiarane sin arbeidskvardag, er det derfor nødvendig med ei innsikt i dei lovene, stortingsmeldingane, reformene og offentlege utredningane set føringane for korleis psykisk helsevern og psykiske omsorgstenester er strukturerte. Etter ein grundig gjennomgang av dei dokumenta som har hatt størst innverknad på norsk institusjonspsykiatri, plukka eg ut dei mest sentrale og gjorde reie for dei i kapittel 2. Dette kapittelet utgjer slik ei historisk gjennomgang av struktureringa av norsk institusjonspsykiatri, eit bakteppe eg finn nødvendig for å forstå empirien på best mogleg måte. Dokumenta som er presentert i kapittel 2, vil også bli bruk aktivt i analysen, for å ha best mogleg forutsetning for å kunne forstå sjukepleiarane sin arbeidskvardag i lys av dei rammene og strukturane dei er underlagt.

## **4.5 Forskinga sin kvalitet**

I tillegg til det etiske utfordringane eg stod ovanfor i sjølve intervjuarbeidet, vil eg her drøfte kvaliteten på forskingsprosjektet som heilskap. Dei tre kriteria reliabilitet, validitet og generaliserbarheit vil bli nytta som indikatorar på kvaliteten av forskingsprosjektet (Tjora, 2021, s. 259). Det vil gjerast greie for desse omgrepa, samt vil dei drøftast opp mot prosjektet.

### **4.5.1 Reliabilitet**

At forskninga er gjort på ein påliteleg og tillitsfull måte er utslagsgivande for kvaliteten på forskninga. For å styrke truverdigheita og pålitelegheita til prosjektet er det viktig at forskingsprosessen er transparent. Ved at dei vala som er gjort undervegs i prosessen er gjort reie for og argumentert for, kan lesaren få eit innblikk i forskingsprosessen og sjølv kunne ta

stilling til kvaliteten på forskinga (Tjora, 2021, s. 264). Ved skildre framgangen i datainnsamlinga og ved å presentere dei etiske problemstillingane eg støytte på i løpet av intervjuprosessen, har eg forsøkt å danne eit grunnlag av transparens i oppgåva.

I kvantitativ forskning referer omgrepet reliabilitet til om resultatane kan reproduserast dersom ein anna forskar anvender dei same metodane. Reliabilitet i referanse til repliserbarheit er ikkje eit like relevant kriterium innanfor kvalitative metodar. Dette grunna at den kvalitative intervjusituasjonen, som drøfta ovanfor, er eit resultat av mange ulike faktorar. I dette prosjektet er det empiriske grunnlaget semistrukturerte djubdeintervju som omhandlar informantane sine erfaringar og opplevingar. Tidsperioden for gjennomføring av intervju vil også spele ha innverknad på resultatane ein får, gitt kva reformar som er gjeldande og korleis det politiske landskapet rundt dette temaet er på det aktuelle tidspunktet. Dersom prosjektet hadde blitt gjennomført på nytt, med andre informantar og på eit anna tidspunkt er det derfor lite sannsynleg at det kvantitative prinsippet om reliabilitet og same resultat hadde blitt oppretthaldt (Ringdal, 2018, s. 104; Thagaard, 2018, s. 187). Likevel viser Tjora (2021, s. 263) til at reliabiliteten til kvalitative studiar er annleis då forskingsdesignet sin pålitelegheit blir vist gjennom systematikk og transparens. Reliabiliteten blir også styrka ved at det er gode koplingar mellom empiri, teori og analyse.

#### **4.5.2 Validitet og generalisering**

Når det kjem til validitet, eller gyldigheit, handlar dette om i kor stor grad forskinga svarar på dei spørsmåla som blir stilt. Kan den empirien som er samla inn i dette prosjektet svare på den problemstillinga og dei forskingsspørsmåla som blir stilt? (Tjora, 2021, s. 260). Vidare er det vanleg å dele validitet inn i intern og ekstern validitet, kor intern validitet seier noko om resultatane er gyldige for utvalet som er del av forskinga, medan ekstern validitet seier noko om kor vidt resultatane er generaliserbare.

For at kravet om intern gyldigheit i studia skal vera oppretthaldt, er det viktig at resultatane som blir presentert av meg som forskar som riktige. I presentasjonen av empirien er det då viktig å presentere alle funn, ikkje berre dei funna som er mest oppsiktsvekkande (Silverman, 2017, s. 384). I analysen har eg vore bevisst dette. Eg har også vore bevisst å presentere eit nyansert bilete av empirien, ved å ikkje utelukkande presentere empiri som underbyggjer manglar i helsevesenet og velferdsstaten, men ved å også belyse at det er mykje som fungerer godt. Det har også vore eit bevisst val å presentere både funn som støttar opp under, og funn som studer mot dei hypotesane eg gjorde meg i forkant av datainnsamlinga.

Den eksterne validiteten omhandlar om dei resultata som kjem fram kan generaliserast. Igjen er det skilnad i korleis krav ein stiller til generaliserbarheit mellom kvalitativ og kvantitativ forskning. Etersom kvalitative studiar, inkludert denne, ofte har eit lite utval informantar, og informantane ikkje er tilfeldig utvalt, vil resultatet ikkje vere statistisk generaliserbart, ein vil altså ikkje kunne generalisere eit gyldig resultat direkte frå utval til populasjon (Kvale, 2009, s. 160). Kvalitative studiar tek i større grad sikte på å utvikla ei forståing av dei fenomena som blir undersøkt, heller enn å kunne gjere ei statistisk generalisering. Målet med kvalitative forskning er ofte å finne mønster, strukturar eller aspekt som kan vere overførbare og relevante i ein større samanheng (Thagaard, 2018, s. 193). Fokuset i denne oppgåva har vore å avdekke og belyse aspekt ved arbeidskvardagen til dei som jobbar i systemet rundt psykisk sjuke. Utvalet er ikkje stort nok til at funna i denne studia kan generaliserast, men det er grunn til å tru at dei erfaringane sjukepleiarane gjer seg ikkje er unike, og at deira innsikt i dette feltet kan vere fruktbart for å sjå kva prosessar som fungerer og kva som kan forbestrast i behandlinga av langvarig psykisk sjuke.



## 5 Strukturelle endringar

Utgangspunktet for dette kapittelet er å undersøkje korleis sjukepleiarane opplever sin arbeidskvardag i lys av dei strukturelle rammene dei er underlagt. Som nemnt, er det frå myndigheitene si side faglege, etiske og økonomiske grunngevingar for at opphalda i spesialisthelsetenesta er færre og kortare, og at kommunane sit att med meir av behandlingsansvaret (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114). Dette analysekapittelet vil ta føre seg sjukepleiarane si oppfatning av endringane psykiatrien har vore gjennom dei siste tiåra og korleis deira arbeidskvardag har blitt påverka av dei strukturelle endringane.

### 5.1 Kortare liggetid

Informantane har ulik erfaring og bakgrunn innanfor psykiatrien, nokre av dei hadde hovudsakleg jobba i kommunane, medan andre har lang erfaring frå spesialisthelsetenesta. Jenny er den av informantane med lengst erfaring frå DPS. Ho har jobba som sjukepleiar i over 40 år, og har dei siste 16 åra har jobba på døgnpost ved DPS. Med andre ord er ho jobba i helsevesenet under innføringa av fleire omveltande reformar, ho har førstehands erfaring med dei strukturelle endringane i psykiatrien. Då ho starta på avdelinga ho jobbar på som i dag er ein døgnpost ved DPS, var dette ein vanleg sjukehuspost. På midten av 2000-talet var også situasjonen rundt gjennomsnittleg liggetid ein heilt anna enn kva som er tilfelle i dag:

*Då eg starta på avdelinga, var det pasientar innlagt som hadde vore her i 20-25 år. Å skulle rehabilitere desse pasientane ut til kommunane var tidkrevjande, eg hugsar tilfelle der utflyttingsprosessane tok over 2 år. – Jenny*

I åra etter opptrappingsplanen, altså utover 2000-talet, var målet å redusera ventetid for behandling og oppfølging frå tenester innanfor psykisk helsevern (St.prp. nr.63 (1997-98), s. 8). Dette innebar utbygging av DPSar, som også var tilfellet på avdelinga til Jenny, som då gjekk over frå å vera ein sjukehuspost til å vera ein DPS med døgnplassar. Men det innebar også at «siste rest» av dei psykiatriske pasientane som hadde vore langtidspasientar i spesialisthelsetenesta, no måtte skrivast ut til kommunane, ettersom døgnplassane ved DPS skulle vera forbeholdt aktiv behandling. Den gjennomsnittlege liggetida er blitt kraftig redusert frå Jenny starta på avdelinga og fram til i dag. Berre i åra frå 2009 til 2018 blei gjennomsnittlege liggedøgn i psykisk helsevern redusert med over 30%, frå henholdsvis 27 til 18 liggedøgn. Kortare liggetid er noko som blei tema i fleire av intervju, og noko dei fleste

informantane gjorde seg klare tankar rundt. Line som har jobba ved DPS i 4 år, opplever at det i dag er eit press om kort liggetid på avdelinga:

*Eg opplever at med ein del pasientar så er målet å få dei ut så fort som mogleg. Eg tenkjer av og til at «denne pasienten er ikkje klar for å skrivast ut». Pasienten er langt frå nok stabilisert, og uttrykkjer gjerne ønske om å vera lengre innlagt sjølv og. Men så er det gjerne nokon som treng plassen meir enn dei, så då me må skrive dei ut sjølv om me ikkje ser det som hensiktsmessig. – **Line***

Frustrasjonen over å måtte skrive ut pasientar dei ikkje anser som ferdigbehandla er noko fleire av informantane kjenner seg igjen i. Fleire av dei trekk fram at kortare liggetid i spesialisthelsetenesta ikkje alltid er det som er mest optimale for pasientane sin tilfriskingsprosess. Korte opphald på DPS kan gjere det krevjande for personalet på avdelinga å danne ein relasjon til pasienten, noko som også gjer det vanskeleg å få til gode rammer for behandling. Noko dei også uttrykkjer frustrasjon over er at dei opplever at deira vurderingar som fagfolk «på golvet», ikkje blir lytta til når dei politiske føringane blir lagt.

*Politikk er jo trendar i tiden, politikarar får innspel frå andre land om kva som har fungert der og kva som kan gi økonomisk gevinst. Så skal dei kopiere dette til Norge, utan å høyre på innspel frå oss som sit på erfaringar frå feltet. Dei nye løysningane skal prøvast ut heilt fram til alt er på bristepunktet, då skal pendelen svinge andre vegen og alt skal leggast om på nytt. Pendelen stoppar aldri på midten, dei held fram med å pushe grensene og lyttar ikkje til oss på golvet. – **Johan***

Noko av dei same mekanismane som Johan trekk fram her, blir også sett fokus på i utredningen *Makt og demokrati* frå 2003. I etterkrigstida har struktureringa av offentlege tenester vore under stadig revisjon, nye reformar er resultatet av nye samfunnsbehov og skiftande mål, noko som gir ein pendelsving kor omsyn som blei neglisjert i ein reform, i neste omgang slår tilbake med nye reformbehov. Men det utredninga peikar på, er at denne runddans berre i avgrensa grad byggjer på erfaringar frå praksis i tenestene, noko som svekkjer reformmodellane. Det som derimot er ein sentral mekanisme i utarbeidinga av reformar, er politikarar sine markeringsmoglegheiter (NOU 2003: 19, s. 20). Status quo blir sett på som ein defensiv posisjon, og som Johan trekk fram blir resultatet at neste reform inneber store endringar, for at det frå politisk hald skal visast initiativ og handlekraft. Reformendringar påverkar mykje av arbeidskvardagen i førstelinjetenesta, som kan vere

krevjande å skulle tilpasse seg etter, særleg om ein opplever at dei behova ein ser ute i tenestene ikkje blir teke høgde for på papiret.

Men medan sjukepleiarane i nokre tilfelle føler på presset om å skrive pasientar ut før det er hensiktsmessig, er det andre situasjonar kor det motsette er tilfellet. Fleire fortel at det også kan vere ei utfordring å skrive ut pasientar som ikkje lengre vil ha ein effekt av behandlinga i spesialisthelsetenesta. Relasjonsbygging er ikkje berre noko som er krevjande i spesialisthelsetenesta, men det kan også vere vanskeleg å etablere ein god relasjon mellom kommunen og pasienten. Dette er noko som kan gjere utskrivingsprosessen komplisert. Trass i at Helse- og omsorgsdepartementet argumenterer for at moglegheita for tilfriskning og inklusjon i samfunnet er størst om personar bur i sin heimkommune (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114), fortel Line om dei utfordringane som kan melde seg i slike saker:

*Me har ein pågåande sak som er vanskeleg for alle partar. Pasienten ynskjer å bu hjå oss, og trur at han gjer det allereie. Kommunen forsøker å etablere eit tilbod, men pasienten klarar ikkje ta det imot, og vi får ikkje skrive han ut. – Line*

Dersom pasienten ikkje har bustadadresse i kommunen, blir utskrivingsprosessen vanskeleg. I dette tilfellet ynskjer ikkje pasienten å signere på søknad om bustad til kommunen, ettersom han allereie opplever plassen på DPS som sin permanente bustad. Den pasientorienterte tilnærminga, som har vore gjennomgåande i alle styringsdokument innanfor psykiatrien etter tusenårsskiftet, har medført at pasientane har større makt til å medverke i sitt eige behandlingsforløp. Men dette inneber også at det i behandlinga i større grad enn tidlegare avhenger av pasienten sin villigheit til å ta imot tilbodet som blir etablert. Sjukepleiarane fortel at dei ikkje kan skrive ut pasientar frå DPS dersom pasienten ikkje har ei bustadadresse. Og dersom pasienten som kjem inn er bustadslaus, og ikkje ynskjer å signere søknad om bustad i kommunen, blir det krevjande for personale på DPS å få til utskrivingsprosessen.

Line presiserer at grunnen for at nokre pasientar ikkje ynskjer å ta imot tilboda kommunen etablerer, er fordi dei finn det krevjande å etablere relasjonar til ansatte og andre bebuarar i eit kommunalt tilbod. Ikkje minst fordi det i eit kommunalt tilbod ofte vil vere ei større personalgruppe og fleire personar for pasienten å forhalde seg til på dagleg basis, noko som er ekstra krevjande for personar som har utfordringar med relasjonsbygging. Som Line presiserer, medfører det at pasienten ikkje har nok trygge relasjonar oppbygd ute i

kommunen, til utfordringar i utskrivingsprosessen ettersom pasienten ikkje ynskjer å ta imot tilboda kommunen har tilgjengelege.

I intervjuet med Jenny, kom me også inn på utfordringar i prosessen rundt utskriving av pasientar til kommunane. Ho fortel at også prosessen rundt utskriving av pasientar har endra seg frå slik den var då ho starta på avdelinga på midten av 2000-talet. Den gang var vanleg prosedyre ein tettare dialog mellom kommunane og spesialisthelsetenesta undervegs i innleggelsen, samt at pasienten sjølv også tok større del denne kommunikasjonen. Medan pasienten var innlagt på DPS kom gjerne personale frå kommunane på besøk til pasienten med jamne mellomrom for å oppretthalde relasjonen, noko som også gjorde prosessen rundt utskriving tryggare for pasienten ettersom det var etablert og oppretthaldt trygge relasjonar til personale i kommunen. I løpet av det halvanna tiåret Jenny har jobba på DPS, opplever ho at ressursane til personale i kommunane har blitt sterkt avgrensa. Som ho seier er det i dag berre har eit gitt antal timar personale i kommunane kan bruke i veka på dei pasientane som er innlagt i spesialisthelsetenesta. Ettersom det er mykje informasjon som skal utvekslast, blir desse timane naturlegvis ofte brukt på samarbeidsmøter mellom personale i ulike instansar, heller enn på å oppretthalde eller danne relasjon til pasienten. Jenny understrekar at dette er ei prioritering ho har stor forståing for, gitt den avgrensa tiden personale frå kommunane har tilgjengeleg, men ho understrekar likevel at ho ser på samhandling mellom tenestene som også involverer pasienten som ein nøkkel for å unngå gjentatte re-innleggingar<sup>18</sup>. Ho seier vidare at for pasientar som hatt ein ustabil busituasjon ute i kommunane, men som har hatt gjentatte re-innleggingar ved DPS over fleire år, vil det kjennast som ein tryggleik å heller «bu» på DPS ettersom det er her dei har trygge relasjonar.

Situasjonen Line skildra, om kor krevjande utskrivingsprosessen til kommunane blir når ikkje pasienten ynskjer det sjølv, er ikkje unik. Også Ingrid fortel om pasientar som ikkje signerer på bustadsøknaden fordi dei heller ynskjer å bli verande på avdelinga i spesialisthelsetenesta. Sjukepleiarane viser stor forståing og medkjensle ovanfor pasientane som føler seg som heime i spesialisthelsetenesta. Likevel set slike situasjonar dei i ei konflikt mellom omsynet til pasienten sine ynskjer og dei politiske, og økonomiske retningslinjene dei underlagt. For som sagt er mandatet at døgnplassane ved DPS skal vera plassar for aktiv behandling, og pasientar som ikkje ynskjer å skrive seg ut grunna tryggleiksfølelsen dei har i

---

<sup>18</sup> Gjentatte innleggelsar av samme pasient i løpet av kort tid

spesialisthelsetenesta, vil ikkje alltid vere like mottakelege for behandlinga spesialisthelsetenesta kan tilby.

Det er heller ikkje alle diagnosar som er like foreinlege med behandlinga som kan tilbydast i spesialisthelsetenesta, ikkje alle pasientar vil ha ein positiv effekt av lange innleggingar.

Johan fortel om dei store forskjellane på diagnose og behovet pasienten har for oppfølging:

*For enkelte vil meir merksemd og overvaking kunne gjera dei sjukare. Enkelte har rett og slett ikkje godt av å vere innlagt. Men ein er jo kjent med desse diagnosane, så då må ein prøve å ha eit meir effektivt behandlingsforløp der det er tilfellet. – Johan*

Psykiatrien er kompleks og sjukepleiarane sitt mandat om å hjelpe er krevjande ettersom behova til pasientane er veldig ulike, og den behandlinga som kan gjere ein pasient frisk potensielt kan gjere ein anna pasient sjukare. Nora utdjuper desse utfordringane med ulike diagnosar og behov samla på ein og samme avdeling. På den DPS'en ho jobbar ved var det tidlegare to døgnpostar: ein psykosepost og ein for generell psykiatri. I dag er desse to postane slått saman, noko som kan gjere arbeidskvardagen krevjande til tider:

*Det er ein mykje større utfordring å få inn psykosepasientar til restituering og tilfrisking, når miljøet ikkje legg til rette for det. Psykosepasientar krev mykje tid i spesialisthelsetenesta, og me må skunde oss sakte for å ikkje overstimulere pasientane under behandling, samstundes med at det alltid er andre pasientar på vent som også treng plassen av oss. Me tilstrebar sjølvstøtte å få det til, men det krev mykje av oss som helsepersonell. – Nora*

Optimal liggetid i spesialisthelsetenesta er altså svært situasjonsavhengig, og avhengig av pasientane sin diagnose. Men grunna økonomi og avgrensa plassar, samt dei politiske føringane om kortare liggetid, opplever fleire av sjukepleiarane at pasientar blir utskrivne før dei anser det som hensiktsmessig. Sjølvne utskrivinga blir avgjort av ein psykologspesialist eller ein psykiater, så avgjersla er godt fagleg forankra. Men likevel opplever sjukepleiarane at avgjersla til tider kan vere påverka av at det står nokon i kø som treng plassen meir. Ved at det er færre plassar til døgnbehandling, er dette noko som på generell basis medfører at liggetida i spesialisthelsetenesta har blitt kortare. Vegard trekk også fram ei anna utfordring med kortare liggetid:

*Det er jo slik, meiner eg, at ein ikkje har rigga eit system ute i kommunane som er klare til å ta imot uskrivingsklare pasientar frå psykiatrien. Så det at talet liggedøgn i spesialisthelsetenesta går ned, er ikkje nødvendigvis berre positivt, fordi det ofte berre indikerer at pasientane blir skrivne ut til tilbod i kommunane som ikkje fungerer.*

*Desverre er ofte det realiteten. – Vegard*

## **5.2 Oppgåveforskyving**

Trass måla i Opptrappingsplanen (St.prp. nr.63 (1997-98)) om å ikkje redusere døgnkapasiteten innanfor psykisk helsevern, viste tal frå Helsedirektoratet (2021)<sup>19</sup> at det har vore ein jamn reduksjon i dekningsgraden for døgnplassar i spesialisthelsetenesta dei siste tiåra. Innanfor alle helsetenester må det til ei kvar tid gjerast vurderingar om kva som er dei mest økonomisk effektive tilboda. Døgnkontinuerlege tenester i spesialisthelsetenesta er svært kostbare, noko som kan gjere at dei blir sårbare for å oppleve kutt når helseføretaka må spare inn pengar (Riksrevisjonen, 2021, s. 44). Johan er ein av dei som har førstehands erfaring med slike prioriteringar. Han utdanna seg som sjukepleiar i vaksen alder, og ganske kort tid etter han var ferdig utdanna starta han på ei døgnavdeling ved ein DPS i nærleiken av der han er busett. Her jobba han i 5 år, fram til helseføretaket han jobba under la om dei psykiatriske tilboda i regionen:

*DPS'en eg jobba ved, og ein anna DPS under same helseføretak, blei lagt ned på omlag same tid. Dei hadde begge to 15 plassar, så totalt forsvann 30 psykiatriske døgnplassar i vår region. Begrunnelsen frå helseføretaket var at dei skulle ha eigenkapital til nytt bygg, det var dei ærlege på. – Johan*

Johan fekk seg raskt ny jobb etter at avdelinga blei lagt ned, men det som bekymra han mest i ettertid er kva tilbod personar med alvorleg psykisk lidning set att med i etterkant av eit slikt kutt. Det som skulle erstatte DPS'ane var ambulante FACT-team. Etablering av FACT-team var noko som kom opp i fleire av intervju. FACT (Flexible Assertive Community Treatment) – team er oppsøkjande tenestemodellar som har blitt utvikla dei seinare åra, med mål om å skape heilskaplege tenester for personar med alvorlege og samansette psykiske lidningar. FACT-teama er ein samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, med mål om å gi samtidige- og heilskaplege tenester. Tenestene frå FACT-teama er ambulante, det

---

<sup>19</sup> Framstilt i Figur 2

vil seie at dei inneber oppsøkande behandling, kor helsepersonell møter pasientane der dei er. Slik skal tenestene betre omfatte også dei med alvorlege psykiske lidingar som i liten grad oppsøker tenestene sjølve (Helsedirektoratet, 2024a). Johan presiserer at han synest tanken om at pasientane skal få hjelp frå spesialisthelsetenesta heime i sine eigne bustader er fin, men at det, særleg med tanke på dei geografiske utfordringane som høyrer med i distrikts-Norge, kanskje ikkje fungerer optimalt i praksis. Det han trekk fram som særleg problematisk er at slike tenester skal fungere som ei erstatning for døgnkontinuerlege tenester.

Tverrfaglege team med mål om å danne heilskaplege tenester frå ulike nivå, og som er oppsøker pasientane der dei er, var i utgangspunktet noko sjukepleiarane stilte seg positive til. Dei meinte at slike team kunne betra samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, samt at det kunne gjere det lettare å yte tenester til pasientar som sjølve ikkje oppsøkte hjelpeapparatet. Men i likheit med Johan, var det fleire som stilte seg undrande til at slike type tenester erstattar døgnplassar i psykisk helsevern:

*FACT-teama er en god ting for pasientar med samansette og komplekse forløp, men dei er jo ikkje ein døgnkontinuerleg teneste, dei er berre tilgjengelege frå åtte til fire. Det blir satsa så sterkt på FACT-teama, men kva skjer når pasienten har det som verst på kvelden, på natta og i helgene? Då blir dei jo overlatt til seg sjølv. – **Tone***

Ikkje berre påverkar endra økonomiske prioriteringar og færre døgnplassar organiseringa av tenestene, men det kjem også fram av informantane at det også endrar arbeidskvardagen på avdelingane i spesialisthelsetenesta. Line opplever at det har vore store endringar på avdelinga ho jobbar ved, berre på dei fire åra ho har jobba der:

*Når eg byrja her var overbelegg heilt uaktuelt, no er det fast. Og vi opplever jo at pasientane blir sjukare og sjukare. Mange av dei me har på DPS no, ville me ha sendt på akuten for nokre år sia. Og det er nok mykje av den samme tendensen dei ser ute i kommunane også. – **Line***

Som Line peikar på, er det ikkje berre i spesialisthelsetenesta at bruken av ressursane har endra seg. Etter Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009)) og Forskrift om kommunal betaling (2011) fekk også kommunane eit større ansvar for utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern. Dersom ein pasient blir liggande i spesialisthelsetenesta etter at pasienten er beslutta utskrivingsklar, kostar dette kommunane per i dag 5745 kroner i døgnet (Helsedirektoratet, 2024b). Kommunane har altså stort ansvar, også økonomisk, for å

raskt ha kommunale tilbod klare til pasientar som er utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta. Fleire av sjukepleiarane gjer seg klare tankar rundt samhandlingsreformen og implikasjonane av den. Johan trekk fram dei økonomiske aspekta ved reformen som utfordrande:

*Samhandlingsreformen har eit fint perspektiv, den set pasienten i fokus. Men slik eg har opplevd det, både frå somatikken og psykiatrien, er at reformen i praksis set økonomien i fokus. – Johan*

For at verdien av den behandlinga som blir gitt i spesialisthelsetenesta skal ha effekten som er ynskja, er det sterkt avhengig av at kommunen føl opp med tenester og tilpassa tilbod (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 22). Mange kommunar har utfordringar med å etablera tenester som er gode nok til pasientar med alvorleg psykisk lidning. Når kommunane slit med å møte dei krava som blir stilt til tenester og tilbod tilpassa denne pasientgruppa, blir løysninga å kjøpe tenester frå private aktørar for å dekke tenestebehovet. På landsbasis kjøper som nemnt meir enn kvar tredje kommune heildøgns bu- og omsorgstenester frå det private. Andelen kommunar som kjøper tenester er særleg høg blandt små distriktskommunar, kor talet på pasientar i denne gruppa er lågt, men kor rekruttering av kvalifisert personale kan vera ei utfordring (Ose & Kaspersen, 2016, s. 143). Vegard, som er avdelingsleiar på ein privat døgninstitusjon, meiner samhandlingsreformen stiller veldig høge krav til kommunane og at dette påverkar etterspurnad etter tenester som blant anna selskapet han jobbar for yter:

*I tilfelle der det er snakk om utfordrande åtferd, aggresjon og vald, er folk ofte redde – også helsepersonell. Folk tør bokstaveleg talt ikkje å ta i brukarane, og dei veit ikkje korleis dei skal handtera situasjonar som oppstår. Igjen, det handlar om forståing og kunnskap, men kommunane har ikkje nok ressursar til å kunne handtere slike casar. Og klart, det er jo det som er grunnen for at me kan drive slik me gjer i [namn på selskap], så for vår del må me jo berre vere glade til! – Vegard*

### **5.3 Oppsummerande diskusjon**

Dette kapittelet tok utgangspunkt i å undersøkje korleis sjukepleiarane opplever sin arbeidskvardag i lys av dei strukturelle rammene dei er underlagt. Intervjua viser at sjukepleiarane har eit veldig bevist forhold til, og ei reflektert forståing av, dei politiske føringane og reformene som set rammene for deira arbeidskvardag. Analysen avdekkar to hovudtrekk av korleis deira arbeid direkte har blitt påverka av strukturelle endringar: liggetida



til pasientane i spesialisthelsetenesta er kortare og oppgåvene og ansvaret for pasientane har blitt forskyvd nedover i tenestene.

Det som kjem tydeleg fram i dette kapittelet er misforholdet sjukepleiarane opplever at det er mellom dei pasientorienterte måla og organisatoriske måla. Informantane ser både fordelar og ulemper med at liggetida i spesialisthelsetenesta har blitt kortare. Dei er tydeleg samde med dei politiske føringane om at eit opphald i spesialisthelsetenesta skal vere eit unntak frå kvardagen til pasientane, og ikkje sjølve kvardagen. Men likevel er det fleire av dei som opplever at presset om effektivitet og kortast mogleg liggetid, går på akkord med kva dei opplever som fagleg forsvarleg ut frå deira vurderingar som sjukepleiarar. Særleg frustrerande opplever dei tilfelle kor dei ut frå faglege vurderingar opplever at pasienten ville ha hatt utbytte av å vere i spesialisthelsetenesta, men kor avdelinga ser seg nøydd til å skrive ut pasienten, på grunnlag av avgrensa ressursar og plass i tenestene. Som nemnt, kan det ut frå Lipsky (1980/2010) sin definisjon av bakkebyråkratar, vere fruktbart å sjå på sjukepleiarane sin arbeidskvardag ut frå dette teoretiske rammeverket. Og situasjonen som skildra, er berre eit av døma kor sjukepleiarane opplever at dei står i ei tydeleg rollekonflikt. Trass i at det ikkje er dei som tek sjølve avgjersla om utskrivinga, opplever dei at dei i sin arbeidskvardag står i konflikt mellom omsynet til dei organisatoriske måla og av omsynet til pasienten. Og denne rollekonflikta blir endå tydelegare i det det ikkje berre er sine eigne faglege slutningar om pasienten sitt beste dei må nedprioritere, men når dei organisatoriske måla også går på akkord med pasienten sine eigne ynskjer. Som Lipsky (1980/2010) presiserer befinn klientane i bakkebyråkratiet seg ofte i ein ufrivillig situasjon, noko som særleg framhevar konflikten bakkebyråkraten står i. Det ikkje lenger berre omsynet til deira vurdering av pasienten sitt beste, men også pasienten sine eigne ynskjer kan komme i konflikt med dei overordna organisatoriske måla bakkebyråkratane må forholde seg til.

Dei organisatoriske måla strukturen på psykiatrien skal innfri er forankra i faglege, økonomiske og etiske argument. Spesifikt er det uttrykt i stortingsmeldinga *Fremtidens primærhelseteneste – nærhet og helhet*:

Det er et mål at ingen mennesker skal leve livene sine i spesialisthelsetjenesten, [...]. Muligheten for tilfrisking, ivaretagelse av personlig integritet og inklusjon i samfunnet er størst om brukeren kan bo i sin hjemkommune og være omgitt av sitt nettverk. (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114)

Det er altså frå staten si side eit mål at ingen menneske skal leve liva sine i spesialisthelsetenesta, heller ikkje pasientar som ytrar dette av eige ynskje. Ein slik politisk målsetjing kan forståast ut frå Foucault si forståing av *biomakt*. Biomakta blir utøvd i den politikken som regulerer og kontrollerer befolkninga sine biologiske prosessar, og omstendighetene som kan få dette til å variere. Slik sjukepleiarane skildrar kvardagen på institusjonane, og i den rollekonflikten som kjem til syne, så er det tydeleg at dei meiner at det er denne politikken som legg rammene for korleis helsevesenet ska strukturast. I behandlinga av psykisk sjuke, med formål om å betra pasientane si helse, si levetid og livskvaliteten generelt, er det altså staten sine regulerande kontrollformer som blir lagt til grunn for å oppnå desse måla gjennom statleg biopolitikk, framfor at individuelle stemmer blir lytta til, verken frå pasientane si side eller sjukepleiarane si side. Sjukepleiarane opplever at det i liten grad er mogleg å ta høgde for dei individuelle behova og ynskja på avdelinga, noko som set dei som bakkebyråkratar i ein utfordrande situasjon, då det er dei som er nøydd til å handheve dei organisatoriske måla i praksis, sjølv om det strider mot deira faglege og kjenslemessige vurderingar.

I argumentasjonen for omlegginga av psykisk helsevern, henta frå Meld. St.26 (2014-2015) kan ein også sjå at haldningar og argument som var kjernen i antipsytkiatrierørsla, tydeleg har vore med på å forme strukturen på psykiatrien til slik den er i dag. Sentralt i argumentasjonen er at den psykiatriske pasienten skal inkludast i samfunnet og vere omgitt av sitt eige nettverk ute i kommunane. Visjonen er altså tydeleg på at psykiatriske pasientar ikkje lengre skal institusjonaliserast i psykiatrien, derav skal dei heller ikkje leve sine liv i spesialisthelsetenesta. Men det som kjem fram i fleire av intervjuane, er at pasientar i psykiatrien, særleg denne pasientgruppa med alvorleg og langvarig sjukdom, ofte er ein fellesnemnar at dei har lite nettverk og få trygge relasjonar oppbygd ute i kommunane. På grunnlag av dette ytrar sjukepleiarane stor forståing ovanfor dei pasientane som ynskjer lengre opphald i spesialisthelsetenesta, og om dei har behov for tettare oppfølging enn dei tilboda kommunane har moglegheit til å gi. Den empatien og det engasjementet sjukepleiarane formidlar ovanfor pasientane dei jobbar med, forsterkar elementet av rollekonflikt, ettersom dei ofte må gå på akkord med eigne og pasienten sine ynskjer for å gjennomføre dei organisatoriske måla for psykiatrien.

Sjukepleiarane opplever at deira erfaringar og kunnskap frå feltet, samt pasientane sine individuelle behov, blir nedvurdert for dei statlege visjonar. Fleire av dei opplever at utgangspunkt for omorganisering av tenestene og forskyving i ansvar og oppgåver er basert

på økonomisk og politisk vinning, framfor erfaringar og kunnskap dei som jobbar i tenestene sit på. I mange av intervjua blir samhandlingsreformen nytta som eit bilete på dette, kor av fleire av informantane trekk fram at mykje av innhaldet i reformen byggjer på fine verdiar og gode poeng, men at dei opplever at det ikkje alltid fungerer like godt i praksis ettersom realiteten i psykiatrien er ein anna enn idealbiletet av den.

## 6 Organisatoriske utfordringar

Med mål om å komme nærmare eit svar på oppgåva si overordna problemstilling, vil eg i dette analysekapittelet presentere informantane sine tankar rundt arbeidskvardagen på DPS. I førre analysekapittel såg eg på sjukepleiarane sin arbeidskvardag i lys av dei strukturelle rammene dei er underlagt, dette kapittelet vil gå meir konkret inn på kvardagen på avdelinga på eit organisatorisk nivå. Analysen tek føre seg kva utfordringar og konflikhtar sjukepleiarane står ovanfor i sin arbeidskvardag, og vidare korleis element dei legg til grunn for eit godt samarbeid, hovudsakleg med primærhelsetenesta men også til andre instansar. Kva er der som fungerer og kva meiner dei kan bli betre?

### 6.1 Kommunikasjon og uklare rollar

Sjukepleiarar som jobbar i ved DPS møter til dagleg alvorleg psykisk sjuke menneske, og står i sin arbeidskvardag ovanfor mange dilemma og utfordringar. Sjukepleiarane trekk fram knappheit på tid og mange pasientar per ansatt, som dei utfordringane som oftast hindrar dei i å utføre sine oppgåver på den måten dei ynskjer. Line fortel om eit av dilemmaa ho opplever til stadigheit:

*Sei at me har ein pasient inne med mykje angst. Eg ser at denne pasienten ville ha hatt eit kjempeutbyte av å bruke naturen eller av å trene for eksempel. Men me er fire stykk på jobb, og det er 15 andre pasientar som også må sjåast til. Då er det ikkje tid til lange turar i skogen, så løysninga blir heller gi pasienten ein vival<sup>20</sup>. – Line*

Det Line fortel om her, har også fleire av dei andre informantane som likande erfaringar med. Mange av sjukepleiarane framhevar viktigheita av å ha tid med pasientane for å kunne drive god miljøterapi og for å kunne jobbe for ei tilfrisking. Det å kunne ta med pasientane ut av avdelinga, til dømes ut i naturen eller på ein biltur er noko dei ser stor verdi av. Ved at pasienten får eit skifte av miljø, samt at dei får pasientane på tomannshand, er noko fleire trekk fram som positivt for sjukdomsbildet til pasienten, men også for at relasjonen mellom behandlar skal bli betre, ein god relasjon er også noko sjukepleiarane gir eit betre utgangspunkt for behandling. Men aktivitetar som dette er både tid og ressurskrevjande,

---

<sup>20</sup> Angstdempende medisin

særleg med tanke på bemanning. Line fortel vidare at ho opplever mangel på ressursar som ein av hovudutfordringane i dagens spesialisthelseteneste:

*Eg trur me hadde fått til mykje betre behandling i spesialisthelsetenesta dersom me hadde hatt bemanning og økonomi til å medisinerer mindre og jobba meir førebyggjande. Eg trur også det hadde lønna seg økonomisk på sikt. Slik me held på idag er det ei evig brannslukking. – **Line***

Noko anna som også blir problematisert i fleire av intervjuar med informantane er at oppgåvedelinga mellom instansane ofte er uklar. Tone jobbar i dag som rådgivar ved eit helseføretak, kor arbeidsoppgåvene hennar spesifikt dreier seg om å betra samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Ho problematiserer kor uklare rollane kan vere i samhandlingsprosessar mellom instansar, til dømes prosessen rundt utskrivning:

*Det som ofte blir eit problem, er når pasientane har fått bustad i kommunen, kven er det som hjelper dei med det praktiske då? Kommunen har ofte ikkje ressursane til det, så då ender det ofte med at spesialisthelsetenesta må hjelpe med flytting og det praktiske, særleg dersom det ikkje er pårørande som kan bistå. Ikkje berre meiner eg det fell utanfor spesialisthelsetenesta sine oppgåver, men det er også slike prosessar som er viktige i relasjonsbygginga mellom pasienten og kommunen. – **Tone***

Sjuepleiarane opplever å måtte strekke seg utanfor kva som eigentleg er innlemma i deira arbeidsoppgåver, for å bistå pasientane i situasjonar kor dei i høgaste grad har behov for det. Og oppgåvene som må utførast i dømet som Tone kjem med her inneber i det minste direkte pasientkontakt, noko av det informantane ytrar mest frustrasjon over er dei administrative oppgåvene som dei også føler at fell utanfor deira stillingsbeskrivelse og deira kompetanse. Eit døme fleire av dei trekk fram er å hjelpe pasientane med å søke om bustad i kommunen, pasientane sjølve har ofte utfordringar med dette, og sjuepleiarane må derfor bistå. Då dette heller ikkje er noko dei sjølve har fått formell opplæring i, verken gjennom utdanninga eller på arbeidsplassen, er dette kunnskap dei har måtte tileigna seg på eiga hand. Jenny fortel korleis ho opplevde det då ho var ny på avdelinga og fekk ansvaret for å hjelpe ein pasient med bustadsøknad til kommunen:

*Eg måtte sei til leiaren min at eg aldri før hadde jobba med noko slikt, og at eg ikkje viste kor eg skulle henvende meg. Men då fikk eg berre til svar at dersom eg skulle jobbe på ein døgnpost måtte eg kunne sånne ting. Så då tenkte eg berre at, okei då må*

*eg berre prøve meg fram, sjølv om dette her eigentleg ikkje er min jobb som sjukepleiar. – Jenny*

Det er som sagt fleire av informantane som kjenner seg att i den frustrasjonen Jenny skildrar her, i å måtte bruke mykje tid på administrative oppgåver som fell utanfor deira kompetanse som sjukepleiarar. Dei opplever også at mykje av arbeidskvardagen deira består av administrative oppgåver, framfor at dei får bruke tida si på pasientkontakt. Nora er blant dei som trekk fram denne problematikken, ho meiner at ein del av løysninga kan vere å i større grad ansette personar med ulik kompetanse og ulik utdanningsbakgrunn på DPS. Personalet på avdelinga ho jobbar ved, består i dag hovudsakleg av vernepleiarar og sjukepleiarar. Ho saknar nokon på avdelinga med endå betre kjennskap til lovverket og til dei ulike instansane i systemet, til dømes ein sosionom. Vidare ytrar ho frustrasjon over å måtte bruke store delar av arbeidskvardagen sin på administrative oppgåver, som nokon andre med ein anna type utdanning hadde hatt mykje betre forutsetning for å kunne løyse på ein meir effektiv måte. Og jo meir tid som går til administrasjon, jo mindre tid er igjen til dei oppgåvene ho som sjukepleiar både ynskjer å utføre og i mykje større grad har spesialisert kompetanse på å kunne løyse på ein god måte. Slik opplever ho at ressursane på avdelinga blir utnytta lite effektivt. I alle intervjuar der denne problemstillinga kom opp, er det elementet som sjukepleiarane opplever som mest frustrerende, at dei sit att med mindre tid til pasientkontakt.

Sjukepleiarane opplever ikkje berre at det kan vere vanskeleg å få tak i personar i andre instansar, men også at det kan vere vanskeleg å vite om ein har komme fram til rett person. Med tanke på at det ofte også er sensitiv informasjon som skal vidareformidlast, er det særskilt viktig at alt hamnar der det skal. Særleg når dei er i kontakt med større instansar, som til dømes ein stor kommune der det er fleire personar med lik stillingstittel, kan dette bli veldig problematisk, Jenny fortel vidare:

*Til slutt veit ein ofte ikkje kor den meldinga ein har sendt eigentleg har hamna, eller kva dei ein kjem i kontakt med eigentleg jobbar med eller har ansvar for. Det går veldig mykje tid vekk på å berre finne fram til rett person i rett instans, det er jo eit tap. – Jenny*

Ho fortel at ho tidvis opplever kommunikasjonen ut mot mindre instansar som lettare, grunna at relasjonen til saksbehandlarane eller miljøpersonellet der blir tettare, det blir slik lettare å vite kven ein skal kontakte når det kjem til ulike situasjonar. Men sjukepleiarane opplever

ikkje berre utfordringar når dei skal kontakte andre instansar, utfordringar med kommunikasjonsflyt går begge vegar. Dersom viktig informasjon frå andre instansar blir utelatt er dette noko som i verste fall kan få alvorlege konsekvensar:

*Det burde ha vore eit felles journalsystem, slik det er no er det langt frå god nok flyt i kommunikasjonen. Det blir utegløynd informasjon stadig vekk. Me opplever å få inn pasientar der me manglar informasjon om valds-risiko og suicid-risiko for eksempel, det kan fort bli farleg, for både oss og for pasienten. – Nora*

Som Nora seier er god kommunikasjonsflyt nødvendig for sikkerheita til både pasientane og personalet. Men også på spørsmål om kva sjukepleiarane ser på som er det viktigaste for å sikra eit best mogleg behandlingsforløp ovanfor pasientane, er god kommunikasjon noko samtlege av informantane legg vekt på. For at spesialisthelsetenesta og kommunane på best mogleg måte skal kunne hjelpe pasienten med å bli friskare, er dei avhengige av at det ligg eit godt samarbeid til grunn. Å opprette kommunikasjon med helsepersonell i dei kommunale tenestene frå første dag, aller helst i forkant av ein innleggelse dersom den er planlagt, blir trekt fram som sentralt for at samhandlinga skal ha best mogleg flyt. Anna enn at god kommunikasjon er nødvendig for å minimere risiko, blir det også trekt fram at det er nødvendig for å få tydeleggjort kva utfordringar pasienten har i dei andre tenestene. For som Ingrid seier er det ganske ulike kvardagar i kommunane og ved DPS, med ulike regelverk, ulike ressursar og ulike type tenester. Sjukdomsbiletet og symptomtrykket til ein pasient kan derfor også vere ganske varierende mellom tenestene. Sjukepleiarane meiner derfor at det nødvendig med eit innblikk i kor utfordringane til dei andre tenestene ligg, for å kunne danne eit mest mogleg samanhengande pasientforløp. Dei presiserer også at god kommunikasjon er viktig for å redusere både antall og lengde på innleggelsar i spesialisthelsetenesta:

*Om kommunikasjonen mellom oss og kommunane ikkje fungerer får me ofte pasientane i retur etter kort tid etter utskrivning. Med dårleg samhandling vil det ofte også vere problematisk å skrive ut pasienten, då endar dei med ofte med å vera innlagt lenge. – Ingrid*

Og nettopp det Ingrid fortel her, var mykje av utgangspunktet for samhandlingsreformen. Dei offentlege tenestene hadde blitt for fragmenterte og var i ferd med å bli for kostbare. Betre samhandling skulle sikra meir heilskaplege og koordinerte tenester (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 13). Nokre av informantane meiner at samhandlingsreformen har oppfylt sitt

mandat, og at samhandlinga mellom tenestene har blitt betre etter at samhandlingsreformen tredde i kraft. Blant anna trekk Ingrid fram at eit viktig element i reformen er at kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetenesta no er lovfesta:

*Me er pålagt å sende opplysningar om innleggelse og utskrivingar for eksempel. Me les jo ikkje til dagleg sjølve reformen, men me har lister med malar til kva ein PLO-melding<sup>21</sup> til kommunen skal innehalde for eksempel, og desse malane er jo utarbeida ut frå samhandlingsreformen. – **Ingrid***

Det blir også trekt inn andre grunnar for at kommunikasjonen er betre i dag enn kva den var tidlegare. Blant anna trekk Line fram den teknologisk utvikling som ein viktig grunn. For trass i at det ikkje finst noko felles journalsystem, som Nora påpeikar, blir viktig informasjon om pasienten sendt mellom kommunale tenester og helseføretaka gjennom PLO-meldingar. Slik kan både fastlege og helsepersonell i spesialisthelsetenesta og i primærhelsetenesta ta dele den mest nødvendige informasjonen om pasienten.

Men det er likevel ikkje alle informantane som meiner at dei krava til kommunikasjon som blir stilt i samhandlingsreformen er nok. Tone meiner at det framleis er ein veg å gå for at samhandlinga skal bli optimal. Ho trekk fram at slik det er i dag blir ting veldig tilfeldig, og meiner derfor at ein treng tydlegare struktur på korleis kommunikasjonen mellom tenestene skal gå føre seg:

*Politiske retningslinjer, som samhandlingsreformen, bidreg ikkje nødvendigvis til så mykje betring. Samhandling er framleis ein kompleks øvelse, der me fort ender opp med at den eine aktøren ventar på den andre. Til tross for overordna føringar som understrekar viktigheita av samhandling, er det framleis uklare rollar i det her. – **Tone***

Som nemnt er trykket på tenestene ofte høgt og dei ansatte på DPS fortel om presset dei kjenner på i forhold til at behandlingløpet i spesialisthelsetenesta skal vera så effektivt som mogleg. Oppfatninga av at pasientane innlagt på DPS er sjukare no enn kva dei var tidlagre går også igjen. Ut frå det sjukepleiarane fortel, kan det forståast som at terskelen for å bli

---

<sup>21</sup> Pleie- og omsorgsmelding. Standardiserte meldingstypar som kan sendast mellom kommunale tenester og helseføretaka.



innlagt i spesialisthelsetenesta har blitt høgare. Når presset allereie er høgt, kan det visa seg at det står og fell på kor langt dei enkelte i tenestene er villige til å strekke seg.

## 6.2 Sympati for utfordringar i kommunehelsetenesta

Fleirtalet av informantane har, i tillegg til å ha erfaring frå DPS, også erfaring frå primærhelsetenesta<sup>22</sup>. Dette er noko som kom til syne gjennom intervjuet, då det for fleire av dei var naturleg å snakke om sine tidlegare erfaringar frå primærhelsetenesta. Det kom også fram gjennom intervjuet at samtlige av informantane hadde forståing og sympati for dei utfordringane helsepersonell i kommunane møter i sin arbeidskvardag. Og akkurat dette var kanskje det elementet med intervjuet som braut mest med mine hypotesar. Eg hadde på førehand av intervjuet gjort meg antagelsar om at det ville vere større spenning og konflikt mellom helsepersonell i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Dette var noko som blei kraftig tilbakevist undervegs i intervjuprosessen.

Jenny er av dei som har erfaring frå primærhelsetenesta, tidlegare har ho jobba som teamleiar i ein kommunal omsorgsbustad med døgnbemanna oppfølging. Dette er ein erfaring ho ser på som svært gunstig å ha med seg i sin noverande arbeidskvardag på DPS:

*Eg trur mange av oss [på DPS] kan tenkje litt sånn «herregud, her kjem denne brukaren igjen. Han bur jo i døgnbemanna bustad, kvifor kan ikkje dei følgje han betre opp der?». Men så såg eg jo det når eg jobba i kommunen, kor fort brukarane kunne bli veldig dårlege, og kor få verkemiddel kommunane faktisk har til å hjelpe. Dersom brukaren ikkje har lyst på besøk, har dei jo ikkje lov til å gå inn på rommet for å snakke med dei ein gang, og då blir det fort veldig vanskeleg å skulle hjelpe... –*  
**Jenny**

Jenny meiner det er viktig at helsepersonell i spesialisthelsetenesta å ha forståing for kva situasjonar personalet ute i kommunane står i til dagleg. Moglegheitene for å hjelpe, er slik ho oppfattar det færre ute i kommunane enn dei er i spesialisthelsetenesta. Som ho nemner er det svært lite ein som helsepersonell har lov til å gjere i kommunale tenester, dersom brukaren ikkje samtykker. Ein kan ikkje regulere medisiner, ein har ikkje same forutsetning til å kunne hjelpe pasienten med regelmessig matinntak, og brukarane er i stor grad frie til å kunne

---

<sup>22</sup> Tabell 1 viser oversikt over informantane og deira erfaringar

gjere kva dei vil til ei kvar tid utan at kommunen kan nekte dei, noko ho presiserer at er særleg problematisk ovanfor brukarar med rusutfordringar. Grensa for kva som blir rekna som tvang er altså veldig lav. Det er kanskje særleg på dette området at arbeidskvardagen ute i kommunane skil seg frå kvardagen i spesialisthelsetenesta. Det at det er god kommunikasjon mellom tenestene, og at helsepersonell i spesialisthelsetenesta har ei god forståing av kva dilemma personell ute i kommunane står i, er noko Jenny meiner er ein nøkkel for at pasienten skal bli behandla på best mogleg måte. For som ho seier opplever ho at pasientar som bur i døgnbemanna bustad ute i kommunen kan bli utskriven fortare, ettersom det kan vere ei oppfatning frå psykiateren eller psykologspesialisten som tek avgjersla om utskriving, om at oppfølginga pasienten har ute i kommunen er tilstrekkeleg.

Også Ingrid presiserer viktigheita av at personell ved DPS har innsikt i kvardagen ute i kommunane, for at dei betre kan ha forståing for val og beslutningar som har blitt teke tidlegare i pasientforløpet:

*Dei som jobbar i kommunen står jo i vanskelege posisjonar, dei er veldig sårbare. I spesialisthelsetenesta går me jo rundt med alarm og har kollegaer rundt oss til ei kvar tid. Me har også moglegheita til å låse oss inn til pasientar ved behov, det har ikkje dei. Så me må ha forståing for at kommunen ikkje nødvendigvis har gjort ein dårleg jobb når dei ikkje har komme i posisjon til å hjelpe pasienten, det kan vere mange grunnar for ting har blitt som dei har blitt. – **Ingrid***

Nettopp forståinga for at kommunane ikkje alltid kjem i posisjon til å hjelpe, meiner fleire av informantane at er eit grunnleggjande element i relasjonen mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. For å kunne vise forståing og få til best mogleg koordinerte tenester, er det viktig med god kommunikasjon og eit innblikk i kvarandre sin arbeidskvardag. I henhold til §6-3 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er helsepersonell i spesialisthelsetenesta pålagt å gi kommunale helse- og omsorgstenester rådgiving for at dei på best mogleg måte skal kunne løyse sine oppgåver. Dette inneber rådgiving både i enkelte pasientsaker men også på generell basis, og i følgje informantane tek ein del av denne rådgivinga stad på samarbeidsmøte kor helsepersonell frå både første- og andrelinja er representerte. Men i følgje Line er det ikkje berre kommunepersonalet slike samarbeidsmøte er gunstige for, ho opplever at personalet i spesialisthelsetenesta også får stort utbytte av å utveksle erfaringar i slike møte:

*Me er jo pålagde å ha fagleg undervisning til kommunane, men det eg opplever er at me også har veldig stort utbytte av å høyre korleis kvardagen deira er. Det er jo store forskjellar, dei har eit heilt anna lovverk å forholde seg til. Kommunane strekk seg langt, særleg når det gjeld pasientar som ikkje er sjuke nok til å bli innlagt, men som kommunane finn det krevjande å gi gode nok tilbod til. – **Line***

Som Line seier her er lovverka mellom tenestene veldig ulike. Og ein ting er at det er ulike lovverk mellom første- og andrelinjetenesta, men skilnaden er endå større når det kjem til tredjelinjetenesta, dei spesialiserte avdelingane innanfor psykiatri som til dømes akuttpsykiatrisk eller sikkerheitsavdelinga. Vegard har erfaring frå både første-, andre-, og tredjelinja i psykiatrien, og han opplever det problematisk med tanke på samhandling at forståinga for arbeidskvardagen i andre tenester er avgrensa:

*Om du jobbar på sikkerheitspost så handhevar du jo eit lovverk som gir verktøy som mange synest kan høyrast rart ut at det i det heileteke er helsehjelp, til dømes beltesenger og tvangsmedisinering. Så kontrasten ut til kommunane, kor brukarane i praksis kan gjere som dei vil, er jo enorm. Eg opplever at der er lite forståing på tvers, forskjellen er så stor at det er vanskeleg å setja seg inn i den andre sin kvardag. Og det kan jo også bli ei ulempe for pasientane når dei skal gå dette forløpet. – **Vegard***

Vegard fortel vidare at lita forståing for andre sine arbeidskvardagar ikkje berre kan vere ei utfordring for samhandlinga innad mellom tenester i psykiatrien, men at den samme utfordringa også viser seg i relasjon med andre instansar. Han opplever at desse elementa gjer det krevjande å få ein god struktur på samarbeidet, og at mykje må tilpassast kvar enkelt situasjon. For å kunne danne gode samhandlingsprosessar, som igjen er utslagsgivande for gode pasientforløp, meiner han det er grunnleggjande med ei forståing av andre sin arbeidskvardag, og ei forståing av kva utfordringar som oppstår i andre tenester.

Når det gjeld relasjonen mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, er det ikkje berre det ulike lovverket tenestene har å forholde seg til sjukepleiarane meiner at er problematisk. Dei fokuserer også på dei kommunale utfordringane når det kjem til å skaffe personale. Sjukepleiarane opplever at fleire kommunar har utfordringar med å skaffe tilstrekkeleg kompetanse for å kunne ivareta alle typar brukarar på ein god måte. Nora legg vekt på kor krevjande det er for kommunepersonalet når dei brukarane bur ute i kommunane har svært ulike sjukdomsbilete med tilhøyrande ulike behov:

*Det er ikkje alltid like lett å kombinere personar med ulike diagnosar, for eksempel kan det vere veldig krevjande for ein person som strevar med angst å bu saman med nokon som har utfordringar med rus og psykose. Så sjølv om lidingane på ein måte heng saman, krev dei veldig ulike ting. Derfor er det viktig med breidde-kunnskap i kommunane, ein må ha fagleg kompetanse på fleire ulike diagnosar. Og det krev mykje av dei som jobbar der, særleg i 24/7-tiltak knytt til psykiatri. – Nora*

Vegard oppsummerar det heile med å fortelje kva han meiner er grunnleggjande for å kunne levere tenester av god kvalitet, både i primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta:

*Til sjuande og sist fell det veldig ofte ned på ressursar, kunnskap og kompetanse. Det er det det handlar om. Om ein manglar ein av dei tre, så har ein heller ikkje noko godt tilbod å gi. – Vegard*

### **6.3 Oppsummerande diskusjon**

I tråd med det som er formulert i NOU 2003: 19 *Makt og demokrati*, er det også eit sentralt funn i analysen av det empiriske grunnlaget for denne oppgåva, at fleire element i arbeidskvardagen til sjukepleiarane er prega av misforholdet mellom ressursar og behov. Dette er misforholdet er ikkje berre noko sjukepleiarane identifiserer ved DPS, men det er også noko dei opplever at pregar tenestene i primærhelsetenesta.

I diskursen rundt helsetenestene er ikkje misforholdet mellom ressursar og behov noko nytt. Som nemnt er det eit sentralt element i utredninga *Makt og demokrati*, som blei publisert for over 20 år sida. Dei som kjenner mest på konsekvensane av dette misforholdet, er dei som er i jobbar med direkte pasient-kontakt, altså bakkebyråkratane. Lipsky (1980/2010) ser det som eit sentralt trekk ved bakkebyråkratane sin arbeidskvardag, at arbeidsmengda er stor i forhold til dei ressursane dei har tilgjengeleg. Igjen blir bakkebyråkratane satt i konflikten mellom å oppfylle dei pasientorienterte måla eller dei organisatoriske måla. Ein ser denne rollekonflikta tydeleg i Line si skildringa av at ho er nøydd til å medisinerer pasienten framfor å kunne ta seg tid til samtale og trygging, fordi det rett og slett ikkje er tilstrekkeleg med ressursar tilgjengeleg på avdelinga. Denne konflikten belyser også Schönfelder (2007, s. 67): Sjukepleiarar og miljøpersonell i psykisk helsevern og i psykisk helsevern må i sin kvardag foreine to motsigande krav: på den eine sida det yrkesetiske ynskje om å yte ei best mogleg fagleg teneste, og på den andre sida jobbar dei innanfor ei organisatorisk ramme som set si avgrensing på kor mykje tid dei kan vie til kvar enkelt pasient.

Men kva er det som får sjukepleiarane til å trasse sine eigne instinkt og pasientane sine behov og ynskjer for dei organisatoriske måla, når dette tydeleg er noko som påverkar deira samvit? I eit forsøk på å forstå dette, kan Foucault (1975/1999) sitt rammeverk om panoptisk disiplinering brukast. Ein viktig del av disiplineringa, er i følge Foucault disiplinen av kroppen. For å få utnytte individa sin produktivitet i moderne institusjonar, er det avgjerande å disiplinere kroppen bort frå sin naturlege rytme, og inn i den rytmen institusjonen har satt som ramme. Ved første augekast, særleg med eit perspektiv frå antipsykiatrien, kan det vere lett å utelukkande tenkje at det berre er pasientane som er offer for disiplinen. Men som Foucault uttrykkjer, fungerer makta i institusjonane som eit maskineri. Bevoktinga skjer ikkje berre ovanfrå og ned, voktrarane blir også bevokta (Foucault, 1975/1999, s. 157). Slik kan ein også sjå på sjukepleiarane som disiplinerte inn i sine rollar. Dette er særleg tydeleg ved at arbeidskvardagen deira i høgaste grad er prega av den rytmen institusjonen har satt som ramme. Dei er underlagt eit tidsregime som er inneber faste rutinar og gjeremål. Noko som tvingar dei vekk frå sin kroppslege naturlege rytme, først og fremst tidsmessig. Som ein konsekvens av rutinar, gjeremål og eit pressa tidsmessig regime, blir dei disiplinerte til å stride mot sine faglege vurderingar og kjenslemessige instinkt. Igjen med dømet til Line, må ho avvike frå sitt ynskje om å gi pasienten tid, samtale og tryggleik, men blir grunna høgt arbeidspress nøydd til å løyse situasjonen ved hjelp av medikament.

Det neste verkemiddelet i den panoptiske disiplinen er dei normaliserande sanksjonane, som har til formål å redusere avvik i institusjonane. Det mest naturlege er å tenkje på openbare sanksjonar som til dømes beskjed frå ein overordna dersom oppgåver er forsømt. Men i institusjonar kor disiplinen rår, er dei negative sanksjonane berre ein del av eit dobbelt system: gratifikasjon – sanksjon. Individa lærer også å lystra ved at korrekt åtferd blir belønna (Foucault, 1975/1999, s. 159). Desse positive sanksjonane kan i likheit med dei negative komme frå overordna, men som Foucault presiserer skjer ikkje bevoktinga berre ovenfrå og ned, men også nedenfrå og opp og sidelengs (Foucault, 1975/1999, s. 156). Ros og positive tilbakemeldingar frå kollegaer eller pasientar kan altså vere eit godt verkemiddel i disiplineringa. Positive sanksjonar eller tilfredsstilling, er også noko Lipsky (1980/2010) trekk fram som eit av dei maktmiddela pasientane har i relasjonen med bakkebyråkratane. I forholdet mellom sjukeplar og pasient er det ein tydeleg ubalanse i maktrelasjonen, men pasientane sitt uttrykk for takknemlegheit er viktig for bakkebyråkratane. Slik er sanksjonar, både i positiv og negativ forstand, eit av dei få verkemiddela pasientane har for å kunne

påverke sin kvardag i tenestene, dei er slik med på å kunne disiplinere helsepersonell (Lipsky, 1980/2010).

Det siste verkemiddelet for den panoptiske drillen er eksamineringa, kor individa blir gjort synlege, slik at dei kan gjerast differensierast og gjerast til gjenstand for sanksjonar. Det blir i dette steget av disiplineringa tydeleggjort kriterium for kva det vil innebere å vere ein «effektiv arbeidar», og i dette tilfellet «ein god sjukepleiar». Og ut frå det informantane fortel, kan ein forstå det som at kriteria for å vere ein «god sjukepleiar» går ut over dei oppgåvene dei konkret er pålagt å gjennomføre, dei strekk seg langt for å yte gode tenester til pasientane. Noko som stemmer godt overeins med det samla resultatet av den panoptiske drillen: kroppen har blitt «føyeleg», den har mista sin naturlege rytme, og kan effektiv mobiliserast som produktivitetskraft (Foucault, 1975/1999, s. 169). Noko som også samsvarar med det som kjem fram i utredninga *Makt og demokrati* (NOU 2003: 19), kor det blir presisert at velferdsstaten sitt dilemma mellom ressursar og behov gradvis blir absorbert og dempa ved at dei som jobbar i direkte pasientkontakt strekker seg langt og tærer på sine egne ressursar (NOU 2003: 19, s. 28).

For at sjukepleiarane skal kunne gi pasientane det dei meiner er adekvate tenester, på trass av dei manglande ressursar, er god samhandling mellom tenestene noko dei trekk fram som grunnleggjande. Gode samhandlingsprosessar er viktige for at eit kontinuerleg pasientforløp og for at moglegheita for tilfriskning skal vere høgast mogleg. Sjukepleiarane vektlegg viktigheita av samhandling på både individuelt-, organisatorisk- og systemnivå, som kan sjåast i tråd med rammeverket som ligg til grunn i Hellesø et al. (2019, s. 157) sin artikkel om forståinga av integrerte helsetenester ut frå desse tre nivåa. På det individuelle nivået er sjukepleiarane opptekne av å sørge for at informasjonen om enkeltpasienten er tilgjengeleg for dei som helsepersonell. Sjukepleiarane er også opptekne av at overgangane mellom tenestene skal vere så mjuk som mogleg, det er då optimalt at pasienten har etablert gode og trygge relasjonar med personale i kommunane både før og etter innleggelse på DPS. Fleire av sjukepleiarane er også opptekne av å direkte inkludere pasienten i samhandlingsprosessen, til dømes med deltaking i samarbeidsmøte. På det organisatoriske nivået, handlar det om å utvikla hensiktsmessige retningslinjer og organisering, altså at nødvendig kompetanse, rollar og ansvar er tydeleg og avklart. For at dette skal fungere var sjukepleiarane opptekne av at sjølve flyten av informasjon må vere god, det å kunne overføre informasjon frå journalar mellom tenester til dømes er noko dei ser på som grunnleggjande. Fleire trekk fram at det per dags dato hender at viktig informasjon blir utegløynd grunna ulike journalsystem i ulike

tenester. På dette nivået blir det også presisert viktigheita av å ha innsikt i andre tenester sin organisering, samt deira kvardag og utfordringar, for at informasjonsflyten skal gå lettast mogleg. Men i fleire av intervjua blei det peika på som ei utfordring at det framleis er uklare rammer i samhandlinga. På systemnivå handlar samhandlingprosessane om å sikra rammer og system for samhandling, og som det kom fram i kapittel 5, trekk sjukepleiarane fram at fram at det på systemnivå er grunnleggjande med gode rammer for samhandling som er forankra i sentrale føringar og lovverk. Hellesø et al. (2019) konkluderer i sin artikkel med at det framleis er behov for betre avklaring av rollar i samhandlingsprosessane, noko dei empiriske funna i denne studia underbyggjer.

## 7 Relasjon til pasientane

Etter å ha analysert sjukepleiarane sin arbeidskvardag ut frå dei strukturelle rammene og ut frå det organisatoriske nivået, sat eg att med spørsmålet – *korleis opplever sjukepleiarane sin arbeidskvardag ovanfor pasientane?* Trass i at mykje av intervjua dreia seg om strukturen på psykisk helsevern og arbeidskvardagen til sjukepleiarane, var det likevel ofte pasientane som blei den raude tråden i intervjua, og det deira kvardag sjukepleiarane var mest engasjerte i. Etter intervjua sat eg også igjen med datamateriale som kunne bidra med å auke forståinga av dette spørsmålet.

Fokuset i dette kapitlet vil altså vere på korleis sjukepleiarane opplever sin arbeidskvardag ovanfor pasientane. Analysen er todelt, kor første del vil ta føre seg korleis maktstrukturar sjukepleiarane opplever at framleis er til stades på avdelinga, medan andre del av analysen tek føre seg korleis sjukepleiarane meiner at pasientane sin kvardag på avdelinga bør tilretteleggjast på best mogleg måte.

### 7.1 Maktstruktur

Dei haldningsendingane ovanfor psykisk sjuke som blei tydlege i sentrale styringsdokument på starten av 2000-talet, kan på mange måtar seiast å også ha hatt innverknad på samfunnet forøvreg sitt syn på psykiatrien og psykiatriske pasientar. Pasientane fekk meir innflytelse på eigen sjukdomsprosess gjennom Psykisk helsevernloven (1999) og det blei eit auka fokus på openheit og mindre stigma rundt psykisk lidning med stortingsmeldinga *Åpenhet og helhet* (St.meld. nr.25 (1996–97)) og i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr.63 (1997-98)). Sjølv om handlinga ovanfor psykisk sjuke har endra seg dei siste tiåra, samt at openheita rundt psykisk sjukdom har blitt større, er det fleire av informantane som fokuserer på pasientar i psykiatrien framleis er stigmatiserte:

*Sjølv om det har blitt betre, er psykisk sjukdom tabubelagt endå. Det er få som opplever det som stigmatiserande å måtte gå med gips om dei har knekt eit bein, men det sit framleis langt inne for mange å sei høgt at dei har vore innlagt fordi dei slit med tankane. – Johan*

Som Johan seier, er det framleis tabubelagt å vere innlagt på ein psykiatrisk sengepost. Han trekk også fram at langtidspasientar med alvorleg og kompleks psykisk sjukdom, som er pasientgruppa som er i fokus i denne oppgåva, nemleg, er blant dei mest stigmatiserte. Personar med alvorleg psykisk sjukdom har i mange tilfelle stått utanfor jobb og utdanning



over lengre tid og mange har også utfordringar med rus (Regjeringa, 2021). På mange måtar passar dei ikkje inn i samfunnet sine normer, og heller ikkje i helsevesenet sine normer. For stigmaet som pasientane i psykiatrien kan føle på, kjem ikkje utelukkande frå samfunnet utanfor, det kan også oppstå inne på avdelinga.

*Dette er jo i brukargruppe som kan vere utfordrande og vanskelege å forhalda seg til, så ein del av behandlingsarbeidet kan bli farga av mindre faglege tilnærmingar. At ein har personell som rett og slett blir lei av pasientane. At ein til tider tenkjer at «dette er berre ein unskyldning, eller dette er berre løgn», så gløymer ein litt at det faktisk er sjukdommen, at det er derfor pasientane er her i utgangspunktet. – Vegard*

Som Vegard seier kan denne pasientgruppa vere krevjande å forhalde seg til, også som helsepersonell. Som han har nemnt tidlegare er utagering og truslar ein del av kvardagen på mange avdelingar i psykiatrien. Dette er også noko som blir eit tema i intervjuet med Nora. Noko av det ho finn mest krevjande med psykiatrien, framfor somatikken, at ein ikkje har moglegheit til å ta ein blodprøve for å få vite kor sjuk pasienten faktisk er. Symptomtrykk og sjukdomsbilete er på mange måtar subjektivt opplevd frå behandlarane si side. Det vil derfor i mange vere tilfelle kor ein befinn seg i gråsona mellom kva som er tegn på sjukdom og kva som berre er ansett som sosiale avvik. Som Vegard nemner, kan altså det som blir oppfatta som løgn og unnskyldningar, faktisk heller vere utrykk for sjukdom. Fleire av sjukepleiarane framhevar derfor viktigheita av fagleg kompetanse, for at avgjerslene som blir tekne på vegne av desse pasientane skal bli gjort på rett grunnlag:

*Dette er jo pasientar som kan framstå sinte og aggressive, men dei er jo ofte berre veldig, veldig redde... Tenk deg om det var du som hallusinerte, budde på ein framand plass og var omringa av folk du ikkje kjenner. For å komme i posisjon til å hjelpe må det ligge gode relasjonar i botn, og for å klare å etablere det må me ha ei grunnforståing av diagnosane deira. – Ingrid*

At pasientane kan kjenne seg stigmatiserte er noko som føyer seg inn i dei underliggjande maktstrukturane sjukepleiarane meiner at framleis er til stades på avdelinga. For trass i at det i dag er betydeleg mykje meir regulerte former for tvang innanfor psykiatrien i dag enn det var tidlegare, er sjukepleiarane veldig beviste den makta dei framleis har over pasientane. Sjølv om sjukepleiarane i dag har relativt få fysiske moglegheiter til tvang ovanfor pasientane, både

på DPS og særleg i kommunane, reflekterer dei i fleire av intervjua over den underliggande maktstrukturen som eksisterer i relasjonen mellom dei som behandlarar og pasientane:

*Ein ting er den synlege tvangen me driv med i psykiatrien, som beltesenger og skjerming på sikkerheitspost for eksempel, men like gale er kanskje den usynlege tvangen som er til stades i kvardagen. At det er me som bestemmer når det skal vere stille på rommet, når det er mat, at medisinen skal takast til eit visst klokkeslett, og at dei er veldig klar over konsekvensane dersom dei vel å ikkje ta medisinarne. Mange pasientar innrettar seg nok veldig. – Vegard*

Den usynlege maktstrukturen Vegard snakkar om her, kjem til syne i alle små kvardagssituasjonar i alt frå førstelinjetenesta til tredjelinjetenesta – det til ein kvar tid er tydeleg kven som har det siste ordet. Sjølv om brukarane kan seiast å ha mykje fridom over eige liv, særleg i kommunane, men også ved DPS er dei i relativt liten grad underlagt tvang, er dei framleis underlagt dette som Vegard kallar usynleg makt. Underliggjande maktstrukturar er også på noko Line tek opp. Som relativt ung, nyutdanna og kvinne var ho bekymra for at ho ikkje skulle ha autoritet blant pasientane då ho starta på DPS, men dette viste seg å ikkje vere ei utfordring:

*Eg var veldig spent på før eg byrja her, men eg har sjeldan opplevd mangel på autoritet som ei utfordring. Det er tydelege rollar og ei tydelig maktfordeling innprenta på avdelinga. Pasientane har stor respekt og tillit til oss som helsepersonell, på godt og vondt tenkjer eg. Mykje av bakteppet for at det er slik kan jo vere på grunnlag av erfaringar dei har gjort seg tidlegare, ikkje nødvendigvis berre gode erfaringar. – Line*

Som Line seier, oppfattar ho ikkje at sjølve maktrelasjonen mellom pasient og personal som noko utelukkande avhenger kvar enkelt sin relasjon, ho peikar også på bakanforliggende grunnar. Pasientar som har vore i psykiatrien lenge, har som ho seier med seg erfaringar frå tidlegare opphald, og som ho presiserer så er ikkje nødvendigvis alle desse opplevingane og erfaringane utelukkande positive, noko som pregar tilliten deira til helsepersonell også i andre settingar.

## **7.2 Pasientane sin kvardag på avdelinga**

Sjukepleiarane opplever også at dei ikkje får nok tid på å forberede pasientane på den kvardagen som møter dei utanfor spesialisthelsetenesta, noko dei meiner kan vere ein medverkande årsak for at nokre pasientar er innlagt i spesialisthelsetenesta gjentatte gonger,

og blir såkalla «svingdørspasientar». Line opplever at noko av grunnen for at opphalda i spesialisthelsetenesta blir hyppigare er ein konsekvens av kortare liggetid:

*Me skal jo få dei ut att til kommunane så fort som mogleg, men me får ikkje tid nok til å øve på korleis kvardagen ute i kommunen blir. Så dei klarar ofte ikkje vere heime, så då får me dei i retur, anten planlagt eller akutt. Berre på dei 4 åra eg har jobba her, så er det veldig mange av dei samme pasientane som kjem igjen, og fåtalet av dei har blitt så mykje betre... – **Line***

Line fortel vidare at ein fellesnemnar for desse pasientane er ofte at dei «ikkje passar inn nokon plass». Tilboda dei mottek i kommunen er ikkje nok. Pasientane har ikkje buevne eller grunnlag til å ta vare på seg sjølve, og trass i at dei mottek døgnmebanna tenester frå kommunane er ikkje alltid dette tilfredsstillande nok for deira behov. Men kommunen har ikkje meir dei kan tilby, så då blir resultatet ofte eit opphald i spesialisthelsetenesta. Line trekk også fram ein anna faktor som ho opplever at er utslagsgivande for dei som ender opp med å bli «svingdørspasientar»:

*Ein fellesnemnar er at dei har lite sosialt nettverk der dei bur. Men til gjengjeld kjenner dei kanskje både personalet og medpasientar på DPS godt, etter at dei har vore innlagde fleire gonger. Det blir ofte derfor ein tryggleik for dei å komme hit. – **Line***

Line fortel at ho opplever at denne pasientgruppa ikkje alltid har like stort utbytte av å vere innlagt. Ho spør seg om det ville ha vore betre utnytting av ressursane, og ikkje minst betre for pasientane sin livskvalitet, dersom kommunane hadde vore tettare «på» desse pasientane, med fleire aktivitetstilbod retta mot denne pasientgruppa. Ho fortel at nokre kommunar har hatt veldig god effekt av å ha sosiale arenaer, som lågterskel arbeidsplassar, kafear og andre rusfrie sosiale møteplassar. Ho opplever at dette er viktige arenaer for å byggje opp det sosiale nettverket til denne brukargruppa ute i kommunane. For dei som har hatt, eller har utfordringar med rus, er det også særleg viktig å etablere eit nettverk utanfor rusmiljøet, for å hindre tilbakefall.

Viktigheita av sosiale nettverk og ikkje minst av jobb, er også noko Nora er oppteken av. Som ho seier er det mange av pasientane på DPS som står utanfor arbeidslivet, nokre av dei har ikkje ein gang bustad. Nora trekk fram at det å skulle hjelpe folk med å få det betre psykisk er krevjande om ein ikkje har det aller mest grunnleggjande på plass. Ho er som sjukepleiar

oppteken av korleis livskvaliteten til pasientane kan bli best mogleg, noko ho meiner at sosiale arenaer og jobb er viktig for å kunne få til:

*Det er viktig at den enkelte føler seg nyttig. Ein må ikkje gløyme at denne pasientgruppa her også er folk, så dei tinga som er viktige for meg og deg, og som gir oss livskvalitet, er også viktig for dei som strevar med psykiske lidingar eller har utfordringar med rus. – Nora*

Ein anna ting Nora trekk fram som viktig i arbeidet med langvarig psykisk sjuke, er at ein som behandlar må ta innover seg faktumet at ikkje alle pasientar vil ha moglegheita til å bli heilt friske. Ho meiner at om ein går inn med ambisjon om å bli frisk i møte med alle pasientar, så vil måla ein set vere uoppnåelege, både for behandlarar og for pasientane sjølve. For mange, særleg langvarig og alvorleg sjuke, vil ei forventning om å skulle leve det gjennomsnittsnordmannen anser som eit «normalt» liv, vere urealistisk. Derimot meiner ho at best mogleg livskvalitet, er eit overordna mål som det bør jobbast mot i alle tenester.

Ingrid er også oppteken av korleis dei som sjukepleiarar og helsepersonell ved DPS på best mogleg måte kan førebu pasientane på kvardagen som møter dei etter ein innleggelse. DPS'en Ingrid jobbar ved, var tidlegare eit stort psykiatrisk hospital, ein tidelagre klassisk *total institusjon*. Dette var lenge før Ingrid si levetid, men ho kjenner likevel godt til historia til den tidlegare institusjonen. Ho meiner at trass i at det aller meste er betre slik det er i dag, er det element frå denne tida dei kunne ha ivareteke betre:

*Tidlegare var det jo dyr og åker her, så pasientane kunne ta del i gardsdrift om dei ynskja det. Det var også kafear på området, som pasientane dreiv sjølve. Slik fekk dei både øve på sosiale ferdigheiter og kjenne på meistring. I dag er det jo derimot mykje liggetid inne på einerom og mykje medisinar, rett og slett fordi det er det me har ressursar og kapasitet til. – Ingrid*

Sjukepleiarane trekk altså fram aktivisering og sosiale arenaer som grunnleggjande i behandlingsarbeidet med menneske med alvorleg psykisk lidning. Stabilitet og god oppfølging er det dei trekk fram som sentralt for at for at pasientane skal ha moglegheit til tilfrisking og inkludering i samfunnet. Sjukepleiarane viser tydeleg stort engasjement for denne pasientgruppa og det er tydeleg at dei strekk seg langt i sin arbeidskvardag, for å imøtekomme behovet til pasientane i tenestene. Difor opplevast det som særleg frustrerande når dei

opplever at dei må jobbe på tvers av eit system som ikkje tilrettelegg godt nok for den pasientgruppa dei skal vere der for å hjelpe.

*Det er ikkje eit godt nok system som tek hand om desse pasientane, det må me berre erkjenne, det er verkeleg forbettringspotensiale. Ein treng folk i alle instansar som bryr seg om denne pasientgruppa, for dei blir ofte gløymde. Det må jo gjerast prioriteringar innanfor helse, men rus og psykiatri kjem alltid til sist. Det er ingen som går i fakkeltog for denne gjengen her, dei tapar kvar gang. – Vegard*

### **7.3 Oppsummerande diskusjon**

Formålet med dette analysekapittelet var å gi ei innsikt i korleis sjukepleiarane opplever sin arbeidskvardag ovanfor pasientane. Sjukepleiarane som er intervjuet i denne studia viser alle stort engasjement for jobben sin, og dei ytrar stor omsorg ovanfor dei pasientane dei møter i sin arbeidskvardag. Dette kjem tydeleg fram i alle delar av analysen, men særleg i dette kapittelet. Sjukepleiarane gjer seg tankar rundt maktstrukturane i psykiatrien, og reflekterer rundt at psykisk sjukdom framleis er stigmatisert og til ei viss grad tabubelagt også den dag i dag. Dei viser også i sine refleksjonar at stigma ikkje berre møter pasientane i samfunnet utanfor, men at det også kan oppstå nyansar av stigmatisering inne på dei psykiatriske avdelingane, særleg dersom rolleforståinga og kompetansen til helsepersonell ikkje er tydeleg nok. Dei gjer seg også klare tankar om kva element dei meiner at bør ligge i til grunn for at helsevesenet skal kunne yte best mogleg tenester til denne pasientgruppa, men fleire av dei elementa dei trekk fram som sentrale meiner dei dessverre at det er mangel på i tenestene slik dei er strukturerte i dag.

Synet på psykisk sjukdom har endra seg mykje dei siste tiåra, noko som også har vore intensjonen frå statleg hald (Psykisk helsevernloven, 1999; St.meld. nr.25 (1996–97); St.prp. nr.63 (1997-98)). Likevel opplever sjukepleiarane at psykisk sjukdom framleis er stigmatisert, som nemnt opplever dei at dette stigmaet også kan ta plass inne i dei psykiatriske avdelingane. Informantane trekk fram viktigheita av at personalet på avdelinga sit på nok kunnskap om diagnosar og symptom for å unngå stigmatisering innad på institusjonen. Som Nora nemner er det også sentralt at helsepersonellet sine forventningar til pasientane er realistiske. Dette funnet kan ein underbyggjast med nokre av dei teoriane som stod sterkt i antipsykiatrirørsla, nemleg teoriar om stigma og rolla som sjuk. Goffman (1963) hevda at rolla som psykisk sjuk er sterkt stigmatisert, både innad på institusjonane og av samfunnet utanfor. Han hevda vidare at pasientane si sjølvoppfatning blei forverra i rolla som sjuk, noko

som var starten på ein vond sirkel som medførte at pasientane si allereie avvikande åtferd, blir ytterlegare forsterka – *audmjuking av sjølv*. Denne studia undersøker som sagt kvardagen i spesialisthelsetenesta ut frå sjukepleiarane si oppfatning, det er derfor ikkje grunnlag for å ut frå det empiriske materialet kunne konkludere ut frå pasientane sine opplevingar. Men som Nora fortel er kan misforholdet mellom behandlarar og «systemet» sitt syn på pasientane og deira faktiske forutsetningar kunne opplevast som stigmatiserande for pasientane. Dersom det blir sett for høge krav til pasientane på avdelinga, og deira symptom for sjukdom blir stigmatisert av helsepersonellet som jobbar på avdelinga, er dette noko som kan ha negativ effekt på pasientane si oppfatning av seg sjølve.

Eit misforhold mellom forventningar om tilfriskning og realiteten av sjukdommen til pasientane er ikkje berre noko som kan påverke pasientane sjølve men også helsepersonellet som jobbar tett på dei. Dersom det ligg ein ambisjon om at alle pasientar skal bli friske, vil ein setje uoppnåelege mål for både pasient og personale. Igjen blir sjukepleiarane satt i konflikt mellom overordna mål og realiteten til pasientane. Men med høgt arbeidspress og avgrensa med tid, må bakkebyråkratane i følge Lipsky (1980/2010) i praksis behandle klientane i forhold til rutinar, stereotyper og andre mekanismar som effektiviserer arbeidsoppgåvene. Dei må gjere tilpassningar for å halde ut med dei avgrensa ressursane dei er gitt i sin arbeidskvardag, noko som modifierer deira eigne mål for å passe overeins med dei moglegheitene dei har for å gjennomføre sine arbeidsoppgåver. Bakkebyråkratane utviklar slik oppfatningar av sine klientar og av sitt arbeid som reduserer belastninga mellom moglegheiter og mål, slik blir jobben i førstelinjetenestene kjenslemessig lettare å handtere (Lipsky, 1980/2010, s. 17). Dette Nora skildrar, å jobbe for best mogleg livskvalitet for pasientane framfor eit overordna mål om at alle skal bli friske, kan slik forståast som ein måte sjukepleiarane både kan redusere stigmaet pasientane utsetjast for, og samstundes også ein innstilling som gjer til at jobben til sjukepleiarane blir kjenslemessig lettare å handtere.

I likskap med sjukepleiarane, kan det også seiast at pasientane i psykiatrien er offer for disiplinen, som Foucault meiner er ein av dei sentrale maktformene i moderniteten (Foucault, 1975/1999, s. 159). I institusjonane blir pasientane disiplinerte vekk frå sin naturlege rytme. Som Vegard presiserer er det faste tidspunkt for måltid, stilletid, aktivitetar og liknande på avdelinga, pasientane tvingast slik inn i den rytmen institusjonen set som ramme. Vidare har ein dei normaliserande sanksjonane som formål å redusere avvikande åtferd ved institusjonane. Sanksjonane varierer i styrke, og kan vere både negative og positive. Men ein kan tenkje seg at ein positiv sanksjon ved å tilpasse seg normene på avdelinga og vise god

åtfærd kan vere at opphaldet på DPS blir kortare, og pasienten kan fortare skrivast ut til kommunen igjen kor dei i har større fridom over eige liv. Medan ein negativ sanksjon på avvikande åtfærd derimot kan medføre at dei blir henvist vidare til ei tredjelinjeteneste, kor fridomen deira er ytterlegare avgrensa. Summen av den panoptiske drillen er at pasientane er veldig inneforstått med kva det vil seia å vera ein «god pasient». Og det er her den usynlege maktstrukturen er tydeleg, som Vegard trekk fram. Pasientane er disiplinerte inn i rollane på avdelinga, og trass i at det ikkje er direkte former for tvang til stades på avdelinga, eller at maktstrukturen mellom pasient og personell er like tydeleg som den var på dei gamle institusjonane, er pasientane disiplinerte inn i rollane sine. Som Line seier, inneber dette at pasientane har stor respekt for ho som helsepersonell, dei er inneforstått med maktforholdet og klar over moglege konsekvensar av avvikande åtfærd.

I den delen av intervjuet kor det blei vektlagt pasientane sin kvardag på avdelinga, blei det i fleire av intervjuet trekt linjer tilbake til strukturen på psykiatrien ved dei gamle *totale* institusjonane. Sjølv om sjukepleiarane trakk fram at psykiatrien har utvikla seg til det betre, både ut frå maktstrukturane, stigmatisering og institusjonalisering, fokuserte dei likevel på nokre element frå dei gamle institusjonane som dei meiner at pasientane kunne ha hatt utbytte av også ved dagens institusjonar. Ein av kritikkane sjukepleiarane har mot dagens institusjonar er at det slik det er lagt opp, blir mykje medisiner og einrom, og at pasientane i liten grad får trene på dei sosiale ferdigheitene som dei vil ha behov for i kvardagslivet etter ein innleggelse. Dei meiner at kvardagen ute i kommunane etter innleggelse kunne ha blitt lettare for pasientane dersom det i større grad blei lagt opp at dei fekk moglegheit til å trene på ting som vil møte dei i kvardagen ute medan dei var innlagde.

## 8 Avsluttande diskusjon og perspektiv

Sjukepleiarane sin arbeidskvardag har til no blitt analysert ut frå dei strukturelle rammene dei er underlagt, dei organisatoriske utfordringane dei møter i sin arbeidskvardag og korleis dei opplever sin arbeidskvardag i relasjon til pasientane. I denne delen av oppgåva delen ynskjer eg å sjå på det heile i samanheng. Korleis har strukturen på psykiatrien endra seg dei siste tiåra, og korleis spelar dette inn på sjukepleiarane sin arbeidsdag? Avslutningsvis vil oppgåva si overordna problemstilling bli forsøkt svara på, og det vil bli gitt implikasjonar til vidare forskning på feltet.

### 8.1 Frå institusjonalisering til individualisering

Kortare liggetid ved psykiatriske avdelingar i spesialisthelsetenesta er ut frå sjukepleiarane sine egne oppfatningar<sup>23</sup>, og som vist i den historiske gjennomgangen av psykiatrien<sup>24</sup>, den største endringa i behandlinga av psykiske lidningar dei siste tiåra. Ein del av grunnen for at strukturen på psykiatrien endra seg, botna som sagt i antipsykiatrirørsla. Mykje av kritikken mot psykiatrien gjekk på at institusjonalisering av pasientane gjorde det krevjande for dei å tilpasse seg livet utanfor institusjonen etter enda behandling (Goffman, 1961). Slik strukturen på tenestene er i dag, kan ikkje institusjonaliseringa av psykiatriske pasientar seiast å prege behandlinga, slik den gjorde tidlegare. Og nettopp «av-institusjonaliseringa» av psykiatriske pasientar kan seiast å vera avgjerande for at pasientane sin integritet er auka og for at det er mindre stigma rundt psykisk sjukdom enn kva det historisk sett har vore. Men likevel trekk fleire av sjukepleiarane fram at det også finst problematiske sider ved at liggetida i spesialisthelsetenesta har blitt kortare. Utfordringar i relasjonsbygginga mellom pasientane og helsepersonell er det dei fokuserer mest på, samt at fleire pasientar blir utskrivne til kommunane før sjukepleiarane anser det som hensiktsmessig ut frå eit behandlingsperspektiv. Fleire av sjukepleiarane opplevde også at kommunale tenester ikkje er tilstrekkelege for å ivareta personar med alvorleg og langvarig psykisk sjukdom. Kombinasjonen av desse konsekvensane av kortare liggetid i spesialisthelsetenesta, oppgav fleire av informantane som det dei ansåg som forklaringa på reinleggelsar i spesialisthelsetenesta. Av-

---

<sup>23</sup> Kapittel 5

<sup>24</sup> Kapittel 2



institusjonaliseringa av psykiatriske pasientar kan altså seiast å ha vore vellykka, men kva har vore prisen av det?

Ut frå det sjukepleiarane fortel, kan det argumenterast for at pasientforløpet i dagens tenester i mykje større grad enn tidlegare er individualisert. Pasientane har større integritet enn tidlegare, med rettar som sikrar dei å leve frie liv ute i kommunane, men det store kollektivet pasientane tidlegare var ein del av på dei psykiatriske sjukehusa er oppløyst. Pasientane står meir aleine behandlingsforløpet mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.

Individualisering og «oppløysing av flokken» i dei panoptiske institusjonane var noko av det Foucault stilte seg kritisk til ved moderniteten (Schaanning, 1993, s. 233). Endringa i behandlingsforløpet til psykiatriske pasientar kan sjåast i lys dette. Det er liten tvil om at mykje av kritikken psykiatrien møtte frå antipsykiatrirørsla var rettmessig. Dei store psykiatriske sjukehusa isolerte pasientane totalt frå samfunnet utanfor, i nokre tilfelle opp til fleire år om gangen (Hagen & Ruud, 2004, s. 24; Kringlen, 2007, s. 409). At pasientane i slike tilfelle var offer for institusjonalisering og at dette gjorde overgangen deira tilbake til samfunnet etter innlegging krevjande, er det vanskeleg å argumentere mot. Men trass i at institusjonaliseringa avgrensa pasientane frå samfunnet utanfor dei, er eit anna aspekt av det at det forsterka fellesskapet inne på institusjonane. Som fleire av informantane trekk fram, var sosiale arenaer og aktivisering ein større del av behandlinga på dei gamle institusjonane. Trass i at eit av argumenta for at større delar av behandlinga av psykisk sjuke skal ta stad i kommunane er at nettopp moglegheita for inkludering i samfunnet er størst om brukaren kan bu i sin heimkommune og vere omgitt av sitt nettverk (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114), trekk informantane det fram som ein fellesnemnar at pasientar med alvorleg og langvarig psykisk sjukdom ofte har lite sosialt nettverk ute i kommunane. Sjølv sagt finst det også her store individuelle skilnadar, men slik tenestene er lagt opp i dag, kan ein argumentere for at dei psykiatriske pasientane i større grad enn tidlegare har eit individualisert behandlingsforløp. For mange pasientar kan dette innebere at dei ikkje lenger er ein del av det sosiale fellesskapet inne på institusjonane, samstundes med at dei heller ikkje er fullt inkluderte i samfunnet utanfor – dei står i større grad aleine om sin eigen sjukdom.

Det auka ansvaret psykisk sjuke har for eigen sjukdomsprosess blir ytterlegare forsterka av korleis dei blir definerte i dei ulike tenestene. I spesialisthelsetenesta er psykisk sjuke omtala som *pasientar*, medan dei i kommunane er definerte som *brukarar*. Argumentasjonen for denne språklege overgangen botnar som nemnt i eit endra fokus frå sjukdom, til aktiv brukar

av tenester i kvardagslivet (Helsedirektoratet, 2018). Men overgangen frå pasient til brukar indikerer også endringar i forventningar. I spesialisthelsetenesta er dei pasientar som skal ta imot behandling for sin sjukdom, medan det i kommunane ligg ein større forventning til at dei er aktive brukarar av tenestene, noko som indikerer ei større forventning til at dei sjølve må ta initiativ til å ta imot dei tenestene dei har rett på. Som sjukepleiarane fortel, skjer det til stadigheit at pasientar dei meiner hadde hatt utbytte av lengre opphald i spesialisthelsetenesta blir utskrivne til kommunane grunna ressurs og plassmangel. Det er også eit kjent fenomen at reduksjonen i døgnplassar i spesialisthelsetenesta her medført at ein større andel alvorleg psykisk sjuke menneske har blitt flytta ut i kommunane (Meld. St.26 (2014-2015), s. 114). Så trass i at det ikkje alltid nødvendigvis er så stor skilnad i sjukdomsbiletet til psykisk sjuke mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, kan det vere store skilnadar i forventningane til dei. Eit meir individualisert behandlingsforløp og større forventning om at brukarane sjølve skal ta ansvar for eigen sjukdomsprosess, kan medføre at psykisk sjuke opplever å stå meir aleine om sine utfordringar. Spørsmålet er vidare om dette også medføre ei auka kjensle av stigma?

Som det kjem fram i intervjuet, vektlegg sjukepleiarane viktigheita av å tilpasse forventningane til pasientane i behandlingsforløpet. Dersom ein har for høge ambisjonar og set mål som er uopnåelege, vil det kunne opplevast som eit nederlag for pasienten å ikkje ikkje oppnå det dei «burde», noko som igjen kan reflekterast i kva dei kjenner som. Becker såg på avvik som ein konsekvens av ytre merkelappar eller *stigma*, som modifierer individets sjølvoppfatning og endrar måten andre forhold seg to den stigmatiserte personen på (Becker, 1963). Ved at krava til psykisk sjuke som blir stilt ute i kommunane er uopnåelege, opplevast det som eit avvik når dei ikkje klarar å innfri det som er forventa av dei. Og avviket mellom forventning og realitet kan då påverke deira sjølvoppfatning, samt korleis andre også forhold seg til dei på, noko som kan påverke at dei kjenner på stigma og utanforskap. Ei utfordring som eigentleg er å ansjå som strukturell, altså at behandlingsforløpet og tenestene ikkje har ein tilfriskande effekt, kan slik opplevast som eit individuelt problem, som vidare kan medføre redusert livskvalitet. Det er slik mogleg å stille seg spørsmålet det opplevast som meir stigmatiserande å vere ein del av ei kollektivt avvikande gruppe enn det er å skulle vere ein del av eit samfunn ein har få forutsetningar for å kunne passe inn i.

## 8.2 Makt

Eit sentralt trekk gjennom alle intervjua er balansen mellom makt og avmakt i sjukepleiarane sin kvardag. Medan dei i nokre situasjonar følte seg veldig underlegne dei overordna strukturelle rammene, reflekterte informantane også over andre situasjonar kor dei hadde makt til å definere sin arbeidskvardag, og situasjonar kor dei tydeleg var den maktutøvande parten. I følge Foucault (1976/1995, s. 104) er ikkje makta ein struktur, men noko som utøvast og eksisterer i alle former for relasjonar. Ut frå denne definisjonen av makt er det også mogleg å forstå sjukepleiarane si rolle.

I analysen kjem det tydeleg fram at sjukepleiarane opplever at dei er underlagt til dei strukturelle rammene som former deira arbeidskvardag. Dei opplever at deira stemmer og interesser ikkje blir teke nok omsyn til i utforminga av nye refomar eller lovendingar, trass i at det er dei som har førstehands erfaring frå tenestene og som ser korleis denne politikken utformar seg i praksis. Dei opplever også at dei må trasse sine egne instinkt, sine faglege beslutningar og pasienten sine ynskjer og behov, for å oppfylle organisatoriske mål og for at arbeidskvardagen skal gå rundt. I tråd med Lipsky (1980/2010) si skildring av bakkebyråkratane opplever dei dagleg å stå i konflikt mellom pasientorienterte mål og organisatoriske mål – ei kjensle av avmakt.

Men trass i at dei kjenner seg underlegne dei strukturelle rammene, kjem det også fram at sjukepleiarane utøver mykje skjønn i sin arbeidskvardag. Dei strekk seg langt for å kunne utøve sine arbeidsoppgåver på den måten dei sjølve ynskjer, av omsyn til både pasientar, ansatte i andre tenester, kollegaer, og ikkje minst av egne faglege beslutningar. På denne måten dekkar deira eigen innsats mykje av misforholdet mellom ambisjonar og ressursar i tenestene. Slik har dei makt til å definere eigen arbeidskvardag, og langt på veg imøtekomme dei krava dei blir stilt ovanfor, både organisatoriske krav og pasientorienterte krav.

Sjukepleiarane reflekterer også mykje over, og er bevisste den maktrolla dei har ovanfor pasientane. Trass i at det ikkje er tunge tvangsmiddel i bruk på DPS, er dei inneforstått med at dei gjennom mange små situasjonar i deira arbeidskvardag, har mykje makt over pasientane – både synleg og usynleg. Dei reflekterer også over at dette noko som ligg integrert i deira rolle som personell på avdelinga, pasientane sin relasjon til dei som sjukepleiarar er ikkje uavhengig av ytre faktorar, den kan også vere farga av pasientane sine tidlegare opplevingar frå psykiatrien.

Sjuepleiarane er både offer for makta ved at politiske avgjersler har stor innverknad på deira arbeidskvardag, men dei har også til ei viss grad sjølv makt til å forme sin kvardag i tenestene, og er også beviste på sin eigen maktposisjon ovanfor pasientane på avdelinga. Dette underbyggjer Foucault si oppfatning om at makt blir utøvd i alle sosiale relasjonar. Det eksisterer på denne måten ikkje noko utanfor makta, og ein kan aldri oppnå ei fullstendig frisetjing frå makt (Foucault, 1976/1995, s. 105).

### **8.3 Teoretiske refleksjonar**

Det er viktig å vere tydeleg på at eg i bruken av Foucault sine teoriar, nyttar eit anna skilje mellom tradisjonelle samfunn og moderniteten enn kva Foucault sjølv gjer. Moderniteten blir beteikna av dei progressive endringane i samfunnet som var prega av vitskapleg rasjonalitet, kulturelle endringar og individuell fridom. I vestlege samfunn tok store delar av denne bevegelsen som markerte overgangen frå tradisjonelle til moderne samfunn, stad utover 1600- og 1700-talet (Schaanning, 2019, s. 12). Det er med andre ord liten tvil om at det norske samfunnet kan seiast å ha vore eit moderne samfunn ganske lenge før reformeringa og omlegginga av strukturen på psykiatrien som tok stad frå 1970-talet og utover. Det at eg gjennom analysen og diskusjonen likevel brukar Foucault sine teoriar og tek utgangspunkt i «den gamle» strukturen på psykiatrien som eit kjenneteikn for tradisjonelle samfunn, og «den nye» strukturen på psykiatrien som eit kjenneteikn på det moderne, er det mogleg å stille seg kritisk til. Men trass i at dette strider mot definisjonen av moderniteten, og vil eg likevel argumentere for at det er fruktbart å forstå endringane med utgangspunkt i Foucault sine teoriar ettersom eg finn skiljene mellom den gamle og den nye strukturen på psykiatrien så ulike. Foucault er også kritisert for at hans analysar først og fremst kan vere treffande for å forstå industrisamfunnet, ettersom institusjonane i den «nye» moderniteten er flatare, og individa har meir fridom i institusjonane (Aakvaag, 2008, s. 326). Dette er på mange måtar også gjeldande for psykiatrien, som vist gjennom oppgåva er psykiatrien i heilheit som institusjon i dag meir oppdelt og pasientane i psykiatrien har meir fridom. Men eg finn likevel Foucault sine analysar gunstige for å kunne forstå dynamikken i institusjonane. Trass i at ikkje institusjonane er så tydelege som dei ein gang var, vil eg argumentere for at eg gjennom analysen og diskusjonen viser korleis også dagens tenester innanfor psykiatrien kan forståast ut frå eit Foucault sitt rammeverk om maktsturkturane i moderniteten.

I bruken av Lipsky sin teori må ein bere bevisst at denne teorien er utvikla på amerikanske forhold, som også inneber at den tek utgangspunkt i eit meir behovsprøvd system enn kva

som er tilfellet for den norske velferdsstaten (Halvorsen, 1999). Eg vil likevel også argumentere for at trass i at det ligg ulike velferdssystem til grunn, er ein teori som kan nyttast på norske forhold, og at sjukepleiarane i denne settinga kan sjåast på som bakkebyråkratar. Trass i at norske velferdsmodellar i mindre grad er behovsprøvde, viser analysen at sjukepleiarane framleis har stor grad av skjønn i sin arbeidskvardag, og at dei likevel opplever å stå i daglege konflikhtar mellom å oppfylle organisatoriske mål og pasientorienterte mål.

## 8.4 Avsluttande betrakningar

Denne studia har hatt som mål å avdekke kva *utfordringar sjukepleiarar på Distriktpsikiatriske Sentre (DPS) står ovanfor i sin arbeidskvardag*. Og gjennom analysen av det empiriske materialet, kom det fram at sjukepleiarane opplever utfordringar på tre nivå: strukturelt, organisatorisk og ovanfor pasientane.

Det som ut frå analysen viser seg som den største utfordringa i alle aspekt av sjukepleiarane sin arbeidskvardag, er gapet mellom *ideal og realitetar* ved DPS. Sjukepleiarane opplever at det er eit stort gap mellom deira oppleving av tenestene i praksis og dei visjonane som politiske føringar har for tenestene. Dette gapet mellom ideal og realitetar viser seg også i eit misforhold mellom ressursar og behov i tenestene, som gjer til at sjukepleiarane ofte befinn seg eit dilemma mellom å oppfylle organisatoriske mål eller pasientorienterte mål. Eit hovudfunn er også at mykje av dette misforholdet mellom ressursar og behov i tenestene, blir absorbert ved at sjukepleiarane strekk seg langt og brukar den makta dei sjølve har til å definere eigen arbeidskvardag for å imøtekomme pasientane sine behov.

Som vist gjennom studia har sosiologiske perspektiv vore delaktige i endringa av strukturen på psykiatrien. Sosiologiske verk og antipsykiatrirørsla som heilskap, har langt på veg oppfylt sitt ideale om å «frisette» den psykiatriske pasient. Men som Quirk og Lelliott (2001, s. 1568) påpeikar, har det vore relativt lite samfunnsvitskapleg forskning på psykiatriske institusjonar i etter 1980, og den sosiologiske diskursen rundt psykiatrien stilna av i etterkant av antipsykiatrirørsla. Samfunnsvitskapen spela altså ein relativt stor rolle i endringa innad på institusjonane, men har i mindre grad følgd opp konsekvensane av den strukturelle omlegginga.

Basert på oppfatningane til sjukepleiarane i denne studia, er det grunn for å seie at noko av konsekvensane og omlegginga av psykisk helsevern til kortare opphald i

spesialisthelsetenesta, er at det kan vere vanskeleg å gi gode nok tilbod til pasientar med alvorleg og langvarig psykisk sjukdom. Sjukepleiarane opplever at denne pasientgruppa ofte blir ståande utan god nok oppfølging, noko som vidare kan resultere i hyppige innleggelsar. Som dei understrekar er også dette ei pasientgruppe som har behov for tett oppfølging og trygge ramme, noko dei ikkje opplever at er ei sjølvfølgje at får i alle tilfeller slik systemet er i dag. Sjukepleiarane opplever heller ikkje at dagens opphald på DPS førebur pasientane godt nok på kvardagen etter innleggelse. Dette meiner dei kan vere noko av grunnen til at pasientgruppa av alvorleg og langvarig sjuke ofte har lange behandlingsforløp med gjentatte innleggelsar. Slik kan det stillast spørsmål ved om omstruktureringa av psykiatrien utelukkande har hatt ein frigjerande effekt for denne pasientgruppa, eller den også har vore medverkande for at pasientane i mindre grad får den oppfølginga og den tryggleiken dei har behov for.

For å auke den samfunnsvitskapelege kunnskapen om psykiatrien, også etter nedbygginga av dei totale institusjonane, er det viktig med forskning på feltet. Fokuset i denne oppgåva har vore sjukepleiarane si oppfatning av tenestene og deira arbeidskvardag. Som funna mine underbyggjer, stiller sjukepleiarane seg kritiske til om pasientar med eit alvorleg og langvarig sjukdomsbilete blir godt nok ivaretekne slik tenestene er strukturerte i dag. I ei større oppgåve ville det derfor ha vore spennande å sett på pasientgruppa sjølve si oppfatning av dagens helsetenestene, og korleis dei sjølve oppfatar å bli i varetekne. Det hadde også vore spennande å fått eit breiare innblikk i arbeidskvardagen til helsepersonell i kommunane, som eit samanlikningsgrunnlag til denne studia, for å sjå om utfordringane sjukepleiarane i denne studia oppfatar at finst i ute i kommunane faktisk stemmer overeins med arbeidskvardagen dagen til helsepersonell i primærhelsetenesta. Denne studia fokuserer utelukkande på første- og andrelinjetenesta, til vidare studiar ville det også ha vore interessant å sett på korleis desse problemstillingane ser ut frå eit tredjelinjeperspektiv.

## 9 Referanseliste

- Becker, H. S. (1963). *Outsiders : studies in the sociology of deviance*. Free press of Glencoe.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. SAGE.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder : Empiri og teoriutvikling*. Gyldendal akademisk.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual review of sociology*, 18(1), 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P. (2013). Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. I W. C. Cockerham (Red.), *Medical Sociology on the Move : New Directions in Theory* (s. 195-214). Springer Netherlands.
- Elstad, T. A., Steen, T. K. & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpspsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-04-02>
- Erfan, J., Taruanna, K., Joel, K., Ann-Sofie, S., Helinä, H., Pirkko, R. & Sami, R. (2023). Assisted Living for the Mentally Ill - Feasibility of the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA) in finland provoo ASPA-project *Psychiatria fennica (Online)*, 54, 182-197.
- Evjen, R., Øiern, T. & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009): Sluttrapport*. Forskningsrådet.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*.
- Forskrift om kommunal betaling. (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter* (FOR-2011-11-18-1115). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- Foucault, M. (1995). *Seksualitetens historie : 1 : Viljen til viten* (E. Schaanning, Oms.; Bd. 1). EXIL. (Opprinneleg gjeven ut 1976)

- Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie* (D. Østerberg, Oms.; 3. utg. utg.). Gyldendal. (Opprinneleg gjeven ut 1975)
- Foucault, M. (2008). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (F. Engelstad & E. Falkum, Oms.). Gyldendal. (Opprinneleg gjeven ut 1961)
- Fyen, S. (2021, 11. oktober ). *Slår alarm om massenedleggelse av psykiatriske sykehus*. Henta 16. februar frå <https://www.dagsavisen.no/nyheter/politikk/2021/10/11/slar-alarm-om-massenedleggelse-av-psykiatriske-sykehus/>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Penguin.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Hagen, H. & Ruud, T. (2004). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003* (Bd. STF78 A045026). SINTEF Helse.
- Halvorsen, K. (1999). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk : D. 2 : Sosialpolitikken i komparativt og globalt perspektiv* (Bd. D. 2). Tano Aschehoug.
- Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B. & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten : en arbeidshverdag i endring*. NOASP, Nordic Open Access Scholarly Publishing Cappelen Damm akademisk.
- Helse Vest. (2021, 5. januar ). *Kva er oppdraget?* Henta 2. mai frå <https://helse-vest.no/vart-oppdrag/kva-er-oppdraget>
- Helsedirektoratet. (2018, 1. januar ). § 1-3 Definisjoner. Henta 22. mars 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Helsedirektoratet. (2019, 30. april). *Den gylne regel*. Henta 19. april frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/hovedtall>
- Helsedirektoratet. (2021). *Døgnplasser i psykisk helsevern: samdata spesialisthelsetjenesten* <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern/Hovedfunn%20dognplasser%20PHV%202021.pdf>
- Helsedirektoratet. (2024a, 17. april). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*. Henta 1. mai 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>



- Helsedirektoratet. (2024b, 3. januar). *Utskrivningsklare pasienter*. Henta 7. mai 2024 frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter#dognpriogpasientgrunnlag>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hill, M. & Hupe, P. (2002). *Implementing public policy : governance in theory and in practice*. Sage.
- Haave, P. (2020, 27. oktober ). *Psykiatrisk behandling fra langbad til lobotomi*. Universitetet i Oslo Henta 2. oktober 2023 frå <https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1634-psykiatrisk-behandling-langbad-til-lobotomi.html>
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Damm.
- Kristiansen, M. (2020). Nedskjæringer fører til kasteballsystem. *Psykolog tidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/02/nedskjaeringer-forer-til-kasteballsystem>
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded. utg.). Russell Sage Foundation. (Opprinneleg gjeven ut 1980)
- Løchen, Y. (1965). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus : en sosiologisk fortolkning*. Universitetsforlaget.
- Mason, J. (2018). *Qualitative researching* (3rd. utg.). Sage.
- Meld. St.23 (2023–2033). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Meld. St.26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
- Midré, G. (2022, 30. juni). *Yngvar Løchen*. Henta 18. april 2023 frå [https://nbl.snl.no/Yngvar\\_Loechen](https://nbl.snl.no/Yngvar_Loechen)

- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom : bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter* [Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo Unipub]. Oslo.
- Norvoll, R. (2012). Idealer og realiteter i dagens psykiatriske akuttposter IA. Tjora (Red.), *Helsesosiologi - Analyser av Helse, sykdom og behandling* (s. 428-454). Gyldendal Akademisk
- NOU 2003: 19. *Makt og demokrati* (Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning, Red.). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-019/id118893/?ch=1>
- NOU 2023: 4. *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgsteneste* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2016). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/rapport\\_sintef\\_a27975.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/rapport_sintef_a27975.pdf)
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m.* H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/?ch=2>
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Routledge & Kegan Paul.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, P. B. & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *Int J Ment Health Syst*, 3(1), 28-28. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>
- Pedersen, W. (2015, 11. januar). «*Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*». Henta 18. april 2024 frå <https://sosiologen.no/ideer/sosiologisk-kanon/idealer-og-realiteter-et-psykiatrisk-sykehus/>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Quirk, A. & Lelliott, P. (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? a review of the research evidence. *Soc Sci Med*, 53(12), 1565-1574. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00457-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00457-3)
- Ramsdal, H. (2021). Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet – er virkemidlene tilstrekkelige? I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale*


- utfordringer : Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (s. 63-87). Cappelen Damm Akademisk/NOASP Nordic Open Access Scholarly Publishing.
- Regjeringa. (2021). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021)*. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill : a sociological theory*. Aldine.
- Schönfelder, W. (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid : om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner* [Universitetet i Tromsø].
- Schaanning, E. (1993). *Kommunikative maktstrategier : rapporter fra et tårn*. Spartacus.
- Schaanning, E. (2019). *Modernitetens oppløsning : sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie* (Korrigert utg. utg.). Scandinavian Academic Press.
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (Fifth edition. utg.). SAGE.
- Silverman, D. (2020). *Interpreting qualitative data* (6th edition. utg.). SAGE.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (2019, 18. september). *Kortere liggetid i psykisk helsevern*. Henta 11. april 2024 frå <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-liggetid-i-psykisk-helsevern>
- St.meld. nr.25 (1996–97). *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* Sosial- og helsedepartementet. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/)
- St.meld. nr.41 (1987-88). *Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan*. Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=c&psid=DIVL568&s=False>

- St.meld. nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- St.meld. nr.50 (1993-94). *Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helseteneste*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1993-94&paid=3&wid=e&psid=DIVL599>
- St.prp. nr.63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- St.prp. nr.63 (1997-98). *Opptrappingsplan for psykisk helse* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Undheim, I. (2022, 5. desember ). Ny studie: Kutt i psykiatriske sengeplassar fører til dårlegare behandling. NRK. [https://www.nrk.no/norge/ny-studie\\_-kutt-i-psykiatriske-sengeplassar-forer-til-darlegare-behandling-1.16189339](https://www.nrk.no/norge/ny-studie_-kutt-i-psykiatriske-sengeplassar-forer-til-darlegare-behandling-1.16189339)
- Vabo, S. I. (2022, 12. august ). *velferdsstat* Henta 27. november frå <https://snl.no/velferdsstat>
- Villadsen, A. K. (2020). Michel Foucault IH. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. utgave. utg., s. 433-462). Hans Reitzels forlag.
- Vold, B. (2002). *Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling*. <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa56/kap10.pdf>
- Weinstein, R. M. (1983). Labeling Theory and the Attitudes of Mental Patients: A Review. *J Health Soc Behav*, 24(1), 70-84. <https://doi.org/10.2307/2136304>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forl.

# 10 Vedlegg

## 10.1 Vedlegg 1: Vurdering av behandling av personopplysninger

Meldeskjema for behandling av personopplysninger	08.01.2024, 14:41
--	-------------------

 Sikt

### Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 199389	<b>Vurderingstype</b> Automatisk ⓘ	<b>Dato</b> 11.07.2023
----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------

**Tittel**  
Samhandling mellom psykiske helse- og omsorgstenester

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
UiT Norges Arktiske Universitet / Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning / Institutt for samfunnsvitenskap

**Prosjektansvarlig**  
Jorid Sigrun Anderssen


**Student**  
Marianne Lomheim Tang

**Prosjektperiode**  
14.08.2023 - 30.06.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#) 

---

**Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger

<https://meldeskjema.sikt.no/64830f9d-1a9d-4674-9ee2-6b8e853b3c7e/vurdering> Side 1 av 2

- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

## 10.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### *Samhandling mellom psykiske helsetenester*

Dette er ein førespurnad om å delta i eit forskingsprosjekt, der formålet er å sjå på korleis samhandlinga mellom psykiske helsetenester fungerer slik dei er utforma i dag. Dette skrivet inneheld informasjon om målsetjingane for prosjektet og kva det vil innebere for deg å delta.

#### **Formål**

Langvarig psykisk sjukdom er komplekst og har i mange tilfelle samanheng med ein problematisk livssituasjon på fleire område. Pasientar med alvorlege sjukdomsbilete mottok ofte tenester frå fleire hald, og for menneske som i utgangspunktet står i ein krevjande situasjon er det viktig at desse tenestene er samordna og godt koordinerte for å kunne oppnå god livskvalitet. Dette prosjektet er ei mastergrad i sosiologi ved Universitetet i Tromsø, som skal leverast våren 2024. Formålet med oppgåva er å undersøka ansatte i behandlingsvesenet innan psykisk helsearbeid si oppfatning av samhandlinga mellom kommunen og spesialisthelsetenesta, særleg ovanfor pasientgrupper med komplekse sjukdomsbilete og behov for langvarig oppfølging og omsorg.

#### **Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?**

UiT – Norges Arktiske Universitet er ansvarleg for dette prosjektet. Prosjektet blir gjennomført av masterstudent ved sosiologi, Marianne Lomheim Tang, og blir følgt opp av professor i sosiologi, Jorid Sigrun Anderssen.

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

Kriteriet for å delta er at du arbeider med å yte omsorgstenester til personar med psykiske utfordringar, og at du har jobba med dette i minst 6 månadar.

#### **Kva inneber det for deg å delta?**

Dersom du ynskjer å delta i denne studia inneber at du samtykkjer til å deltaking på eit semistrukturert intervju. Du vil då bli stilt nokre konkrete spørsmål i bestemt rekkefølge, men du også kan bli stilt oppfølgingsspørsmål ut frå det du fortel. Intervjuet vil variere i lengde frå 15 til 45 minutt. Dersom du samtykkjer til digital lydopptakar, vil dette bli brukt under heile intervjuet. Det som blir sagt i intervjuet vil bli brukt som ein del av analysen i dette forskingsprosjektet. Sjølv lydopptaket vil bli sletta så fort som mogleg, og du har sjølv moglegheit til å trekke ditt samtykke gjennom heile prosessen. Notat som blir teke gjennom intervjuet vil ikkje innehalde personlege opplysningar og du har rett til å sjå notat før me forlet intervjustaden. Du har også moglegheit for å bli tilsendt transkripsjonen av intervjuet på e-post i etterkant dersom dette er ynskjeleg, slik vil du ha moglegheit for korrigering.

Intervjuet vil innebere spørsmål rundt di oppfatning av psykiske omsorgstenester slik dei er utforma i dag, og korleis samhandlinga mellom tenestene fungerer i praksis. All personleg informasjon vil bli anonymisert og ingen vil ha moglegheit for å spore informasjonen tilbake til deg.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykket ditt utan å oppgi nokon grunn for dette. Alle dine personopplysningar vil då bli sletta.

#### **Ditt personvern – korleis me oppbevarer og brukar dine opplysningar**

Me vil berre bruke opplysningane om deg til formålet me har fortalt om i dette skrivet. Me behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun vere eg, Marianne Lomheim Tang, student ved UiT og veiledar Jorid Sigrun Anderssen som har tilgang til personopplysningar.

Persondata vil lagrast i så lite omfang som mogleg, og kun så lenge som det er praktisk nødvendig for gjennomføring av prosjektet. Lydfiler og namnelister vil bli lagra på UiT sin nettsjerver og sikra med tofaktor-autentisering. Kommunikasjon som har føregått gjennom e-post og telefon vil bli sletta etter gjennomføring av intervjuet, slik at det ikkje vil vere mogelegheit for å kople informasjon tilbake til informantane. Alle intervju-utskrifter vil bli anonymisert og lagra i henhold til UiT sitt regelverk. Lydfiler av intervju vil bli sletta umiddelbart etter at prosjektet er levert inn. I sjølve masteroppgåva vil alt av datamateriale vere anonymisert og det vil ikkje vere moglege å identifisere informantane.

#### **Kva skjer med personopplysningane dine når forskingsprosjektet er avslutta?**

Prosjektet vil etter planen avsluttast når masteroppgåva blir godkjent, dato for prosjektslutt vil då vere seinast 30.06.2024. Etter prosjektslutt vil alt av data bli sletta, det gjeld då både notat frå intervju, lydopptak og personopplysningar.

#### **Kva gir oss rett til å behandle personopplysningar om deg?**

Me behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå UiT – Norges Arktiske Universitet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dersom du har spørsmål knytt til vurderinga frå Sikt sine personverntenester, kan du ta kontakt på e-post: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller på telefon: 73 98 40 40.

#### **Dine rettar**

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

- innsyn i korleis opplysningar me behandlar om deg og å få utlevert en kopi av opplysningane
- å få retta opplysningar om deg som er feil eller misvisande
- å få sletta personopplysningar om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar

#### **Spørsmål**

Dersom du har spørsmål til studia, ynskjer å vite meir eller nytte deg av dine rettar, ta kontakt med:

UiT – Norges Arktiske Universitet, institutt for samfunnsvitenskap ved Jorid Sigrun Anderssen, professor i sosiologi. Rettleiar og ansvarleg for forskingsprosjektet.

- E-post: [jorid.anderssen@uit.no](mailto:jorid.anderssen@uit.no)
- Telefon: +47 77 64 62 18

Vårt personvernombod ved UiT – Norges Arktiske Universitet, Sølvi Brendeford Andressen.

- E-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)
- Telefon: +47 77 64 61 53

Masterstudent ved UiT – Norges Arktiske Universitet, Marianne Lomheim Tang

- E-post: [mta056@post.uit.no](mailto:mta056@post.uit.no)
- Telefon: +47 90 07 16 65

#### **Med vennleg helsing**

*Prosjektansvarleg*  
Jorid Sigrun Anderssen

*Student*  
Marianne Lomheim Tang



## Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Samhandling mellom psykiske helsetenester*, og har fått anledning til å stilla spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i forskingsintervju
- at intervjuet blir tatt opp med digital lydopptakar
- at mine opplysningar behandlast fram til prosjektet er avslutta

-----  
(Signert av prosjektdeltakar, dato)

- Eg ynskjer utskrift av intervjuet for gjennomlesing og eventuell korrigering. Utskrift kan sendast til følgjande e-post-adresse:

-----  
(e-post-adresse)

## 10.3 Vedlegg 3: Intervjuguide

### ***Innleiande spørsmål:***

- Utdanning
- Kva jobbar du med no?
- Kor lenge har du jobba ved døgnpost på DPS?
- Har du jobba i andre tenester innanfor psykiatrien tidlegare?
  - I så fall, kva erfaringar har du med deg frå dette?

### ***Arbeidskvardag:***

- Korleis ser ein typisk arbeidskvardag ut for deg?
- Slik du ser det, kva er det viktigaste fokuset å ha i arbeidet rundt pasientane?
- For deg personleg, kva er det viktigaste du gjer i møte med pasientane?
- Kva er ditt hovudfokus i arbeidskvardagen?
- Korleis andre einingar/tenester er du i kontakt med i din arbeidskvardag?

### ***Samhandling:***

*Noko av utgangspunktet for dette forskingsprosjektet er endringane i psykisk helsevern etter samhandlingsreformen» blei innført i 2012.*

- Kva forbind du med samhandlingsreformen?
- Er det nokre endringar i ettertid av samhandlingsreformen de har merka dykk på DPS?
- Kva tankar gjer du deg rundt at liggetida for pasientar i spesialisthelsetenesta har blitt redusert i løpet av dei siste tiåra?
- Påverkar det måten de arbeidar på at liggetida har blitt kortare?
- På generell basis, føler du deg trygg på at pasientane får den oppfølginga og den kompetansen dei har behov for når dei blir utskrivne til kommunane?
  - Er det skilnad mellom kommunar her?
  - Eventuelt, er det nokre trekk ved kommunane spelar inn? (T.d. sentralitet, størrelse etc.)
- Korleis oppfatar du at samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta er i dag?
  - Også her, finst det skilnad mellom kommunane på kvaliteten av samhandlinga?

- Kva ser du på som dei viktigaste elementa for at samhandlinga med kommunane skal fungere godt?
- Opplever du at kvaliteten på samhandlingsprosessane mellom kommunane og spesialisthelsetenesta får innverknad på brukarane sin tilfriskingsprosess?
  - I så fall, på kva måte?

*Mykje av bakgrunnen for at samhandlingsreformen blei satt i verk, var at tenestene i helsevesenet var for fragmenterte. Det blei her formulert at medan spesialisthelsetenesta i større grad er prega av målet om medisinsk tilfrisking, har kommunehelsetenesta eit større fokus på meistringsevne og funksjonsnivå. For pasienten/brukaren det ein gjensidig avhengigheit mellom desse to målformuleringane, men forskjell i målforståing mellom primær- og spesialisthelsetenesta kan medføre samhandlingsproblem sidan det vil ha ein påverknad på kva problemstillingar som blir vektlagt.*

- Trur du det i dag er ein meir gjensidig målforståing mellom primær- og spesialisthelsetenesta enn kva det var i forkant av samhandlingsreformen?
- Kva vil du seie er den viktigaste målet de jobbar mot når ein pasient blir innlagt i spesialisthelsetenesta?
- Trur du kommunikasjonen mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta er endra etter innføringa av samhandlingsreformen?

*Eg ynskjer å ha eit fokus på langtidspasientane i psykiatrien, den pasientgruppa som ofte blir omtala som «svingdørspasientar», altså personar med komplekse sjukdomsbilete som med gjentatte opphald i spesialisthelsetenesta.*

- Korleis opplever du at desse er pasientane blir i varetekne slik strukturen på psykiske helsetenester er utforma i dag?
- Korleis rolle trur du samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane spelar i tilfriskningsprosessen for denne pasientgruppa?
- Er du trygg på at kompetansen i kommunane god nok til å dekke denne pasientgruppa sine behov etter utskriving?

