

Klevan, T. & Sælør, K.T. (2022). Storebror flytter hjem? Om deinstitutionalisering og det psykiatriske blikk. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 277–296). Fagbokforlaget.  
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200912>

12

# Storebror flytter hjem?

## *Om deinstitutionalisering og det psykiatriske blikk*

Trude Klevan & Knut Tore Sælør

### Innledning

Profesjonelle tjenester til mennesker som opplever utfordringer relatert til psykisk helse og/eller rusmidler, har gjennom tidene vært uløselig knyttet til så vel hjelpe- som maktaspekter. Hvordan den profesjonelle bistanden forstås og utøves, må ses i lys av en historisk og kulturell kontekst. Deinstitutionalisering er et fremtredende trekk ved utviklingen av helsetjenester fra 1970-tallet og frem til i dag, og innebærer en delvis avvikling av institusjoner som for eksempel sykehjem, vernehjem og sykehus for ulike grupper med kronisk syke. Nedbygging av de store institusjonene har i stor grad preget psykisk helsevern og rusomsorgen (Husøy, 2012). Deinstitutionalisering av tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid settes gjerne inn i en forståelsesramme

knyttet til humanisering av tjenestene. Den har vært styrt av omfattende politiske reformer innenfor psykisk helse- og rusfeltet både internasjonalt og nasjonalt, som for eksempel Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet, 1997), Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998) og Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I disse ulike politiske dokumentene legges et helhetlig menneskesyn til grunn, og psykisk helse forstås både som et personlig og sosialt fenomen (Karlsson & Borg, 2013). Fokuset beveges dermed fra et individrettet syn til å forstå psykisk helse ut fra et mer helhetlig perspektiv der hele mennesket og de kontekster det inngår i, påvirker og påvirkes av den psykiske helsen. I tråd med et slikt syn legges det vekt på utvikling av hjemmebaserte tjenester for at personer som erfarer psykisk uhelse, skal kunne leve et mest mulig selvstendig liv i sitt lokalmiljø. Fokus på hjemmebaserte tjenester knyttes altså gjerne til tanken om behovet for å utvikle mer humane tjenester, der hjemmet som arena antas å gi bedre mulighet til å møte brukeren som en person og der hjelpetiltakene kan forankres i personens og familiens hverdagsliv (Karlsson & Borg, 2013).

Til tross for uttalte humanistiske argumenter for deinstusjonalisering kan det også være grunn til å utforske nærmere hvordan forflytningen av tjenestene inn i folks hjem kan forstås og hvilke konsekvenser det kan ha for både brukere av tjenestene og deres pårørende (Topor et al., 2016). Bidrar en forflytning av tjenester nødvendigvis til nye og mer humane praksiser? Eller kan det også argumenteres for at tradisjonelle psykiatriske forståelser og det psykiatriske blikk fremdeles preger tjenestene, om enn i en mer tilsløret form?

I dette kapittelet setter vi deinstusjonalisering og utvikling av hjemmebaserte tjenester inn i en historiske ramme. Vi vil anvende noen eksempler fra akutte ambulante team og såkalte ACT-team for å drøfte hvorvidt hjemmebaserte tjenester representerer noe nytt, eller om de også kan forstås som «mer av det samme». I denne sammenheng bruker vi noen sitater som er hentet fra kvalitative intervjuer som inngår i Klevans doktorgradsavhandling om erfaringer med ambulante akutteam (2017). Vi anvender også sitater fra norske sangtekster. Noen av sitatene kommenteres ikke eksplisitt, mens enkelte presenteres kort. Leseren står fritt til å fortolke hvordan sitatene kan forstås og hvordan de kan bidra til å gi mening til den øvrige teksten. Begrepet «det psykiatriske blikk» brukes til å reflektere over og diskutere forståelser, praksiser og maktforhold innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi

vil også reflektere over hvilke mulige konsekvenser deinstitusjonalisering og forflytning av det psykiatriske blikket inn i hjemmene kan ha for brukere av tjenestene og deres pårørende. Avslutningsvis vil vi reflektere kritisk over hvordan nye, humaniserende og frigjørende praksiser i psykisk helse- og rusarbeid også kan virke disiplinerende og kontrollerende på måter som kan være vanskelig å avdekke. I den videre teksten benytter vi av praktiske hensyn begrepet psykisk helsearbeid som et felles begrep, vel vitende om at det innen psykisk helse- og rusarbeid også finnes ulike tradisjoner og røtter.

## Det psykiatriske blikket

Hei, kom inn!

Vi ser deg i kamera – vi jobber under jorda

Vi kjenner dine vaner ved hjelp av elektroder på vitale organer

Kom inn er du snill – vi veit hva du vil

Et lukket rom – mørklagt og trangt

Her finnes ingen dører eller ankeinstans

Du må tro på det du hører

Alt vi sier er sant

(Kjøtt, 1981)

Begrepet det psykiatriske eller medisinske blikket krediteres Foucault og er hentet fra hans bok *Klinikkens fødsel* (Foucault, 2000). Blikket representerer den rasjonelle og kausale forståelsen av psykiske lidelser. Galskap sidestilles på denne måten med somatiske sykdommer, og gjennom naturvitenskapelige forståelsesrammer og løsninger kan den dermed forklares og temmes. Slik innfører Foucault et skille mellom ufornuft og fornuft – der galskapen eller ufornuften må forklares ved bruk av fornuften. Gjennom dette skillet blir galskapen ifølge Foucault frarøvet sitt eget språk. Språket for galskapen blir fornuftens domene gjennom medisinvitenskapens kolonisering av den.

Det psykiatriske blikket betegner legens evne til gjennom observasjon å kunne se hva som «egentlig feiler» pasienten. Fordi blikket knyttes til én bestemt profesjon og fagdisiplin, får den medisinske fagdisiplinen definisjonsmakt til å vurdere hva som feiler folk. Hvordan pasienten selv eller andre

vurderer situasjonen, blir underordnet. Sykdommen ble dermed gjort til et objekt som kunne studeres uavhengig av «den sinnslidende» selv. Det kan hevdes at erfaringskunnskapen på denne måten ble frarøvet mye av sin betydning.

## Storebror ser deg

Ideen om det medisinske blikk kobles gjerne til 1700-tallsfilosofen Bentham og hans panoptikon. Såkalte panoptiske fengsler og asyl er bygget med utgangspunkt i Benthams ideer og filosofi. Utformingen kan bestå av en rund bygning inndelt i kakestykkelignende rom eller celler med gitterdører. Midt i bygningen står et tårn hvorfra man kan se alle de innsatte eller innlagte, uten at de selv kan vite når de blir overvåket eller ikke. Dette skaper ifølge Bentham en følelse av en usynlig allvitenskap og bidrar til en internalisert overvåking hos beboeren (Miller & Miller, 1987).

Foucault brukte ideen om panoptikonet og panoptisme som metafor for det moderne, disiplinerende samfunn og dets tilbøyelighet til å observere og normalisere. Vel så mye som direkte, fysisk overvåking handler panoptisme om den indre og internaliserte *opplevelsen* av å bli overvåket. Gjennom internalisering av normaliteten disiplineres ikke bare tankene, men også kroppen (Davenport, 2000; Heaton, 1999; Topor et al., 2016). En slik internalisert overvåking og disiplinering er imidlertid ikke bare å forstå som negativ. I komplekse og urbane samfunn kan lydighet og disiplinering også forstås som viktige forutsetninger for å forhindre totalt kaos.

## Historisk tilbakeblikk

Hvordan mennesker med psykiske vansker er blitt behandlet gjennom historien, kan knyttes til samfunnsmessige forhold og samfunnets behov, sammen med ulike moralske og filosofiske strømninger. Behandlingen av de såkalte sinnslidende var i Norge frem til 1800-tallet ikke adskilt fra de fattige og trengende. Mennesker som av ulike årsaker falt utenfor i samfunnet, var i hovedsak familienes ansvar. Før reformasjonen på 1500-tallet ble de fattige betraktet som en del av Guds samfunnsorden, noe som ga de fromme og troende anledning til å utøve barmhjertighet. Etter reformasjonen ble fattig-

dom etter hvert betraktet som en synd og som tegn på sviktende moral hos den enkelte. Dette synet heftet også ved de sinnslidende. Et skille mellom verdig og uverdigg trengende oppsto. I praksis dreide dette seg om et skille mellom de som ikke *kunne* arbeide og de som ikke *ville* arbeide (Høyersten, 2009; Stamsø, 2017; Vatne, 2006).

Befolkningsvekst og urbanisering med påfølgende ordens- og tiggerproblemer førte på 1700-tallet til det som gjennom Foucault (2005) er blitt kjent som «den store innesperringens tid». Private hjelpeordninger og legdordninger var ikke lenger tilstrekkelige for å opprettholde orden. Mange av de trengende ble plassert på tuktt- eller arbeidshus og satt i tvangsarbeid, eller holdt innesperret under elendige forhold i såkalte dollhus eller dårehus. Offentlig tiltak i denne perioden bar preg av å være lite differensierte, og grensene mellom omsorg for syke, fattighjelp og kontroll med kriminalitet var flytende. Et vesentlig poeng ved den store innesperringen er at den ikke først og fremst sprang ut av en tanke om å hjelpe de trengende, men snarere om å kontrollere dem (Foucault, 2005; Vatne, 2006).

Med opplysningstiden fulgte en sterk tro på fremskritt og på menneskets potensial. Ideen om at naturvitenskapen kunne løse de fleste problemer, også av menneskelig natur, sto sterkt. Dette fikk konsekvenser for synet på de sinnslidende og hvordan de burde behandles. Med bakgrunn i tanker og idealer fra opplysningstiden og den franske revolusjon utviklet det som går under navnet moralsk behandling seg.

Den moralske behandlingen kan forstås som et skritt på veien mot behandling av de sinnslidende som en særegen gruppe med særskilte behov. Gjennom den moralske behandling ble eldre tiders undertrykkende og inhumane behandling, med utstrakt bruk av tvang og brutal fysisk avstraffelse, erstattet av idealer som respekt, vennlighet og verdighet. Samtidig ble tvang og kontroll av mennesker som ble ansett som ikke å forstå sitt eget beste, betraktet som nødvendig. Eksempelvis kan bruk av belter, skjerming og isolasjon i psykiatrien tilbakeføres til denne tiden. Fokus for den moralske behandlingen var å bedre pasientenes indre kontroll og moral. En kan således argumentere for at utvikling av den indre kontrollen hadde til hensikt å erstatte den ytre kontrollen. Omsorgen for de sinnslidende som ble utviklet i denne perioden, hadde, til tross for sine klare humanistiske trekk, også preg av kontroll og oppdragelse gjennom moralsk undertrykkelse og ydmykelse. De store asylene som i samme tidsrom så dagens lys, reflekterte begge

disse tendensene: en mer respektfull og human behandling av de gale og en rekke kontrollerende tiltak (Foucault, 2005; Høyersten, 2009; Vatne, 2006).

Opprettelsen av de store asylene på 1800-tallet var inspirert av opplysningstidens nyoppdagelser innen naturvitenskap. Sykdom i hjernen ble etter hvert sett som årsak til sinnslidelse. Ifølge Høyersten (2009) bidro dette også til endringer i synet på den sinnslidende. Den sinnslidende hadde en sykdom og var ikke lenger et moralsk suspekt individ. Den medisinske diskursen ble dermed den ledende og dominerende innen omsorgen for de sinnslidende. I Norge fikk vi sinnssykeloven i 1848 som stadfestet galskap som et medisinsk anliggende, og det første statlige sinnssykeasylet ble bygget på Gaustad i 1855.

## Hjelp og kontroll

Selv om det å yte hjelp gjerne forbindes med uselviske og humanistiske handlinger med siktemål om å gjøre godt for andre, har den profesjonelle hjelpen innen psykisk helsearbeid en broket historie. Hjelpen som til enhver tid er blitt gitt til mennesker med psykiske vansker, avspeiler også samfunnets behov for kontroll. Kontroll trenger, som tidligere nevnt, ikke bare å være negativt. Norvoll (2013), som har forsket på tvang og bruk av skjerming i psykiatriske avdelinger, beskriver for eksempel at en viss grad av kontroll er nødvendig for å opprettholde sosial orden. Det kan også argumenteres for at en grad av kontroll over enkelte individer eller grupper kan være nødvendig for å beskytte andre såkalte sårbare gruppers interesser og velbefinnende, til tross for at dette da kan gå ut over førstnevnte gruppes autonomi. Et aktuelt eksempel kan være barn av foreldre med psykisk helse- og/eller rusproblemer, der foreldrenes og barnas interesser kan komme i konflikt med hverandre. Her vil mange hevde at det kan være nødvendig å iverksette kontrollerende tiltak med foreldrenes helsetilstand av hensyn til barna. Ulike studier som utforsker barns erfaringer som pårørende, beskriver at mange har opplevd destruktiv adferd og manglende omsorg knyttet til foreldrenes psykiske vansker og/eller rusproblemer. Mange har også erfart mangelfull støtte fra andre voksne og hjelpeapparatet (Kallander, 2020; Kufås et al., 2015).

Hjelp og kontroll inngår alltid i historiske, sosiale, kulturelle og politiske kontekster – og avspeiler samfunnets holdninger og kunnskapshorisont. Veien fra å utøve hjelp til å gjøre direkte skade er kanskje ikke så lang

som vi liker å tro. Innen psykisk helsevern har det gjennom tidene utviklet seg en rekke praksiser som vi i dag hoderystende betrakter som inhumane. Dette har skjedd med støtte, eller i hvert fall stilltiende samtykke, fra gode hjelpere. Skillet mellom de andre og oss handler kanskje først og fremst om tid og sted. Kanskje befinner de andre og deres praksiser og valg seg nærmere oss enn det vi noen ganger liker å tro?

Karl Ove Knausgård sier det slik:

For å beskytte oss, bruker vi den sterkeste avstandsmarkøren vi kjenner, demarkasjonslinjen som går mellom «vi» og «de». De'ets avstand er veldig, det kaster disse nære historiske begivenhetene ned i en slags middelalderisk avgrunn (...). De aller fleste av oss mener det alle mener, gjør det alle mener, og det gjør vi fordi dette «vi» og dette «alle» er det som bestemmer normene, reglene og moralen i et samfunn (Knausgård, 2011, s. 791).

Når noen er blitt et «de», er det lett å ta avstand. Hvorvidt våre samtidige praksiser innen psykisk helsearbeid vil bli betraktet som hjelpende eller inhumane kontrollregimer av fremtidige psykisk helsearbeidere, gjenstår å se.

## Hvor finner vi blikket i dag?

Et blikk sprer seg ikke av seg selv, men trenger drahjelp gjennom å manifesteres som diskurser og praksiser, både på overordnet og lokalt nivå. På et overordnet nivå kan dette blant annet handle om hva som teller som gyldig kunnskap. På et mer lokalt nivå vil det vise seg gjennom praksiser som samsvarer med det som da blir ansett som gyldig kunnskap. Den medisinske forståelsen som det psykiatriske blikket baserer seg på, har hatt, og har, gjennomslagskraft ved å gi inntrykk av at det finnes klare årsaker til psykisk lidelse med adekvate løsninger og behandlinger (Foucault, 2005). Grundig og riktig diagnostisering av psykiske lidelser blir i mange miljøer vurdert som grunnleggende for å kunne gi riktig behandling. Diagnostisering innenfor psykisk helsearbeid blir også utsatt for kritikk både fra ulike fagmiljøer og brukermiljøer, blant annet begrunnet med erfaringer som tilsier at psykiske lidelser *ikke* kan sammenlignes med somatiske sykdommer, og at de snarere må forstås og behandles kontekstuellet (Aarre, 2011, 2018; Ekeland, 2011).

Den erfaringsbaserte kunnskapen kommer imidlertid i mange sammenhenger til kort. De medisinsk-orienterte praksiser gir inntrykk av at psykisk helsehjelp langt på vei lar seg standardisere og måle. Faglige forståelser og tilnærminger som ikke passer inn under det psykiatriske blikket og ikke lar seg måle og standardisere, får lett et troverdighetsproblem. Når praksis skal utvikles, blir dermed alternative forståelser og tilnærmingene ofte ikke vektlagt på samme måte. Den objektive kunnskapen som det psykiatriske blikket forfekter, får forrang fremfor den mer subjektive erfaringskunnskapen (Klevan et al., 2019).

Spredning av det psykiatriske blikket handler ikke bare om spredning av et fags forståelser og forklaringer, men også om sammenhengen mellom dette fagets forståelsesmåter og politiske krefter og styresett. I Norge og flere andre vestlige land førte økende velferdsutgifter på 1980-tallet til bekymringer og krav om tiltak for strammere økonomisk styring av staten. Flere reformer innenfor psykisk helsevern på 1990- og 2000-tallet er basert i økonomisk og kunnskapsmessig effektivisering og standardisering. De begrunnes i det som er blitt kjent som New Public Management. New Public Management benytter markedet som logikk og modell, også for helsetjenester (Karlsson, 2015). Markedsorientert styring og kontroll rammer dermed også inn fagkunnskapen. Fokus er på effektivitet, standardisering og målbarhet. Praksiser som passer inn i denne terminologien og som lar seg evaluere etter NPM-standarder, blir de foretrukne og knyttes gjerne til «best practice» (Karlsson, 2015; Klevan et al., 2019). Målbare og standardiserte praksiser knyttes i tillegg til kvalitet, også opp mot rettferdig fordeling av tjenester og forutsigbarhet for pasientene. Sammenfiltrering av helsepolitiske styringsformer og den «sanne» evidensbaserte kunnskapen kan imidlertid argumenteres for å hindre andre forståelsesformer fra å komme frem i lyset. Effektiv og målbar hjelp blir ensbetydende med god hjelp. Kunnskap som fremhever subjektive erfaringer og mangfold, passer derimot dårligere inn i New Public Management-tankegangen og blir lett marginalisert (Karlsson, 2015; Karlsson & Borg, 2013; Kroken & Madsen, 2016; Stamsø, 2017).

Markedsliberalistiske tendenser kan forstås som også å være knyttet til endringer i psykisk helsefeltet. Økende kritikk av inhumane og totalitære forhold ved de tradisjonelle institusjonene, men også fokus på effektivisering og lønnsomhet i psykiske helsetjenester, var viktige argumenter for



nedlegging av institusjoner og gradvis oppbygging av det som vi gjerne benevner som lokalbasert psykisk helsevern (Fakhoury & Priebe, 2007; Topor et al., 2016). Deinstitutionalisering og utvikling av hjemmebaserte tjenester kan dermed hevdes å være tuftet på så vel humaniserende som økonomiske argumenter. Dette kommer tydelig frem når det gjelder utvikling av for eksempel ambulante akutteam innenfor spesialisthelsetjenesten. Hensikten med ambulante akutteam beskrives ofte som todelt. Den ene er å tilby hjelp lokalt og å forhindre unødvendige innleggelser. Den andre er mer verdibasert og handler om å bidra til å utvikle mer humane tjenester innen psykisk helsevern. En slik sammenblanding av økonomiske og velgjørende hensikter i tjenestene kan bidra til å underkommunisere underliggende kunnskaps-hierarkier og maktforhold. Hva teller som god hjelp, og hva slags kunnskap etterspørres når tjenesten skal evalueres? Til tross for at deler av rasjonale bak opprettelsen av ambulante akutteam altså kan sies å være verdibasert, fokuserer hovedtyngden av evaluering og forskning på akutteam kostnader og innleggelsesrater – altså om akutteam faktisk bidrar til å redusere antall innleggelser og om helseforetakene sparer penger. Hva brukere og pårørende erfarer som god hjelp, er i mindre grad utforsket og vektlagt (Johnson et al., 2008; Klevan, 2017).

## Institusjoner for fall – eller på flyttefot?

Nedbygging av institusjoner ga utover på 80-tallet grobunn for fremvekst av nye tjenester. Gjennom intensjonene uttrykt i Opptrappingsplanen i 1999 skjøt utviklingen av det lokalbaserte psykiske helsevernet virkelig fart. Folk skulle få hjelp der de bodde og oppholdt seg, og behovet for å inngå i sosiale sammenhenger og å kunne bo og leve selvstendig ble anerkjent. Det lokalbaserte psykiske helsevernet utviklet seg både på kommunalt nivå og gjennom utvikling av distriktspsykiatriske sentre innenfor spesialisthelsetjenesten (Norvoll, 2013; Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Det store flertallet av personer med alvorlige psykiske helseplager bor i dag i egen bolig. Et flertall av disse mottar oppfølging fra kommunale tjenester og til dels også fra spesialisthelsetjenesten. Disse tjenestene dreier seg særlig om medisinsk hjelp og ulike former for psykososial bistand. Mange brukere gir uttrykk for å være fornøyde med å motta lokalbaserte tjenester og

oppgir blant annet at de opplever større grad av frihet og jevnbyrdighet. På-  
rørende uttrykker på sin side ofte mer blandede erfaringer (Borg et al., 2012;  
Klevan et al., 2016). I løpet av de siste årene er det blitt utviklet ulike former  
for oppsøkende tjenester og team. Hensikten er å utforme tjenester som er  
tilpasset den enkeltes behov og legge til rette for et best mulig liv. Allikevel  
kan hverdagslivet oppleves ensomt og innholdsløst, på tross av ambisjonene  
om å legge til rette for deltakelse i lokalsamfunnet (Sælør et al., 2021), ikke  
ulikt den segregerte tilværelsen som fanges i dette tekstutdraget fra bandet  
The Aller Værste!:

Jeg bor i velferdsghettoen -- Jeg er plassert i huset for de blinde  
Men øynene mine er laserstråler -- Jeg ser bevegelsen bak gardinen  
Jeg sitter oppi huet mitt -- Og ser på livet der ute  
Jeg ser de har dårlig samvittighet -- For det levende livet der ute  
Jeg veit det bare er kroppen -- Bare fra nakken og ned  
Å jeg veit det ikke er huet – Ja jeg veit det ikke er huet – Men jeg er like mye  
krøpling for det

(The Aller Værste!)

Samtidig som det er viktig å lytte til folks positive erfaringer, er det også vik-  
tig å reflektere over hvilke konsekvenser det kan ha når hjelpen, og dermed  
også kontrollen, beveger seg inn i den private sfære. Øye og Norvoll (2013)  
peker på at det å være innskrevet i såkalte åpne og frivillige tjenester også  
kan bære preg av subtile former for makt og kontroll. Trusler om innleg-  
gelse og press om å ta imot behandling kan benyttes og medføre et slags krav  
om normalisering. De som ikke føyer seg etter kravene og ikke samarbeider  
om behandlingsopplegget, kan risikere å bli oppfattet som behandlingsresis-  
tente eller ute av stand til å vurdere sitt eget beste. Det å for eksempel motta  
såkalt «tett oppfølging» fra psykiske helsetjenester kan bidra til at man også  
utenom kontaktpunktene med tjenestene forsøker å oppføre seg i tråd med  
de normer helsevesenet og samfunnet ellers forfekter. På denne måten kan  
det argumenteres for at internalisering av normer om normalitet som faller  
inn under det psykiatriske blikket, bidrar til å konstruere en form for «indre  
panoptikon».

*Men det ble jo kunstig, for jeg måtte jo passe på hva jeg sa, hele veien. Jeg visste jo ikke hva de i teamet rapporterte videre hvis jeg sa noe om suicidalitet og sånn. Jeg måtte passe på hele veien.*

Til tross for kunnskapsutvikling og samfunnsmessige endringer som har virket inn på psykiatrien som fagfelt, er det motsetningsfylte forholdet mellom behandling og sosial kontroll fremdeles tydelig i våre moderne tjenester (Norvoll, 2013; Vatne, 2006). Pasienter og pårørende kan for eksempel inviteres til å komme med sine ønsker for behandlingen, men disse ønskene kan fort bli avfeid med begrunnelse i pasientens sykdomstilstand. Avstanden mellom 1700-tallets moralske «de»-praksiser og dagens «vi»-praksiser er dermed kanskje ikke alltid så stor?

## «Blikket» inn i de tusen hjem?

Gjennom at den profesjonelle bistanden i økende grad er blitt flyttet fra institusjonene og inn i hjemmet, kan det argumenteres for at det psykiatriske blikket også har spredd seg inn de tusen hjem. Som tidligere nevnt omtales lokalbasering av psykisk helsevern ofte i positive termer. Ved at de profesjonelle har beveget seg vekk fra sin arena og over på brukerens og pårørendes hjemmebane, kan det argumenteres for at nye former for profesjonelle roller og samarbeid kan oppstå (Borg & Karlsson, 2013). Samarbeid i hjemmet gir økt mulighet for kontekstuelle og fylldigere forståelser, og vi kan tenke oss at det psykiatriske blikket utvides ved at hverdagslivet og relasjoner i de hjemlige kontekster inkluderes. Således åpnes det opp for muligheten til å se flere sider av brukerne – vedkommende er ikke bare en pasient, men en person med et hjem, et liv og kanskje noen gode relasjoner. Samarbeid kan oppstå og utvikles rundt det som i mange sammenhenger benevnes som «de små ting», som hverdagen er fylt av og som ofte er det som betyr mest for folk (Klevan et al., 2017; Ness, 2016). Å kunne ta seg av potteplantene, hilse på naboens katt eller drikke morgenkaffen på sitt eget kjøkken sammen med en samboer – disse små tingene som i betydning egentlig er ganske store. En tidligere mottager av hjelp fra ambulant akutteam beskrev betydningen av «de små tingene» slik:

*Vi kjørte ut til havet, bare sitte der i sjøkanten. Og bare sånne ting var helt utrolig godt, bare komme vekk fra huset. Sitte der i sjøkanten og bare slappe av, bare den timen. Det var så fint. Det er sånne gode ting som jeg husker.*

Og – samtidig som oppfølging i hjemmet helt klart muliggjør en utvidelse av det psykiatriske blikket – er det også en risiko for at de små ting og hverdagen formes og defineres av blikket?

Når blikket inntar hjemmet – er det blikket som endres gjennom hjemmet, eller hjemmet som endres gjennom blikket? Bli ikke bare brukeren, men også dennes pårørende definert gjennom blikket?

## Pårørende og nye roller

*Jeg ville følt litt sånn ubehag ved å ha hjelpen hjemme i stua vår, oppi sofaen hvor vi pleier å sitte og kose oss og spise middag ... At vi liksom skulle ha akutteamet inne, hjemme hos oss i stua. Hjemme er hjemme! Behandling, det kan skje et annet sted.*

Begrepet pårørende slik det brukes og forstås i dag, er egentlig relativt nytt. Pårørende ble tidligere ofte sett på som en del av sykdomsbildet og kunne i mange tilfeller bli avskåret fra kontakt med sin nærstående. Gjennom nedbygging av institusjoner og lokalbasering av psykisk helsevern har pårørende derimot fått en ny og viktig funksjon. De betraktes i mange sammenhenger som ressurser og viktige samarbeidspartnere, og pårørendes rettigheter er nedfelt i lovverk og retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2017).

Samtidig viser også flere studier hvordan pårørende opplever at de som en følge av lokalbasering av psykisk helsevern blir pålagt et stort ansvar for sine nære og at bistanden fra det offentlige ofte ikke er tilstrekkelig. Pårørende kan oppleve å bli en nødvendig forutsetning for at det overhodet skal være mulig for deres nære å bo og leve selvstendig og motta lokalbaserte tjenester (Borg et al., 2012; Klevan et al., 2016). Klevan (2017) har utforsket erfaringer med hva som erfares som hjelpsom hjelp fra ambulante akutteam ved psykiske kriser. Selv om mange pårørende ga uttrykk for å verdsette hjel-

pen de hadde fått fra akutteamet, ga også mange uttrykk for en opplevelse av at hjelpen som ble gitt, ikke var tilstrekkelig og at de som nære pårørende måtte ta et betydelig ansvar. Dette handlet om alt fra å gi omsorg til praktisk hjelp og til hele tiden å vurdere om det «er trygt nok».

*Altså, jeg la meg jo og sov, og sønnen min lå vegg i vegg. Men jeg lå veldig på alerten og fulgte med. Hva skjer på natten? Kan han finne på å ta sitt eget liv? Så det var jeg som gjorde de vurderingene.*

Sett fra pårørendes ståsted kan noe av deres manglende tilfredshet handle om en rolleendring de mer eller mindre blir pålagt. Pårørende kan hevdes å ha blitt innlemmet i det psykiatriske blikket – både ved at de selv er blitt gjenstand for blikket og ved at de kanskje også må utøve blikket overfor sin nærstående.

Det har generelt vært begrenset fokus på hvordan hjemmebaserte tjenester innen psykisk helsevern ikke bare er en hjelpeinstans, men også en kontrollinstans hvor de pårørende havner i landskapet mellom hjelp og kontroll i hjemmet. Heaton (1999) beskriver hvordan deinstitusjonaliseringen innen psykisk helsevern kan ha medført at pårørende går inn i en form for utydelig og uformell helsearbeiderrolle, og tilskrives et ansvar for å yte omsorg og følge opp den psykiske tilstanden til sine nærstående. Dette kan medføre belastning på de pårørende og på relasjonen med den de er pårørende til. Vi kan tenke oss at pårørende på denne måten blir en del av den profesjonelle bistandens spenninger mellom hjelp og kontroll. Stensrud (2016) har undersøkt erfaringer med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon (TUD) fra et pasient-, pårørende- og ansattsperspektiv. De pårørende opplevde at de var i en form for skvis. De opplevde å ha et stort ansvar for den som var under behandling, men at de ble tilsidesatt av profesjonelle hjelpere når avgjørelser skulle tas. Som vi har vært inne på tidligere, finnes det ulike former for oppsøkende tjenester for folk som strever med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Hensikten er nok god, men det er også andre sider ved det å flytte hjelpeapparatet hjem til folk. Når Fanden leser Bibelen, finner han som vi kjenner til de utroligste ting. Tar vi en kikk på ACT-Håndboken, synes vi blant annet det kan være verdt å merke seg følgende:

En av de første oppgavene for et nyetablert team, kan derfor være å opprette en «behandlingslinje» mellom ACT og aktuell sengepost og trekke fastlege/legevakt, kriseteam og eventuelt pårørende aktivt inn i dette arbeidet. Det siste for å ha en plan rundt mulige innleggelser når ACT ikke er på jobb og dersom teamets lege/psykiater av ulike grunner ikke kan være innleggende lege (Aakerholt, 2013, s. 19).

Så er det slik at mange pårørende setter pris på å bli inkludert i behandling, men er de nødvendigvis innstilt på alle oppgavene og ansvaret dette innebærer? Det blir i alle fall tydelig at tjenestene til tider er nødt til å lene seg på de pårørende og at behandlingsapparatet har en del å være takknemlige for. Mon tro om de pårørende får kvelds-, helgedags- og overtidstillegg når «ACT ikke er på jobb?». Vi finner uansett følgende påpekning i ovennevnte ACT-Håndbok:

Behandlere i oppsøkende team får mye ekstra informasjon fordi de beveger ut av kontorene og inn i brukers hjem. Det er ikke alltid brukerne ser dette eller tenker over konsekvensene. Derfor må behandlerne bruke mye tid på å diskutere fag og etikk når «kontoret blir flyttet hjem til bruker» (Aakerholt, 2013, s. 26).

Vår hensikt er på ingen måte å diskreditere hjemmebaserte tjenester som akutteam og ACT-team, eller andre former for oppsøkende tiltak. Det kan allikevel være på sin plass å undre seg over hva hensiktene bak ulike tiltak er, og ikke minst hvilke utilsiktede virkninger de medfører. Intensjonen er antakelig å legge til rette for at folk kan bo hjemme i større grad, og kunne motta tjenester der de bor, men her er det vel også penger å spare for det offentlige? Pårørende yter en enorm innsats året rundt, og mange vil gjerne å bidra. Samtidig opplever flere å ikke få den støtte og anerkjennelse de kanskje trenger og fortjener, og at de i liten grad blir involvert i samarbeid med tjenestene på måter de selv ønsker. Det må vi ta på alvor (Klevan et al., 2016; Weimand et al., 2011).

Involvering av pårørende i det psykiske helsearbeidet kan også medføre at pårørende og deres eget liv blir gjenstand for det psykiatriske blikket. På den ene siden kan dette hevdes å ha bidratt til en synliggjøring og anerkjennelse av de pårørende. For mange pårørende har det å få anerkjennelse

for at man har en viktig rolle vært betydningsfullt. Samtidig er det i økende grad blitt anerkjent at rollen har noen omkostninger. Et medisinsk eller psykiatrisk blikk inn i hjemmet kan kanskje bidra til å synliggjøre at rollen som pårørende kan ha betydelig innvirkning på den pårørendes egen helse, både fysisk og psykisk.

Men hva favnes av blikket? Pårørendes handlinger og reaksjoner, familiens liv og relasjoner blir en del av de profesjonelle helsearbeiderens observasjons- og vurderingsgrunnlag. Det er ikke lenger bare pasientens symptomer og funksjon i det daglige som skal observeres og vurderes, men også de pårørendes. Ulike former for familie- og nettverkstilnærminger som har økt i utbredelse de senere årene, trekker pårørende med som en ressurs i behandlingen – samtidig som ulike forhold ved de pårørende også blir observert av blikket. Heaton (1999) beskriver dette som at de pårørende blir deltager i det hun kaller blikket-stafetten, der ansvar for kontroll og overvåking delegeres nedover i hierarkiet samtidig som de også selv blir et objekt for blikket. Kanskje kan de som av ulike årsaker mottar hjelp av et ACT-team tjene som et eksempel på denne omtalte blikk-stafetten?

Spredning av det psykiatriske blikket inn i hjemmet påvirker altså både brukere og pårørende og samarbeidet med de profesjonelle hjelpere på ulike måter. Skillet mellom det institusjonelle livet og livet der hjemme blir mer utydlig. Dette kan ha mye bra ved seg. Normalisering av psykiske helseplager og muligheter for å kunne leve et meningsfullt liv i lokalmiljøet til tross for psykiske helseplager, oppleves av de fleste som positivt. Ut fra et slikt perspektiv kan man på mange måter hevde at deinstitutionaliseringen har vært en suksess. Det er blitt anerkjent at «alle har en psykisk helse» og at psykiske helseplager ikke trenger å stå i motsetning til å leve gode liv, hverken for den enkelte eller dennes familie. Samtidig kan man stille spørsmål ved i hvor stor grad brukere av psykiske helsetjenester faktisk gis anledning til å leve selvstendige liv. Som tidligere nevnt mottar det overveldende flertall av tjenestemottakere tiltak fra ulike deler av det psykiske helsevernet. Kan denne utstrakte bruken av tjenester inn i hjemmet, med de pårørende som både med-kontrollører og kontrollerte, betraktes som en subtil form for kontroll og masse-normalisering inn under det psykiatriske blikket?

## Nytt blikk på gamle praksiser, eller?

Dersom vi legger til grunn at skillet mellom folks hverdagsliv og det psykiatriske blikket utviskes, vil så folks tanker og praksiser i det daglige styres av en indre moral som utvikles i samhandling med, og under overvåking av, representanter for det psykiatriske blikket? Dersom det psykiatriske blikket blir en del av den indre moral, vil dette kunne bidra til selvdisiplinering. Ønsket om det normale liv blir rettesnoren for denne indre moralen. Innebærer frigjøring og deinstitusjonalisering dermed en form for reinstitusjonalisering der den enkeltes internaliserte moral og verdier kan utgjøre en ny form for panoptikon?

En effektiv måte å ufarliggjøre og stilne uro på, det som utfordrer den gjengse moral og normer for hva som er normalt eller ikke, kan være gjennom prosesser som ofte benevnes som kolonisering (Grant, 2015). Ved at profesjonelle tar over og definerer hva *noe* er – bestemmer de også hva som er den «rette forståelsen» av dette *noe*. Ved at psykiske helsetjenester utvikles i en retning der folk i størst mulig grad skal bo hjemme og motta lokalbaserte tiltak, vil et vesentlig spørsmål være hvordan man kan sikre at praksisene blir reelt brukerorienterte og ikke preges av det Øye og Norvoll (2013) kaller «overflatetenkning». Fremfor å fremme mangfold og ulike måter å leve livet sitt på, kan hvorvidt man lykkes handle om i hvor stor grad man evner å bli mest mulig normal og veltilpasset. Samtidig skal det heller ikke underkjennes at mange mennesker nettopp ønsker å være en del av den såkalte «normalen». Å få lov til å være en del av normalen eller å velge å ikke være det, bør uansett være gjenstand for reelle valg. Spørsmålet er kanskje ikke hvorvidt man skal få lov til å etterstrebe å definere seg innenfor normalbegrepet, men hvorfor det ikke skal være like legitimt å definere seg utenfor det.

## Noen tanker avslutningsvis

Hva som til enhver tid defineres som hjelp og kontroll, er situert i kontekster, både lokalt, historisk og kulturelt. Hva som er hjelp, defineres ut fra det dominerende blikket – et blikk som formes og bæres av det «vi-et» forstår som knyttet til sannhet og moral. Ved å falle innenfor den dominerende defi-



nisjonen av hjelp, kan såkalte hjelpsomme praksiser lett bli fritatt fra kritiske betraktninger og spørsmål. Som både Foucault og Knausgård påpeker, er det mye lettere å være innenfor enn utenfor den dominerende hjelpe-diskursen. Det er ensomt å stå utenfor, mens man innenfor befinner seg i godt selskap.

Nye praksiser betraktes ofte som forbedring. Og når man ser tilbake på behandlingen av «de gale» og hvordan holdninger og tjenester har utviklet seg frem mot vår tid, er det vanskelig å være uenig i at mye har blitt bedre. Det virker innlysende at etablering av hjemmebaserte tjenester som en erstatning for de store institusjonene er en utvikling i en mer human retning. Og samtidig – tenkte ikke tidligere helsearbeidere det samme om sine egne praksiser? Ved å være lojale og dyktige helsearbeidere føyer vi oss til et «vi» og dette «vi-ets» sannheter. Forsvinner vi ikke lett inn i den dominerende diskursen? Lojalitet og bekjennelse til et bestemt blikk innebærer alltid en risiko for å bli del av unyanserte og i verste fall skadelige praksiser. Spørsmålet vi bør fortsette å stille oss selv, er dermed: Hvordan vil ettertiden vurdere våre tenkemåter og handlinger?

Som fagfolk har vi ikke bare ansvar for å tilegne oss oppdaterte ferdigheter og kunnskap, og gjennom det bidra til å yte det som til enhver tid regnes som «best practice» i tjenestene. Vel så viktig er det å stille spørsmål om hva som til enhver tid regnes som kunnskap og hvilke hensikter denne kunnskapen tjener. Praksiser og kunnskap som gir rom for refleksjon og bevegelighet, er i så henseende av stor betydning. Elisabeth Minnich (2017) har skrevet om hvordan inhumane praksiser og kunnskapsformer kan utvikle seg, utført av tilsynelatende «helt vanlige mennesker». Hun beskriver betydningen av å være oppmerksom på hva man til enhver tid tar del i, og hvordan mennesket har et konstant ansvar for å tenke og stille kritiske spørsmål. Vi lar hennes ord avslutte kapittelet:

To be attentive is to be able to be startled back into thought, to become again able to be in touch with the originality of all that is around us, and so also to be aware of what we are actually doing, here and now (s. 75).

## Referanser

- Aarre, T.F. (2011). Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 164–168.
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Borg, M., Haugård, E. & Karlsson, B. (2012). «Uten oss går det ikke» – pårørendes erfaringer med psykisk krise. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(2), 16–29.
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(02), 105–113.
- Davenport, B.A. (2000). Witnessing and the medical gaze: how medical students learn to see at a free clinic for the homeless. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(3), 310–327.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no 2011:1). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313–316.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (2005). *Sindssygdом og psykologi*. Hans Reitzels Forlag.
- Grant, A. (2015). Demedicalising misery: Welcoming the human paradigm in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, 35(9).
- Heaton, J. (1999). The gaze and visibility of the carer: a Foucauldian analysis of the discourse of informal care. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 759–777.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008–2009)). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan* (Bd. 11/2020). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Husøy, G. (2012). Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk. *Michael*, 9, 238–245.
- Høyersten, J.G. (2009). Sinnslidelsenes historie – noen temaer og tablåer. *Reiser i tid og rom, Michael*, 6, 136–149.
- Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P. & Thornicroft, G. (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health* (Bd. 13). Cambridge University Press.
- Kallander, E.K. (2020). *Children affected by parental illness or parental substance abuse: young carers, well-being and quality of life* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 153–162.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Kjøtt (1981). Under jorda [sang]. På Op. MAI.
- Klevan, T. (2017). *The importance of helpful help in mental health crises: experiences, stories, and contexts – a qualitative exploration* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Sørøst-Norge.
- Klevan, T., Davidson, L., Ruud, T. & Karlsson, B. (2016). «We are different people»: A narrative analysis of carers' experiences with mental health crisis and support from crisis resolution teams. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 658–675. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1133471>
- Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. (2017). «At the extremities of life» – Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 87–105.
- Klevan, T., Sundet, R. & Sælør, K.T. (2019). Ensretting, standardisering og kunnskapsbasert praksis – autoetnografi som motstand? *Forskning og forandring*, 2(2), 105–123. <https://doi.org/10.23865/fof.v2.1523>
- Knausgård, K.O. (2011). *Min kamp: Sjette bok*. Oktober.
- Kroken, R. & Madsen, O.J. (2016). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?* Gyldendal Akademisk.
- Kufås, E., Faugli, A. & Weimand, B.M. (2015). *Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet ... Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer – en kvalitativ levekårsstudie*. IS-2398, Issue. Helsedirektoratet.
- Miller, J.-A. & Miller, R. (1987). Jeremy Bentham's panoptic device. *October*, 41, 3–29.
- Minnich, E.K. (2017). *The evil of banality: on the life and death importance of thinking*. Rowman & Littlefield.
- Ness, O. (2016). De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 58–73). Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld. nr. 25 (1996–1997)). Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000ddpdfs.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet (1998). *St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*.
- Stamsø, M.A. (2017). *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Stensrud, B. (2016). *Experiences with outpatient commitment orders from the perspectives of patients, relatives and staff – A qualitative study* [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet].
- Sælør, K.T., Kippenes, M., Klevan, T. & Andvig, E. (2021). A tale from the Glass Dome: A narrative analysis of social housing, living conditions and recovery. *Nordisk velfärdsforskning / Nordic Welfare Research*, 6(1), 44–55.

- The Aller Værste! De invalide [sang]. På *Materialtretthet*. Den Gode Hensikt.
- Topor, A., Andersson, G., Bülow, P., Stefansson, C.-G. & Denhov, A. (2016). After the asylum? The new institutional landscape. *Community Mental Health Journal*, 52(6), 731–737.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Weimand, B.M., Hedelin, B., Hall-Lord, M.L. & Sällström, C. (2011). «Left alone with straining but inescapable responsibilities»: relatives' experiences with mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703–710.
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 73–97). Gyldendal Akademisk.
- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok*. 2. utg. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.