

MASTEROPPGAVE

*Psykososialt arbeid og bakkebyråkratenes handlingsrom
under Covid-19 pandemien – en kvalitativ studie*

Ann Katrin Jahr Bergan

Fredrikstad 28.04.23

HSPSA40616 - Masterstudium i psykososialt arbeid - helse- og sosialfaglig yrkespraksis
Fakultet for helse, velferd og organisasjon



Sammendrag

Denne oppgaven er en empirisk og kvalitativ undersøkelse om bakkebyråkratenes handlingsrom i psykisk helsetjeneste, under covid-19 pandemien, der man i terapirommet i psykisk helse, brukte digitale verktøy i behandlingene, under nedstegningen av Norge. Undersøkelsen er gjort i en personalgruppe med intervju av fire informanter i psykisk helsetjeneste som jobbet under pandemien. Gjennom intervjuene kommer det frem informasjon som viser at det ikke nødvendigvis er pasientgruppen som har hatt størst utfordringer med den digitale omleggingen. Undersøkelsen tar opp temaer som makt, avmakt, Bakkebyråkratenes handlingsrom under pandemien og spenningsfeltet en Bakkebyråkrat kan bli stående i når systemene krever av de ansatte mer enn ansatte kan levere på grunn av manglende kompetanse. En organisert digitalisering av samfunnet er ikke nødvendigvis en enkel oppgave, det er mange aspekter en må ha med inn når dette skal planlegges. Undersøkelsen har avdekket hvor mye en forutinntatthet fra systemene om kompetansenivå hos ansatte, kan ødelegge for ansatte som ikke har tilstrekkelig digital kompetanse, til å følge med i utviklingen.

Abstract

This thesis is an empirical and qualitative investigation into the street bureaucrats' room for action in mental health services, during the covid-19 pandemic, where digital tools were used in the treatments, during the period where public services were closed in Norway. The study was carried out in a staff group with interviews of four informants in mental health services who worked during the pandemic. Through the interviews, information emerges that shows that it is not necessarily the patient group that has had the greatest challenges with the digital transformation. The study addresses themes such as power, disempowerment, the street bureaucrats' room for action during the pandemic and the conflicts a street bureaucrat can face when the systems demand more from the employees than the employees can deliver due to a lack of competence. Organizing digitization of society is not necessarily an easy task, there are many aspects that must be considered when planning this. The study has revealed how much a preconception from the systems about the level of competence of employees can destroy for employees who do not have sufficient digital competence to keep up with developments.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	2
ABSTRACT	2
1.0 INNLEDNING.....	6
1.1 PROBLEMSTILLING.....	9
1.2 BEGREPSAVKLARINGER	10
1.3 AVGRENSNINGER.....	11
1.4 BAKGRUNN FOR VALGT TEMA	11
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	13
2.0 KUNNSKAPSGRUNNLAG.....	13
2.1 PSYKOSOSIALT ARBEID.....	14
2.2 DIGITAL UTVIKLING - FØR, UNDER OG ETTER PANDEMIEN.....	16
2.3 DET TERAPEUTISKE ROMMET.....	19
2.4 BAKKEBYRÅKRATENE	25
2.5 AKTUELL FORSKNING	26
3.0 METODE	27
3.1 HERMENEUTIKK.....	28
3.2 STUDIEN.....	31
3.3 FORBEREDELSEN TIL PRESENTASJONEN AV FUNNENE.....	35
3.3.1 OBSERVASJONER	36
3.3.2 GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE.....	37
3.3.3 PROSESSEN I KODINGEN.....	39
3.4 ETIKK.....	42
4.0 ANALYSERESULTATER	43
4.1 PANDEMIEN	43
4.2 PRAKTISKE GJENNOMFØRINGER I HJEMMEKONTORENE OG I SAMTALENE.....	45
4.3. DEN TERAPEUTISKE SAMTALEN OG ERFARINGER FRA DIGITALE SAMTALER.....	46
4.4 DATAKUNNSKAP HOS BEHANDLERE	49
4.5 FUNN OG NYE FORSTÅELSESHORISONTER.....	51
5.0 DRØFTING – BAKKEBYRÅKRATENES HANDLINGSROM UNDER COVID-19 PANDEMIEN. 55	55
5.1 VARIGHET OG ENDRING	57
5.1.1 FLERE STORE ENDRINGER PÅ SAMME TID.....	57
5.2 FORKUNNSKAP OG FORFORSTÅELSE HOS BEHANDLERE	59
5.3 DIGITAL KOMPETANSE I PRAKSIS	62
5.3.1 TJENESTEVEIER BLIR ENDRET	65
5.3.2 EFFEKTIVISERING EN HENDIG BI-EFFEKT AV DIGITALISERINGEN?	66
5.4 ETIKK I MAKT OG AVMAKT	68
5.5 SMITTEVERTILTAK I PRAKSIS.....	74
5.6 SAMHANDLING PÅ TVERS I DET TERAPEUTISKE ROMMET.....	79
5.7 KONKLUSJON.....	81
BIBLIOGRAFI	84
VEDLEGG.....	88
INTERVJUGUIDE - VEDLEGG 1.....	88
INFORMASJONSSKRIV – VEDLEGG 2	90
GODKJENNING (NSD) SIKT – VEDLEGG 3.....	93

1.0 Innledning

Covid-19 viruset ble oppdaget i Kina, sent i desember 2019. WHO kunngjorde den 12.03.2020 at Covid-19 hadde blitt oppgradert til en pandemi. Regjeringen Solberg bestemte i mars 2020, at det skulle settes inn strenge tiltak, ved å blant annet stenge en del offentlige tjenester for fysisk oppmøte, for å begrense smittespredningen av covid-19. Det var da regjeringen innførte den første nasjonale nedstegningen 12. mars 2020 (Regjeringen Solberg, 2020). Dette berørte også den avdelingen jeg jobber i. Alle behandlere i den kommunale psykisk helse tjeneste ble umiddelbart beordret om å stenge kontorene for fysisk oppmøte. All kontakt med pasienter skulle overføres til telefonsamtaler - i første omgang. Det måtte gis informasjon via telefon til alle pasientene om at kontorene ble stengt, og hvordan vi da skulle gå frem for å kunne holde kontakten med hverandre. 32 telefonsamtaler senere, over et par dager, kjente jeg på at dette kom til å bli en helt ny og annerledes arbeidshverdag. Det ble nevnt på nyhetene at dette var de strengeste- og største inngripende tiltak en regjering hadde gjort – i fredstid. Dette var både skummelt, men også veldig surrealistisk. Temaet har opptatt meg en del, fordi jeg selv arbeidet under denne pandemien i psykisk helsetjeneste. Jeg kommer til å benytte en del erfaringer fra denne perioden og skal gjennom denne oppgaven besvare problemstillingen: *«Hvilken betydning har bakkebyråkratenes handlingsrom hatt, når skjønsmessige vurderinger ble gjort, for når og hvordan digitale verktøy ble benyttet under covid-19 pandemien?»* som blir nærmere presentert mot slutten av dette kapitlet.

Hele teamet kom på plass i respektive hjemmekontor, mer eller mindre på en bra måte. Andre digitale verktøy kom til som tilleggsverktøy for behandlerne og det er behandlernes erfaringer jeg tar utgangspunkt i da undersøkelsen ble gjort. Det ble en del felles møter over Teams dataprogrammet og i begynnelsen dreide de seg mye om å orientere seg i den nye situasjonen i verden. Det var mange spørsmål og praktiske ting som skulle ordnes og koordineres. Jeg ble igjennom de digitale møtene, opptatt av kommentarer, innspill og reaksjoner på omleggingen av driften i tjenesten. Jeg ble blant annet oppmerksom på at det var en voksende misnøye i Teams møtene, etter hvert som vi fikk flere digitale verktøy. Løpende diskusjoner i lunsjer som vi hadde via Teams, for å holde litt sosial kontakt med hverandre, handlet ofte om utfordringer med å bruke de digitale verktøyene. Det var en generell økende misnøye for måten vi skulle drifte tjenesten på. Noe som undret meg stort. I denne undersøkelsen skal jeg se på bakkebyråkratenes handlingsrom, når skjønsmessige vurderinger ble gjort, når de brukte en spesifikk kommunikasjons form - den digitale samtalen, mellom behandler og pasient under covid-19, i kommunal psykisk helsetjeneste.

Dette er en masteroppgave i psykososialt arbeid, som er en empirisk og kvalitativ undersøkelse om bakkebyråkratenes¹ handlingsrom i psykisk helsetjeneste, under covid-19 pandemien. Behandlernes utgangspunkt for å jobbe med psykisk helse, er i terapirommet, som ofte er behandlernes kontor. Undersøkelsen er basert på semistrukturerte intervjuer av fire ansatte ved psykisk helsetjeneste i en kommune på Østlandet. De ansatte er ikke knyttet til samme avdeling, og jobber med litt forskjellige oppgaver i psykisk helsetjeneste. Alle har pasientkontakt daglig og jobber som behandlere. Oppgavens utgangspunkt er fra perioden da Norges offentlige tjenester hadde stengte kontordører - men åpnet for digitale utgave av tjenestene. I forlengelsen av behandlernes handlingsrom i terapirommene, skal oppgaven se på hvilken betydning forskjellig nivå av datakompetanse har hatt, når jeg ser på bruk av digitale verktøy hos behandlerne. Hensikten med å bruke perspektivet fra behandlernes ståsted – har med deres rolle som veiledere å gjøre, hvordan behandleren muligens kan hemme eller fremme gode møter, med den nye digitale arbeidsformen, deres egen kompetanse i bruk av digitale verktøy.

Digitalisering som forskningstema – er et enormt felt. Digitalisering finner vi i stort sett alle ledd i samfunnet i dag. «*Digitalisering er det å legge til rette for generering av digital informasjon samt håndtering og utnyttelse av informasjonen ved hjelp av informasjonsteknologi*» (Dvergsdal, 2021). Alt fra digitale telefonsvarere med flere tastevalg, til elektroniske bestillingsskjemaer på nettsider, er eksempler på en slik digitalisering. Norge har som ambisjon om å bli verdensledende innen digitalisering, og det er opprettet et eget direktorat som regulerer og holder oppsyn med den offentlige utviklingen i forsøket på å oppnå dette målet. Digitaliserings direktorat ble etablert 01.01.2020.

«Digitaliseringsdirektoratet har Kommunal- og distriktsdepartementet som overordna fagdepartement. Regjeringa har ein ambisjon om at offentleg sektor i Noreg skal vere verdsleiande på digitalisering. Det skal mellom anna skje gjennom fellessatsingar og tenester for å skape ein felles digital offentleg sektor. Det inneber at staten, kommunane og heile forvaltningsapparatet skal samarbeide med næringslivet og frivillige organisasjonar, slik at vi – saman – kan utnytte det moglegheitene digitalisering gir oss og kan skape». (Digitaliseringsdirektoratet, 2020).

¹ Bakkebyråkrat er et fellesbegrep for dem som arbeider i direkte ansikt-til-ansikt kontakt med borgerne. (Terum, 2021)

Digdir er en samskapning mellom flere institusjoner.

«Eit omfattande sett av oppgåver, tenester og ansvarsområde, som vart samla under same paraply då Digdir var oppretta 01.01.2020. Då gjekk Altinn og delar av fagmiljøet for informasjonsforvaltning i Brønnøysundregistra og delar av det tidlegare Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) saman for å danne spydspissen i Noreg på digitalisering. Samtidig vart avdeling for leiing og avdeling for utgreiing og analyse overført frå Difi til Direktoratet for økonomistyring, som skifta namn til Direktoratet forvaltning og økonomistyring (DFØ). Frå 1.9.2020 var også avdeling for offentlege anskaffingar overført frå det nye Digitaliseringsdirektoratet til DFØ» (Digitaliseringsdirektoratet, 2020).

Denne sammenslåingen av tjenester har gjort at den digitale utviklingen kan styres i mye større grad mot en bredere målgruppe, enn tidligere.

Det har vært en utfordring å posisjonere seg vitenskapelig i denne undersøkelsen, pga. at jeg har endret arbeidssted og hatt søkelys på digitaliseringstemaene, med utgangspunkt i hvilken mulighet jeg har hatt for å benytte arbeidsplassen som utgangspunkt i undersøkelsen og kollegaer som informanter. Jeg har en erfaring bak meg, som gjør at min forforståelse vil være tydelig farget og betydelig preget av det jeg skal inn i og undersøke. Jeg har datateknisk utdanning fra videregående skole, og tidlig tilegnet meg bred kunnskap for å ha en god forståelse for hvordan data kan brukes og fungerer. Jeg har veiledet andre, som har vært uten digital kompetansen, eller hatt tilgangen på å lære det. Jeg har over tid sett effekten av digitaliseringen – på nært hold, ettersom den har utviklet seg. Jeg har jobbet mange år med pasientgrupper som pr. definisjon er i et digitalt utenforskap², men det gjelder ikke alle som mottar tjenester i psykisk helsetjenester, selv om det er der jeg har møtt de fleste med denne utfordringen. Jeg har alltid vært en nysgjerrig person, og har en indre driv og et grunnleggende ønske om å forstå det jeg opplever og erfarer. Jeg blir derfor i denne masteroppgaven, en forsker med hermeneutisk drivkraft i arbeidet mitt. Det vil bli tatt med eksempler fra observasjoner som er gjort i eget terapirom, samt dialog om hendelser andre behandlere har opplevd, og som ofte har blitt diskutert, i perioden pandemien varte. Disse diskusjonene og dialogene, er

² Personer med manglende eller lav digital kompetanse kan oppleve digitalt utenforskap. (Regjeringen.no, Digital hele livet - Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen, 2021) og (kompetansenorge.no, 2021).

opphavet til at denne masteroppgaven handler om bakkebyråkratenes handlingsrom i psykisk helsetjeneste, under covid-19 pandemien. Følgelig kommer mine fortolkninger av det jeg har observert, svarene fra intervjuene og noen diskusjonsutdrag fra kollegaer, under pandemien.

Jeg hørte kunngjøringen til WHO på radioen i bilen om at Covid-19 hadde blitt oppgradert til en pandemi, da ble Norge «litt annerledes» å jobbe i for meg. Jeg ble langt mer forsiktig i møte med andre mennesker. Noen pasienter ble veldig redd for og bli smittet. Om noen nøs, hostet eller så syke ut, holdt jeg automatisk større avstand til menneskene det gjaldt. Jeg ble «litt annerledes» som profesjonsarbeider. Til tross for egne tanker om smitte og pandemi, tok jeg på meg en rolle som formidler av informasjon om både tiltak og gode smittevernråd, overfor pasienter, som var bekymret over både smitte og regjeringens tiltak. Denne «annerledesheten» har blitt vedvarende, også etter at samfunnet åpnet opp igjen. Vår posisjon som profesjonsarbeidere, opplevdes for mange av oss ansatte, som allvitende og pasientene opplevdes, som alt-undrende. Vi hadde blitt «en pandeminasjon», som kunne mene noe om andres helse, på en helt annen måte enn tidligere. Vi kunne «velge» å være en smitte «trussel» eller vi kunne «velge» å være «en samfunnsbeskytter». Media har definert atferden hos innbyggere i Norge via nyhetsinnslag, alt avhengig av hvordan man oppførte seg i det offentlige rom. (Engen, 2020).

1.1 Problemstilling

«Hvilken betydning har bakkebyråkratenes handlingsrom hatt, når skjønsmessige vurderinger ble gjort, for når og hvordan digitale verktøy ble benyttet under covid-19 pandemien?»

Forskningsspørsmålene jeg har valgt å jobbe ut ifra, og som har vært styrende for undersøkelsen:

- 1) Hvilken kompetanse og holdning hadde behandlerne til å bruke digitale verktøy?
- 2) Hvilke konsekvenser gav kompetansenivåene og holdningene i møte med pasienter og samarbeidspartnere?
- 3) Hva hadde dette å si for psykisk helsetjenesten til innbyggerne?

For å besvare disse forskningsspørsmålene, vil jeg i neste kapittel om kunnskapsgrunnlag, først redegjøre for hvilke kunnskapsgrunnlag min oppgave tar utgangspunkt i, og for mitt teoretiske rammeverk. Spesielt vil jeg trekke frem teori om bakkebyråkratiet som vil være nyttig for å belyse min tematikk.

1.2 Begrepsavklaringer

For å kunne gi et begrepsmessig landskap, settes det opp en begrepsavklaring før jeg går videre. Dette fordi det vil ha betydning for hvordan teksten videre skal kunne forstås, når den leses. I denne teksten forstås begrepene under, med følgende definisjoner.

Behandler beskriver den rollen personen som yter/gir psykiske helsetjenester fra kommunal tjeneste har. Ved beskrivelser fra andre kilder, referanser og fra uttalelser i intervjuene, benyttes også begrepene terapeut, ansatt, hjelpepersonell og profesjonsutøver, om samme rolle, i tillegg til referansen om kollega.

Programvare: Forhånds laget verktøy som rammer inn funksjonen den kan tilby. Eks. E-post er en programvare, som tillater deg å sende og motta elektroniske brev. SMS (Short Message System) er designet for å sende og motta korte meldinger via telefonen. Man kan ikke sende beskjedene eller elektroniske brev uten programvaren på sine respektive digitale enheter (Fastvare) som datamaskinen eller smart telefonen er.

Digitale verktøy er et samlebegrep for digitale enheter og programvarer man kan gjennomføre samhandlinger med. I denne oppgaven er det inkludert; telefon, tekstmeldinger, e-post, sosiale medier (Begrenset til; Facebook, Messenger, Meet og Snapchat) og videosamtaler via datamaskiner/telefoner (Her inklusive Teams, Zoom og Skype, man kan benytte til å gjennomføre en videosamtale på).

Digital interaksjon beskriver samhandlingen mellom behandler og pasient når de har samtale ved hjelp av digitale verktøy, for eksempel telefon, eller gjennomfører annen informasjonsutveksling via e-post eller sosiale medier. Det er det de gjør sammen, via digitale verktøy.

Digital kompetanse defineres her som erfaring og ferdigheter med å bruke digitale verktøy, og å formidle/anvende denne erfaringen hensiktsmessig, slik at det kan bli en samhandling mellom behandler og pasient over internett.

1.3 Avgrensninger

Oppgaven er tidsbegrenset til pandemiens periode fra sent desember 2019 til 31. desember 2022. Det var i denne perioden samfunnet ble mest berørt av virusspredningen. Norge fikk 12. mars 2020, mer eller mindre totalt restriksjoner mot fysisk tilstedeværelse i samme rom, og krav til avstand i det offentlige rom. Denne avgrensningen ble nødvendig for å vise til en spesifikk periode, hvor det som tidligere var definert som grunnleggende datakunnskap - før pandemien, ble en viktig kjernekompetanse, i et fagfelt som normalt ikke bruker digitale verktøy i «normal drift». Når man ikke hadde noe annet alternativ enn digitale løsninger, for å holde kontakt med pasientene og heller ikke hadde tid til å igangsette opplæring av større omfang, for å kunne benytte seg av digitale verktøy, ble datakunnskapen essensiell.

Det vi kanskje ikke har tenkt så mye over er at Norge og verden jevnlig er eksponert for mikroorganismer som skaper sykdom, «*Siden 1500-tallet har det vært tre-fire store pandemier i hvert århundre. De fire siste pandemiene har vært spanskesyken i 1918, asiasyken i 1957, hongkongsyken i 1968 og svineinfluensaen i 2009. Spredningen av covid-19-viruset ble erklært en pandemi 12. mars 2020*» (Norberg, 2020). Jeg kan ikke huske at det ble så mye oppbud rundt svineinfluensaen i 2009, men «*Når WHO erklærer at det foreligger en pandemi, vil det si at infeksjonen har spredd seg i alle verdensdeler*» (NHI.no, 2023) ble det en ny dimensjon over alt det kjente vi pleide å gjøre. En hel verden engasjerte seg, fordi alle ble berørt. Corona-19 pandemien var den pandemien hvor smittevern og tiltak for å begrense smitten, gjennom et globalt samarbeid, ble et tema og en prioritet. Denne undersøkelsen vil ikke si noe om håndteringen av andre pandemier, eller smittevern under covid-19 pandemien. Den vil utelukkende se på bakkebyråkratenes handlingsrom i perioden da covid-19 var aktiv i Norge.

1.4 Bakgrunn for valgt tema

Ansatte i tjenesten fikk tilgang på digitalt utstyr, gjennom at kommunen investerer en del penger i digitale verktøy, i tillegg til at de omdisponerte en del utstyr, som de hadde på lager. På denne måten unngikk de ansatte å bli permittert. Disse verktøyene gav de ansatte en mulighet til å opprettholde tjenestene – tross for kravene om å stenge kontorene i en periode. Psykisk helsetjeneste ble etter hvert definert som en samfunnskritisk tjeneste og derfor ble også de ansatte definert som samfunnskritisk personell. Behandlerne var vel og merke ikke personell som jobbet i livreddende tjenester knyttet til covid-19, men for de som allerede slet med psykiske utfordringer og for de som begynte å slite med psykiske utfordringer underveis i pandemien, var vi en meget viktig tjeneste. For enkelte mennesker kunne tjenesten oppleves

som en livreddende tjenester – i alle fall for de som ikke hadde noen andre i livene sine. Behandlerne kunne holde kontakten med pasientene og jobbe sammen med dem, selv om samfunnet var lukket. Dett ble ofte uttrykket av pasientene i telefonsamtalene med de ansatte.

Det viste seg at det ble behov for en del opplæring i bruken av digitale verktøy blant ansatte og på forespørsel fra leder laget jeg en instruksjonsvideo. Denne ble delt i Teams. Det ble gjort slik for at flest mulig kunne lære de mest grunnleggende funksjonene, på de mest brukte verktøyene som Teams, Norsk Helsenett og smarttelefoner, fortest mulig. Men allikevel ble det ikke tilstrekkelig for enkelte ansatte. Misnøyen om å bruke digitale verktøy fortsatte. Jeg ble veldig undrende til hva dette egentlig handlet om. Jeg var inne på tanken om det kunne dreie seg om frykt og endringsmotstand. Det hadde vært mange endringer i tjenesten det samme året som pandemien kom. Et gjentakende innspill var at den digitale tjenesten ikke var «god nok». Det ble kommentert fra alle avdelingene at det kanskje ikke var forsvarlig for alle pasienter, å bare ha digital kontakt med behandlere. Pasientenes misnøye over stengte kontorer, ble stadig tatt opp i møter. Undringen ble ikke mindre da jeg også oppdaget at enkelte av pasientene jeg fulgte opp, tilegnet seg nye digitale ferdigheter, når de ikke hadde andre alternativer. Ferdigheter de selv mente at de ellers ikke ville klare å tilegne seg - på grunn av sine egne utfordringer og begrensninger. Pasientene fortalte blant annet at de følte på mye frykt for å gjøre feil, manglende mestringstillit og manglende digital kompetanse. Samtidig, ble det flere og flere av mine pasienter som benyttet seg av den digitale muligheten til å ha samtaler og ble villige til å prøve det, fremfor å vente på samtaler ansikt-til-ansikt.

På dette tidspunktet valgte jeg å spørre pasientene litt om deres opplevelser rundt de alternative møteformene. Det dukket opp erkjennelser og informasjon i svarene, som jeg ikke hadde forventet. Det kommer blant annet frem at mange av pasientene følte på en trygghet, når en skjerm kunne brukes som et skjold mot verden, eller at de visuelle inntrykkene ble tatt bort, gjennom å ha samtalene via en telefon. Dermed opplevde pasientene at disse verktøyene var en fordel for dem - de følte på mestring. *«Endelig er det ikke bare jeg som er isolert! Nå kjenner resten av verden også på hvordan jeg har det. Jeg er ikke alene i isolasjonen lengre»*, svarte en voksen mann. Som også utdypet: *«Jeg forstår jo at dette må øves på, og at selv det å prate på video, er noe man kan venne seg til»*. En ung jente fortalte: *«Når du ikke er i rommet, føles det lettere å være ærlig om de vanskelige tingene»*. *«Ikke for å være frekk, men når du ikke ser meg, er du ikke så «skummel» - som behandler»*, sa en eldre dame, mens hun humret. Det ble da

veldig tydelig at det var en forskjell mellom det pasientene opplevde og det behandlerne snakket om i de digitale møtene mellom kollegaer.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i fem kapitler. Oppgaven **starter med et kapittel** med en innledning og en kort presentasjon av tema. Det er satt opp en begrepsavklaring, en avgrensning, en presentasjon av bakgrunn for valgt tema, oppgavens oppbygning, og oppgavens forskningsspørsmål og overordnede problemstilling. **I kapittel to** presenteres kunnskapsgrunnlag, teori og aktuell forskning. **I kapittel tre**, som er oppgavens metodekapittel, tar jeg utgangspunkt i hermeneutisk teori - om forståelseshorisonter. Gjennomføringen av studien presenteres, i tillegg til en redegjørelse for hva som ble gjort i forkant, som forberedelser til intervjuene, gjennomføringen av intervjuene og prosessen i kodingen. Ethiske hensyn vil også bli gjennomgått i denne delen. **I kapittel fire** presenteres funnene jeg gjorde fra dataene og analysen av materialet jeg har samlet inn. **Kapittel fem**, drøfting, inneholder en drøfting som vil gi et oppsummerende svar på problemstillingen. Det oppsummerende svaret sammenfattes til slutt i en konklusjon, som vil belyse funn jeg synes er interessante, samt hvordan jeg forstår disse, sett opp mot teorien jeg har valgt å benytte i oppgaven. Vedlegg som er lagt ved denne oppgaven er intervjuguiden (vedlegg 1.), informasjonsskriv (vedlegg 2.) og godkjenning fra SIKT, tidligere NSD (vedlegg 3.).

2.0 Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget i denne oppgaven har til hensikt å forklare og beskrive, men også kritisere de påstander, funn og drøftinger jeg gjør i analysen av undersøkelsen. En masteroppgave, undersøkelse eller et forskningsprosjekt, er et oppsett av en problemstilling jeg har valgt selv og som skal svare på problemstillingen, via forskningsspørsmålene, som er første delen av rammene i undersøkelsen og presentasjonen av oppgaven. Tema i oppgaven har jeg valgt selv, basert på observasjoner jeg har gjort over mange år, men spesielt under nedstegningen av Norge, da covid-19 pandemien var på sitt mest aktive. Jeg hadde et kunnskapsgrunnlag og en tydelig og klar forforståelse med meg inn da jeg begynte undersøkelsen. Jeg hadde også en egeninteresse i temaet rundt kommunikasjon, som jeg opplever er utømmelig som tema å skrive om. Det gjør at det også har vært vanskelig å holde tak i «den røde tråden» av og til. Derfor har det vært viktig å settes opp et rammeverk for hvilket område jeg skal bevege meg i og grunngi hvorfor.

Jeg ble introdusert til metoder og teorier under bachelorstudiet i 2009, som har preget tankemåten min siden den gang. Hermeneutikken har jeg holdt godt tak i - også etter bachelorstudiet, da jeg opplever at det er en meget anvendbar teori. Det gjelder både i akademia, men også som rammeverk for hvordan man kan forstå, jobbe med endring og jobbe seg frem til en felles forståelse, eller forståelseshorisont, i hverdagen. Derfor ble det naturlig for meg å se til hermeneutikken når jeg i denne oppgaven ønsker å formidle det jeg mener er en manglende vinkling inn i klinisk arbeid, i psykisk helsearbeid.

Kommunikasjon er en stor del av arbeidshverdagen vår. Kommunikasjonen kan foregå både digitalt, muntlig, men også skriftlig. Når vi kommuniserer, gjør vi det på flere nivåer og på flere plan - gjennom hele dagen. Vi har muntlig kommunikasjon, skriftlig kommunikasjon, men vi snakker også med kroppen og fjeset. Kroppsspråket, blick og gestikuleringer er detaljer i dialogen vår som er avgjørende for hvorvidt vi forstå hverandre eller ikke. Alle disse måtene samlet, er vår dialog med omverdenen og med hverandre. Det skjer noe med oss i kommunikasjonen, når vi ikke kan bruke hele kommunikasjonsspekteret vårt. Man kan misoppfatte andres kommunikasjon, om man ikke har kunnskap om hva man skal se etter, eller ikke vet hvordan man skal tolke det man ser og hører. Terapi eller behandlingssamtaler er en spesiell form for kommunikasjon. Skjevheten oppstår i utgangspunktet fordi det er en behandler/pasient relasjon med ulikt eierskap og mestringsnivå i samtalen. Dette vil gi en part mindre eierskap i samtalen, fordi behandleren vil alltid ha med seg fagkompetansen sin inn i samtalene. Pasienten har kanskje aldri snakket med noen om sine utfordringer tidligere.

2.1 Psykososialt arbeid

Psykososialt arbeid - er for meg, en arbeidsform, som jeg mener bør være en «rød tråd» i alle helse og omsorgstilbud. Viktigheten av å koble handling og konsekvens sammen, uansett hvordan disse henger sammen, er ofte avgjørende for at man skal forstå den kontekstuelle sammenhengen i det narrative pasientene forteller om. Har man økonomiske problemer vil man kunne utvikle stress symptomer. Man kan få stramme nakkemusklene og vondt som følger av det, men man er ikke somatisk syk av den grunn. Årsaken ligger ikke i nakken. Årsaken er problemer med økonomien. *«Psykososialt arbeid er - som begrep, de metodiske strategiene som kombineres basert på kunnskap om kontekstuelle, relasjonelle og prosessuelle faktorer»* (Nissen, 2014, s. 12). Hvor det er et poeng at enhver samhandling er basert på en relasjonell base, hvor pasientens narrativ - til enhver tid, er med som utgangspunkt i behandlingsløpet. Å

gi psykososialt arbeid en klar og entydig definisjon, er ikke et poeng - da innholdet vil variere like mye, som de varierende utgangspunkt og behov pasientene har. «*Uansett er det noen «ingredienser» som må være med, hvis det skal kunne sies å være en psykososial tilgang*» (Nissen, 2014, s. 12). Erkjennelsen av at mange perspektiver er nødvendige for å kunne hjelpe, gjelder som grunnforståelsen i arbeid for både forebygging og behandling. «*Det sosiale og det psykiske inngår i en kontinuerlig prosess av gjensidig påvirkning*» (Nissen, 2014, s. 12). I psykososialt arbeid er det ikke bare et pasientfokus som er relevant, det er også behandlerfokus gjennom refleksivitet³ og egenutvikling. Dette er en mer dyptgående bevisstgjøringsprosess som er dypere og mer omfattende enn refleksjon over eget metodisk arbeid. (Del Busso, 2014, s. 59) trekker frem at det handler om en personlig og moralsk dimensjon, der egne holdninger, verdier, følelser og opplevelser er hoved temaer, ikke det metodiske og eget praksisarbeid.

Når man jobber videre inn i den psykososiale tankegangen er det tre temaer som er svært viktige innen i både yrkesutøvelsen og praksisfeltet;

1. Betydningen av sosiale og økonomiske bakgrunnsfaktorer for ulikhet i helse (jf. Sosioøkonomisk ulikhet i helse)
2. Retten til et godt psykososialt miljø i skolen og på arbeidsplassen
3. (Bio-)Psykososialt arbeid knyttet til enkeltindivider som trenger oppfølging og hjelp i en periode av livet eller gjennom livsløp.

(Svalastog, Kristoffersen, & Lile, 2019, s. 19).

Psykososialt arbeid er snakk om et tankesett, en holdning og «et sett med briller», hvor man leter etter mestringsillit i pasientenes narrativ. Aron Antonovsky i hans salutogene perspektiv (Antonovsky, 2012), beskriver dette tankesettet på en god måte. Hvor man på en holistisk måte jobber for å bidra med å holde kontakt mellom de eksisterende systemene, som berører pasientens liv, og hjelper pasienter med å opprettholde tilknytningen til de forskjellige systemene, pasienten er i fare for å falle ut fra, eller allerede har falt ut fra. Aaron Antonovsky var en israelsk-amerikansk sosiolog og akademiker, kjent for sin forskning på forholdet mellom stress, helse og velvære. Hans teori om hva som «*opprettholder og/eller fremmer det friske i mennesker*» (Antonovsky, 2012), er en motsats til medisinsens patogenese, læren om/forståelsen av det syke.

³ «Refleksivitet beskrives som en praktisk ferdighet som består i en kontinuerlig bevisstgjøringsprosess» (Del Busso, 2014, s. 59).

«Salutogenese er en teori om hvordan mestring skapes, hvordan en god håndtering av hverdagens utfordringer gjør verden mer begripelig og meningsfull, og hvordan dette i sin tur virker inn på hvordan vi klarer oss med hensyn til sykdom og andre utfordringer.» (Dahl, 2014).

Når mennesker møter utfordringer av forskjellig grad, er det vesentlig at man har lært å håndtere motstand og hvordan man har lært og håndtere den. Men for å kunne ta tak i noe av det pasienten ikke - på egenhånd, får til – trenger man så langt det er mulig, å sette seg inn i deres situasjoner. Det er også viktig å formidle informasjon fra de samme pasientene tilbake til systemene, der systemene ikke lengre fungerer hensiktsmessig, eller har blitt ekskluderende for større eller mindre grupper i samfunnet. Det gjelder for eksempel for enkelte grupper omtalt i denne oppgaven, arbeidet som må gjøres for å forebygge digitalt utenforskap.

Om man forklarer psykososialt arbeid ved at alle deler av livet påvirker hverandre kontinuerlig, vil det understreke hvor viktig det er å ha flere tanker i hodet samtidig i samarbeid/behandling med pasienter. Det å kunne se på flere aspekt i en pasients liv, vil derfor være viktig i mange faglige sammenhenger, ikke bare stadfeste at det er en, eller flere diagnoser å behandle. Det vil kunne være avgjørende for om man lykkes i å finne de reelle årsaker til f.eks. stressfaktorer, som skaper uhenksomme konsekvenser hos pasienten. Eventuelt at man ved for snevert fokus, rett og slett overser en, eller flere viktig faktor, som er opphavet til konsekvensen for lidelse, hos pasienten. Mennesker er sammensatte og lar seg påvirke av flere ting samtidig, ikke bare av personer, men like mye av systemer, regler og sedvane i samfunnet, som alt annet rundt oss, for eksempel været. Man kan ikke utelukke faktorer, som påvirker negativt, bare fordi de ikke er relasjonelle, følelsesmessige eller tilsynelatende irrasjonelle og som ikke kan forklares somatisk. Alle faktorer har en rolle, og de påvirker mennesker kontinuerlig.

2.2 Digital utvikling - før, under og etter pandemien.

Fordi denne undersøkelsen tar utgangspunkt i digital kommunikasjon, er det viktig å plassere den digitale utviklingens rolle i samfunnet, i kontekst til perioden undersøkelsen er foretatt i. Den generelle digitaliseringen av samfunnet har gått både fort, men også sakte, på samme tid. «På 1990-tallet pågikk det en diskusjon i media, om hvorvidt internett var en motepreget døgnflue som kom til å forsvinne like raskt som den hadde dukket opp. Eller om internett kom til å revolusjonere måten vi mennesker lever og samhandler på» (Betin, 2022, s. 13). Internettets historie begynte allerede i 1960-årene, med en rekke forsøk på å koble sammen datamaskiner over lengre avstander. Allikevel tok det mange år før de klarte å finne en løsning som gav god

nok utnyttelse av linjekapasitet. «Internett og World Wide Web slo i 1990-årene gjennom som den dominerende form for kommunikasjon mellom datamaskiner, òg mellom mennesker» (Leksikon, Store Norske Leksikon, 2022).

Som et barn av 70-tallet, hadde jeg min ungdomstid fra midten av 80- og begynnelsen av 90-tallet og har fått anledning til å følge utviklingen av internettbaserte verktøy og tjenester parallelt med min egen oppvekst. Digitalisering og dens utvikling har vært en naturlig del av min hverdag. Alle små og store utviklinger har vært tilgjengelige for meg i passe porsjoner og det har derfor vært enkelt og lett tilgjengelig kunnskap å erverve. Når jeg startet på videregående fikk vi integrert data-, eller EDB opplæring, som en del av en annen utdanning. Men det har ikke vært slik for de som ble født fem år tidligere enn meg. De har på mange måter akkurat gått glipp av denne integrerte opplæringen av utviklingen. Min plassering i tidslinjen sammenlignet med den digitale utviklingen har fulgt hverandre rimelig likt. Det har selvfølgelig vært til stor hjelp at jeg også har hatt interessen for den digitaliserte delen av utviklingen også. Jeg har hatt bruk for den og den gav mening for meg i sin bruk, slik den ble utviklet.

I dag kan vi gjøre veldig mange ting ved hjelp av data og internettjenester. De som har kunnskapen om data kan handle varer, samhandle med andre systemer, prate med mennesker og kommunisere over internett, som om vi aldri har vært uten denne muligheten. De som ikke har fått samme tilgang på kunnskapen, havner utenfor og det kan bli et problem, når det bare er digitale alternativer for å gjøre nødvendige hverdagsoppgaver. Bankens nettbank er et eksempel på hvordan digitaliseringen utviklet seg og hvordan en digitalisering kan «se ut». *«Ifølge en undersøkelse fra Kompetanse Norge, er over 600 000 av oss ikke-digitale. Mange av disse er eldre. For disse blir det stadig vanskeligere å være forbruker, kunde og borger»* (Finans Norge, 2022). Det å være i et utenforskap, skaper en avstand til samfunnet på mange måter. Men det er like mye de som driver utviklingene sitt ansvar å tilrettelegge for inkludering. *«– For de aller fleste av oss har det blitt svært mye enklere og tryggere å være forbruker og bankkunde etter hvert som digitale løsninger er utviklet. Men bankene har ansvar for å levere banktjenester til alle, også de som ikke er digitale, sier Gry Nergård, forbrukerpolitisk direktør i Finans Norge»* (Finans Norge, 2022). Utviklinger sett med et historisk perspektiv, handler om mange ting. Utvikling kan ses på som modernisering, forbedring og en oppgradering av funksjoner for eksempel. Men det er bare en hensiktsmessig utvikling, om man faktisk har nytte av den endringen som skjer.

Etter hvert som den digitale utviklingen har kommet til, har det blitt mer kommunikasjon over internett. Både skriftlig, men også muntlig kommunikasjon. På slutten av 90-tallet kom tekstmeldinger i tillegg til vanlig telefoni. Andre digitale løsninger har også kommet til. Eksempler på dette er e-post, chatter(praterom), videosamtaler og blogger (Egne tema sider på internett). Vi har hatt lignende former på publikasjoner tidligere, for å kommunisere til mange mennesker samtidig. Men det har vært i et helt annet format og på andre arenaer. Forskjellen er at informasjonshastigheten har en kontinuerlig flyt i dag, tidligere tok det mye lengre til før man fikk tilgang på «nyheter». Datidens sosiale plattform var avhengig av publikasjoner i ukeblader eller aviser. Hastigheten på informasjonen var betydelig langsommere og har en betydning for menneskets evne å reflektere over innholdet. Går informasjonen for fort, blir det bare en ting til i mengden, som ubrukkelig støy – slik flere beskriver sosiale medier i dag. Det går rett og slett for fort. En konsekvens av digitaliseringen kan være, som

«Blikstad-Balas mener at skolene burde legge opp til at elevene får lese lengre tekster, uten avbrudd. Hun har arbeidet med LISA-studien⁴, ledet av Kirsti Klette, som undersøker sammenhengen mellom undervisning og elevprestasjoner i matematikk og lesing på ungdomstrinnet. Nye, upubliserte funn fra LISA-studien viser at skoler bruker for lite tid på å omstille fra analog til digital lesing. – Lærerne må være klar over at det kan være vanskeligere for elevene å lese lengre tekster nå, sammenliknet med for tjue år siden» (NRK.no, 2019).

Det forskes i større grad på hva internettet gjør med hjernen vår nå, enn det gjorde før digitalisering ble et tema i samfunnet. Hjernen er i stadig endring, den tilpasser seg mye, også digitaliseringen, men hjernen trenger tid – tid digitaliseringsutviklingen ikke har tatt hensyn til.

Et godt stykke inn i 2000-tallet begynte det å dukke opp diskusjoner og tema som omhandlet kunstig intelligens. Begreper som algoritmer, dataprogrammer som lærer på egenhånd og ubetjente tjenester ble mer og mer vanlig å lese og høre om. Det betyr rett og slett at mennesker ønsket å lage dataprogrammer som kunne «lære» selv og utvikle seg selv, ut fra hvordan mennesker brukte dem. Et skrekkeeksempel på forsøk med kunstig intelligens, som virkelig gikk galt, er en kunstig intelligens ved navnet Tay. På Engelsk heter kunstig intelligens, «AI» (Artificial Intelligence) Det er et data program, som er laget for å lære av handlinger den blir vist, observerer på egenhånd og er aktive i på Twitter. Tay var en chatte robot, som skulle

⁴ <https://www.uv.uio.no/ils/forskning/prosjekter/lisa/>

operere selvstendig på en sosial plattform, Twitter. «Det gikk ikke lang tid fra chatte-roboten «Tay» gikk fra å skrive om søte valper, til at alle feminister bør brenne i helvete og at Hitler egentlig hadde rett. Microsoft stod bak den kunstig intelligente roboten, som lærte av menneskene den kommuniserte med på Twitter. Hun fikk sin egen konto på det sosiale mediet i 2016, men den ble slettet etter mindre enn et døgn» (Borgan, 2019). Det er fortsatt mange engasjerte debatter om hvorvidt «AI» er en bra eller dårlig utvikling. Uansett hvor den diskusjonen lander, kommer samhandlinger - den henter sin «kunnskap» fra, i fra menneskene som bruker internettet.

Informasjonskanalene har blitt veldig mange. Digitale aviser, man kan se nyheter på både tv, men også på telefonene, som man har med seg overalt. Man har verdens mest omfattende bibliotek i lomma, gjennom søkemotorer og nettsider man kan slå opp på via telefonen. Vi har aldri hatt så mange smarttelefoner og andre elektroniske enheter i omløp, som vi har pr. d.d. Den digitale utviklingen har gitt veldig mange gode fordeler. Endog er det kanskje ikke helt greit å kaste seg inn i en massiv digitalisering, uten å ha med seg et kritisk blikk på hvordan dette påvirker oss, både nå – men også på sikt.

Når pandemien ble noe tjenesten måtte forholde seg til, ble data og digitale verktøy det eneste verktøyet man kunne benytte, for å opprettholde kontakten med pasientene våre. Det var ingen introduksjons tid, opplæringstid eller tilnærming til en ny arbeidsform. Dette skiftet kom bokstavelig talt over natten. Fra torsdag 12. mars til fredag 13. mars, ble hele den psykiske helsetjenesten i den aktuelle kommunen lagt om til en totalt digital tjeneste. Behandlernes arbeidshverdag var snudd på hodet og pasientenes oppmøtested var tatt bort. Behandlerne måtte skape en ny arena og en ny kontekst for å kunne gjennomføre terapeutiske samtaler med pasientene.

2.3 Det terapeutiske rommet

Terapi, eller behandling foregår tradisjonelt sett i egne rom, ofte referert til som det terapeutiske rommet. Det er endog ikke alltid et fysisk rom, men et egnet sted som er dedikert og tilpasset samtalens formål, en terapeutisk samtale. Det kan også være snakk om et lydrom(telefon/video), eller den kontekst man går inn i, når man skal ha en terapeutisk samtale. Konteksten kan være en skogssti, om det er hensiktsmessig for pasienten og terapien.

«Konfidensialitet er alltid viktig, samtidig som behovet for helt skjermede samtaler, og lydisolering som sikrer at en pasients uro ikke forstyrrer en annen pasients behov for ro, er enda større innen psykisk helsevern enn i somatikken» (Lauveng, 2022).

Terapirommet er med andre ord et begrenset, tilnærmet lydtett, innsyns skjermet rom, om man skal definere det tradisjonelle fysiske behandlingsrommet. Det er et rom som er ment å skape trygghet for pasientene som kommer inn i rommet, for å få hjelp til sine utfordringer.

Behandlerens kunnskap om faget, relasjonen til pasienten og temaet samtalene skal handle om er avgjørende for hvordan behandler kan tilrettelegge for en god kontekst for den til enhver tid tilstedeværende pasient. Er det for eksempel for kaldt, eller for varmt kan det skape ubehag. Er det mye støy utenfor rommet eller i omgivelsene man oppholder seg imens man snakker sammen, kan det virke forstyrrende og gjøre at man ikke kommer i posisjon til å snakke om de vanskelige tingene. Man skal som behandler skape en atmosfære, som oppleves trygg, behagelig og tillitsbyggende. Samtidig ivareta personvern og andre faglige hensyn, i tillegg til at man skal jobbe med sårbare temaer, følelser og minner. Målet er å skape en kontekst, en ramme og et rom, som innbyr til å ville arbeide med sitt såreste og skjøre indre.

Under pandemien endret det terapeutiske rommet seg betydelig og veldig raskt. Det fysiske terapirommet, som var godt etablert i praksisen, ble utilgjengelig. I stedet ble det opprettet andre former av det terapeutiske rommet. Vi måtte skape virtuelle⁵ terapeutiske rom via video og telefoner. Rent praktisk for behandlerne innebar det at vi måtte flytte til hjemmekontorer. Private rom i hjemmet ble på mange måter en forlengelse av det fysiske terapeutiske rommet vi hadde hatt i kontorene våre. Det ble våre nye kontorer, som vi skulle utføre våre arbeidsoppgaver i. I tillegg tok vi pasientene med inn i våre private hjem via bilder og lyd, noe som ikke hadde vært et tema om vi hadde kunnet vært på egne kontorer under nedstegningen og hatt digitale samtaler med pasientene fra kontorene.

Når behandlerne fikk pasienter inn i sine private hjem, ble rolleskillet mellom pasient og behandler noe annerledes. Grenser som ellers aldri hadde vært et tema, ble en utfordring. Barn, ektefelle, samboer, partner, husdyr og rot som er behandlerens private sfære, ble plutselig en arena

⁵ Virtuell er et adjektiv som beskriver noe som (særlig i digital form) forestiller eller simulerer noe i den fysiske virkeligheten. (Nilstun, 2021)

som ble delt med pasientene, når de åpnet videokameraet til pasientene. Det å kunne være profesjonell, privat og grensen fra privat til personlig ble veldig uklare. Når behandleren åpner opp kontordøren, er dette en scene, som Goffman ville beskrevet det, front stage – som er klargjort for den forestillingen som skal finne sted der og hvor man tar på seg rollen som profesjonell behandler. Back stage, er «garderoben» hvor ansatte er mer private og kan være mer personlig, uten at det går ut over relasjonen eller andre hensyn man må ta, som profesjonsutøver og profesjonell (Goffman, 2022). Vi handler og fremstår i henhold til Goffman, forskjellige når vi er i en rolle som for eksempel på jobb, kontra når vi er hjemme. Spørsmålet om det er hensiktsmessig å gjennomføre en samtale i en mindre gunstig kontekst, enn å avvente til en bedre kontekst er tilgjengelig, og som er mer hensiktsmessig, vil være et naturlig etisk dilemma behandlere kan stå overfor. Der må man ta stilling til hva man tenker er til pasientens beste.

Når man møter mennesker som ønsker behandling - er oppdraget ofte å hjelpe pasientene til «å leve et bedre fungerende liv», enn det pasienten kommer inn med. Når noe ikke fungerer eller er dårlig fungerende, oppstår det en dissonans på mange områder i pasientens liv, og pasienten kommer inn med et ønske om endring til noe som føles mer behagelig og håndterbart. For å definere hva terapi inneholder ser jeg til definisjonen av Arnet: «**Terapi** (fra gresk: *θεραπεία*) er i dagligtale brukt om en aktiv handling for å løse et problem hos seg selv (egenterapi) eller andre. Som regel brukes ordet om helsehjelp utøvd av en terapeut overfor en pasient eller pasientgruppe, der det anvendes metoder eller prosedyrer som krever utdanning» (Arnet, 2009). Slik denne undersøkelsen anser en terapeutisk, eller behandlende samtale, så har den samtalen til hensikt å reflektere rundt hvorfor man opplever at noe er i ubalanse, føles feil eller gjør vondt. Man tar høyde for å finne ut hvordan man har kommet i denne situasjonen, med mål om å finne ut hvilke handlinger og grep man må ta, for å endre på dette. Terapi og behandling kan ha mange former, men for denne undersøkelsen er kognitiv terapi⁶, den som har vært mest benyttet, under pandemien, av de informantene som har deltatt i undersøkelsen.

Diskusjoner om det fysiske rommet og den fysiske tilstedeværelsen er avgjørende for om terapi fungerer eller ikke, har vært et tema som har vært hyppig diskutert mellom behandlerne i denne tjenesten. Kaja A. Betin skriver i boken «trygge digitale terapeuter

⁶ Kognitiv terapi, som også kalles kognitiv atferdsterapi, retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser (Norsk forening for kognitiv terapi, u.d.).

«Vi vet jo at teknologi har mange skyggesider. Vi kjenner alle til hvordan polerte glansbilder i sosiale medier ødelegger unge menneskers selvfølelse, hvordan mørke internettsamfunn tillater destruktive krefter å få lov til å vokse uforstyrret, hvordan nettkriminalitet flourerer og hatretorikken i kommentarfeltene like så.» (Betin, 2022, s. 15).

I møte med ukjente mennesker, også når det gjelder det første møtet mellom behandler og pasient, har man bare med seg «ett sett» med forståelse inn i møtene før man møtes. Forståelsen av sitt eget «selv» (Torsteinsson, 2008, s. 37). Som behandler møter de med en fordel som pasientene ikke har, de har med seg fagkompetansen, som de bruker i behandlingen. *«I mange sammenhenger er nettopp selvbegrepet ett av de begrepene som brukes for å karakterisere forskjell eller avgrensethet»* (Torsteinsson, 2008, s. 37). I møte med nye pasienter har de med seg sine opplevelser av egne problemstillinger. Behandleren har med seg sine sett med forståelser av sitt eget selv, i tillegg til fagkompetansen. Det er derfor to «selv» med sine livsverdener, som møtes uten noen forutsetninger for å vite noe mer før man har snakket sammen, og på denne måten opprettet en begrenset intersubjektivitet mellom sine «selv» (Torsteinsson, 2008, s. 37). Man kommer fra et sted, uten viten noe om hvordan den andre vil utvide ens forståelseshorisonter. Det er når man ser på ny møter med mennesker på denne måten, det blir spennende møter, synes jeg.

Uansett bakgrunn for hvorfor man ønsker terapi og behandling, er det mennesker i deres levde og erfarte liv som kommer inn til kontoret og har et ønske om å få hjelp til noe. Overordnet ønske om hjelp for mange er; «Hvem er jeg, og hva er det som hindrer meg i å være den jeg *virkelig* er.» (Torsteinsson, 2008, s. 37). Pasientenes selv, er ofte ispedd en enorm porsjon selvskepsis, lavt selvbilde og har veldig ustabile grunnlag for å definere selvet annerledes, enn med det narrative de kommer inn med. Et gjennomsnitt av historier jeg har hørt over mange år som behandler, inneholder ofte et gjentakende element: «Noe skjedde – og jeg føler jeg har mistet den jeg en gang var.» Her er det ikke så mye konkret å jobbe med, slik at igjen blir kommunikasjonsferdighetene hos behandleren viktig. Behandleren må legge samtalen til rette slik at de faktisk forhold og hendelsesforløpene kan bli forståelig for behandleren, og få en klarhet i hva som forventes i den ønskede endringen, fra pasienten. Men på grunn av at man aldri kan forstå et annet menneske fult ut, fordi vi kort og greit ikke er dette andre mennesket, forsøker man etter beste evne å sette seg inn i hvordan denne personens livsverdenen ser ut, hvordan den fungerer og hva man kan bidra med fra fagkompetansen for og oppnå de ønskede endringene. Behandlingen skal med dette som utgangspunkt, etablere en terapeutisk allianse

mellom behandleren og pasienten slik at det skal bli mulig for pasienten å utforske endringspotensialet sammen med behandler, gjennom samtaler i det terapeutiske rommet. Pasientene kommer inn med en forventning om å bli behandlet, til noe friskere og bedre fungerende. Derav viktig å kunne se på «det hele» rundt pasienten, med de psykososiale brillene.

Som behandler er det derfor viktig å ha en god del kunnskap om menneskers grunnleggende behov i livet og i relasjoner i tillegg til arenaer de beveger seg på. Det å føle at man som pasient, blir møtt, sett og hørt på de temaene man tar opp, blir en grunnleggende egenskap man må mestre som behandler og at de kan oppleve at jeg tar deres problemer på alvor. Dette kan ses i sammenheng med Thomas-teoremet: «... Hvis mennesker definerer situasjoner som virkelige, er de virkelige i deres konsekvenser ...» (Fugletveit, 2014, s. 144). Litt avhengig av pasientens virkelighetsopplevelse, vil man langt på vei gjøre mye riktig, ved å bare lytte til det pasienten har å fortelle. Goffman hevdet at mennesket kan ikke velge å skape en ny virkelighet alene, ved å bare omdefinere den på egenhånd. Det er av betydning hvilken rolle andre mennesker spiller i hverandres liv, for å fullføre våre egne selvbilder. Der har også behandlere en sentral rolle i mange menneskers liv. «*Selvbegrepet kan i denne sammenhengen nærmest forstås som en forståelse av identitet: Hvem er jeg, og hva er det som hindrer meg i å være den jeg virkelig er.*» (Torsteinsson, Johnsen, & Sundet, 2000, s. 37). Gjennom historiefortellinger (narrativ), presenterer vi selvet overfor andre, slik vi ønsker at andre skal se og forstå oss. På den måten plasserer vi oss i forhold til andre, i vår egen livsverden. Det er når egne forventninger ikke samsvarer med mottakelsen/reaksjoner fra de andre, at relasjonelle problemer til selvet, oppstår. For eksempel når man tror man har gjort en god gjerning, men får kjeft eller møter misnøye for å gjøre den velmenende gjerningen. Det oppstår en brist mellom intensjonen og konsekvensen. Det er ikke en uvanlig del-årsak til behov for terapi eller behandling. Man kan se dette i sammenheng med barnets kognitive modning og en faseinndelt utviklingsprosess som Jean Piaget har skrevet om (Del Busso, 2014, s. 68) og koble denne opp til konsekvensene et voksent menneske kan få dersom det ikke blir korrigert for innlæring som er mindre hensiktsmessig for personene det gjelder. «Kort sagt handler det om barnets utvikling er betinget av en naturgitt universell utvikling, eller om det er sosiale og kulturelle forhold som betinger sosialiseringen (Del Busso, 2014, s. 68). Det vil uansett være behov for en korrigerende, som kan gjøres via behandling.

Uansett utgangspunkt eller årsak til at pasienten har en utfordring, kommer vi ikke bort fra at vi alle har en psykisk helse, både med og uten en pandemi i verden. Kommunene har i henhold til Norsk lovverk et «*sørgeforansvar*», som er grunnleggende i den kommunale helsetjeneste loven. «*Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester*» (Kommunehelsetjenesteloven, 1992, ss. § 3-1). Ut fra dette lovverket er pasientenes rettigheter veldig tydelige og loven beskriver et minimumskrav til tjenester kommunen skal yte – men det er opp til den enkelte avdelingen i kommunene og vurdere hva «god nok» tjeneste skal inneholde i detaljer. Kommunal psykisk helsetjeneste reguleres blant annet av stortingsmeldinger som kommer fra den til enhver tid sittende regjering. I tillegg er psykisk helsetjeneste rammet inn av veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014). Denne veilederen legger de praktiske rammene for tjenesten – hvordan den skal tjene innbyggerne i kommunen i tillegg til en hel rekke tips til «god nok» drift. «Sammen om mestring» brukes også i vår avdeling som et grunnlagsdokument for vår daglige drift.

Så langt har vi kartlagt tjenesten, hvilken bakgrunn et hjelpebehov kan oppstå fra, hvilke digital omlegging som ble gjennomført, definert fysiske og alternative terapeutiske «rom» og litt om kompleksiteten rundt første møte med mennesker man ikke har møtt tidligere. Så langt har dette blitt beskrevet ut fra det fysiske terapeutiske rommet. Når vi forflytter oss over til det digitale og auditive rommet, er det et begrep vi må ha med. Nonverbal kommunikasjon, en del vi gjør med kroppen, som tilleggs kommunikasjon til ordene våre. Gestikulering, arm- og benposisjoner og retningen vi sitter, i forhold til den vi snakker med. Alt dette er mer eller mindre subtile tegn og signaler vi sender ut i vår «totale» kommunikasjon. Disse forsvinner i stor grad når vi bare er i auditive rom. Hvis man ser på videosamtaler hvor man ser deler av personen man snakker med, ser man fortsatt ikke hele mennesket. Vi mister viktige deler av det «kartet» vi som behandlere navigerer etter, i samtalen med pasienten. I overført betydning kan jeg trekke inn «Mapping new digital landscapes» (Webster, Svalastog, & Allgaier, 2020) Her åpnes det opp for diskusjon rundt det digitale landskapet man beveger seg i - og utvikler digitale tjenester etter. Dette har nytteverdi, sett ut fra tjenestens fagfelt, og sett opp mot praksis og bruk av verktøyene behandlerne erfarte i psykisk helsetjeneste. «Mapping new digital landscapes» kan sees i sammenheng med digitaliseringsdirektoratet og dets hensikt med en planlagt og strukturert utvikling av den digitale utviklingen i Norge. Planlagt utbygging av det digitale landskapet.

2.4 Bakkebyråkratene

Vår rolle som behandlere i kommunale psykisk helsetjeneste innehar mange roller og hatter. Vi har et rammeverk fra vår fagkompetanse, våre egne erfaringer, arbeidsgivers stillingsbeskrivelser og vi har et lovverk vi skal forholde oss til, i tillegg til veiledere. Som kommunalt ansatt i psykisk helsetjeneste har man også fått et «utvidet»-mandat for å ivareta innbyggere i henhold til Samhandlingsreformen (Regjeringen.no, Samhandlingsreformen, 2009). Samhandlingsreformen sier blant annet at: *«Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)»* (Samhandlingsreformen, 2009, ss. 15-16). Føringer og direktiver som sier mye om hvilke oppgaver som skal prioriteres er berammet i denne reformen. Den sier også en del om hvordan kommunale tjenester skal samhandle med andre tjeneste internt og samarbeidspartnere knyttet til kommunen.

«Byråkrati er en betegnelse på hele eller deler av den offentlige forvaltningen. Byråkratiet setter ut i livet de beslutningene som politikerne vedtar. Ordet byråkrati kan også bli brukt om administrasjonen av andre organisasjoner som for eksempel større selskaper i det private næringslivet» (Store Norske Leksikon, 2022). NAV og Skatteetaten kan nevnes som eksempler på byråkratiske organisasjoner. Byråkratier er en ting, men det arbeider også mennesker i disse byråkratiene. *«One important way in which street-level bureaucrats experience their work is in their struggle to make it more consistent with their strong commitments to public service and the high expectations they have for their commitments to public service and the high expectations they have for their chosen careers. People often enter public employment with a commitment chosen careers.»* (Lipsky, 2010, s. XIV).

Behandlere i kommunen har gitte ramme som kommer fra regjeringen som øverste hold, til arbeidsgivere som nærmeste leder nivå, som de må forholde seg til og som er styrt fra toppen og ned. Pasientene ser kanskje ikke denne sammenhengen alltid. Lipsky hadde i utgangspunktet en litt annen definisjon på begrepet bakkebyråkrater, da han skrev om bakkebyråkratiet. *«There are two ways to understand the term “street-level bureaucrat.” One is to equate it with the public services with which citizens typically interact. In this sense, all teachers, police officers, and social workers in public agencies are street-level bureaucrats without further qualification. This is the way the term has commonly come to be used.»* (Lipsky, 2010, s. XVII) En degradert holdning, eller syn på de ansatte som jobber for systemene, går igjen når man snakker om

byråkratiske systemer og tjenester. Men Lipsky hadde ikke dette i tankene da han skrev om Bakkebyråkratene.

«Another way—the one I originally intended—was to define street-level bureaucracy as public service employment of a certain sort, performed under certain conditions. In this second approach, street-level bureaucrats interact with citizens in the course of the job and have discretion in exercising authority; in addition, they cannot do the job according to ideal conceptions of the practice because of the limitations of the work structure» (Lipsky, 2010, s. XVII).

Til tross for at Lipsky i utgangspunktet mente at de største forventningene kanskje ikke kom fra pasienter/innbyggere, oppleves det fra behandlernivået i kommunal psykisk helsetjeneste, som om det aldri vil bli gitt handlingsrom nok, til å kunne innfri forventningene hos pasientene. Så lenge pasientene ikke har en felles forståelse med behandlerne, for det mandatet eller rammen tjenesten psykisk helse, har å jobbe ut ifra. En stor del av den jobben som blir gjort i psykisk helsetjeneste omhandler etiske dilemmaer. Disse blir ofte aktualisert når man opplever at man som behandler kommer i konflikt bla. mellom pasientens behov, behandleres handlingsrom og systemets/tjenestens ressurser/midler/mandat. Noe som ikke ble lettere under pandemien, og som ofte kan komme i veien for den psykososiale praksisen. Det er her pasientene kan erfare de politiske føringene, og derav ikke oppleve å bli sett, hørt og møtt på sine behov, som er i tråd med den salutogene tankegangen fra Antonovsky. Begrensninger i rammeverkene kan bli en utfordring for å praktisere psykososialt arbeid, når man ikke kan jobbe med pasientene der de er og på den måten de trenger hjelpen.

2.5 Aktuell forskning

Under litteratursøkene har jeg undret meg over at det er lite forskning som går på behandleres plassering, mellom pasienter og systemene i psykisk helsetjeneste. Det er en del forskning som er gjort på aktører/ansatte opp mot diverse systemer og forholdet mellom pasient og behandler. Men jeg opplever at det utelates et viktig ledd, som er behandleren - en ansatt, som er utøveren, eller «broen» mellom systemene og pasientene. Funksjonen jeg er ute etter er «brobyggerne» mellom partene, som beveger seg mellom systemene og individets livsverdener, og trenger hjelp til å fungere i systemene i samfunnet. Den ansatte kan være en kundefrådgiver, eller en ekspeditør for den saks skyld, poenget er at det er en utøver, med et mandat som utøves på vegne av et system, som har satt rammene for den ansattes handlingsrom. Dette

spenningspunktet beskrives godt ved å bruke Lipsky og hans arbeid rundt begrepet Bakkebyråkratene. Steet-Level Bureaucracy tas inn som aktuell forskning, i fremstillingen av denne undersøkelsen, slik at man kan koble den ansattes rolle til et teoretisk- og som et forskningsgrunnlag til denne oppgaven.

Den posisjonen de ansatte har i systemene, hvor de gjør et formidlingsarbeid, eller utfører forskjellige tjenester i helse og omsorgsyrkene, er ikke ofte å finne i litteratur heller. Ansatte er et viktig bindeledd mellom pasientens hverdag og samfunnets funksjoner i mange tjenester. Hjemmesykepleien er et godt eksempel på hvor systemenes krav blir veldig synlige i forhold til pasientenes behov og den ansattes handlingsrom meget begrenset, til å innfri behovene hos pasientene. Bakkebyråkratene står igjen i et spenningsfelt mellom systemene og pasientene. Brobyggerne i samfunnet, er et forskningsfelt jeg skulle ønske det ble jobbet mer med, for å få frem dilemmaer og verdien av arbeidet disse menneskene gjør.

3.0 Metode

Da jeg startet å jobbe med denne mastere, trodde jeg at jeg hadde en vanntett plan for hvordan dette skulle både bygges opp og gjennomføres. Så skjedde livet, og min opprinnelige plan ble skrotet - fortere enn jeg hadde sett for meg at det var mulig å få så store endringer på en gang. Det inkluderte både bytte av arbeidsplass, men også noen helseutfordringer. Det ble mange opphold i studiet og arbeidsflyten ble på samme måte, ikke bra. Når jeg endelig kom i gang det jeg trodde skulle bli den siste gangen, og hadde det jeg opplevde som en driv igjen, oppdaget jeg at mine opprinnelige ideer og tanker om undersøkelsen, ikke lengre var gyldige. Jeg måtte finne en ny måte å gripe an en ny problemstilling på, for å kunne formidle det jeg var opptatt av. Da jeg etter hvert også fikk pandemien med inn som en faktor jeg måtte forholde meg til, ble det noen runder med virus sykdommen covid-19 og dermed nye opphold i studiene, hold jeg på og gi opp hele masteroppgaven. Takket være gode veileder og en stor porsjon sta-skap, startet jeg opp arbeidet igjen. Men denne verden er ikke helt forutsigbar. Så før jeg endelig kunne levere inn oppgaven, kom det nok en «krise» som holdt på å velte hele meg som både student, arbeidstaker og privatperson, permanent. En rekke hyppige hendelser på jobb, som var av graderende og voldelig innhold, gjorde at jeg ikke var klar over at jeg var på vei inn i en livskrise. Disse hendelsene gjorde at jeg mistet evnen til å konsentrere meg og jeg fikk helt på tampen av ferdigstillingen av masteren, forslag om å ta ut sykemelding av en god kollega, som så at jeg ikke hadde det bra. Etter noen samtaler med lege og psykolog ble det bekreftet at jeg

hadde fått PTSD, som resultat etter disse hendelsene på jobben, og måtte konsentrere meg om å ta vare på meg selv. Jeg ble stående i en posisjon, hvor ingen av de tilgjengelige alternativene, egentlig gav en god løsning for meg. Jeg vil komme nærmere tilbake til konsekvensene underveis i oppgaven, for den ble levert inn. Oppgaven var såpass ferdig da jeg ble sykemeldt, at jeg tillot meg å pusse den opp selv om jeg var sykemeldt, slik at jeg kunne levere den inn.

Proessen og hendelsene for å komme frem til innleveringen, har vært av betydning for både meg og masteroppgaven – derfor også nevnt i denne innledningen av metodekapitlet, fordi summen av hendelser har vært avgjørende for hvordan jeg har valgt å presentere innholdet. Det har også blitt tatt en del valg for å ikke overbelaste den fungerende delen av meg, da søvn, konsentrasjon og energinivå har vært en stor utfordring. Ironien i det hele er at lærdommene jeg har hatt, gjennom min egen prosess som privatperson, som student gjennom produksjonen av masteren, som profesjonsutøver i et samfunn med digitalisering av samfunnet - som trappes kraftig opp på grunn av en pandemi, sier mye om både hva vi kan ta for gitt og hvordan forforståelse av hverdagslige privilegier, kan bli en faktor vi tar for gitt. På langt flere enn en måte og med mer enn en betydning. Det er hendelser som kan gi grunnleggende endringer i hvordan vi både lever, tenker og handler, i ulike situasjoner, også på lang sikt.

3.1 Hermeneutikk

Å observere menneskelig atferd, reaksjon eller mønster - er krevende. Spesielt når det er mennesker man har en relasjon til fra før. Man vil aldri kunne observere dem uten å ha en forforståelse. Betydningen av forforståelsen er ikke uvesentlig. Heller er ikke tidligere kunnskap, kompetanse og erfaring uten betydning. De hverdagslige privilegier som jeg tidligere har nevnt, kan dreie seg om at man her en person man kan støtte seg til. Man får en posisjon som gjør at relasjonen kan betegnes som nær. Det gjør at når man senere er i dialog med, eller samhandling med denne kollegaen, forstår dypere og har en annen forforståelse for hvorfor personene sier eller gjør som den gjør. Med denne forforståelsen kan jeg anta eller kanskje jeg allerede vet noe som kan påvirke min måte å tolke min kollega på. Jeg tror jeg vet noe basert på tidligere erfaring eller på grunn av informasjon jeg har fått fra vedkommende. Når man da overfører denne forforståelsen til en annen kontekst, som forskningen er, kan den prege prosessen betydelig, når målet er å finne en ny felles forståelseshorisont. Jeg vil automatisk legge inn noen deler i min forståelse, som ikke trenger å være verken riktig eller gyldig lengre. Det kan farge både begrensninger om tema jeg tar opp i intervjuene, for å skåne personen hvis det er noe som er sårt, eller hvor dypt jeg graver for å få frem tema og meninger jeg vet personen

har, for å ikke eksponere vedkommende for mye. Det kan bli et hinder for om man våger å undersøke det oppgaven var ment å søke svar på. Man kan bli rimelig påståelig og samtidig «blind» i egen undersøkelse på denne måten. Effekten av forforståelsen vil bli drøftet flere steder i oppgaven da den er sentral i hermeneutikken og spiller en viktig rolle i flere sammenhenger.

Struktureringsteorien fra Giddens hjalp noe i forståelsen jeg trodde jeg hadde på de observasjonene, som var grunnlaget for denne undersøkelsen, behandlernes reaksjoner. *«Individa «strukturerer» sosiale strukturar og sosiale strukturar «strukturerer» individa»* (Gilje, 2019, s. 228). Jeg bestemte meg tidlig for at jeg ville ta et standpunkt vitenskapsteoretisk i hermeneutikken. Men brukte lang tid på å lande helt hvordan, og om vitenskapsteorien skulle rendyrkes. Det ble en del samtaler med veileder før jeg bestemte meg for å bruke hermeneutikkens forståelseshorisonter, som vitenskapsteori alene. Jeg har imidlertid lånt inn to begreper fra fenomenologien, verdensbildet og intersubjektivitet. Verdensbildet for å beskrive og understreke dimensjoner av narrativ, sammen med hermeneutikkens forståelseshorisonter, sett i sammenheng med intersubjektivitet. Jeg stoppet opp flere ganger i forsøk på å inkludere fenomenologien, som en del av vitenskapsteorien i oppgaven, men det ble aldri helt riktig i forhold til det jeg ønsket å formidle. Fenomenologi kunne vært nyttig for å beskrive forholdet mellom pasienten og behandleren. Utfordringen ble at jeg klarte ikke å finne en vitenskapsteori som ble gunstig i forhold til min tilnærming av materialet, som er en annen type relasjon. Behandleren representerer et system, er et verktøy for pasienten for å kunne nyttiggjøre seg av tjenester som kommunen har å tilby. Behandleren blir i denne sammenhengen en person, ja - men som har en rolle i et mer overordnet system som pasienten forholder seg til. Behandlers rolle og handlingsrom som Bakkebyråkrat, er styrt og definert av et system, som begrenser personenes handlingsrom og behandlerne ville kanskje utøvd faget på en annen måte - om rammene var annerledes. Det vil ikke være mulig å si noe om bakgrunnen for behandlerens valg og handlinger uten å kjenne til systemets rammer, samtidig utøver alle behandlere rollene sine på forskjellige måter, ut fra hvilken bakgrunn de har. Fenomenologien tar ikke høyde for alle disse eventualitetene, der er hermeneutikken bedre å bruke som vitenskapsteori for å kunne presentere resultatet i undersøkelsen.

Weber setter tolkninger av menneskets intensjoner og handlinger i sentrum, for sin forståelse av sosiologi. Durkheim forklarte menneskelig atferd ut fra sosiale strukturer og samfunnsmessige lover. *«Litt forenkla kan vi seie at Weber etablerte eit sosiologisk*

handlingsparadigme, mens Durkheim etablerte eit sosiologisk strukturparadigme» (Gilje , 2019, s. 226). «Giddens går ut frå at folk vanlegvis veit kva dei gjer.» (Gilje , 2019, s. 227). Han snakker om handlingskapasitet (agency) og mener mennesker derfor er i stand til å ta viktige valg. På denne måten kan man si at det er en stor «aktørorientering» hos Giddens. Han mener også at vi må «forstå sosialt liv som ein serie av pågåande aktivitetar og handlingar som produserer og reproduserer meir overordnainstitusjonar, tradisjonar og konvensjonar» (Gilje , 2019, s. 227). Men der er flere strukturer i samfunnet som er med på å påvirke, bakkebyråkratens handlingsrom med tanke på toppstyrte retningslinjer, regelverk som hemmer eller fremmer muligheter hos utøvende myndighet. Gilje refererer til at resultatet av disse handlingene, blir mer eller mindre det han kaller «seige» sosiale strukturer. Men påpeker at de ikke kan eksistere uten handlingene til individene. «Sosiale strukturar eksisterer berre i kraft av å bli produsert og reprodusert av individa» (Gilje , 2019, s. 228). Derfor vil analysen holde seg til Giddens fortolkningsmodell, fordi det som har vært observert, har vært mellom system, individ og samhandling og gjensidig påvirkning av alle elementer i en sirkulær bevegelse hvor produksjon og reproduksjon har en sentral rolle for utfallet av det observasjonene viste - i undersøkelsen. Den hermeneutiske sirkelen eller spiralen, vil være best anvendbar til dette formålet. Man forholder seg til egne forforståelser, gjør en undersøkelse, får utvidet kunnskap og reflekterer over det og får en ny, utvidet forståelse basert på denne handlingen. Man jobber mot en utvidet forståelseshorisont.

Det er som nevnt to begreper fra fenomenologi som er tatt med inn i denne undersøkelsen, det begrensede *intersubjektivitetsbegrepet* – eller «på seg selv kjenner man andre» i henhold til Edmund Husserl, som regnes som grunnleggeren av fenomenologien – en metode for beskrivelse og analyse av bevisstheten. I tillegg har jeg lånt begrepet *livsverdener*, som sier noe om en persons opplevelse av verden vedkommende lever i, personens narrativ. En korrekt tolkning av innholdet i en dialog, er avgjørende for hvorvidt behandler forstår pasienten eller ikke. Dette gjelder etter hver for alle former av dialog. Skrevne, talte eller på all annen måte uttrykt kommunikasjon også ettersom den digitale dialogen har utviklet seg. «For profesjonsarbeidere er det å inneha en psykososial kompetanse, evnen til å se at det mennesket som ønsker og behøver hjelp, inngår i en større sammenheng.» (Nissen, 2014, s. 13) ... og evne å navigere arbeidet i henhold til pasientens behov, uavhengig av hvilken arena behovet befinner seg på, og være klar til å endre strategi dersom behovet endrer seg. Som behandler erfarer jeg at en god og trygg relasjon i behandling, er først og fremst tuftet på god kjemi mellom samtalepartene, etter hvert en felles forståelse av situasjonens utgangspunkt, problemstilling og

innhold i hjelpebehovet. En åpen dialog om hva behandlingen vil inneholde og kreve, vil være viktig, videre en trygg dialog under hele utførelsen av behandlingen. Dette bekrefter informantene tydelig under intervjuene også.

3.2 Studien

Masterprosjektet, har vart over en lengre periode for meg (siden 2015). Jeg har endog holdt søkelys på temaet «digitalisering av samfunnet» gjennom hele periode. Det har vært en fordel for meg at jeg har hatt dette tema-søkelyset over så lang tid. Jeg har fått anledning til å se utviklingen av digitaliseringen, på et generelt grunnlag og over tid, i tillegg til at jeg har hatt anledning til å tilpasse undersøkelsen, etter hvert som jeg har endret arbeidssted. Nye faglige problemstillinger, alt avhengig av hvor jeg jobbet, har gitt meg nye muligheter til å observere betydningen av digitaliseringen for de de målgruppene jeg har jobbet med. Jeg har også kunnet være oppmerksom på innvirkninger på detaljnivå, hva som for eksempel skjedde med pasientene og behandlerne, når behandlingene ble heldigitale.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene har vært endret - en rekke ganger, men på et tidspunkt måtte jeg bestemme meg for at «dette går jeg for». Første rekruttering foregikk via en generell presentasjon av forskningsprosjektet via Teams kanalen i personalgruppen vår. Jeg gav en kort beskrivelse av prosjektet og spurte om noen kunne tenke seg å dele sine erfaringer med meg. Jeg fikk god respons. Syv ansatte meldte seg. Jeg var ute etter fem. Jeg satte opp avtaler med de som hadde meldt seg på, for å starte intervjuene. Kort tid etter at alle avtalene var på plass, ble jeg smittet med covid-19 første gang, og ble slått ut i ca. seks uker. Da hadde de som meldte seg på glemt prosjektet mitt, så jeg tok kontakt med en og en når jeg var tilbake på jobb, for å høre om de fortsatt hadde anledning til å bidra. To av de kunne fortsatt bidra. Det var en ung dame og en godt voksen mann. Da jeg kom tilbake på jobb, hadde det økende misnøye mot bruken av digitale verktøy. Denne misnøyen var skrevet om i Teams kanalen vår og det ble tatt opp i digitale møter vi hadde. Dette gjorde meg nysgjerrig på hva som hadde skjedd. Jeg spurte litt rund hos de som gav uttrykk for denne misnøyen og fikk egentlig ikke noen konkrete svar, annet enn at det var u hensiktsmessig, pasientene likte det ikke og *«det må jo snart kunne gå an og åpne opp samfunnet»* (Sitat fra intervju nr. 4). Det var en godt variert gruppe som gav dette som uttrykk, ikke en aldersgruppe spesielt. Så det gjorde at jeg begynte å tenke på om det kunne være hensiktsmessig å finne noen mellom de to informantene som hadde meldt seg på igjen, som kunne utfylle den avstanden mellom disse to i alder. Jeg vurderte

med dette som bakgrunn at kjønn var ikke så viktig – men jeg begynte å ane et mønster i at det dreide seg om tidligere erfaring og kunnskap om data.

Covid-19 gjorde noe med avdelingen vår. Arbeidsmengden ble veldig stor og tiden vi tidligere hadde til hverandre, til å kunne bistå hverandres prosjekter – hva enn de var, hadde blitt lik null. Etter ca. ett år hadde jeg klart å gjennomføre fire intervjuer. De to siste informantene mine ble valgt ut på samme inklusjonskriterier som de første, men denne gangen også basert på alder, for å se om det ville gi noe utslag i svarene. Det resulterte i at jeg da hadde en informant i hvert ti-år. De var menn og kvinner i 30-, 40-, 50- og 60-årene. Jeg manglet da en informant – i henhold til den opprinnelige planen, om å ha fem informanter. Det å sitte i en slik intervjusituasjon, følte veldig unaturlig. Jeg har intervjuet personer tidligere i forbindelse med bacheloroppgave og i en periode da jeg jobbet som nærradio journalist, da var det ikke like unaturlig. Refleksjoner i etterkant har gjort at jeg lurer på om det kan ha en sammenheng med at jeg denne gangen intervjuet mennesker jeg kjente godt fra før – i mer eller mindre grad. Det å skulle grave og spørre om deres opplevelser, meninger og eventuelt håndtere kritiske tilbakemeldinger, følte veldig feil på mange måter. Jeg tonet nok ned den delen av spørsmålene som gikk mot det kritiske, og det tror jeg skjedde ubevisst. Det ble aldri en utdypende dialog om det informantene var kritiske mot. Metodologisk mistet jeg et perspektiv, som antagelig ville gjort en forskjell i oppgavens nyansering. I tillegg ble ikke behandlerens opplevelser av kritiske forhold, holdt opp mot de opplevelsene som har fungert bedre. En viktig nyansering om man skal kunne finne et nivå å jobbe ut ifra som dekker hele spekteret av behov, erfaringer og meninger. Det ble litt merkelig stemning i rommet når et par av informantene hadde særdeles sterke meninger om gjennomføringene av hjemmekontorene - både under, men også etter pandemien, da det fortsatt var krav om sosial distansering. Dels på grunn av at jeg reagerte på den kritiske tonen - ubevisst, men også dels fordi, det å bli et «talerør» for ansattes frustrasjon gjennom en masteroppgave, ikke følte greit. Det jeg i retrospekt kjente på, var nok en konsekvens av alle de ekstreme hendelsene jeg ble stående i, som hadde pågått en tid allerede da, som resulterte i PTSD for min del. Konflikter og «skarp tale» var allerede da blitt et symptom og en belastning for meg, som jeg ennå ikke hadde registrert hos meg selv. Så unnvikelsene hadde startet allerede for et halvt år siden. Jeg begynte også å få dårlig tid til å ferdigstille oppgaven, så jeg ble enig med veileder om at fire informanter var et greit antall. Det var en lettelse å ha den milepelen ferdig.

Transkriberingen var lærerik for meg, hva egen kommunikasjon angikk. Transkriberingen har jeg gjort to ganger på alle intervjuene. Første gangen med alle uttalte lyder og gjentakende bokstaver. Det er veldig mange fyllord og halve setninger i det talte språket. Det kunne nesten høres ut som setningen ble slukt og avsluttet inne i hodet, som en tanke, hos de som snakket på denne måten. Det gjorde det veldig vanskelig å transkribere i fullstendige setninger med komplette meninger. Alle foruten en informant gjorde dette. Så jeg valgte å skrive om transkriberingene til skriftspråk, slik at jeg kunne sy sammen en helhetlig mening – slik den fremsto under intervjuene. Det å høre seg selv prate med kollegaer via opptak, startet en refleksivitetssprosess i meg. Ordene jeg valgte, formuleringer og tonefall ble veldig tydelige når jeg via diktafonen «snakket tilbake til meg selv» og skulle transkribere egne ord. Jeg opplevde meg selv som skarp og nesten litt stresset i måten jeg snakket på. Jeg klarte fortsatt ikke å plassere hvorfor det var slik. Jeg forsøkte istedenfor å justere det i intervju nummer to, men hadde fortsatt mye å gå på, sett opp mot hvordan jeg trodde og ønsket at jeg snakket og formulerte meg. Interessant med tanke på hvordan jeg da også kan ha påvirket svarene jeg fikk under intervjuene. Egenutvikling ble et parallelt prosjekt, som startet for meg som profesjonsarbeider, i forbindelse med det jeg lærte fra intervjuene og transkriberingen. Jeg tok med meg temaet inn i veiledninger og i fagmøter for å drøfte det sammen med de andre kollegaene. Det ble mange gode samtaler rundt temaet refleksivitet og egenutvikling. Men jeg klarte fortsatt ikke å «se meg selv» i den store sammenhengen av hva jeg sto i og hvor jeg var på vei. Dette med å «se seg selv» er en refleksjon og refleksivitet jeg kommer til å ta med meg videre, etter at masteroppgaven er ferdig. Det er en evigvarende prosess – tror jeg.

Utformingen av tjenestene våre måtte bli til mens vi jobbet fra dag til dag og testet ut hva som fungerte eller ikke fungerte. For dette, hadde vi faktisk ikke gjort før – ingen av oss. Jeg måtte hente opp vinklingen og temaet i oppgaven igjen etter at vi startet med hjemmekontorer, slik at det ikke skulle bli en undersøkelse om gjennomføringen av pandemiltakene. Jeg måtte gå tilbake til «start» litt og reorientere meg, fordi det var flere av informantene som var veldig opptatt av og sa mye om gjennomføringene av pandemiltakene under intervjuene. Mitt fokus skulle være mer på hvordan psykososialt perspektiv, ikke bare kan brukes til å forstå de observasjonene jeg gjorde før intervjuene, men også forklare noe av det som oppleves utfordrende i den digitale terapien/dialogen for de ansatte, som de fortalte om i intervjuene.

I litteratursøkene har jeg hatt utfordringer med å finne temaer som dekker problemstillingene informantene har fortalt om og som jeg selv observerte. Litteratursøkene har foregått på

forskjellige måter. Blant annet på nettsteder som E-helse, Idunn, Google Scholar, som et utgangspunkt, i tillegg til Oria som er fagbibliotekenes database. Nå viste det seg vanskelig å finne målrettede funn, som omhandler temaet i denne oppgaven. Litteratursøkene har naturlig nok vært litt justert, både med tanke på søkeordene og kombinasjonen av dem – alt etter hvilken vinkling problemstillingen har hatt. Endog har «digitalisering», «digital», «videosamtale», «terapi» vært faste søkeord i alle søkene. Digitalisering alene, gav ved siste søk 3.324 treff og var for vidt søk. Digitalisering og «Psykisk Helse» gav 5 relevante treff. Tre av disse var egentlig uaktuelle, da de ikke var innafor oppgavens temaområde, til tross for at de dreide seg om både psykisk helse og digitalisering. Derfor måtte jeg sette opp en del inklusjon- og eksklusjons kriterier for å komme så nærme tema kjernen som mulig. Teorien/forskningen måtte kunne si noe om den ansattes plassering i systemet den jobber for, om spenningspunktet mellom tilbud og etterspørsel i psykisk helsetjeneste hvor behandler blir stående i en handlingslammende situasjon mellom kravene og om den ansattes handlingsrom til å utøve skjønnsvurderinger. Hensyn til alder på forskningen ble først konsentrert til pandemiens tidsrom, men fjernet det da det ikke gav noen aktuelle treff. Det gjaldt uansett område. Men det var fortsatt lite som fremsto som aktuelt materiale.

Underveis i litteratursøkingen kom det en ny tjeneste fra det offentlige Digitaliserings direktorat. Jeg begynte å følge nyhetsbrevene deres, da det ble lansert som tjeneste. Nyhetsbrevene hadde informasjon om utviklingen av digitaliseringen av blant annet helse og velferdstjenester og tjenester som gis gjennom de offentlige etatene i Norge. Men dette var informasjon om den planlagt utvikling, som skal strekke seg over tid, og som er en felles og planlagt samfunnsutvikling. Ikke som er et resultat av en meget rask omlegging av eksisterende tjenester. Fortsatt var det ikke teoretiske grunnlaget innenfor hva jeg ønsket å få tak i for denne oppgaven. For det dreide seg ikke om det systemiske og planlagte rundt digitaliseringen, heller ikke hvorvidt man evner å treffe med tjenestene på sikt og har tid og rom til utvikling, eller muligheter til å gjøre en slik omlegging av tjenesten på systemnivå. Signalene fra kollegaer i korridorene handlet mer om at det å digitalisere terapi- og behandlingsrommene – ble tungvint, problematisk og uhensiktsmessig.

Jeg fortsatte med videre søk på teori og forskning. Men det var lite å finne av større forskningsarbeider som hadde søkelys på behandlernes problemstillinger under pandemien. Det var kanskje litt for tidlig. Så jeg begynte å se til eldre og kanskje mer beskrivende grunnlag om andre, men lignende problemstillinger som har opptatt forskningsfeltet. Det er ikke en ukjent

sak at behandlere kan bli stående i et spenningsfelt mellom tilbud og etterspørsel. Jeg har tatt med meg Michael Lipsky og hans *Street-level Bureaucracy, Dilemmas of the individual in public services*, for å vise til akkurat denne problemstillingen. Hans arbeid mener jeg belyser problemstillingene jeg ønsker å sette søkelyset på, når det gjelder de ansattes plassering mellom tjenestens mandat og pasientenes forventninger.

Etter at jeg bestemmer meg for å lukke søket etter teori og annen relevant forskning, dukket det opp en helt fersk bok av Kaja Asbjørnsen Betin som heter «Trygge digitale terapeuter» Denne boken har til hensikt å; *«gi behandlere en innføring i hvilke spesielle hensyn som bør tas ved bruk av digitale psykoterapiformater, og hvordan man som behandler kan tilpasse forskjellige terapimodeller til en digital versjon»* (Betin, 2022, s. Perm bak). Den beskriver blant annet hvilke utfordringer de har stått i, som knytter seg til de mer subtile problemstillingene, som kan dukke opp, når man ikke sitter i samme rommet, som den som skal motta behandlingen.

Etter mange søk og mye lesing, landet jeg på å ta med meg noen av de ovennevnte teoriene videre i min masteroppgave, mens noe blir bare nevnt med referanser, da de er relevante, men jeg finner ikke helt plassen for dem i sammenhengen jeg ønsker å presentere. Betin som har skrevet boken om «Trygge digitale terapeuter» beskriver litt rundt det digitale terapirommet informantene har forholdt seg til og som derfor er relevant (Betin, 2022), Michael Lipsky “*Street-level Bureaucracy, Dilemmas of the individual in public services*” er relevant med tanke på hans beskrivelse av Bakkebyråkratens dilemmaer i handlingsrommene som informantene har sakt en del om i intervjuene og tilslutt «*Mapping new digital landscapes*» (Webster, Svalastog, & Allgaier, 2020) fordi den beskriver hvordan det digitale landskapet kan forstås. Sammen dekker disse tekstene noe av de poengene jeg ønsker å fremme. I tillegg til det teoretiske grunnlaget, vil intervjuene som er gjort i forbindelse med undersøkelsen tas med i drøftingen i oppgaven, sammen med de erfaringene og observasjoner som jeg selv har gjort underveis.

3.3 Forberedelsen til presentasjonen av funnene

Det var mange delte meninger mellom behandlerne om pandemien og den praktiske gjennomføringen av hjemmekontor og om hvordan dette egentlig har fungert, dersom man skulle måle det, basert på tilbakemeldingene som kom i personalgruppen. I den delen, som skal ta for seg de funnene undersøkelsen har gitt, er det interessant å vite, som tidligere nevnt, at det

har vært pandemier og epidemier i «nyere tid»⁷, og senest i 2009 med svineinfluensaen. For det kunne fort oppleves som om det var første gangen dette skjedde, gjennom den typen mediedekning pandemien fikk. Men det er første gang i 2019 at det har vært et verdensomfattende samarbeid for å begrense og stanse pandemien.

3.3.1 Observasjoner

Misnøyen blant kollegaene om å bruke digitale verktøy, komplikasjoner med å komme i gang med digitale verktøy og vegringen mot å opprettholde den digitale delen av tjenesten - som et tilbud, ble observert av meg over en periode på et par år. Det har vært et tilfelle her, og et tilfelle der. Til sammen har de vekket så stor interesse hos meg at jeg begynte å kartlegge litt hendelsene og hva bakgrunnen for misnøyen kom av. Jeg har vært den personen kollegaene rådført seg med og ble bedt om hjelp, når ansatte ikke lengre klarte å henge med i utviklingen og i bruken av de forskjellige programmene vi skulle benytte. Det ble rett og slett behov for å lage minikurs og oppskrifter, for hvordan man skulle gå frem for å bruke de digitale verktøyene. Det krevde en del resurser og tid, for å få på plass. Men hadde allikevel tatt mer tid å veilede alle de som ba om hjelp, en-til-en. Det ble en flaskehals for meg å dekke flest mulig, med minst mulig tidsbruk. Jeg skulle tro at ledelsen har en standard for hva som er forventet når de skriver grunnleggende data kunnskaper i en stillingsannonse og at de tilrettelegger for kompetanseheving dersom utviklingen overgår det grunnleggende kravet. Samfunnet har hatt data som arbeidsverktøy i mange år, uten at nivå av grunnleggende kunnskap har vært et tema i større grad, men det reiser et spørsmål om hva man skal anse som grunnleggende datakunnskaper.

Når jeg etter hvert landet på hvilken problemstilling jeg skulle jobbe ut ifra, strukturerte jeg observasjonene noe mer. Jeg noterte ned antallet henvendelser i løpet av en periode og hvilke spørsmål som ble stilt. Det var bruken av programmene og forståelsen av hvordan finne frem til de forskjellige funksjonene, som var hovedutfordringene. Med bakgrunn i disse kartleggingene ble det til at dette ble et område jeg valgte å titte nærmere på når jeg skulle starte med intervjuene. Jeg la til data kompetanse som et tema i intervjuguiden. Se vedlegg 1.

⁷ Nyere tid er en betegnelse på den historiske perioden som avløste middelalderen. I Norge vil det si tiden etter rundt 1500. Her brukes betegnelsen særlig om perioden frem til begynnelsen av 1800-tallet. (Leksikon, 2023)

Intervjuguiden til denne undersøkelsen har vært forsøkt beholdt uendret, gjennom alle intervjuene, for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag når materialet skulle kodes. Det betyr allikevel at etter første intervjuet, måtte jeg gjøre små endringer, som i utgangspunktet ikke hadde noe å si for selve spørsmålene, men mer for hvordan jeg ordla meg, når spørsmålene ble stilt. På grunn av at spørsmålene kunne oppleves kritiske og kanskje veldig kritiske innimellom, valgte jeg å gjøre om spørsmålene til åpne spørsmål. «Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde ...» Da opplevde jeg også at informantene fortalte mer enn jeg spurte om, for da ble søkelyset på de tingene de hadde vært opptatt av under pandemien. Ikke bare det jeg lurte på og det gjorde at jeg ble klar over at jeg hadde mye makt til å styre informasjonen på den ene siden, men også risikerte å gå glipp av viktig informasjon på den andre siden. Jeg stilte også noen mer konkrete spørsmål om data og mestringsfølelse basert på følelsen av å inneha «tilstrekkelig kompetanse», og her fikk jeg varierende svar. Ved første spørsmålsrunde om tema data, var ofte refleksjonen «er ikke så ille på» eller «jeg klarer meg greit». Men når man kom videre inn på de nye programmene vi hadde fått, ble det «komplisert», «ukjent» og «trøblete». Med andre ord, opplevelsen av eget kunnskapsnivåer og de faktiske ferdighetene samsvarte ikke når man kom litt ned i dybden.

3.3.2 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg hadde en lang periode med forarbeid før jeg kom i gang med intervjuene. Den ene delen av årsaken var at vi hadde stor arbeidsbelastning og personer som hadde takket ja til å bli intervjuet trakk seg fra å delta som informanter, og den andre årsaken var at jeg fikk skrivevegning etter en del uforutsette hendelser også privat. I tillegg har jeg hatt tekniske utfordringer. Sikker lagring via UiO fungerte ikke, det ble problemer med tilkoblingen via telefonen min. Da måtte jeg benytte diktafon for få tatt opp intervjuene og lagret de på en minnebrikke som jeg oppbevarte i en safe gjennom resten av prosessen. Planen om å ha gjennomført intervjuene i løpet av våren 2022 gikk ikke, da jeg ble rammet av covid-19, to ganger i tillegg til bivirkninger av vaksinen AstraZeneca. Nytt opphold i arbeidet varte i til sammen 9 måneder. Etter et så langt opphold og fravær fra fagmiljøet på høyskolen, gjorde at jeg følte at jeg falt helt av. Det var meget tungt å starte opp igjen. Jeg klarte likevel etter mye om-og-men å komme i gang igjen. Jeg begynte å fatte interesse for å skrive igjen, men samtidig begynte det å spøke for studieretten min. Tiden var knapp og jeg hadde veldig mye arbeid foran meg. Jeg hadde en god dialog med min veileder, og sammen fikk vi i gang en prosess som ikke virket uoverkommelig for meg. Det begynte å bevege seg riktig vei igjen. Det var en enorm lettelse.

En uventet oppdagelse ble gjort når jeg begynte å jobbe med materialet igjen. Jeg hadde fått noe avstand til materialet jeg hadde gjort ferdig tidligere. Når jeg denne gangen gikk igjennom det på nytt oppdaget jeg sammen med veileder noe «rart». Jeg hadde gjort ferdig tre intervjuer da jeg fant noen notater, som gjorde at jeg måtte gå tilbake til begynnelsen av intervjuene og lese meg opp på nytt. Selv om det var en stund siden det første intervjuet var gjennomført, husket jeg godt da jeg leste notatene, at under det første intervjuet var jeg veldig spent på hvordan intervju prosessene ville bli. Jeg hadde mange spørsmål i forbindelse med oppstarten av intervjuene. Jeg følte veldig på at jeg nå skulle inn i en rolle jeg var veldig ukomfortabel med og jeg var rett og slett nervøs. Til tross for at jeg kjente disse menneskene godt fra tidligere og hadde jobbet sammen med dem i flere år – ble dette en meget unaturlig måte for meg, å snakke med dem på. Manuset var til god støtte, men jeg kjente at jeg fikk behov for å lese mer direkte opp fra det, enn å støtte meg til det for å huske poengene og spørsmålene. Notater fra intervjuene viste også at jeg ble opptatt av manglende vinklinger, rare formuleringer og gode poeng jeg ikke hadde tenkt på, i og med at jeg skulle intervju kollegaer. Tanke som da slo meg, var om jeg rett og slett valgt informanter som jeg hadde et for nært forhold til.

Avdelingen psykisk helse er i stadig endring og utvikling. Noen hadde nylig blitt flyttet over i nyoppretta fag-team. Det innebar at teamet jeg skulle jobbe i også fikk nye kollegaer, som jeg tidligere hadde samarbeidet med. Der jeg i utgangspunktet ville spurt om ting og formulert det som «i deres avdeling - hadde vi allerede etablert «vår avdeling» og motsatt for de som hadde fått ny avdeling og hadde vært i mitt team, vi hadde en historikk. På denne måten ble mitt første intervju litt plundrete, fordi rolleavklaringene ikke var så gode, som jeg skulle ønsket. Det å ha kjennskap til hverandre i en arbeidsdag skaper en nærhet, som kan gjøre besvarelsene i intervjuene noe vel personlige. Det kjente jeg på som problematisk, fordi svarene også ble personlige, mellom informant og intervjuer. «Jammen, det gjorde jo du ...» (Intervju nr.1), «Det ordnet du med ...» (Intervju nr.3). Dette føltes feil, når jeg ønsket å undersøke betydningen av manglende kunnskap og at det ble så nær relasjon mellom informant og intervjuer. Dette hadde jeg opplagt kjent på en stund, for på et tidspunkt hadde jeg endret formen jeg stilte spørsmålene på og hvordan jeg innledet intervjuene på, når de ble gjennomført. Jeg forsøkte å skape en avstand i dialogen om tema – slik at informantene ikke skulle tenke på meg som noen de kjenner, men som «en fremmed», som lurte på noe de kunne svare på.

Hadde jeg skulle gjort dette om igjen, hadde jeg valgt å ikke forske i egen avdeling, på egen arbeidsplass. Det blir rett og slett for nære relasjoner og vanskelig å skap den profesjonelle

distansen man trenger for å «observere fenomenene i sin naturlige fremtreden» (Zahavi, 2017) og samtidig få informantenes mer usminka tilbakemelding. Som tidligere nevnt – det å ha kjennskap til informantene og deres bakgrunn kan gi noen utfordringer, men har også gjort det enklere for meg å «forstå» hvorfor det har blitt den erfaringen det har blitt - for dem. Med tanke på at jeg også kjenner til historikken i deres arbeidshverdag og elementer i hverdagen, som har vært avgjørende for deres opplevelser, reaksjoner og derav svar i intervjuene. Jeg har måtte være veldig nøye med å skille på hva som var faktisk funn og hva som kom fra min forforståelse. Denne refleksjonen hjalp meg mye med tanke på plasseringen og rolleavklaringen min i intervjuene og jeg fikk gjennomført det fjerde intervjuet kort tid etter. Nå følte jeg at det hadde løsnet veldig og jeg kunne starte å produsere teksten i selve oppgaven.

3.3.3 Prosessen i kodingen

Når alle intervjuene var gjennomført, transkribert, anonymisert og presentert for veileder, gjorde veilederen meg oppmerksom på en interessant observasjon. Første intervjuet er bare halvparten så langt, som det siste intervjuet. Nysgjerrigheten min blir trigget og det gjorde at kodingen allerede var i gang, med utgangspunkt i denne observasjonen. Jeg leste igjennom alle intervjuene – uten å ta noen notater. Det fremkommer tydelig det jeg beskriver tidligere, nervøsiteten og usikkerheten jeg følte under det første intervjuet. De prosessene og refleksjonene som tidligere er beskrevet hadde preget intervjuene, mer enn jeg var klar over. At jeg forholde meg veldig til manus, kom veldig tydelig frem i det første intervjuet. I det siste hadde jeg fått noe mer trening på å stille åpne spørsmål og mer undre meg sammen med informanten om de refleksjoner vedkommende hadde hatt under pandemien. Dersom informanten hadde vært opptatt av noen forhold i ledelse, undersøkte jeg det sammen med informanten, mer enn i det første intervjuet, hvor jeg avgrenset langt mer denne typen informasjon. Min kunnskap om kvalitative intervjuer hadde økt og erfaringen like så. Derfor tror jeg at alle intervjuene samlet, viser min egen læringsprosess og modning i det jeg holdte på med. Denne kunnskapen viste seg å få en viktig overføringsverdi for meg i den prosessen jeg sto i som privatperson, når jeg ikke klarte å se meg selv og ikke kunne ivareta viktige deler av meg, for å klare å stå i jobben. Oppgaven sier noe om hvordan mangel på erfaring, kunnskap eller kompetanse kan være et stort hinder for å gjøre et arbeid. Hva den økte kompetansen kan gi av mestringstillit og kanskje en forklaring på hvorfor noe kan oppleves vanskelig, i tillegg til at jeg kan se tilbake på min egen prosesser og sette pris på den nye måten å gjøre en oppgave på. Jeg kan se prosessen i min egen utvikling gjennom oppgaven, sammen med utviklingen ansatte har hatt når de fikk kompetansen de var i behov for, når de skulle bruke digitale verktøy.

Kodingen eller struktureringen er en tematisk analyse (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018, s. 278) av tema i materialet som er sortert ut fra funn gjort i intervjuene. «*Et tema er en gruppering av data med viktige fellestrekk. Nærmere bestemt er hvert tema en kategori, hvor data med viktige fellestrekk er gruppert* (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018, s. 279). Det som tidlig kom frem, var at min egen modningsprosess og kunnskapservvelse underveis i skrivingen av masteroppgaven, hadde hatt stor betydning for utformingen av oppgaven. Når jeg tok fatt på selve kodingen av intervjumaterialet, tok jeg denne bevisstheten med meg inn i arbeidet videre og prøver å være bevisst på hvor jeg har hatt store innvirkninger i intervjuene. Jeg forsøkte først å lage noen kategorier basert på det informantene hadde vært opptatt av. Men de ble for mange og de ble ulike og kunne derfor ikke sammenlignes i noe særlig grad. Svarene mellom første og siste intervju var såpass varierende, at det ble vanskelig å strukturere dem til noe jeg kunne ramme inn og bruke til å svare på problemstillingen med. Derfor gikk jeg tilbake til intervjuguiden min og så på kategoriene jeg hadde brukt for å få med aktuelle tema inn i intervjuene. Derfra ble det veldig naturlig å bruke de eksisterende kategoriene jeg hadde brukt i intervjuguiden. Det var ut fra disse spørsmålene jeg hadde fått svar, og på den måten kunne trekke noen ligninger som gav sammenheng og mening. På lik linje som det i den hermeneutiske sirkelen er deler og tolkning i samarbeid som utvikler en større/økt forståelseshorisont, gjorde jeg en rekke tolkninger av delene jeg hadde arbeidet meg igjennom og til slutt fant jeg en måte å lage en bedre utgave av delene jeg jobbet med. Da ble jeg også klar over hvilken rolle min forforståelse hadde spilt inn. Den måtte jeg ta høyde for at hadde preget resultatene i større grad enn jeg først hadde trodd. Jeg hadde vært ubevisst ledende i måten jeg stilte spørsmålene på, ledet informantene til å fortelle de negative opplevelsene. Gjerne vet at jeg introduserte med at det var antydninger om at det var problematisk med bruken av digitale verktøy. Det ble derfor en ny gjennomgang av materialet med søkelys på og finne ut hvor forforståelsen hadde preget materialet.

Jeg satte opp et stort ark, sammensatt av totalt 12. A4 ark og tapet dem sammen på en vegg. Laget mine overskrifter og begynte å lese igjennom transkriberingene, en etter en mens jeg noterte inn stikkord og sitater der de hørte hjemme kategorisk. På denne måten fant jeg ut av at jeg hadde seks temaer som jeg kunne basere kodingen på og derav også funn som var relevant for å svare på problemstillingen. Kategoriene eller temaene ble;

- 1) Pandemien,

- 2) Praktisk gjennomføring,
- 3) Den terapeutiske samtalen,
- 4) Erfaringer fra digitale samtaler,
- 5) Datakunnskap hos behandlere,
- 6) Funn og nye forståelseshorisonter.

På generelt grunnlag var det ikke noen store overraskelser for meg i intervjuene, da jeg hadde observert tendensene en stund allerede. Men det som overrasket meg veldig var en del av de refleksjonene informantene hadde gjort underveis og etter pandemien. Ansatte hadde faktisk reflektert over både egne, men også pasientenes mestring, eller mangel på mestring. Hvordan deres egne manglende interesse, holdning eller kompetanse hadde blitt et tema når de skulle bruke de digitale verktøyene.

Den psykososiale tankemåten fremstår som best anvendt i en sirkulær bevegelse mellom handlingen som pågår, refleksjonen sammen med pasienten og refleksiviteten behandleren til enhver tid holder tak i. Selv om behandlerne ikke uttaler at dette er en psykososial praksis de gjør, er den lett å kjenne igjen når man studerer psykososialt arbeid. Kommunikasjon var noe alle informantene var særdeles opptatt av og det kommer frem som eget tema, at de har følt på skjev maktfordeling underveis. Makt er somregel akkompagnert med motsatsen, avmakt. Informantene snakker en del om maktforholdene under pandemien, definisjonsmakten spesielt. Gjennom alle intervjuene har behandlernes refleksjoner over behandlingsprosesser, pasientens behandlingsutbytte vært et tema. Hvordan kan man nå frem med riktig behandling til mennesker som ikke er i samme rommet som behandleren. Refleksjoner rundt hvordan man over telefonen kan kommunisere uten deler av kommunikasjonspaletten, som ansiktets uttrykk og kroppsspråk ble mye snakket om. I tillegg har det vært mange bekymringer og usikkerhet rundt egen arbeidshverdag. Alle disse temaene er tett knyttet opp til både den hermeneutiske sirkelen (Gilje, 2019), refleksivitet (Del Busso, 2014) og Skau som skriver mye om spenningsfeltet mellom makt og hjelp (Skau, Mellom makt og hjelp, 2003). Jeg kommer tilbake til makt/avmakt, definisjonsmakt og spenningsfeltet mellom makt og hjelp i drøftingen.

Temaene i kodingen er ankerpunkter for hva jeg tenker er avgjørende for at en behandler skal kunne yte helsehjelp under de forutsetningene som pandemien gav oss. I tillegg har det noe å si hvilket samspill pasienten har hatt med behandleren sin. Om behandler har evnet å trygge

pasienten under perioden det var nedstenging. Og sist, men ikke minst – hvordan behandler selv har opplevd denne perioden og overgangen til å bruke digitale verktøy.

3.4 Etikk

Etiske vurderinger og avveininger har vært en stor del av arbeidet som har vært gjort i denne undersøkelsen. NESH sine etiske retningslinjer (NESH, 2021) er fulgt gjennom hele forskningen. Det har til enhver tid vært sjekket opp mot de etiske retningslinjene, at materialet og behandlingen av informanter samsvarer med kravene. Men opplevde at jeg etter hvert møtte på noen etiske dilemmaer, jeg ikke hadde tatt høyde for, som spesielt gjaldt forskning på egen arbeidsplass. Det å intervju en kollega, som deler kunnskap som for enkelte ble sårbart for dem å innrømme, skaper en skjevhet, som jeg ikke helt visste hvordan jeg skulle håndtere. Jeg skulle trossalt samarbeide med kollegaene dagen etter. Ved første refleksjon rundt temaet kunne informanten svare «*jeg er ikke helt borte når det gjelder data*» (Intervju nr.4). Men når vi gikk litt i dybden av temaet kom det frem at tryggheten bare gjaldt de kjente programmene og telefonene man hadde vært vant til å bruke. Det å erkjenne overfor en kollega at man har «kompetanseshull», er ikke en komfortabel situasjon. Jeg valgte å spørre informantene om det var noen de kunne spørre om hjelp om de ble usikre. Samtlige svarte at de hadde spurt kollegaer om hjelp underveis. Et annet eksempel på etiske dilemmaer, er å si noe om at man har vært redd under pandemien, og at noen opplevde det vanskelig å måtte komme tilbake på kontorene når vi gjorde det og at de opplevde seg utsatt for fare, slik som smitteverntiltakene ble eller ikke ble gjennomført. Løsningen ble, å stille spørsmål som; «*om du kunne velge selv ... hva hadde du da valgt å gjøre?*». Som sosionom har jeg også alltid hatt yrkesetisk grunnlagsdokument (FO, 2009), med meg i arbeidet jeg har gjort. Dette dokumentet har blitt «en del av meg» gjennom både utdanningen, men også gjennom yrkespraksisen, da vi ofte må ta stilling til etiske dilemmaer i arbeidshverdagen.

Et siste etiske tema som har vært mye drøftet også med veileder er min forforståelse. Min forforståelse har påvirket mye av forarbeidet og derfor også påvirket arbeidet etter at jeg startet kodingen og videre analyserte resultatene. På grunn av min vide erfaring fra både data og andre fagbakgrunner opplevde jeg at det var vanskelig å ikke mene noe om både det som ble gjort fra ledelsens side, når de «løste den digitale arbeidsformen», men også når behandlere mente noe om hvordan det ble løst. Min forforståelse tok føringen – fremfor at jeg klarte å stille meg mer åpen og undrende til det som foregikk. I kodingen som er gjort, er det tatt høyde for min noe styrende forforståelse og sterke meninger, i den grad det har vært mulig og om jeg har klart å

se hvor det har vært aktuelt. Det er veldig sannsynlig at det dukker opp steder hvor mine meninger skinner tydelig igjennom sammen med forforståelsen min. Jeg startet denne prosessen med masteroppgaven i 2015 og har hatt den med meg i både arbeidshverdagen og privat i overkant av 7 år. Det er nok ikke helt umulig at min holdning til både tema som berører digitaliseringen har endret seg i kritisk retning eller at perioden med hjemmekontor har endret holdningen min til hjemmekontor i tillegg til at mine tanker om digital terapi har endret seg betraktelig. Jeg var i utgangspunktet en tilhenger av digital terapi. Etter en så konsentrert periode – uten noen andre alternativer til å gjøre jobben min, og i tillegg hatt en masteroppgave i prosess, parallelt med hjemmekontor, det har fylt kvoten min for behov av digitale innputt og ser nok noe annerledes på digitaliseringen nå på tampen enn da jeg startet. Denne dreiningen har nok også en betydning for hva jeg har lest i funnen og hvordan den kommende drøftingen vil bli. Etisk vil dette ha en betydning for hvordan jeg til slutt fremstiller funnene. Jeg vil forsøke å ta høyde for denne påvirkningen av min forforståelse og endringen i egne holdninger til innholdet, der hvor tålmodigheten min har vært prøvd hardt.

4.0 Analyseresultater

Jeg ble klar over at det er en risiko og sette opp kategorier på forhånd, fordi forforståelsen og det jeg tror jeg vil finne i undersøkelsen, har i perioder tatt styringen for hva jeg har sett etter, når jeg har kodet materialet. Jeg hadde en omfattende gjennomgang som jeg beskrev tidligere, for å kvalitetssikre at ikke betydelige elementer fra funnene ble utelatt. Jeg ble da klar over at forforståelsen hadde preget arbeidet i en periode, i deler av prosessen. Når jeg ble klar over det måtte jeg som nevnt gå tilbake og lese igjennom materialene på nytt før jeg kunne presenterer funnene i intervjumaterialet. Oppgaven har som mål å svare på problemstillingen som stiller spørsmål om: *«Hvilken betydning har bakkebyråkratenes handlingsrom hatt, når skjønnsmessige vurderinger ble gjort, for når og hvordan digitale verktøy ble benyttet under covid-19 pandemien?»*

4.1 Pandemien

Funnene i materialet viser at behandlerne opplevde nedstegningen veldig forskjellig. Noen opplevde at det ikke var spesielle strenge tiltak, mens andre følte på isolasjon og store vanskeligheter med å forholde seg til hjemmekontor. *«I retrospekt, hadde jeg trodd at tiltakene skulle påvirke meg mer»* (Intervju nr.1). Det var enkelte av informantene som også fortalte at de hadde så store utfordringer med å ha hjemmekontor at de prioriterte å ha samtaler ute,

hjemme hos pasientene, ute i friluft, eller på egne kontorer - til tross for at det var anbefalt å praktisere hjemmekontor. Opplevelsen av å ikke mestre de digitale verktøyene var fremtredende hos enkelte informanter. Kommentarer som «*Hvordan skal vi få gjort jobben vår nå?*» (Intervju nr.2), «*Flinke ansatte, jobber fra kontoret.*» (Intervju nr.3) og «*Jeg føler meg som en dårlig ansatt, når jeg ikke får til å ha video, eller telefonsamtaler med pasientene*» (Intervju nr.4) understreker rasjonaliseringen mennesker kan gjøre når man føler seg usikker i en situasjon.

Et par av informantene forteller at de selv følte på isolasjon og ensomhet til tross for at de alle har familier og lever sammen med andre mennesker. Det var ikke snakk om mellommenneskelig ensomhet, men en faglig ensomhet, hvor de ikke lengre kunne stikke innom en kollegas kontor for å drøfte vanskelige saker eller for å få støtte. Det fortelles om opplevelsen av meget uklare retningslinjer fra ledelsen, på hva den enkelte ansatte skal forholde seg til når de forskjellige tiltakene gjelder for tjenesten vår, og en treghet i å få tilgang på elektronisk utstyr, som kan brukes som digitale verktøy. Informantene uttrykker mye frustrasjon rundt omleggingen fra kontorlandskapet til hjemmekontor. Man var uforberedt, og det var en noe rotete kommunikasjon mellom ledelse på flere nivåer og ansatte som skulle gjennomføre arbeidsoppgavene.

På generelt grunnlag kan man si at mennesker som er født før 1970, har ikke hatt datakunnskapen like lett tilgjengelig som de som er født i og etter 1970-tallet. Det har med den digitale utviklingen å gjøre. De som er født før 1970-tallet har måttet oppsøke opplæring i større grad for å kunne nyttiggjøre seg av digitale tjenester. Det var heller ikke alle pasienter som evnet å nyttiggjøre seg av de digitale verktøyene. «*Det var noen pasientgrupper som rett og slett ikke forsto dialogen lengre, når man ikke hadde muligheten til å være i samme rommet som dem*» (Intervju nr.2), forteller en informant. Diagnoser kan være ekskluderingskriterier på grunn av funksjonsnivå, når vi snakker om digitalkompetanse. De eier kanskje ikke digitale verktøy, eller har ikke fått opplæring i hvordan man kan bruke telefonen, for eksempel til å se hverandre, eller sende dokumenter man ellers har sendt med posten.

Allerede her havnet behandlere i et etisk dilemma og må ta noen valg – på tvers av regjeringens retningslinjer om smittevern, for å kunne tilby psykisk helsetjeneste til de som ikke kan nyttiggjøre seg av digitale tjenester. Det etiske dilemmaet blir et spørsmål om man skal ivareta pasientgrupper som ikke kan benytte seg av digitale tjenester, eller skal man være «Flink ansatt»

og følge retningslinjene som er gitt og kun yte digitale tjenester. Noen opplevde dette som veldig krevende fordi det gikk på tvers av det å kunne ivareta og opprettholde viktig smitteverntiltak. Det var ikke bare pasienter som hadde behov for å skjerme seg fra smitte. Enkelte ansatte hadde også helsetilstander å ta hensyn til. Noen av informantene følte seg presset til å gjennomføre arbeidshverdager de ikke var komfortable med. Det gjaldt både med de digitale verktøyene, men også det å være ute blant befolkningen og utsette seg selv og andre for smitte. Mens andre informanter ikke var redde, og tenkte at dette går greit uansett. Frykten var stor blant pasientene og det ble mange gjentakende runder med å forklare hva Covid-19 var og hvordan det fungerte dersom man ble smittet. En informant fortalte at på grunn av å informere om og om igjen, fikk vedkommende et langt mer avslappet forhold til viruset og smittefare. Kunnskapen gjorde at vedkommende kunne navigere bedre i smittevernlandskapet, når kunnskapen om hvordan man kunne beskytte seg, ble bedre.

4.2 Praktiske gjennomføringer i hjemmekontorene og i samtale

Hjemmekontorene kom ifølge informantene relativt fort på plass. Felles møtearenaer via Teams ble etablert, som første digitale møtepunkt, kort tid etter at vi hadde stengt kontorene. Teams hadde vi allerede tatt i bruk i forbindelse med kommunesammenslåingen i 2020, før pandemien, men vi hadde ikke benyttet det til å ha digitale videomøter tidligere. Informantene fortalte at det gikk greit å etablere arbeidsrom hjemme. De brukte gjesterom, kjøkken, eller andre rom for å kunne jobbe. Samtlige av informantene hadde huset stort sett for seg selv på dagtid. Slik at det skapte ikke noen konflikter med øvrige familiemedlemmer. Det var en periode der hvor elever i barne- og ungdomsskolen måtte ha hjemmeskole. Da ble det noe trøblete for de informantene som hadde barn i skolepliktig alder. Elevene skulle også bruke Teams som plattform for undervisningen. De yngste hadde ikke brukt Teams tidligere og trengte en del bistand fra foreldrene for å lære hvordan de skulle bruke det. Informantene som hadde barn hjemme brukte en del tid på og følge opp barna i skolehverdagen, og informantene forteller at denne oppfølgingen ofte kolliderte med avtaler og arbeidsoppgaver de selv hadde på jobb. Internettkapasitet ble et annet tema. Når mer enn en person skulle ha videosamtaler, ble det større belastning på datalinjene og mange følte på behovet for å oppgradere linjehastighet/kapasitet for å kunne gjøre jobben sin. Dette løste kun problemet med teknisk kapasitet. Man sto fortsatt i en tidsklemme mellom oppfølging av egne barn og jobben.

En del av de ansatte i psykisk helsetjenesten i den aktuelle kommunen, har sykepleie som grunnutdanning. Dette gjaldt også noen av informantene. De ble omdisponert i kommunen til

å jobbe med smittesporing eller andre helseoppdrag, som man trengte økt bemanning for å betjene. Noen av informantene fikk derfor, sammen med andre sykepleiere, en ny rolle som skulle håndteres sammen med de primære arbeidsoppgavene i psykisk helsetjeneste. Det å bli omdisponert i krisetid, opplevdes ikke som en strukturert og avklart ordning, for de som ble omdisponert. De opplevde det som et både-og krav, hvor det var forventet at begge jobbene skulle gjøres til sitt fulle. *«Jeg fikk en annen rolle under pandemien, når jeg jobbet med denne andre rollen, flyttet jeg meg til kontoret. Hvis ikke hadde jeg blitt sittende både dag og kveld på mitt eget kjøkkenet og det kjente jeg på - at måtte endres på» (Intervju nr.1).* Grensene mellom psykisk helsearbeid og smittevernarbeid sklei fort over i hverandre. Belastningen var merkbar, sier informantene. Ivaretagelse av egen psykisk helse hos de ansatte måtte også vies en del oppmerksomhet, ettersom omdisponeringen ble vedvarende over en periode. Arbeidsoppgavene ble ikke redusert i psykisk helse, de som ble omdisponert fikk ytterligere oppgaver i tillegg til det de allerede hadde. Det handlet for de ansatte om ønske om en gjensidig respekt og tillit fra ledelsen, om at de ønsket en ivaretagelse og hjelp til å følge opp sine pasienter i psykisk helse, mens de ble omplassert til andre oppgaver under omdisponeringen som arbeidstakerne ble pålagt. *«Jeg opplevde at min leder ikke forsto belastningen det var å ha to roller» (Intervju nr.4).* Det å ikke føle forståelse for belastningen enkeltpersoner kan oppleve er en risikofaktor for arbeidsmoral og motivasjon til å yte sitt beste. *«Følelsen av å være i krise kom umiddelbart, veldig krevende å sitte i beredskap som sykepleier - når du også vet at pasientlisten i psykisk helse venter på deg. Det var veldig vanskelig å finne en hensiktsmessig balanse mellom rollene» (Intervju nr.4).*

4.3. Den terapeutiske samtalen og erfaringer fra digitale samtaler

Så langt har informantene sakt noe om hvordan pandemien påvirket dem selv og deres arbeidshverdag, hvordan de praktisk innrettet seg for å kunne jobbe i hjemmekontor og eventuelle utfordringer de støtte på. Men det er ikke bare de fysiske tilretteleggingene som har måttet gjennomgå endringer. Når man ikke lengre møtes i et rom som er designet for å ha behandlingssamtaler i, blir rammene og konteksten endret. For pasientene blir det flere distraksjonsmomenter, for eksempel når de er hjemme og pusler med husarbeid når de prater med behandler i telefonen. Det er kanskje andre mennesker som er til stede i rommet sammen med pasienten, når man skal snakke med pasientene om sensitive temaer. *«Personvernet blir ikke like enkelt å opprettholde, når vi ikke har kontroll på hvem som er til stede i samtalen - på pasientens side av de digitale verktøyene» (Intervju nr.2)* sukker en informant på spørsmål om vedkommende har vært opptatt av personvern og sikring av data.

Det har vært mange interessante kommentarer og opplevelser på hvor pasientene oppholder seg når man snakker med dem på telefonen, eller over video. Det er noen barrierer som senkes når pasientene er på «hjemmebane», som man ellers ikke villet måtte forholde seg til om man var på kontoret. Jeg kunne kjenne meg igjen i informantenes beskrivelser av opplevelser de hadde hatt, med en pasient jeg snakket med ukentlig, som benyttet toalettet flere ganger gjennom samtale på 60 minutter. Uten forvarsel, tok pasienten med telefonen på toalettet og pratet videre mens vedkommende gjorde sitt fornødende. Det ble vanskelig å be pasienten legge på og om å ikke ta telefonen med seg på toalettet. Jeg valgte å ignorere handlingen og pratet videre som om det var helt i orden. Men kjente samtidig på at det ikke var greit.

Informantene forteller om erfaringer de har gjort seg under samtale, «*Noen pasienter synes det har vært enklere å kanskje ikke se meg rett i øya og ansiktet*» (Intervju nr.3). Den avstanden en telefon skaper, med at man ikke får kroppsspråket, gestikuleringer og andre faktorer med i samtalen, har for enkelte av pasientene vært en fordel. «*Noen pasienter synes det ble mer trøblete, at man ikke kunne gå i dybden på veldig utfordrende temaer. Noen, ønsket å vente med de dype samtale*» (Intervju nr.1). Mellom nærheten man kan ha i en samtale og distansene enkelte beskriver de opplever i alternative samtaleformer, ligger det mye informasjon. Det er mange psykologiske faktorer som spiller inn, når vi erfarer hvilken samtaleform som passer oss best. Alt avhengig av tidligere erfaringer, trening på å samtale, hvilket formål samtalen har, om det er med venner, eller om det er med fremmede. «*... det er uansett bedre enn ingen oppfølging*» (Intervju nr.2) kommenterer en informant, og utfyller, «*Selv om samtale ble mye kortere, så fikk jeg liksom tak i det jeg mente var kjernen og hovedproblemet*» (Intervju nr.2).

Når samtale konteksten forandres til digitaldialog og i tillegg skjer det store endringer i samfunnet så endres naturlig nok også fokuset hos pasientene, «*Ja, det ble en del endringer i samtale, også er jeg ikke sikker på at det er bare dem eller om det var mye meg også. Jeg opplevde jo at det ble lengre mellom hver samtale. Jeg opplevde at veldig mange egentlig ble sånn «hyper» med videoløsninger, og valgte derfor å snakke med dem over telefonen istedenfor, for å holde på et fokus i behandlingen*» (Intervju nr.3). Enkelte ganger kan man som menneske gjøre litt «rare» ting når vi er redde, eller nervøse. Det at noen pasienter har lang fartstid sammen med sine behandlere, har mye å si for hvordan den enkelte har opplevd å bruke digitale verktøy, fremfor å møte opp fysisk hos sin faste behandler.

«Jeg fikk veldig lite nye pasienter i den tiden, det tror jeg er helt greit også. Første samtalene synes jeg er mer trøblete - selv i fysisk rom. Spesielt nå - kan jeg tenke meg, hvis samtalene må foregå over telefon» (Intervju nr.2). Noen behandlere syntes dette var helt i orden, mens andre påpekte at dette ikke var noe særlig for dem. «Jeg bruker tavla mye når jeg er på kontoret og ikke bare tavla, men også det å kunne gå på PC-en og finne fram, skrive ut informasjon til pasienten, eller at du tar frem en bok og titter i sammen med pasienten ... det kunne jeg gjort hjemme og, men det blir ikke helt det samme, når man ikke sitter overfor noen» (Intervju nr.4). Behandlere er avhengige av nonverbale tilbakemeldinger i en samtale, det er de som forteller om innspillene behandler gir underveis er forståelig, eller om det de sier ikke blir forstått, når pasientene ikke er så pratsomme. Når man i stor grad mister denne nonverbale tilbakemeldingen, blir man litt rådvill som behandler, på om det man gjør - faktisk er til hjelp. Tilbakemeldingene via blikk, gestikulering og kroppsspråket blir borte når man ikke ser pasienten. Motivasjonen for å prøve en telefonsamtale kan derfor bli redusert. «... men man tenkte heller at man kan ta praktiske ting på telefonen, og venter med de dype samtalene til vi kan møtes igjen» (Intervju nr.1). Da begynner behandleren å begrense tilbudet fordi dem selv ikke klarer å drive samtalen på en slik måte at de opplever samtalen og prosessen hensiktsmessig lengre.

Men vi er forskjellige. «Det jeg ble positivt overrasket over, var at veldig mange synes det var greit å snakke i telefonen. Jeg var ikke så positiv til det, for jeg må se på folk, for jeg faller ut av samtalen selv, når jeg ikke får den tilbakemeldingen jeg trenger på om pasienten har forstått» (Intervju nr.4). Samspeillet mellom behandler og pasient er som en vals, man går mange runder med ord, uttrykk tilbakemeldinger og det blir en «runddans» for å introdusere nye elementer, sjekke om det er forstått, korrigere for misforståelser osv. Dersom pasienten i telefonsamtalen ikke forstår, eller er klart til å gå inn på temaer som behandler introduserer og heller ikke får til å si noe om det, kan man rett og slett kaste bort en behandlingstime – for begge parter. Om man da ikke før senere finner ut - at her har det blitt en misforståelse, risikerer man å gjøre dobbelt arbeid – som i verste fall kan ha en negativ innvirkning på relasjonen mellom behandler og pasient. «Jeg klarer ikke å holde den terapeutiske dialogen. Jeg klarer ikke holde tråden like godt på telefonen. Mens jeg opplevde at pasientene mine, likte godt å prate på telefonen. Vi hadde ikke noe annet alternativ da. Mange sa at de ikke likte videoen. Det var kleint. Så hvis folk kunne velge, så valgte de ofte telefonen» (Intervju nr.4).

Det var mange refleksjoner, både mellom kollegaer og i team møter under pandemiens mange faser. Hensikten var langt på vei å lære av og dra erfaringer fra hverandres opplevelser. Men det kan virke som om det har vært litt mot sin hensikt. «... jeg opplevde at mange sa at video er kjempebra. Så Jeg tenkte «... ja ...» og noen gikk det kjempebra med, men mange ikke så bra. Så derfor tenkte jeg det kanskje bare er meg. Jeg følte meg som en dårlig ansatt som ikke klarte å yte tjenester, som tiltenkt med digitale verktøy» (Intervju nr.4). Behandlernes mestringsfølelse er viktig med tanke på hvordan man kan fremstå som trykgeterapeuter i en slik brå og altomfattende endring av tjenesten, som pandemien medførte i en periode. «Når det er noen som er i prosess, og vi skal jobbe med det terapeutiske, da synes jeg kontakten forsvant helt. Da klarte ikke jeg å holde i prosessen og progresjonen, og da tenker jeg at det er jeg som mislykkes som terapeut. Jeg synes det var veldig vanskelig» (Intervju nr.4). Selv om pasientene gav tilbakemeldinger om at både video og telefonsamtaler er «helt greit», har behandlerne en annen oppfatning av situasjonen.

«Det er kanskje derfor jeg kjenner på at telefonen er et dårligere verktøy å jobbe terapeutisk med - for meg funker det ikke, men det er jo fint at vi kunne bruke den da og fungerer bra til å snakke om hverdagen i. Ja, en statusrapport liksom». «... for vi famlet jo egentlig veldig mye i blinde, på hva en telefonisk terapeutisk samtale skulle, eller kunne være. Og hvordan vi da kan si noe om hvorvidt det har vært terapeutisk hensiktsmessig eller ikke, det vet jeg ikke. Så mangler vi et måleverktøy på hvor effektive telefon, video eller en-til-en samtaler er – for opplevelsen vår er veldig subjektive».. (Intervju nr.3)

Refleksjonene rundt hva digitale arbeidsrom gjør med behandlerne, har egentlig vært et tema som har vært holdt oppe, ofte under pandemien. Det har i fagmøter vært snakket om både egenomsorg, fysisk egenpleie, men også psykisk helse og hva pandemien gjør med oss som behandlere. Det er viktig når man som behandler får så mange nye roller og oppgaver, som behandlerne fikk under pandemien. Man skulle fortsette som behandler, men også være en «opplysningssentral» for hva pasientene skulle forholde seg til og gjerne holde dem og pårørende oppdatert på hvilke retningslinjer som var gjeldende til enhver tid. I tillegg skulle behandlerne ivareta seg selv som privatpersoner og sine familier.

4.4 Datakunnskap hos behandlere

Når jeg begynte å spørre behandlerne om deres datakunnskaper, Fikk jeg svar som; «Jeg er jo egentlig ikke så helt fjernt teknisk da.» (Intervju nr.3), «Data har jeg brukt mye» (Intervju nr.1)

og «Nye data ting, er jeg nok ikke oppdatert på. Jeg følte ikke at det var sånn at du fikk hjelp - nei da... Men jeg fant jo frem etter hvert. Ja, også spurte jeg om hjelp fra kollegaer» (Intervju nr.2). Informantene forteller at det var ikke noen strukturert overgang til digitale hjemmekontorer. Det var heller ikke noen som sjekket om de ansatte hadde nødvendig kompetanse for å drifte et digitalt hjemmekontor. Kommunen kjørte noen modulkurs helt i starten av pandemien. Modulene inneholdt alt fra opplæring om kildekritikk til innhold i e-poster, datasnoking og man ble presentert for begrepet phishing, som er en form for sosial manipulering hvor noen forsøker å lure deg til å utføre en handling, for eksempel åpne et e-postvedlegg, klikke på en lenke eller betale en falsk regning. Modulkursene ble i henhold til informantene gjennomført av samtlige. Endog gikk flere av dem rett i fella når dataavdelingen sendte ut en falsk e-post for å se om noen hadde lært av modulene. Disse modulkursene gikk over en periode på ca. en måned med noen e-poster i uken. Til tross for dette, fortsatte det å komme inn forespørsler om «hvordan gjør/løser vi ...» i flere varianter. Det var jeg som hadde IT ansvaret i avdelingen på dette tidspunktet. Det ble så mange henvendelser til slutt at spørsmålet om avdelingen var i behov for generell kompetanseheving måtte tas opp med ledelsen.

Informantene bekrefter dette langt på vei. «Jeg måtte sette meg inn i en del ny kunnskap og det må en helt annen forberedelse til når man skal ha samtaler over data» (Intervju nr.4). «Man fikk 30 minutters forvarsel på å sette seg inn i nye dataprogrammer» (Intervju nr.3). Tidsrommet var nok noe større, men opplevelsen av å få kort tid til å orientere seg, var nok vell så reell for behandlere, som ikke var vant til å jobbe med forskjellige dataprogrammer. «Jeg var nok litt utrygg når det ble så mye nytt, og data er nok ikke min sterkeste side» (Intervju nr.2). Dette er en behandler som har jobbet en del med forskjellige programmer gjennom årene. Behandleren har benyttet kalendere og e-post sammen med journal dataprogrammer over mange år. Men når det ble en ny plattform med flere sammenslåtte funksjoner i samme programmet, mistet vedkommende oversikten på funksjoner og hensikt med programmet. «Man måtte bruke mye egeninnsats på og lære seg de nye programmene, og det tok betydelig av tiden vår» (Intervju nr.1). Denne informanten har også jobbet med en hel rekke forskjellige datasystemer opp gjennom årene. Men hadde fortsatt utfordringer med å sette seg inn i de nye programmene avdelingen nå hadde tatt i bruk. «Jeg følte meg ikke trygg, det er tungt å lære nytt på egenhånd. Det var ikke kursing på bruken akkurat, men det mange måter å lære på» (Intervju nr.2). Den av informantene som i utgangspunktet følte seg tryggest på de nye plattformene, var den yngste av informantene.

«Jeg har gode kunnskaper innen digitale verktøy og IT/IKT. Det har veldig mye å si for trivselen og mestringsfølelsen man har på jobb om dagen» (Intervju nr.3). Denne informanten refererte til at vedkommende hadde hørt at flere hadde klaga over at de nye verktøyene hadde kommet så fort og at det ikke var en organisert opplæring i dem. «Men dataprogrammer, ikke sant, kan du ett, så kan du det grunnleggende i mange andre også». Samtlige informanter foruten den yngste, hadde motforestillinger mot å jobbe med digitale verktøy. Den yngste informanten poengterer også at «Hvis behandlere har god erfaring, kunnskap og tro på det de holder på med, så er det enklere å jobbe alternativt med andre også» (Intervju nr.3). Det er et poeng at behandlere blir tryggere og jobber bedre, når man mestrer oppgavene man skal gjøre. Det å føle seg trygg i egen kompetanse, er viktig uansett hva man jobber med.

4.5 Funn og nye forståelseshorisonter

Jeg var ikke klar over at vi hadde så mange ansatte som var utrygge i bruken av datamaskiner og programmer, som vi ellers benytter i arbeidshverdagen. Det ble et problem for gjennomføringen av en trygg arbeidshverdag for enkelte ansatte. Jeg har definert en spesifikk tidsramme for undersøkelsen, og i tillegg gått igjennom litteratursøk i flere omganger som stadfestet at jeg skriver en masteroppgave, hvor jeg har meget begrenset forskning å ta et konkret utgangspunkt i som er knyttet til brobyggerne, eller bakkebyråkratene i krisetid. Det fremstår for meg som om dette er et område det ikke er gjort så mye tidligere forskning på.

Det å definere hva allmennkunnskap i data består av, fremsto som ekstra viktig, når det medførte så mye ekstraarbeid for å få alle ansatte i gang på de digitale plattformene. Dersom man ikke kvalitets sikrer at ansatte har grunnleggende kunnskap og i tillegg definerer hva den skal inneholde, kan man få problemer med å ansette mennesker som har riktig kompetanse. Dette blir spesielt viktig når det er en av de viktigste verktøyene vi bruker i veldig mange yrkesfelt i dag. Selv om det frem til pandemien, tilsynelatende har vært minimalt med utfordringer – når det gjelder bruken av dataverktøy, er det ikke umulig at vi ikke har fanget opp en vesentlig mangel i kunnskapsgrunnlagene hos ansatte, fordi man ikke har vært like avhengig av å bruke verktøyene ut over «det normale», før nå.

Underveis i intervjuene kommer det frem at usikkerheten ligger like mye hos behandlerne som det gjør hos pasientene. Men det er en usikkerhet som dreier seg om to forskjellige ting. Hos pasientene: «Får jeg snakket med behandleren i dag?» (Refferert pasient kommentar, fra egen pasient.). Og hos behandlerne: «Hvordan skal jeg gjøre jobben min når jeg ikke kan snakke

med pasientene mine i det terapeutiske rommet?» (Intervju nr.2). Dette kom veldig godt frem, som et poeng - når en informant kommenterte sitt eget svar til et av mine spørsmål; «Ja, altså jeg er jo såpass kritisk at jeg tenker at det kan handle om den skjermen. At det er den som skaper avstanden. Fordi jeg vet jo hvor viktig det er å sitte sammen i samme rom og det er så mye i kroppsspråk i det å være sammen i samme rom. Det usagte, ikke sant? At, jeg tror vi mister så mye av det, gjennom det digitale» (Intervju nr.1). Behandleren refererer tilbake til eldre kunnskap om terapi og behandling, som en støtteerklæring til det vedkommende selv kjente på av tilkortkommenhet. Dette skjedde med flere av informantene. Når det gjelder datasikkerhetskurset som kom som modulkurs.

«Jeg har gjort det jeg ble pålagt, ... ble bevisst på at det kunne komme virus og sånn. At hvis man kunne komme inn, er jo det med journaler da. At jeg ikke går på nettsider og sånn - og kanskje jeg tenkte på det egentlig og ikke går til sol og VG og ikke trykker jeg på lenker. Men om det var kurset, det vet jeg ikke. Men jeg var redd for at noen skulle få innpass i journalsystemet» (Intervju nr.3).

Man referer til det man har hørt helt eller delvis fra andre kilder når det gjelder hacking i denne kommentaren, og glemmer at kommunen har flere lag med sikkerhetsportaler. Andre hadde tatt litt lettere på det og gjennom svaret sitt viser hvor det er viktig å være oppmerksom.

«Jeg er så naiv når det kommer til å stole på andre. Jeg er så lite konspiratorisk av meg, så når du spør meg om jeg på noe tidspunkt, føler meg opptatt av datasikkerhet. Nei, jeg var ikke så opptatt av det, jeg. Men når vi fikk e-post – så kunne jeg være litt opptatt av det. Men jeg gikk ikke rundt og tenkte på at dette må jeg være opptatt av». (Intervju nr.4).

Det å bytte over til digitale plattformer for møtevirksomhet har, som tidligere nevnt, vært et stort samtaletema for avdelingen. Spesialisthelsetjenesten har tatt i bruk digitalt møterom i stor grad. Det sparer mange for reisetid og det gjør at man kan øke effektiviteten i arbeidshverdagen. Samtidig deler alle informantene erfaringer med at det å være i større møter, faktisk har fungert greit.

«Jeg har vært i samarbeidsmøter og overføringsmøter og når man er i de hvor det er digitale møtearenaer, man ser jo at det er noe som har kommet for å bli til en viss grad. Blant annet disse på sykehuset nå så er det så mye som er digitalt og jeg vet ikke hva man skal si om det? Det er, hvis man skal kunne bruke de, så er det viktig å bruke det når det er viktig, og så skal man være skikkelig bevisst, når man mener det ikke er riktig også» (Intervju nr.4).

Som en del av bakteppet for bakkebyråkratenes handlingsrom under pandemien, er det **viktig** å påpeke at endringen med å bruke digitale verktøy, kom uten forvarsel og uten at arbeidsgivere kunne planlegge for opplæring og eller anskaffe nødvendig utstyr på forhånd av denne omleggingen. Til tross for at ingen har planlagt for en pandemi med de konsekvensene den fikk for mange i næringslivet, ble det også en kostnad for innbyggerne i samfunnet. Tilbud og servicen de ellers har hatt tilgjengelig, ble plutselig stengt og tatt bort. Noen informanter har uttalt at endringene har vært positive for både dem selv og pasientene de følger opp.

«Det for min del var det veldig ok. Jeg synes det var ålreit, syntes det var litt deilig, egentlig. Det har vært veldig deilig å kunne gjøre ting mye mer effektivt. Jeg følte at jeg nesten hadde mer kontakt med flere pasienter pr. dag da, enn det jeg har etter at samfunnet åpnet igjen» (Intervju nr.3).

Noen behandlere opplevde at det ble enklere å samhandle med enkelte pasienter. *«Jeg har fortsatt en pasient som liker å sitte på skjerm» (Intervju nr.4).* Noen pasienter fant ut at det var både mindre farlig, mer overkommelig å ha samtalen sine over telefon eller videosamtaler. Det har skapt et behov for og et ønske fra behandlerne om at man skal kunne få til en hybridløsning etter pandemien.

«... dette med hjemmekontor, at vi ikke har muligheten til å kunne få lov å være med på å bestemme om, eller når vi kunne nyttiggjort oss dette tilbudet, sånn som hun pasienten min som gjerne vil ha videosamtaler. Hvorfor kan jeg ikke være med å bestemme om jeg kan ta den hjemme? Det har noe med medbestemmelse å gjøre for oss som ansatte og å kunne påvirke egen arbeidshverdag, ikke sant? Det blir for rigid. Det handler om tillit mellom ledelse og ansatt». (Intervju nr.4).

Dette kan handle om tillit, men kan også handle om mangel på tillit, eller også forskjellig tolkning av kommunikasjon og forståelse.

Kjernetid, er et begrep som benyttes i vår avdeling når vi snakker om fleksitid⁸.

«... men jeg er ikke sikker på om vi blir vist så veldig mye tillit, hvis vi skal ta vår avdeling da. Så følte jeg jo at man ikke kunne få hanka inn hjemmekontorene, fort nok. Det var mye om, og, men for å få lov til å ha hjemmekontor, og det var veldig kjapt å ta det tilbake. Og så ser jeg det også fordi jeg er jo en av de som mener at tjenesten gis best ansikt-til-ansikt. Men ved å bruke skjønn, så tenker jeg skjønnet kan ivareta det, på en god måte, med å la oss vurdere selv, hva som er best i hvert enkelt tilfelle» (Intervju nr.4).

Det å føle på tilstrekkelig mestring i arbeidshverdagen, er viktig for å kunne gjøre en god jobb. Blir det for belastende eller føler man at man alltid er bakpå, vil man bli sliten og etter hvert utbrent over tid. Det å ha en god ledelse i ryggen som er både ryddig, men også tydelig, blir kjempeviktig i et yrke som psykisk helsetjeneste. Det er et særdeles krevende yrke å stå i over tid. Ikke alle informantene var like entusiastiske for å ha med seg digitale verktøy videre etter pandemien. *«Jeg ville brukt dataverktøy etter pandemien, hvis det var hensiktsmessig holdt jeg på å si ... Jeg tenker at det kan man jo avklare med pasienten, når de kommer til å avtale. Det bør kanskje være en del av tilbudet vårt ...» (Intervju nr.1).* Samtidig, er det gjort begrenset forskning på behandlingseffektene av digital behandling. For noen behandlingsformer kan det fungere bedre, enn for andre.

«Kommer litt an på diagnosen/problemstillingen, tenker at det skal vi være særlig bevisste på. Tenker også på en fall gruve her, vi er forskjellige og behandlere kan tenke «jeg tar det digitalt, for da kan jeg sitte hjemme», ... og jeg skjønner hvorfor det holdes tilbake på bruken av hjemmekontor også. Men jeg tenker jeg bør kunne få den tilliten, jeg som er en voksen person og jeg vet hva jeg står for i arbeidslivet. Jeg tror jeg fint kunne sakt til folk at så lenge man ikke er en unnnvikende person eller har sosial angst, så kunne jeg gitt det valget til pasienten, også etter hvert, når man har kommet i gang, kan vi velge litt mer tilnærming gjennom oppmøte, eller veksle mellom måtene å snakkes på. Vi kan gjøre forskjellige ting. Vi kan møtes, vi kan ta det digitalt, vi kan ta snakkes på telefonen. Vi kan gjøre forskjellige ting. Sånn ville jeg gjort det» (Intervju nr.4).

⁸ Fleksitid er timer man har jobbet over ordinær arbeidstid, som man kan avspasere etter avtale med nærmeste leder.

Det er kanskje ikke alle diagnosene som passer å ha inne til behandling i digitale samtaler. Slik at skjønnsvurderingene behandlerne gjør i det daglige, blir viktige, og er mange i løpet av en dag. Når jeg stilte spørsmålet om hvilke forskjeller det var mellom terapi i fysisk rom og terapi i det digitale rommet, var alle enige om at det krevde mer å gi behandlingen via digitalt terapirom.

«Ja, det krever mye mer. Og det sier jeg fordi det skal være et godt tilbud til pasienten. Viktig at de får velge – jeg er veldig for at folk skal velge selv hva som er best for dem. Men for meg så blir det mer slitsomt. Det har jeg vært tydelig på hele tiden, at jeg synes det har vært vanskelig å være en god terapeut digitalt. Og det har jeg måttet sagt noe om til pasientene også: «Det kan hende at dette ikke blir så bra for deg, du må velge selv, men vi kan prøve å ha digital samtale». (Intervju nr.4).

Behandleren legger her noen føringer inn i valgene pasienten skal ta, om hvordan de skal jobbe sammen. På denne måten påvirker behandleren pasientens valg, med sine meninger. Man kan beskrive dette som en ubevisst utøvelse av makt, fra behandlerens side. Behandlerens manglende tro på at en digital samtale vil fungere for pasienten, basert på behandlerens holdning til verktøyet, blir som et ledende spørsmål. Den har noen skjulte forventninger om hva behandleren ønsker at pasienten skal velge.

5.0 Drøfting – Bakkebyråkratenes handlingsrom under covid-19 pandemien

Undersøkelsen er basert på intervjuer av fire informanter, i en kommune på Østlandet. Slik at validiteten i oppgaven må tas høyde for at kan være gjeldende kun for denne kommunen. Men ettersom man får mer kunnskap om andres opplevelser fra den samme perioden og fra de samme problemstillingene, vil man kunne si mer om validitet og gyldighet, på et bredere grunnlag. Pr. i dag velger jeg derfor å poengtere at dette er en liten og lokal studie, hvor funnene ennå ikke kan valideres ut over undersøkelsesområdet den er foretatt i.

Som en introduksjon til drøftingen, ønsker jeg å dele en tankerekke, som har opptatt meg før pandemien. Jeg gjorde meg noen tanker om hvordan man kunne møte pasienter som ikke klarer å møte opp til terapeutiske samtaler på kontorer. De aller fleste ansatt har hatt utfordringer med enkelte pasienter, som ikke klarer å komme inn til et offentlig kontor for behandling. Men før pandemien har det ikke vært noen alternativer ut over oppmøte på kontoret. Denne

pasientgruppen har derfor fått et redusert og ikke fullgodt tilbud på grunn av manglende oppmøtekompetanse og manglende alternative løsninger. Det vi erfarer i personalgruppen, er at de mest utsatte pasientgruppene for manglende oppmøte, er de som ikke er så god på dialog og formidling. Vi vet at de ikke har god formidlingsevne fordi det er informert om fra pasienten selv at det er vanskelig å prate om «det», eller at andre samarbeidspartnere har forsøkt å komme i posisjon, men ikke lyktes på grunn av uteblivelse fra avtaler, med samme beskjed til dem om at det er vanskelig å prate om «noe». De enten bare uteblir og klarer ikke å møte opp til avtalene, eller de sender en tekstmelding og melder forfall kort tid før avtalen finner sted.

Pasientene i denne gruppen kan som nevnt være pasienter som ikke har vært i kontakt med hjelpeapparatet tidligere, eller de som har hatt behov for hjelp, men ikke har forstått det selv, og i tillegg personer som trenger hjelpen, men som holdes borte fra psykiske helsetjenester på grunn av egen eller andres stigma. Dette er mennesker som er i behov for psykisk helsehjelp, men som tidligere ikke har blitt fanget opp av, eller ikke har klarer å komme inn til noen hjelpeinstanser ennå. Årsakene ligger i at psykisk helse ikke er en del av den grunnleggende folkeopplæringen ennå, eller når samfunnet snakker om «god folkehelse» er ikke psykisk helse alltid nevnt med et positivt fortegn. Det kan være veldig mange grunner til at mennesker ikke søker hjelp for psykisk helse, når de trenger det. Det er en unik historie bak hver og en av oss, og det må vi som er profesjonsutøvere respektere når vi møter våre pasienter. Med dette som utgangspunkt, har denne oppgaven søkelys på bruken av digitale verktøy i psykisk helsetjeneste, under pandemien. Da fikk jeg på en måte formalisert og testet ut det jeg hadde lekt med i tankene i forkant av pandemien. Men konteksten var veldig annerledes enn slik det ville vært under normal drift i tjenesten.

Hvis jeg tar utgangspunkt i Bakkebyråkratene slik Lipsky beskriver det, sett opp mot byråkratiets funksjon i og fortolker det gjennom mine hermeneutiske briller, er det et poeng at de som lager reglene, de som forvalter reglene, de som formidler rammene for hjelp og utøver tilbudene, har så lik forståelse som mulig for hva mandatet til den enkelte ansatte går ut på. Mennesker som jobber, i for eksempel psykisk helsetjeneste, har som regel valgt sitt yrker ut fra en overbevisning eller ønske om å hjelpe de svakeste stilte i samfunnet, noe jeg kan kjenne meg igjen i. Informantene har på forskjellige måter under intervjuene sakt noe om at de fleste som jobber i helserelaterte yrker, har en «hjelper» i magen. Den ene kommenterer også at *«det å være en hjelper, er ikke bare et yrke – det er en livsstil. Hvis ikke hadde vi aldri klart å stå i jobbene våre»* (intervju nr.1). Ønsker, evner og midler til å ville hjelpe, er som regel ikke i

balanse i helse og omsorgsyrkene. Ressursmangel og fraværende rammer var en del av det som ble hverdagen under pandemien for behandlerne.

5.1 Varighet og endring

Innledningsvis i denne oppgaven skrev jeg om rammene og tidsrommet undersøkelsene ble gjennomført i fordi tidsrommet er av betydning, for å forklare noen poeng om hvorfor det ble viktig å se på bakkebyråkraternes handlingsrom under pandemien. Situasjonsbetingede endringer som kan karakteriseres som en krise, for eksempel pandemien, krig eller en naturkatastrofe, blir et samfunnsmessig «kritisk tidspunkt», eller en Critical junctures (CJ), som håndteres av samfunnet - i samfunnet, og av den enkelte tjenesteutøveren. Andre Sorensen skriver om et slikt “kritisk tidspunkt” i artikkelen Taking critical junctures seriously: theory and method for causal analysis of rapid institutional change: *«If 2020 taught us anything, it is that the world can sometimes change quickly. The COVID pandemic created interlinked health, economic, and political crises, forced governments around the world to rapidly change politics, and revealed and exacerbated major issues of inequality, poverty, and systemic racism, among others»* (Sorensen, 2022, s. 1). Slike plutselige endringer i etablerte samfunnstjenester kan skape mye kaos, og kreve ekstremt mye fra de ansatte, men kan i etterkant også lage rom for endringer i de rammeverk, former, metoder mm. de forholder seg til.

«One call has been for fundamental change, to «build back better», and create a “green new deal” to break with the past and create better futures... .. substantive change to major social institutions are rare and are highly likely to be contested» (Sorensen, 2022, s. 1).

Endring kan være mye og trenger ikke alltid være bra. Innbyggerne i den aktuelle kommunen hadde rett i forkant av pandemien gjennomgått en omfattende omlegging av kommunetilbudene i forbindelse med en kommunesammenslåing. Dette er et større prosjekt som faller utenfor tidsrommet undersøkelsen er gjort i, men har betydning for holdningene innbyggerne hadde til endringer under pandemien. Derfor nevnes den som en faktor av betydning, men utdypes ikke i omfang i denne oppgaven.

5.1.1 Flere store endringer på samme tid

Det som gjør denne kommunen interessant for undersøkelsen når vi ser på endringseffekter, er at de hadde nylig vært igjennom en større endring eller omstrukturering i en

kommunesammenslåingsprosess. Kommunesammenslåingen hadde bare akkurat startet da Covid-19 kom til Norge i mars 2020. Mennesker generelt er i utgangspunktet vant til endringer. Hele livet består av en lang rekke små og store endringer. Jeg påstår allikevel at det er en begrensning for hvor fort og ofte disse endringene kan komme, uten at det også kan bli u hensiktsmessige konsekvenser eller etterspill. Tillit, trygghet, hensiktsmessighet, og tålmodighet er nøkkelord når man jobber med endringsarbeid. Endringsarbeid er en av de oppgavene behandlerne jobber mest med sammen med pasientene. I tillegg forholder de fleste behandlerne seg til organisatoriske endringer med ujevne mellomrom. Det er til syvende og sist alle de ansatte der ute, som sørger for at de offentlige tjenestene blir levert til innbyggere. De ansatte snakket ennå om sammenslåingsprosessen da pandemien kom til Norge. En omfattende omlegging av strukturer, i tillegg til digitalisering av mange kommunale tjenestene. Digitaliseringen ble mer intensivert i forbindelse med at pandemien ankom, da ble resterende tjenester som kunne digitaliseres, lagt om til digitale løsninger. Dermed ble endringer som skulle ta tid, gjennomført - så og si over natten.

Alle yrkesfelt utvikler seg over tid, planlagt eller på grunn av samfunnsmessige endringer som krever endringer. Selv om det denne gangen ikke var snakk om metodisk behov for utvikling i psykiskhelse fagfeltet, var det allikevel endringer av betydning, med omleggingen til digitale verktøy som kom i farvannet av pandemien, og som medfører at arbeidsdagene ble vesentlig endret for de ansatte. Andre endringer som er av betydning for tjenesten som kom frem under intervjuene er effekten av samhandlingsreformen. *«I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helse tjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 15). For ansatte i alle kommunale helse- og omsorgstjenester, betyr dette at de får mer omfattende oppgaver og et utvidet ansvar for kommunens innbyggere. En direkte konsekvens ble blant annet at kompetansenivået måtte økes, for å kunne gjennomføre de nye oppgavene, som kommer i kraft av samhandlingsreformen. Reformen har kompetanseheving som et spesifikt tema i planen, men det skal også gjennomføres i praksis ute i den enkelte avdelingen og hos den enkelte ansatte. Det vil da være gunstig med en samordnet overgang til samhandlingsreformen, fra alle de berørte parter, slik at det ikke blir en skjevhet i ytelsen av tjenester. Hvis tjenestene endrer praksisene sine i ulikt tempo, vil det kunne gi en forskyvning i tjenestene, som kan gi økonomiske kostnader i kommunal tjeneste, gjennom behov for ytterligere tjenester samtidig. Spesielt med tanke på overbelastning av de ansatte, som i verstefall må gå ut i sykemeldinger.

Valg som tas på administrativt nivå, vil få følger for de som arbeider på utøvende nivå. Innsatsnivå er ett av valgene som kan medføre konsekvenser og det er ofte knyttet til tolkning av lovverket og kostnader/utgifter i offentlig sektor. I arbeid med mennesker vil man fort komme i dilemma med samfunnsverdier, penger og behov. Nytteverdi er et nøkkelord som blir viktig, sammen med kontekst og prosesser. *«Forskning på menneskelige og sosiale forhold krever begrep, metode og tilnæringsmåter som kan fange opp kvalitative aspekter og komplekse sammenhenger. Og noen ganger krever det at den som forsker, verdsetter det meningsfylte over det prestisjefylte»* (Skau, 2003, s. 36). Innbyggere på alle nivå i kommunen må være tatt hensyn til, når man skal lage en digital tjeneste for helse og omsorgsfeltet. Det innebærer også muligheten for menneskelig kontaktmulighet, dersom noen ikke får til å bruke tjenesten som er digital. Vi kommer ikke unna det faktum at det må være et fysisk menneske i enden av informasjonslinjene, som kan snakke med de innbyggerne som ikke vet/kan nyttiggjøre seg av digitale løsninger.

NAV er en av de offentlige kontorene som begynte med digitalisering tidlig. Med varierende resultat har NAV forsøkt å forenkle tilgangen på informasjon. Problemstillingen for NAV sin del, er at de har så enorme mengder informasjon, som endres ved ujevne mellomrom at det 1.) kan være vanskelig å finne frem til riktig område og informasjon i deres systemer på nett, og 2.) man må finne tilbake igjen og igjen, for å holde seg oppdatert. Dette gjør digitale løsninger uhensiktsmessige, etter min mening. Uten gode søkemotorer, vil man til slutt gi opp å prøve å holde seg oppdatert. Da er hele hensikten med digitalisering litt borte. Tjenesten blir ikke brukt.

5.2 Forkunnskap og forforståelse hos behandlere

Forkunnskaper, erfaringer og anvendbarhet spiller en stor rolle når jeg ser hvordan mennesker forholder seg til utviklingen i teknologiske og digitale verktøy. Pasienter som aldri har brukt telefonen til noe annet enn å ringe med, har litt annen holdning til smarttelefoner, enn meg som har brukt den som en liten datamaskin lenge. Under pandemien fikk jeg anledningen til å lære opp pasienter til å utvide sin kompetanse om bruken av digitale verktøy. Ikke nødvendigvis fordi det var et ønske fra pasientenes side, men fordi det var ingen andre måter å løse oppgaver hos det offentlige på, der og da. Istedenfor å gjøre alle oppgavene for pasienten, tok jeg pasienten med inn i arbeidet som skulle gjøres. På denne måten ble opplæringen meningsfull for enkelte av dem. Jeg så fort at pasientene fattet mer interesse for å lære om digitale verktøy, ettersom de mestret de digitale løsningene bedre, når de forsto hva de kunne brukes til.

Det var flere informanter som også snakket om pasientenes kompetanseheving om digitale tjenester. Behandlerne tok det forgitt at pasientene ville trenge hjelp til å gjøre digitale oppgaver – helt til behandleren var opptatt og ikke kunne hjelpe dem. Da klarte pasientene å løse mye på egen hånd. De måtte forsøke selv. Omleggingen Bank ID gjorde er et godt eksempel på dette. Pasientene måtte trykke selv på sine telefoner for å hente opp informasjon og bekrefte identiteten sin. De aller fleste som hadde riktig informasjon og oppdatert legitimasjon, klarte det helt fint på egen hånd. Men de trodde det ville være for vanskelig og gav opp før de hadde forsøkt. Oppgavene ble vurdert som uoppnåelige før de hadde forsøkt. «det *starter med en forforståelse. Prefikset «før» seier at det dreier seg om ei opphavelig forståing som ein har med seg i alt tolkningsarbei.»* (Gilje , 2019, s. 155). Når pasienten hadde «bestemt seg for» at de ikke ville klare å gjennomføre denne oppgaven med Bank ID, blokkerte de for mulighetene til å gi seg selv tillatelse til å prøve. Frykten for å prøve kom i veien for noe det i ettertid viste seg at de faktisk fikk til.

Gjennom egen skriveprosess, oppdaget jeg at jeg selv ble fastlåst i en forforståelse av digitale verktøy og hvordan de beste kunne brukes i psykisk helsetjeneste. Min egne forforståelse og antakelser for hva undersøkelsen ville vise, kom dels i veien, spesielt under det første intervjuet. Jeg ble for låst til manus og egne tanker om innholdet, slik at eventuelle temaer som kunne vært aktuelle å utforske – ble avvist, fordi det ikke var «innafor temaet for oppgaven». Jeg ble til hinder for gode tolkninger av det informantene formidlet, gjennom for høyt søkelys på det jeg ønsker å undersøke og også kanskje hva jeg på en måte «visste» jeg ville finne. Jeg burde egentlig vært mer bevisst dette fenomenet, da jeg etter noen år som kliniker, har lagt merke til at det er en del forforståelser som kan komme i veien for meg, spesielt når jeg møter pasienter for første gang og når jeg har lest henvisninger på forhånd. Da lager jeg meg ofte et bilde av «hvem» jeg skal møte, og antar at jeg vet hva problemene dreier seg om. Noen ganger venter jeg med å lese henvisningene, til etter at jeg har møtt pasienten første gang, slik at jeg ikke er farget av andres tolkning og forståelse av pasientens behov. Dette fordi jeg ønsker ikke at forforståelsen skal bli en automatisert «funksjon», som tar over det kliniske arbeidet jeg skal gjøre sammen med pasienten. På denne måten holder jeg meg skjerpet og fokusert i samtalene på en bedre måte og kan oppleve dette nye mennesket med «bare meg», min fagkompetanse og pasientens narrativ. Jeg erfarer at det ofte gir et mer nyansert bilde av hva problemstillingen hos pasienten inneholder. Temaene jeg får beskrevet, blir formidlet av personen det angår, ikke en tredjepersons opplevelse, med sine forforståelser. Den som ønsker hjelpen, formulerer sine behov uten andres tanker og tolkninger - enn sine egne. En henvisning kan si «angst», men

egentlig dreie seg om helt andre ting, som å sette grenser overfor andre mennesker. Det hadde ikke kommet frem, om jeg kun skulle forholdt meg til det tredjeperson hadde beskrevet som problemet. Jeg kunne i verste fall kun holdt søkelys på angst og laget en behandlingsplan ut fra det. Behandlingen hadde i så måte vært bortkastet for pasienten.

Det foreligger alltid noen forventninger hos mennesker når de er i samhandling med både andre mennesker, men også i samhandling med systemer. Det er uavhengig av om det er til en søkemotor på internett, eller fagfolkene de skal møte, så er det alltid en forestilling om hva man kan forvente av tjenesten, personen eller samhandlingen. Spesielt når man går inn i noe som er helt nytt. Det mennesker ikke har erfart tidligere, eller ikke har noen kunnskap om – vil for noen være spennende, og det er ønskelig med ny kunnskap, mens det for andre vil være lammende skummelt og ønsket er å helst unngå det. De som kommer inn til psykisk helsetjenester i kommunen, kommer som oftest uten forkunnskap om fagspråket ansatte bruker til daglig. Det finnes også pasienter som ikke har ordene, for å formidle hvilket hjelpebehov de faktisk har. De kjenner kanskje bare på mørke, kaos og fortvilelse, og ønsker å gråte eller brøle. Men vet rett og slett ikke hvordan se skal beskrive hva som føles feil. Hele livet oppleves bare som et uendelig rot og kaos. Kommunikasjon og muligheten til og lære begrep som kan formidle hva som er problemet, blir da viktig. Forventninger til hva fagpersoner skal levere, varierer veldig. Pasienter kommer ofte inn til samtaleterapi med temaer og utfordringer, som ikke har vært uttalt til noen andre tidligere, ofte har ikke i pasienten formulert problemstillingene i egen bevissthet engang, men kun kjent på at noe er galt. Da er kommunikasjonskompetanse en viktig ferdighet hos behandlerne. Så langt er dette utfordringer man møter inne i det avgrensede og fysiske rommet som er definert som «det terapeutiske rommet» - behandlerne jobber i. Erfaringer fra intervjuene tilsier at utfordringene oppstår når behandlerne mister hele, eller deler av kommunikasjonsgrunnlaget, som evnen til å beskrive, kroppsspråket og gestikuleringen. Når samtalen foregikk over telefonene mistet behandlerne noen vesentlige deler av dialogen. Jeg refererer tilbake til (Gilje , 2019, s. 156) om viktigheten av å kunne ha deler for å tolke seg frem til helheter. Det som blir kommunisert med bare ord, mangler viktige deler for å skape en begripelig helhet mellom det behandler skal forstå og pasient forsøker å formidle. Da har man ikke lengre et helhetlig grunnlag å snakke ut ifra. Samtalen blir vanskelig å samle til felles tema og kan føre til en dårligere relasjon mellom behandler og pasient.

5.3 Digital kompetanse i praksis

Overgangen til digitale hjemmekontorer ble, i henhold til informantene, en omstilling over natten. I begynnelsen var det bare telefonsamtaler som ble brukt fordi kommunen hadde ikke fått på plass videoløsningene like fort. Det ble en krevende periode med omleggingen til digitale tjenester, med mye praktisk tilrettelegging og koordinering i bruken av hjemmene til behandlerne. De fleste delte bopel med andre som enten jobbet hjemme fra eller som i perioder måtte være hjemme på grunn av tidvis nedstenging av samfunnet. Arbeidsgiver måtte sørge for at alle hadde nødvendig utstyr og koordinere dette. Behandlerne hadde mange samtaler med pasientene om situasjonen i tjenesten, og om hvordan samarbeidet skulle foregå fremover, men også om situasjonen i Norge og verden generelt. Behandlerne måtte finne ut hvordan de skulle kunne hjelpe pasientene på best måte, uten å møte dem ansikt-til-ansikt, og der bidro pasientene langt på vei, med gode forslag og var meget fleksible. Pasientene inviterte behandlere hjem, og de kom med forslag til hvordan de kunne møtes. Mange pasienter trosset også frykter for å bli smittet for å kunne motta en tjeneste de følte de hadde behov for. Noen var ute og gikk tur i nærområdene, mens andre møttes ute, enten hjemme hos pasienten eller ute i bybildet. Kafeer og andre møteplasser inne, var ikke tilgjengelige på grunn av nedstengingen.

Pandemien generelt ble et tema i alle behandlingssamtalene. De fleste behandlerne hadde fått en ny rutine på morgenen. De gikk igjennom oppdateringer fra regjeringen og Norsk helseinstitutt (NHI) hver morgen og gjorde seg kjent med endringer som kom daglig. Denne konstante oppdateringen ble krevende over tid. På et tidspunkt valgte jeg skjerme meg selv fra nyheter om pandemien på tv og anbefalte pasientene om å gjøre det samme. Det var et enormt fokus og meget høy intensitet på nyhetene om pandemien. Mange av pasientene tok kontakt utenom avtalene, fordi de hadde blitt redde av måten nyhetene hadde blitt fremstilt. Det var mange spekulasjoner og konspirasjonsteorier i mediene. Så jeg valgte å hente nyhetene jeg var i behov for fra kildene direkte. For pasientene sin del løste vi det med å dele lenken til regjeringens oppdateringer på internett. Der kunne pasientene selv klikke inn for å lese og oppdatere seg. For en del av de pasientene jeg jobbet med, var det første gangen de klikket inn på lenker som dette og kunne hente ut informasjon. En opplæring i bruken av digitale verktøy hadde begynt, fordi den ble hensiktsmessig. For de pasientene som fikk til å bruke data, var det ingen utfordringer med å utvide bruken av de digitale verktøyene. Slik at for enkelte pasienter ble det en periode med ny kunnskap og økt kompetanse i bruk av digitale verktøy fordi de nå turte å bli nysgjerrige.

Etter hvert som nytteverdien av digitale verktøy økte, økte også interessen for bruken av digitale verktøy hos noen av pasientene jeg jobbet med, men ikke hos alle. Gilje beskriver, «*Tolkinga av teksten som heilskap må passe med delane av teksten, og tolkinga av delane må passe inn i boka som heilskap. Ifølgje Gadamer er det uråd å komme inn i ein slik hermeneutisk sirkel utan før-forståing*» (Gilje , 2019, s. 156). Når jeg ønsker å lære noe nytt er det viktige at jeg kan bruke den nye kompetansen til noe konkret og håndgripelig. Hvis jeg ikke klarer å forstå hvorfor jeg skal lære noe, vil interessen falle og konsentrasjonen svikte. Det å ha en forforståelse av hvorfor jeg skal lære noe, eller at man har et formål med det man skal lære, blir hensiktsmessig og gir læringen en helt ny mening. Det må også gi mening og ha en funksjon for den som skal bruke de digitale verktøyene. Antonovsky teorier om, «sense of coherence» er fortsatt gyldig i den digitale tidsalderen. Man må ha en forståelse av hva man forholder seg til, for at det skal kunne gi mening hva man skal bruke det til og på den måten får den digitale kompetansen en nytteverdi.

Når kommunen etter hvert kunne tilby videosamtaler til innbyggere, som benyttet psykisk helsetjeneste, økte samtaletema om digitale verktøy blant de ansatte. Det viste seg ganske fort at ansatte hadde utfordringer med å bruke det digitale utstyret de hadde fått. De hadde utfordringer med å komme i gang på en ny PC, lære seg de nye programvarene, Teams, og videoløsninger fra Norsk Helsenett. Det ble behov for opplæring av de ansatt også, på rimelig grunnleggende nivå. Noe som krevde en hel del ressurser fra support for data i kommunen og ansatte som hadde datakunnskap. Det fremkommer tidlig i materialet, at behandlernes opplevelse av å bruke de digitale verktøyene, ikke helt samsvarer med pasientenes opplevelse, i begynnelsen av pandemien. Med noe erfaring, og litt opplæring, ble pasientene etter hvert mer komfortable på blant annet telefonen, enn det behandlerne refererte til i personalmøtene. De få som ikke fikk til verken telefon eller videosamtaler, fikk tilbud om å møte sine behandlere på forskjellige fysiske arenaer, men ikke på kontorene til å begynne med. Behandlerne hadde ikke noe andre alternativer, enn å bli kreative på å yte tjenestene pasientene var i behov for. Informantene fortalte i intervjuene at de følte på en tilkortkommenhet da de ikke klarte å bruke de digitale verktøyene. En informant sier: «Jeg følte meg som en dårlig ansatt, rett og slett dum» (Intervju nr.4). Noe som ikke er et godt sted å være gjennom arbeidsdagen og langt mindre hensiktsmessig, om man ikke har mulighet til å tilegne seg den nødvendige kunnskapen på grunn av arbeidspress. Det gjør noe grunnleggende med mestringstilliten hos behandleren og får konsekvenser i både arbeidet og til slutt kan det gå ut over trivselen. Da klarer man ikke å være en god ansatt og behandler lengre. Når de ansatte ikke klarer å navigere i det nye digitale

landskapet de skal arbeide i, kan det på sikt gå ut over tjenestene. Dette påstår jeg med bakgrunn i noen valg enkelte behandlere tok og som gjorde at pasientene ikke fikk like tilbud. Behandlerne ikke følte seg ikke komfortabel med å bruke digitale verktøy, og valgte bort dette som et alternativ når det var mulig. Behandlerne la kraftige føringer i hvordan samtalene skulle foregå, og at det skulle prioriteres å møtes fysisk. Det var ikke alle pasientene komfortable med, da de også var redde for å bli smittet. Den digitale arenaen var ment som et smitteverntiltak, og de digitale verktøyene skulle muliggjøre akkurat det. Ikke et alternativ man skulle bruke, «bare fordi» det var kult og nytt.

Da vi fikk beskjed om å legge om driften til digital drift, tenkte jeg at det burde være enkelt å komme i gang, fordi vi har hatt data som verktøyet veldig lenge. For noen var det ikke noe problem, men for enkelte – ble det en stor utfordring, som skapte en noe uggen stemning blant kollegaene. Konsekvensene kom tydelig frem, gjennom en uttalt vegring mot å delta i digitale møter, blant annet gjennom å ofte foreslå andre møteformer, eller avvente møter til etter gjenåpningen av samfunnet. Disse forslagene om å møtes fysisk, ble oftere og oftere, etter hvert som de ansatte ble bedt om å jobbe med flere nye digitale verktøy. Det ble tydelig hvordan manglende kompetanse og erfaring hindret god utnyttelse av de digitale verktøyene, utover det de ansatte tidligere hadde fått opplæring i. Utryggheten og manglende mestringstillit fikk en konkret konsekvens. Det ble utsettelse av arbeidsoppgaver. *«Hvis det kunne vente til etter pandemien, så gjorde jeg det.»* (Intervju nr.1).

Jeg har opplevd tidligere i andre jobber, at ansatte som ikke har fått tilstrekkelig opplæring i digitale verktøy, har memorert det de skal gjøre, for å kunne bruke de mest nødvendige funksjonene i digitale verktøy. Dersom rutiner ble endret kunne vedkommende reagere med aggresjon eller sinne. Når ansatte ikke forstår hvordan en datamaskin fungerer, blir det vanskelig for dem å etterkomme endringer, når systemene gjerne ofte endrer litt på prosedyrene for hvordan ting skal gjennomføres. Det kan medføre økende stress for den ansatte som blir så avhengig av assistanse for å skrive ned de spesifikke endringene. På denne måten blir vedkommende meget sårbar for endringer. At det ikke er tatt noen grep fra arbeidsgiveres side for å sikre tilstrekkelig digital kompetanse, har undret meg. Spesielt med tanke på hvor lenge vi faktisk har hatt både fagdatasystemer i helse og omsorgstjenestene, men også har det vært dataverktøy generelt i de fleste stillingene jeg kjenner til - som et vanlig verktøy i samfunnet.

5.3.1 Tjenesteveier blir endret

I forbindelse med kommunesammenslåingen ble det tilrettelagt for en omfattende dialog-«mulighet» mellom innbyggerne og kommunens mange tjenester, via telefonsvarere med mange tastevalg, hjemmesider med informasjon og via digitale app-løsninger. Mange av pasientene jeg selv fulgte opp var ikke digitale brukere da pandemien startet og følte veldig på at kommunen ikke tok hensyn til dem og deres behov for å snakke med en person når de lurte på noe. Avdeling psykisk helse har ikke eget telefonnummer inn til avdelingen, paradoksalt nok, fordi de ikke har ressurser til å betjene en slik telefontjeneste.

Det var ikke bare behandlingene i psykisk helsetjeneste som ble digitalisert i denne perioden. Saksbehandlingsavdelingen ble også digitalisert. Digitaliseringen var delvis planlagt i forbindelse med kommunesammenslåingen. Det var blant annet lagt til rette for digitale søknadsportaler for innbyggerne, slik at de kunne søke på kommunale tjenester fra egen PC. Tidligere var veien inn til psykisk helsetjeneste, via henvisninger fra fastlege eller samarbeidspartnere. Fra 01.01.2020, kunne innbyggerne selv søke om tjenester fra kommunens psykiske helsetjeneste, basert på egne søknader direkte til kommunen. Resultatet ble en stor søknads økning og en enorm venteliste inn til avdelingen, som igjen økte arbeidspresset på de ansatte. Innbyggerne i kommunen hadde allerede forholdt seg til store endringer gjennom kommunesammenslåingen. De ble enda mer frustrert når også ventetiden på en så viktig tjeneste som psykisk helsetjeneste ble veldig lang. For andre innbyggere var det slik at tjenester de tidligere hadde hatt –plutselig ble «borte». Tjenestene hadde fått nye navn, eller på annen måte blitt endret eller flyttet. Det ble ikke som det var, og når man er i en sårbar situasjon kan slike endringer bli veldig belastende. Frustrasjon, sinne og redsel fra pasientene resulterte i en hel del ekstra arbeid for behandlerne. Når behandlerne hadde funnet ut hva som hadde skjedd med tjenesten, startet jobben med å finne den nye varianten og koble på tjenestene til pasientene igjen. Det ble et rimelig krevende ekstra arbeid for de ansatte.

Digitaliseringen er en endring som også har endret de offentlige tilbudene i samfunnet generelt. Sett i et mer historisk perspektiv, på lik linje som mekanikken tok over produksjonslinjene i industrien, tar nå data over en del tjenester – spesielt kommunikasjons- og opplysningstjenester, i offentlige samfunnsinstitusjoner. Fra at data var noe nytt og ukjent som verktøy, har digitale verktøy tatt over veldig mange arbeidsoppgaver som mennesker tidligere har hatt som sine levebrød. Langt på vei har digitale verktøy erstattet behovet for menneskelig arbeidskraft mange steder, ved at det har blitt opprette digitale tjenester. Digitale løsninger kan kanskje

forenkle og effektivisere saksbehandling for en hvilken som helst avdeling, men et helt annet spørsmål er om innbyggere faktisk kan bruke løsningen.

Allerede da bankene lanserte nettbanken, ble det snakket om digitalt utenforskap, som det er referert til tidligere i oppgaven. Det digitale landskapet har blitt større etter hvert som digitale verktøy har blitt mer vanlig, og det har endret måten vi er i interaksjon med hverandre på. Webster, Svalastog, & Allgaier, 2020 refererer til Lupton, 2014 «*The change from principally off-line to on-line information, communication and services, affects relations and processes in ways that are fundamental for society*» (Webster, Svalastog, & Allgaier, 2020, s. 1100). Det har endret en grunnstruktur i hvordan vi samhandler mellommenneskelig. For min egen del har jeg vært så heldig å ha dataverktøy gjennom både utdanning og arbeid og er derfor en habil bruker av de digitale verktøyene. Jeg har derfor kunnet tilegne meg utviklende kunnskap etter hvert som det kom nye ting å lære. Jeg har hatt små porsjoner med ny kunnskap over veldig mange år. Jeg har fått øve meg på å bruke data og forstår hvordan den fungerer helt inn til kjernen. På denne måten har jeg en fordel når det kommer ytterligere nye teknikker og versjoner av digitale verktøy. Jeg får veldig mye hjelp av min tidligere kompetanse og derav letter for meg å sette meg inn i endringer.

5.3.2 Effektivisering en hendig bi-effekt av digitaliseringen?

Jeg opplevde en interessant bieffekt av digitaliseringen av arbeidshverdagen, jeg følte at arbeidsdagene ble mer oversiktlige. Jeg opplevde jeg hadde bedre tid til hver enkelt pasient og at jeg oftere var à jour med journalnotater mye tidligere enn før. Sammen med andre skriftlige oppgaver, som brev og rapporter, ble unnagjort langt mer effektivt når jeg satt i hjemmekontor. Jeg har i ettertid tenkt at det å kunne skrive på PC samtidig som jeg snakket med pasienten, faktisk var en fordel. Da er man ferdig med alle oppgaver tilhørende en behandlingstime, når timen var over og man slipper ytterligere tidsbruk på å gjøre «papirarbeid». Det senket stressnivået betraktelig. Ekstraarbeidet, var ikke lengre et tema. Jeg var ikke alene om å kjenne på denne effekten, «*Jeg opplevde at jeg kunne være langt mer fleksibel, og allikevel få bedre tid totalt sett. Opplevde jeg fikk gjort mer og holdt kontakten med et større antall pasienter i løpet av en arbeidsdag enn tidligere*» (Intervju nr.3). Jeg undret meg over hvorfor det utgjorde så stor forskjell. Men konkluderte med at det dreide seg om at man jobber mer effektivt når man kan gjøre ferdig en oppgave om gangen. I tillegg fikk jeg bearbeidet samtalen jeg gikk ut av på en hensiktsmessig måte og forberedt meg til neste avtale på en helt annen måte, enn ved

oppmøteavtaler. Da går det mye tid til å kommunisere med kollegaer og andre besøkende når man beveger seg i korridorene i et kontorlandskap. Jeg tror det var denne tiden som opplevdes som overskudd når vi jobbet fra hjemmekontorer, pluss at ved at vi ikke ble observert i samtalene gjorde at vi kunne jobbe direkte inn i fagsystemene og derfor gjorde jobben vår mer effektivt uten hindringer og avbrytelser.

Når jeg er inne på effektivisering, observerte jeg også at samhandlings rammene mellom kommunal og statlige samarbeidspartnere ble langt mer effektive når vi kunne samhandle digitalt. Det var lettere å få til møter, både med og uten pasienter, og fastlegene hadde større mulighet til å «hoppe inn i et møte» på kortere varsel hvis de deltok via video. Informantene forteller om de samme erfaringene. Fleksibiliteten i hvordan møtes som pasient og behandler kan variere, men også tilpasses begges behov. «*Hva en pasient og terapeut avtaler seg imellom når det gjelder digitale møte punkter, er en ting*» (Intervju nr.4). Stor grad av fleksibilitet har vært avgjørende for at de digitale møtearenaene har kunnet fungere. «*Men et annet eksempel er overføringsmøte med sykehuset, hvor pasienten og leger deltar digitalt, også sitter noen fremmede i rommet der legene sitter - det er ikke bra.*» (Intervju nr.4) Informanten påpeker at personvernlovgivningen ikke alltid ble hensyntatt, og det ble et problem med tanke på hvordan det ble tilrettelagt for legene i sykehusene for å delta i videomøter. Da snakker jeg ikke om tilgang på digitale verktøy, eller bildekvalitet på videooverføringene. Men tilgjengelige rom til å gjennomføre slike pasientsamtaler i.

Det etiske aspektet rundt digitale videomøter med spesialisthelsetjenestene, ble diskutert i fagmøtene i avdelingen da de ble opplevd som veldig varierende i kvalitet, med tanke på personvern hensyn og etiske hensyn. «*Det skaper en ubalanse, rett og slett en makt-asymmetri og det blir ikke bra.*» (Intervju nr.4). Behandlerne erfarer at pasientene har veldig forskjellige behov og toleranse for hvordan de blir møtt av øvrige helsepersonell. «*Det blir feil at legene i spesialisthelsetjenesten ikke skal ta hensyn til pasientene vi følger opp i kommunen og det kjennes veldig, veldig feil, når de ikke tar hensyn til pasientenes behov og rettigheter og det er sånne ting, som jeg synes er utfordrende*» (Intervju nr.4.) Informanten forteller at det de opplevde i dette møtet spesifikt, ble samtaletemaer i de påfølgende behandlingene i flere runder, etter samarbeidsmøtet. Det gikk hardt inn på pasienten. «*Men det virker som dette har kommet for å bli. Det blir bare mer og mer digitale møter med sykehusene. Enten må vi godta denne løsningen, eller så dukker ingen opp, liksom*» (Intervju nr.4).

Nye etiske dilemmaer oppsto, etter hvert som digitale møter ble hyppigere brukt og deltakerne ble mer komfortable med løsningene. Informant forteller videre om dialogen med et sykehus:

«... det er greit nok med litt løse rammer i digitale møter, men bare når det er møter uten sårbare hovedpersoner. Vi jobber med meget sårbare mennesker – det må vi ikke glemme. Det virker som det lett kan bli litt glemt i noen tilfeller. Lurer på om det er litt lett å tenke at det ikke gjør noe, når personen det gjelder ikke er i rommet?» (Intervju nr.4).

Her er det referert til et større samarbeidsmøte hvor helseforetak, DPS og kommunen var til stede – uten pasienten. Informanten hadde reagert at profesjonsarbeidere ikke utøvde mer bevisst respekt for pasienten, som ikke var til stede i rommet. Da jeg hørte denne historien undret jeg meg over hvordan profesjonsutøverne hadde reagert - om andre snakket slik om dem i møter de ikke var til stede i. Jeg vet jeg hadde blitt meget opprørt om min person, ikke ble respektert i samtaler om meg, i et møte jeg ikke deltok i.

5.4 Etikk i makt og avmakt

Etiske dilemmaer og utøvelse av makt kan komme i mange varianter. Men man skal kunne ha en viss forventning om etisk og ikke minst moralsk god oppførsel, når man forholder seg til profesjonelle. *«Mange profesjonsutøvere opplever det som en etisk utfordring at hjelperollen også medfører makt og kontroll over andre»* (Skau, 2003, s. 22). Det å skulle være den personen som «vet bedre enn», eller på annen måte korrigere andre menneskers atferd, valg og vurderinger i andres liv, settes behandlere ofte i etiske dilemmaer som kan skape vanskelige situasjoner. Behandlere gjør så godt de kan og evner. Men når det ikke er godt nok – oppstår det en maktdissonans. De etiske og moralske vurderingene man gjør gjennom arbeidsdagen, er helt og holdent behandlers ansvar, mener jeg. Det er behandler som har regien i samtaler, behandlingen og pasientmøtene i det terapeutiske rommet. Skau er tydelig på at *«i den grad den moralske diskurs blir unngått og usynliggjort både inne utdanninger og på de mange arbeidsplasser hvor den burde hørt hjemme, blir isteden ansvaret for etikken overlatt til enten lovverket, eller til den enkelte yrkesutøverens (dårlige) samvittighet.»* (Skau, 2003, s. 23). Hennes visjon er et hjelpeapparat med mennesker som kombinerer god teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter med en velutviklet etisk bevissthet, følelsesmessig modenhet og personlig endrings beredskap. Dette opplever jeg som et særdeles godt poeng, når vi så hva som skjedde når samfunnet lukket de fleste dørene til hjelpeapparatet, for å beskytte helsepersonell under oppstarten av pandemien. Men på samme tid var det behandlerne som fremmet saken om

å åpne opp kontorene igjen fordi den digitale løsningen ikke var god nok for pasientene. Et paradoks når man tenker på hensikten med å digitalisere tjenesten i utgangspunktet. Det var ment å være et smitteverntiltak. Tolkningen av behov og hva man kan tilby i behandling blir viktig når man skal lage en behandlingsplan. Den må både være hensiktsmessig, samtidig som den skal være håndgripelig for pasienten som er i behandling. En felles forståelseshorisont mellom pasient og behandler, blir meget viktig om man skal klare å innfri disse to kravene under behandling. Man kan ikke behandle pasienter, som ikke føler det er nødvendig å bli behandlet.

Helse, kommunikasjon, narrativ og utøvelse av helse og omsorgstjenester har et grunnleggende gap, mellom tjenesteyters rammer og resurser sett opp mot tjenestemottakers behov og ønsker i den hverdagslige praksisen. Fra tjenesteyternes side, er det et poeng å dekke et minimumsnivå av tjenester, både i antall tjenester/timer og nivå av innsats, for å oppnå god nok funksjon. Dette er for å sikre at de har gitt den tjenesten de er lovpålagt å yte til sine innbyggere. Definisjonsmakten ligger i systemenes rammeverk, altså på behandlerens side. Intervjuene viste at det oppsto et spørsmål om makt. Der hvor behandlerens holdning til digitale verktøy og deretter hvordan de velger å bruke, eller ikke bruke dem, kan oppleves som om tjenesten til pasienten blir begrenset eller holdt tilbake, alt etter hvordan behandleren evner å bruke verktøyene. Intervjuene avdekket at behandlere som ikke håndterte de digitale verktøyene, valgte bort denne muligheten for sine pasienter, og satte opp avtaleformer som gjorde at de ikke hadde behov for å bruke digitale verktøy. «*Det er jo tross alt bedre å møtes ansikt-til-ansikt*» (Intervju nr.3).

Makt kan fremstå på mange måter. Det behøver ikke å dreie seg om å ha et ønske om å skade andre. Det kan være så enkelt at frykt, manglende kompetanse eller uvitenhet kan være årsaken til en maktutøvelse. Maktbegrep i yrkespraksis vil være til stede – uansett hvordan man prøver å unngå det, så lenge den ene parten har en mer sårbar posisjon enn den andre. Makt var ikke et tema jeg hadde i tankene om å undersøke, men det kommer frem som et viktig tema, etter at informantene har fortalt om sine opplevelser. Uansett om det dreier seg om manglende kompetanse i faget hos behandlere, frykt for å jobbe med digitale verktøy, eller at det dreier seg om uvitenhet om hvordan man kan bruke digitale verktøy på en alternativ måte, så blir det en dissonans mellom behandler og pasient gjennom ulikheter i tjenestetilbudene pasientene mottar. Man blir avhengig av enkeltpersoner med digital kompetanse, hvis man skal få anledning til å motta digitale tjenester. Om man som ansatt unnlater å lære seg verktøyene, som

tjenesten var avhengige av for å gi helsetjenesten, lager man en situasjon hvor man utøver makt overfor pasienter, som fint kunne lært å bruke digitale verktøy.

Denne ubevisste maktbruken kom tydeligere frem under covid-19 pandemien. En kommentar fra informant om digitale tjenester i psykisk helse; *«Hvordan kan man forsvare at det å ha terapeutiske samtaler over internett er en tilstrekkelig løsning, når mye av kommunikasjonen er nonverbal og gjennom kroppsspråket? Hvordan kan man da jobbe med mennesker som er i sårbare situasjoner, uten å møte dem ansikt-til-ansikt?»* (Intervju nr.2). Påstanden var at pasientene trengte fysisk oppmøte for å få utbytte av samtalen, som er en verbal dialog. I samtale med pasienter jeg har jobbet med under pandemien, forteller de om viktige «ting og handlinger» de opplever har manglet i deres ordinære oppfølging i psykisk helse. Som blant annet hyppigheten til samarbeidsmøter, tilgjengelighet hos behandlerne og muligheten til å ha samtaler over telefon dersom pasienten er syk. Dette er ting behandlerne kunne tilby pasientene under pandemien. Men når det var eneste alternativ, savnet de muligheten til å møte opp på kontoret. Pasientene har også delt erfaringer om opplevelser under pandemien, hvor samhandling har fungert overraskende bra. Dette får meg til å undre – hva som utgjør denne forskjellen mellom pasienter og behandlere, og opplevelsene de hadde under pandemien. Noen av de pasientene jeg jobbet med før pandemien gav ved noen anledninger uttrykk for at det hadde vært behov for samtale, selv om de kanskje var syke, på et tidspunkt når vedkommende hadde fysisk avtale. Kanskje på grunn av at de følte behov for støtte når kroppen føltes svakere, mens andre ønsket å sove og hvile før de tok en ny samtale. Dette bekrefter at vi har forskjellige behov og kanskje også forskjellige opplevelser av forholdene under pandemien.

Betin har skrevet om sine erfaringer, i boken «trygge digitale terapeuter» hun og kollegaer hadde med digital terapi under pandemien. Hun bekrefter det langt på vei det personalgruppen har snakket om tidligere. *«...vi vet at mange med psykiske helseplager ikke mottar behandling innen helsevesenet. For noen av disse vil det kunne være lettere å oppsøke profesjonell hjelp dersom de slipper å møte opp på venterommet, ofte først hos fastlegen og deretter på et terapikontor»* (Ystrøm, et al., 2018, ss. 54-64). Betin sier hun har hatt pasienter som har gitt uttrykk for *«det er lettere å være åpen om skambelagte temaer når de ikke sitter i samme rommet og ansikt til ansikt med en behandler.»* (Betin, 2022) Dette er utsagn som heller ikke er ukjent for meg. Jeg har hatt pasienter som har sakt akkurat det samme og som har fått tilbud om å snakke en gang eller to på telefonen, for å nettopp få de skambelagte temaene ut i samtalerommet, på en trygg måte for pasienten. Derfra kunne jeg bekrefte pasientens behov for

anerkjennelse og trygge pasienten på at det var greit å snakke om det som de følte veldig vanskelig. Ved neste møte kunne vi jobbe med hvordan man kunne snakke om det, i det fysiske rommet - uten at det ble en merbelastning for pasienten. Rett og slett lære å snakke om vanskelige og ubehagelige temaer. Dette er et godt eksempel på hvordan en alternativ måte å snakke om et skambelagt tema på, kan bli en god løsning for pasienten og jeg kunne jobbe med det som faktisk var kjernen i problemet. Pasienten kunne på den måten delta i en «... *narrativ terapi* ...» (Johnsen, 2008, s. 107), ved å på «sikker avstand» fortelle om sine innerste og mest sårbare ting over telefonen, uten å lese behandlerens non-verbale kommunikasjon og gjøre et forsøk på å tolke den samtidig som pasienten forteller. På den måten beskyttet pasienten seg selv nok til å våge å dele, og samtidig gav vedkommende rom for nye landskaper i det terapeutiske rommet – til å jobbe i. «... *det handler om temaer knyttet til erfaringer og også til identitet.*» (Johnsen, 2008, s. 107). Pasientens følelser ble skånet fra den opplevde sårbarheten og skammen ved å erkjenne opplevelsen, og samtidig formidlet tilstrekkelig informasjon til behandler. På denne måten kunne behandler forstå problemstillingen, for så å yte hjelpen pasienten var i behov for.

I en stor del av samtalene jeg har hatt som kliniker, blir det fortalt om problemstillinger som ikke pasienten kan forklare. Utsagn som: «... det var ikke slik jeg reagerte for noen år siden ...» (Pasient), «Jeg skjønner ikke hvordan jeg har klart å miste meg selv ...» (Pasient) og «... Jeg vil ikke være denne utgaven av meg selv ...» (Pasient). Relasjonen som bygges i starten, blir sentral når man begynner å jobbe med å finne nye rammer for pasientens identitet og selvbylde. Men det fungerer kun om man møter pasienten i den versjonen og narrativ pasienten forstår eller klarer å begripe om seg selv. Det å åpne seg for et fremmed menneske, kan oppleves som både betryggende, men også veldig skummelt og truende. Dersom man tidligere har opplevd å ikke bli møtt eller å bli tatt på alvor med sitt narrativ, kan det i seg selv sette store begrensninger for den terapeutiske alliansen, som skal etableres under behandlingen.

Greta M. Skau refererer i sin bok, «Mellom makt og hjelp» til Jens Bjørneboe «Makt betyr muligheten til å påføre andre mennesker smerte» (Skau, 2003, s. 17). Makt trenger ikke å bety å påføre andre mennesker fysisk smerte eller skade. Det kan også bety hindre utvikling, tilfriskning, holde tilbake informasjon, eller på annen måte komme i veien for et annet menneske sitt behov. En behandler som ikke utreder en sykdom, eller ikke stiller en diagnose som kan gi pasienten svar på, eller hjelp til - videre behandling, er også å utøve en makt, hvor pasienten blir stående igjen i avmakt. Det er en uetisk handling fra behandlerens side. Behandleren

plasserer da pasienten i en situasjon hvor vedkommende blir uten mulighet til å handle til sitt eget beste.

Pasienter kan også utøve makt. Dersom pasienter nekter å bidra inn i behandlingen, eller om pasienten ikke evner å ta inn over seg forståelse for eget sykdomsbilde, oppstår det en skjevhet i kommunikasjonen, som kan defineres som makt – hvor en av partene blir uten mulighet til å handle. Dette er spesielt viktig å tenke på når man jobber med pasienter med personlighetsforstyrrelser og med suicid. Som behandler kan man bli tatt som «gissel» i dialogen og bli plassert i en situasjon hvor man ønsker å hjelpe, men får ikke komme i posisjon til å hjelpe. Samtidig kan man bli anklaget for å ikke hjelpe nok. Behandlerne forteller om situasjoner hvor de har blitt ansvarliggjort for pasienters selvmordstanker, og selvmordsforsøk, uten at de har kunnet gjøre noe, for å hindre eller forebygge det. På denne måten kan man definere maktutøvelse også fra pasientenes side. Når behandlerne jobbet digitalt mistet de mye av den non-verbale dialogen de er så avhengig av når de skal vurdere en persons sinnstilstand. Det ble derfor spesielt vanskelig å jobbe med suicid pasienter. Samhandlingen med akuttinstanser, som legevakten og DPS, var da meget viktige. Men også der møtte man på utfordringer under den nedstengte perioden. De ønsket ikke mennesker inn til sine kontorer, uten at det var testet for covid. En person som er ustabil og har suicidtanker, vil ikke bry seg om verken covid-19 eller noe annet - enn å få avsluttet livet. Man kan vurdere det etiske opp mot bruk av makt og tvangsinnleggelse på mange måter, men liv og helse går alltid foran når man tenker akuttmedisinsk. Det oppstår et etisk dilemma når man ikke vet om viruset er en mer potensiell fare for liv og helse, enn man med sikkerhet vet, at pasienten er i livsfare på grunn av suicid kommunikasjonen.

Skau refererer også til Wolfgang Schmidbauer når det er snakk om behandlerens utdanning og selvutvikling i faget: «*I alle sosiale yrker er vår personlighet det viktigste redskapet. Grensene for dens belastningsevne og fleksibilitet danner samtidig grensene for vår handling*» (Skau, 2003, s. 17). Evnen til å se seg selv i relasjon til menneskene vi jobber med og hvilken påvirkningskraft vi kan ha på andre mennesker, er en av våre viktigste oppgaver som behandlerne. Denne selvutviklingen er ikke noe man kan krysse av på et skjema. Det er en prosess som må holdes aktiv, kontinuerlig, for å kvalitetssikre både den jobben vi gjør ut mot pasienter - men også for å kunne utøve tilstrekkelig egenomsorg overfor oss selv gjennom et langt yrkesliv. Belastningene behandlerne kan stå i, både mengde og arbeid, men også situasjoner som i suicid kommunikasjon med pasienter, er belastninger som bør tas på alvor.

Skau påpeker at «*Personlig utvikling er noe vi kan foredle over tid*», «... *alltid mulig å endre noe ved den vi er som person ...*» og «...*vi kan alltid lære noe mer om oss selv, om andre og om samspillet mellom oss ...*» (Skau, Mellom makt og hjelp, 2003). I psykososialt arbeid kan denne prosessen gjerne refereres til som Refleksivitet, som tidligere nevnt i oppgaven. Refleksiv praksis må vi selv som behandlere ta ansvaret for og sørge for at vi får tid, rom og mulighet til å praktisere. Avdelingene undersøkelsen ble gjennomført i, har støtte fra ledelsen, og har skapt rommene behandlerne trenger til å utøve refleksivitet i. De har etisk refleksjons grupper og veiledning med psykolog hver andre uke. Informantene opplyser at de opplever at dette er gode rom å jobbe med seg selv i. Det blir langt lettere å ta seg tid til refleksiv praksis når det lages slike rom, og ikke minst at ledelsen støtter behandlerne i prosessene, de til enhver tid står i.

Betydningen av å inneha den praktiske ferdigheten, som består av en kontinuerlig bevisstgjøringsprosess hos seg selv, vil kanskje kunne fange opp blant annet ubevisst frykt, eller usikkerheter som i andre rekke kan medføre utøvelse av unødvendig eller ubevisst maktbruk for eksempel. Mennesker som er redde for noen, eller på annen måte er utrygg vil kunne ragere med å forsøke og fremstå som tryggere, uredd og kanskje fysisk større, slik dyr gjør, for å holde på en viss form for kontroll i situasjonen. Det gjelder også pasienter som er i behandling. Blir denne kontrollen utfordret vil man ubevisst forsøke å gjenopprette nødvendig kontroll, som et overlevelsesinstinkt. Da står man i fare for å ubevisst utøve makten, vold eller selvskading. Selvskading kan for behandlere dreie seg om å ikke respektere egne grenser for belastning. Skau er opptatt av at personer som skal jobbe med andre menneskers forandring og utvikling, må selv være i utvikling. Hun mener at det innebærer blant annet å være opptatt av og villig til å lære av egne erfaringer. (Skau, 2003, s. 21).

På en annen måte kan også tjenesten i seg selv være en maktutøver overfor de pasientene som av andre årsaker ikke kan nyttiggjøre seg bruken av digitale verktøy. Som tidligere nevnt finnes det pasientgrupper som ikke evner å sette seg inn i hvordan man bruker digitale verktøy. Disse ble i utgangspunktet ekskludert fra tjenesten, før man satte i verk de strenge smitteverntiltakene. Behandlerne havnet i et spenningspunkt mellom pasientenes behov og systemenes krav til yrkesutøvelse, i et begrenset handlingsrom for Bakkebyråkraten. Valgmulighetene ble betydelig innskrenket og behandleren «hadde ikke noe annet valg» enn å trosse retningslinjene fra regjeringen, for å kunne være til hjelp for pasientene, som ikke evnet å bruke digitale verktøy. Det gjorde at behandleren ble stående i en spennings situasjon hvor man ikke kunne gjøre noe helt riktig, selv om det følte riktig å stille opp for pasienten, der og da. Samtidig

hviler det et «sørge for ansvar» på skuldrene til behandleren, gjennom lovgivningen som rammer inn tjenesten psykisk helse i kommunen. Behandlerne, som Bakkebyråkrater, havner i en umulig posisjon mellom rammene og behovene. Handlingsrommet til Bakkebyråkraten står og faller på behandlerens personlighet og valg behandleren gjør i møte med den enkelte pasienten. Rammeverket åpner kanskje ikke opp for psykososial tankemåte i slike situasjoner, men man kan like fullt handle i det rommet man har tilgjengelig, på godt og vondt.

5.5 Smitteverntiltak i praksis

En ramme som ble lagt utenpå de eksisterende rammeverkene behandlerne jobber i, er smitteverntiltakene. Smitteverntiltakene i Norge og verden, medførte en hel rekke endringer og tilpasninger som opplevdes som en stor inngripen i vanlige menneskers hverdag. Behandlernes personlige holdning og frykt for å bli smittet, hadde en betydning for hvordan de jobbet under pandemiens periode med de strengeste tiltak. De ansatte brukte stor kreativitet for å opprettholde en kontakt med pasientene, frem til tjenesten var fullt operativ med nødvendig digitale verktøy. Men det var krevende for en del ansatte å følge de til enhver tid gjeldende smittetiltakene. Hovedgrunnen var fordi arbeidsgiverne hadde utfordringer med å følge opp de ansattes behov for oppgraderingen av digitalt utstyr, og gav vage tilbakemeldinger for hvor langt man kunne «strekke seg» utover de retningslinjer som var gitt av regjeringen. Dette sier samtlige informanter en del om i intervjuene. Endringen som medførte størst omstilling for psykisk helsetjeneste, var hjemmekontorer og bruken av digitale verktøy. Det ble mer en belastning for flere behandlere, enn et tiltak som skapte trygghet for dem. Behandlerne i avdelingene opplevde endringen veldig forskjellig. Spesielt hvordan det digitale tilbudet var å bruke som et verktøy i behandlingen. Smittevern retningslinjene var også et tema som var daglig oppe i samtaler – da mange var redde for å gjøre noe feil, eller for å bli smittet selv. Lokalene tjenesten hadde da pandemien startet, var trange med smale korridorer som var veldig lange. Tjenesten mistet venterommet, som tidligere var benyttet av pasientene, da andre avdelinger som benyttet den samme plassen, begrenset kontakt mellom mennesker, ved å stenge for alle andre - enn sine egne tjenestemottakere. Et fornuftig valg med tanke på situasjonen og at de andre tjenestemottakerne var små barn. Endog bidro dette til at pasientene til psykisk helsetjeneste måtte stå utenfor bygget og vente til vi kunne hente de inn til avtalen de hadde med oss.

Når flere bruker samme klokkeintervallet, betyr det at inngang/utgang blir brukt samtidig for mange av våre besøkende. I en lang og trang korridor betydde det for oss, at det plutselig kunne

være 6 – 12 personer i korridoren samtidig og skulle passere hverandre med en avstand hvor man nesten berører skulderen til den man passerer, når man går forbi. *«Husker i hvert fall det surret med annenhver uke og – det var MYE rot altså. Hvilke dager man skulle komme og ikke komme, også ble det bytting, også ble det rot også ... også var man redd for at det var for mange og for lite på kontoret også ble det kø i gangene når flere kom ut eller inn med pasientene samtidig ...»* (Intervju nr.3). Dette ble et hyppig diskutert tema i flere team møter. *«Vi krasja i hverandre og plutselig var det ti pasienter utenfor i korridorene og det var jo ikke smittevern for fem flate øre. Folk kom og var sjokkerte som pasienter. Det var egentlig litt pinlig – når jeg tenker meg om nå»* (Intervju nr.3). Da kunne man ikke opprettholde «meter'n» og iallfall ikke to meter avstand, da det var den vedtatte avstanden regjeringen anbefalte.

I tillegg til de justeringene som ble gjort for smitteverntiltakene og digitaliseringen, ble en rekke behandlere med sykepleierbakgrunn, omdisponert til andre tjenester i kommunen. Det å bli omdisponert i en krisesituasjon er ikke uvanlig for helsepersonell som leger og sykepleiere m.fl., men det er viktig å ha en god dialog om den praktiske gjennomføringen med arbeidsgiver, når det skjer. Informanter har i intervjuene bekreftet observasjoner jeg gjorde i perioden dette foregikk, de bekreftet at det var ingen plan for å sette inn vikarer for de pasientene de fulgte opp i psykisk helsetjeneste, under perioden med omdisponeringen av arbeidskraft – heller ikke en konkret plan for oppfølging av begge roller, hos den enkelte ansatte som ble omdisponert. Følelsen av å «måtte» jobbe 200% ble påtrengende for enkelte, forteller flere av informantene. En del av de ansatte var meget slitne i denne perioden. De jobbet ordinær tid i psykisk helse og smittesporing på ettermiddager, kveld og helger. Det var mye ekstra i begge roller. Igjen er bakkebyråkratens handlingsrom begrenset av systemiske beslutninger som fikk konsekvenser for tjenestemottakerne, pasientene. Bakkebyråkraterne ender opp i en avmakts posisjon, på grunn av systemets beslutninger og blir indirekte tvunget til å utøve begrensninger i tjenesten over for sine pasienter. Når systemene ikke lytter til de ansattes behov, blir det en form for maktutøvelse. Systemene gjør bakkebyråkrater til maktutøvere over for tjenestemottakere på denne måten. Da påstår jeg de blir tvunget til å utøve makt, i et begrenset handlingsrom, som til slutt kan prege den ansatte i så stor grad at det blir et makt/avmakts forhold som ikke lengere er hensiktsmessig.

Pasienter som var redde og bekymret, samtidig som smittesporing og annet beredskapsarbeid krevde mye opplæring og dialog med innbyggere som også var bekymret og noen redde, hvilte behandlingsansvaret i psykisk helsetjeneste på behandlernes skulder. Informanter dette gjaldt,

sier at «... usikkerheten på hvilken rolle man skulle prioritere ble stressende» (Intervju nr.4). Mens andre informanter kommenterte «Jeg trodde påvirkningen skulle være større – i retrospekt» (Intervju nr.1). Det ble veldig tydelig i intervjuene, at det hadde blitt en stor usikkerhet rundt hvordan de skulle gjøre jobben sin. Anerkjennelse for den jobben som blir gjort, uansett om det er i en pandemi eller ikke, er kjempeviktig for den ansatte. Ledelsen som sitter i kommunen i dag, har ikke håndtert en slik pandemi-krisestab tidligere. Det må være et poeng at man må kunne lære av erfaringer man gjorde under pandemien, men det starter med at de som lager retningslinjene må snakke med og ikke minst lytte til de ansatte som sto i situasjonene, sammen med innbyggerne.

Kreativitet, motivasjon og moral har blitt hardt prøvd under pandemien. Tross for mange kontrabeskjeder og nye begreper, kan vi stadfeste at det har gått relativt greit, tross alt. Man har i veldig stor grad fått prøve seg på nytenking og utenforboksen tenking. De første tiltakene som ble iverksatt i psykisk helsetjeneste, var å flytte fra kontorlokaler til hjemmekontorer. Dette ble en brå og uventet overgang for de fleste. Ikke alle hadde rom nok for å sette av til dette formålet. «Vi har hus med to etasjer», «Jeg var aleine i huset hele dagen, og kunne sitte uforstyrret på kjøkkenet», «På dagtid var jeg hjemme alene, så det var ingen å ta hensyn til. Da hadde jeg et helt hus alene» (Intervju nr1). Alle informantene fant en løsning på dette, men det ble utfordrende når det for eksempel ble midlertidige perioder med hjemmeskole eller at partner/ektefelle også måtte jobbe hjemmefra. Da ble det enten samtaler uten tilstrekkelig personvernshensyn eller at man måtte bli kreative og finne andre måter å møte pasientene på. Man kan påstå at det var en uuttalt forventning fra arbeidsgiver, at dette skulle la seg løse - av arbeidstaker, men som bydde på en del utfordringer hos ansatte når andre personer måtte oppholde seg i husstanden og med barn i skolepliktig alder. Personvern, ble et tema.

Behandlere i psykisk helsetjeneste har langt på veien laget en ny form på tjenesten for å dekke de aller fleste behovene pasientene har hatt de årene pandemien var mest aktiv fra 2020-2021. De ansatte har så langt det har vært mulig prioritert å ha samtaler med pasientene på kontorene. Det ble etter hvert foreslått tiltak lokalt i behandlerstaben at vi kunne deles inn i to vaktlag. Hvor vi var på kontoret annenhver uke. Etersom noen var mer bekymret for å bli smittet enn andre, sklei denne ordningen fort ut og man begynte og forhandle om å være i kontorlokalene mer enn den tildelte gruppen man tilhørte var. Med dette ble det en liten uenighet om smittevernet fortsatt var opprettholdt. Behandlerne har vært ute og gått turer, eller reist hjem til pasientene for å ha samtaler med dem der dersom de ikke kunne eller ønsket å komme inn til

kontoret som tjenesten disponerte på den tiden. Man kunne ikke reise hjem til pasientene så lenge samfunnet var nedstengt. Da benyttet behandlerne muligheten til å møte pasientene ute – når været tillot det. Det var lettere å holde avstand når man var ute i friluft. Samtlige informanter benyttet telefoni som supplering til videosamtaler under den tiden som kontorene måtte holde helt stengt. Dette ble en løsning på grunn av enten manglende kunnskap, eller motvilje til å bruke video fra pasientenes side, men også av samme årsak - hos behandleren selv. Det ble sjonglert mellom disse løsningene i flere måneder, «... *noen trenger oppfølging UANSETT hvor nedstengt samfunnet er.*» (Intervju nr2), som påpeker at det er veldig varierende grad av kognitiv fungering hos noen av pasientene og dermed også evne til å nyttiggjøre seg av alternative behandlingsmetoder, enn direkte samtale, med mulighet til å illustrere med både kroppen og på papiret ved fysisk oppmøte. De evner rett og slett ikke abstrakt kommunikasjon. Informanten forteller også at det opplevdes som krevende og vanskelig at behandlerne ble mye overlatt til seg selv for å tolke og vurdere retningslinjene som ble gitt fra kommunen og regjeringen.

Under nedstegningen hadde ikke behandlerne noe fysisk oppmøte på sine kontorplasser. Alle felles møter og samlinger som lunsj og andre interne møter, måtte gjennomføres via Teams plattformen for videosamtaler. Dette gjorde at man ble adskilt fra sine kollegaer og dermed kunne føle på at man ble veldig alene i arbeidshverdagen. Det å miste den kollegiale kontakten førte til konsekvenser for noen ansatte.

«*Følte meg veldig alene i hjemmekontoret, uten kollegaer i nærheten*» (Intervju nr.3).

Når man sitter i den vanlige konteksten på kontoret sammen med pasientene, har man sine kollegaer, rutiner, erfaringer og vaner man kan falle tilbake på, når uventede ting skjer. Men når man skal bruke et ukjent arbeidsverktøy, blir ikke bare innholdet i samtalene endret på grunn av pandemien, men hele arbeidshverdagen. «*Digitale løsninger opplevde jeg utfordrende. Etter hvert fikk jeg litt bedre erfaring på å konsentrere meg i samtalene og da synes jeg det begynte å fungere nok så greit. Lærte meg å stille de rette spørsmålene - for å si det sånn*» (Intervju nr.2). Samtaler og kontakt med kollegaer og pasienter ble svært begrenset til skjerm møter, som man i utgangspunktet ikke var vant til og dermed for enkelte ble det rett og slett problematisk.

Det å «bare» skulle snakkes på telefonen, gav opplevelsen av å gi en plan-B behandling. Man mistet mye av den terapeutiske effekten når man mistet muligheten til å følge opp samtalen med

kroppsspråk og gestikuleringer. *«Mennesket forteller så mye mer med ansiktsuttrykk, øynene og fakter - enn bare ord. Så jeg opplevde fraværet av det som veldig utfordrende»* (Intervju nr.1). Det å være vant til å jobbe i team og så få en brå overgang til å skulle arbeide alene, gjorde at enkelte følte på en sårbarhet og ensomhet i arbeidshverdagen. Ikke bare på fritiden. Man fikk som behandler føle på utenforskapet – rett og slett. Noen hadde ikke problemer med å motivere seg, eller holde arbeidsmoralen oppe. Men det gjaldt ikke alle. Belastningen med å føle på ensomhet når man er på jobb, ble et tema for noen ansatte. Det ble tungt å møte opp på jobb. Teams møter ble en mager erstatning og opplevelsen av å ikke lengre høre til i kollegagruppen – ble uttalt i enkelte Teams-møter. Det å ikke kunne stikke innom kontorene til kollegaer var et stort savn. Satte rutiner, vaner og prosedyrer som man har jobbet etter i flere år, ble brått revet bort når hele strukturen i arbeidshverdagen ble flyttet til hjemmekontorer. Sikkerhet, personvern, egenomsorg og ikke minst egen håndtering av det å være en hjelper under pandemien for mennesker som ikke helt fikk til å håndtere pandemien, ble krevende generelt og veldig krevende for enkelte. Når man endelig begynte å prate om at samfunnet skulle åpnes litt opp igjen, kunne man nesten høre et lettelsens sukk gå igjennom personalgruppen som deltok i det aktuelle Teams møtet da denne beskjeden ble gitt. Samtidig var det flere som var bekymret for videre smitte og egenomsorg på grunn av egen helse, eller helsen til nære familiemedlemmer. Ironisk nok ble jeg selv smittet med Covid-19 i det første fysiske møtet vi hadde etter gjenåpningen.

Det ble litt ambivalente holdninger hos ansatte når samfunnet åpnet igjen. Regjeringen slapp opp og stengte ned om hverandre i en periode og det ble veldig mange kjappe kontrabeskjeder over en periode. Den ene uken kunne man være mer på kontorene og spise lunsjen sammen, den neste kunne man være på kontoret, men ikke spise lunsjen sammen, fordi smittetallene hadde gått så mye opp igjen. En av informantene beskriver denne perioden; *«Ta et valg da. Jeg kjente på irritasjon - kan dere ikke bare behandle oss som resten av folket liksom? I hvert fall ta et valg på hva vi kan og ikke kan gjøre.»* (Intervju nr.4). Det var da kommet en del retningslinjer fra lokale styresmakter i kommunen om hvordan de ansatte i kommunen skulle, eller ikke skulle forholde seg til retningslinjene.

«... for meg iallfall, syntes det var greit å være på kontoret. For jeg var ikke så redd. Jeg hadde respekt for viruset og regjeringen, men det var noen som var veldig redde. Det er liksom det jeg husket at vi snakka om, at her må man få velge litt selv hvordan man kan løse arbeidshverdagen. Hvert fall det første året, altså VELG! – lytt til de ansatte - ikke sant ... men

jeg følte kanskje ikke at det var den overordna holdningen. Opplevelsen var at de mente vi måtte ta oss sammen ... litt liksom. Det lå kanskje og ulma litt etter det, og misnøyen økte en del.» (Intervju nr.3).

Noen ansatte var åpen om egne helseutfordringer og fikk tilrettelagt arbeidshverdagen med mer hjemmekontor enn andre som ikke hadde dokumentasjon på helseutfordringer. De som «bare» var redde for å bli smitta, fikk ikke muligheten til å skjerme seg på samme måten. Dette skapte en del uro og frykt blant de det gjaldt. Denne perioden med nedstengning og smitteverntiltak har gitt alle de ansatte et nytt perspektiv på både egne liv og arbeidshverdagen. Dette ble fort et tema når man etter hvert begynte å bli vant til å komme på kontorene igjen. Jeg kunne ikke finne noe «bevis» i undersøkelsen for at alder eller utdanningsbakgrunn har hatt noe å si for hvordan man har opplevd selve omleggingen av driften. Det undersøkelsen påpeker er at på tvers av hva man skulle forvente, var det de eldste som hadde et mer avslappet forhold til selve pandemien, og de yngre måtte jobbe noe mer for å bli komfortabel med endringene som dreide seg om de fysiske barrierene og smitteverntiltak. De yngre var mer sårbare for adskillelse og mangel på sosialisering, enn de eldste informantene.

5.6 Samhandling på tvers i det terapeutiske rommet

Hvis vi ser på Helse- og omsorgstjenester med psykososiale briller, trenger helse- og omsorgstjenestene NAV, spesialisthelsetjenesten, kommunen, samfunnet, private aktører, idretten med flere, for å gi et helhetlig tilbud til innbyggerne. Det er ikke alltid en pille eller behandling i organisert form, er det beste tiltaket for å heve livskvaliteten hos innbyggerne. En informant stilte et retorisk spørsmål under intervjuet:

«Også har jeg et spørsmål som kommer igjen og igjen, jeg tenker jo at hvor dårlig egentlig folk da? Hvor mye ressurser har de på egenhånd, og hvor mye kan man forvente at de skal klare å gjøre selv? Vi må jo ikke sykeliggjøre mennesker heller. Jeg er så opptatt av den balansen mellom egen innsats og behandling». (Intervju nr.4).

Som behandlere kanskje vi leter litt etter ting vi kan hjelpe pasientene med? Eller er det virkelig et så stort hjelpebehov hos de som søker seg til kommunal helsetjeneste, at de må være tjenestemottakere over mange år? Den opp bunnede resursen som brukes på «annet tjeneste innhold» enn behandling, medfører at tjenestens resurs blir bundet opp til en person over mange år, og brukes til å gjøre en jobb som for eksempel miljøarbeidertjenester kunne hatt. Det er av

betydning både for tjenestens ansatte og deres bruk av kompetanse og tid, og for mennesker som står på venteliste for å få hjelp til sine utfordringer. Kommunen kan strukturere en ansvarsfordeling med inkluderings og ekskluderingskrav til hvem som har rett på hvilke tjenester. Men det er per i dag overlatt til Bakkebyråkratenes skjønnsvurdering. Det blir vanskelig å skulle avslutte pasienter til «ingenting», når de egentlig er i behov for en lavterskeltjeneste for å forebygge ensomhet for eksempel. Istedenfor blir pasientene gående «til behandling» i psykisk helsetjeneste over år og Bakkebyråkratenes handlingsrom blir igjen begrenset, ikke fordi de ikke kan ta noen skjønnsmessige valg, men fordi deres samvittighet ikke klarer å overlate pasientene til ingenting, når de trenger et tilbud – men som ikke er der på grunn av administrative rammeverk og prioriteringer.

Om man lager en oppsummerende liste på hvordan den enkelte behandler ble plassert i samfunnet under pandemien, gir det mening at informantene følte seg både tilsidesatt, handlingslammet og uten mulighet til å gjennomføre et visst nivå av sitt arbeid. Critical junctures som begrep og som det kritiske tidspunkt i samfunnshistorisk sammenheng som pandemien ble, endret hele den grunnleggende rammen seg for bakkebyråkratenes grunnlag for å arbeide i psykisk helsetjenesten. Kontorene som er utgangspunktet for deres daglige virke ble stengt, nye digitale verktøy ble iverksatt for å erstatte det fysiske rommet. For enkelte ansatte medførte det et stort merarbeid fordi de måtte lære seg en ny ferdighet. Måten arbeidet skulle gjennomføres på, både terapeutisk, men også samhandlings rammene ble endret og mer gjennom at samhandlingsreformen ble innført mer tydelig hos blant annet DPS, som etterlot en større pasientgruppe i kommunens tjenesteområde. Når behandlerne ikke er rustet for å gjøre den jobben de blir pålagt i en så krevende situasjon som pandemien ble, følte de seg maktesløse og måtte etter beste evne «overleve» perioden på en eller annen måte. For enkelte ble det å ta noen skjønnsmessige valg som fikk konsekvenser for pasientenes tjenestetilbud. Det etiske rammeverket som ligger i tjenestene i helse- og omsorgstjenestene ble hardt prøvd gjennom pandemien når dette skjedde. En urovekkende misnøye oppsto i personalgruppen som lekket ut til pasientene og som kanskje har preget måten tjenesten fungerte på da den var digital. Det er mange elementer som samtidig har preget holdninger, avgjørelser og handlinger hos Bakkebyråkratenes gjennom pandemien. Men har de egentlig hatt noen andre valg enn å gjøre det de gjorde?

5.7 Konklusjon

For å kunne konkludere som et svar på problemstillingen i oppgaven «*Hvilken betydning har bakkebyråkratenes handlingsrom hatt, når skjønnsmessige vurderinger ble gjort, for når og hvordan digitale verktøy ble benyttet under covid-19 pandemien?*», velger jeg å se tilbake på forskningsspørsmålene først. Hvilken kompetanse hadde behandlerne, hvilke konsekvenser dette fikk i møte med pasientene og for tjenesten.

Undersøkelsen avdekket at kompetansenivået hos enkelte har vært lavt og holdningene har vært preget av det. Det har vært en avgjørende faktor hos disse ansatte, for hvor mye det ble forsøkt å legge til rette for at man skulle lykkes med den digitale løsningen generelt. Generelt var viljen til å forsøke de nye verktøyene stor, men behandlerne møtte på begrensninger i form av mangel på digital kompetanse, som ble av betydning sammen med pasientene. Det ble brukt en del tid og resurser på å lære opp behandlerne, slik at de kunne bruke programvaren som ble gjort tilgjengelig under pandemien. Holdningen hos de som ikke mestret programvaren ble merkbart endret i negativ retning når de ikke fikk det til. Motviljen til å lære seg de nye programvarene begynte å vokse. Denne motviljen preget mange av samtaler som har foregått internt i personalgruppen og ble et irritasjonsmoment hos de som følte de mestret de digitale verktøyene. Det har også kommet frem i materialet, at ansatte har hatt store problemer med å føle seg som en verdsatt ansatt, fordi de har følt på store utfordringer ved å bruke de digitale verktøyene. Noe som fremstår som interessant, er at når de digitale verktøyene ble benyttet i møter mellom ansatte og samarbeidspartnere, da var det ikke like mange «utfordringer» med å bruke digitale verktøy, som når behandlerne skulle ha pasientsamtaler. Da fremstår man som mer likestilt og det kan virke som mer «ok», at man plundrer litt med teknologien, når man er likestilt.

I møte med pasientene har kompetansenivået vært en betydelig faktor, som har bidratt til forskjeller i tilbudene til pasientene. Pasientene ble personavhengige på hvorvidt de kunne ha videomøter, telefonsamtaler eller fysiske samtaler med behandlerne sine. Det å sitte i videomøter og telefonsamtaler er krevende for begge parter, fordi man mister den non-verbale kommunikasjonen når man benytter digitale verktøy. Noe som for mange behandlerne har vært problematisk og særdeles krevende. I forbindelse med at ansatte har følt på lavere mestring og mer slitenhet etter digitale samtaler, har enkelte valgt å legge føringer for hva pasienten *burde* velge av verktøy, når de skulle avtale samtaler med behandleren. Behandlerne har også følt mye rundt at det er en pasientgruppe som har blitt utelatt, når det ble innført digital terapi i tjenesten, og var derfor villige til å strekke seg langt for å yte tjenestene de hadde krav på. De følte seg

dratt mellom det å «tvinge igjennom en digital tjeneste til alle» og følt det har vært feil tilbud til de som ikke har klart å nyttiggjøre seg de digitale tjenestene.

Tjenesten i seg selv ble på en måte utvidet, fordi det kom inn et digitalt alternativ, som sørget for tilgjengelighet, til tross for at samfunnet var stengt. Men den skapte også en potensiell avstand, fordi det ble avdekket at tjenesten har en del pasienter, som er i det som er definert som det digitale utenforskapet. Det ble gjort en del kreative grep for å kunne dekke tjenestebehovet hos de pasientene som ikke har klart å benytte seg av de digitale tjenestene. Det ble viktig å finne en løsning for disse pasientene, fordi de har ikke samme grunnlaget til å holde digitale kontakt med omverdenen, som de med digital kompetanse har. En positiv effekt var at det var en del pasienter som benyttet seg av muligheten til å øke kompetansen sin om digitale verktøy, sammen med sin behandler. På sikt har det vist seg at de da også har kunnet bli mer selvstendige ute i det digitaliserte samfunnet og bedre klarer å navigere i det digitale landskapet som nå er under videre utforming via blant andre Digdir.

Videre reiser kompetansenivået som ble avdekket i denne undersøkelsen, et spørsmål om hva vi bør definere som grunnleggende digitale ferdigheter for fremtiden. Det kan kanskje være hensiktsmessig for arbeidsgivere å gjennomføre et grunnleggende kurs for alle ansatte, i og med at de har gjennomført en digital endring i alle tjenestene i kommunen. Hvis man skal kunne utnytte det potensialet som denne investeringen har vært, bør man også se på behovet for å investere i de ansattes kompetansenivå. Dette fordi det etter hvert som vi blir mer digitale, og vil få behov for å kvalitetssikre denne kompetansen, like mye som annen fagkompetanse. Erfaringer gjennom pandemien og årene 2020-2022 viste at tjenestetilbudene ble annerledes pr. pasient, alt avhengig av hvilken kompetanse behandleren hadde og hvilken holdning de hadde til å bruke det digitale behandlingsrommet. Dette oppleves som en viktig kunnskap å ta med seg, nå når vi skal gå videre inn i en samordnet digitalisering av samfunnet i Norge.

Bibliografi

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Arnet, E. (2009). *wikipedia*. Hentet fra <https://no.wikipedia.org/>:
<https://no.wikipedia.org/wiki/Terapi>
- Betin, K. A. (2022). *Trygge digitale terapeuter - en guide til digital psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- Borgan, E. (2019, 11 29). *forskning.no*. Hentet fra forskning.no/: <https://forskning.no/arbeid-it-juridiske-fag/kunstig-intelligens-bli-mannssjavinistiske-rasister-hva-kan-vi-gjore-for-a-stoppe-det/1599018>
- Dahl, U. (2014). Et salutogent perspektiv. I E. Skærbæk, & M. Nissen , *Psykososialt arbeid - fortellinger medvirkning og fellesskap*. Fredrikstad: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Del Busso, L. (2014). Psykososialt arbeid. I M. Nissen, & E. Skærbæk, *Psykososialt arbeid - Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Fredrikstad, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- digdir.no. (2020). *Om Digitaliseringsdirektoratet*. Hentet fra digdir.no:
<https://www.digdir.no/digdir/kva-er-digitaliseringsdirektoratet/703>
- Digdir.no. (2023). *Digdir.no*. Hentet fra Digdir.no: <https://www.digdir.no/rikets-digitale-tilstand/digitalt-utenforskap/3568>
- Digitaliseringsdirektoratet. (2020). <https://www.digdir.no> . Hentet fra <https://www.digdir.no> : <https://www.digdir.no>
- Dvergsdal, H. (2021, 12 1). *digitalisering i Store norske leksikon på snl.no* . Hentet fra <https://snl.no/digitalisering>
- Engen, R. V. (2020, 04 05). *VG.no/nyheter*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Qobjl4/mener-dagbladet-fremstilte-oslo-borgere-feil-i-omdiskutert-coronasak>
- Finans Norge. (2022, 08 08). *Digital inkludering er også bankenes ansvar*. Hentet fra Finans Norge: <https://www.finansnorge.no/artikler/2022/q3/digital-inkludering-er-ogsa-bankenes-ansvar/>
- FO. (2009). *Yrkesetisk grunnlags- dokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra Fo.no:
<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- FO. (2009). Yrkesetisk grunnlagsdokument. I Fellesorganisasjonen, *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere* (s. 11). Oslo: LO Media.
- Fugletveit, R. (2014). ... Jeg hadde ingenting ... I E. Skærbæk, & M. Nissen, *Psykososialt arbeid - fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s. 144). Fredrikstad: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gilje , N. (2019). *Hermeneutikk som metode*. Les Arcs: Det Norske Samlaget.
- Goffman, E. (2022). *The Presentation of Self in Everyday Lif*. England: Penguin Books Ltd.
- Hagen, T. (u.d.). *SINTEF*. Hentet fra Sintef - Digitalisering:
<https://www.sintef.no/fagomrader/digitalisering/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *St.Meld Nr.47 Samhandlingsreformen*. Oslo: Regjeringen.

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld.nr.47(2008-2009)*. Helse- og Omsorgsdepartementet - Regjeringen Stoltenberg 2. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet - Regjeringen Stoltenberg 2.
- HOD. (2011, juni 24). *Helse- og omsorgstjenesteloven*. Hentet mai 03, 2012 fra Lovdata:
<http://lovdata.no/all/hl-20110624-030.html#map003>
- Hutchinson, G. (2007). *Sosialt arbeid i kommunen, samfunnsmandat og handlingsrom* (1. utgave, 1. opplag. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Johannessen, L. E., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansson, K. (2016, 2). Mellom Hermeneutikk og fenomenologi - et essey i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*.
- Johnsen, A. (2008). Selvpålevelse, nøkkelmetaforer og familiepremisser . I V. W. Torsteinsson, A. Johnsen, & R. Sundet, *Samspill og selvpålevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Forfatterne og Tano Aschehoug.
- Kommunehelsetjenesteloven. (1992, 11 25). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1
- kompetansenorge.no. (2021, 03 17). *kompetansenorge.no*. Hentet fra kompetansenorge.no:
<https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/publikasjoner/befolkningens-digitale-kompetanse-og-deltakelse/>
- Lauveng, A. (2022, 03 01). *Norsk Psykologforening*. Hentet fra Norsk Psykologforening:
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/fysiske-omgivelser-er-viktig-ogsaa-for-psykologisk-behandling>
- Leksikon, S. N. (2022, 01 14). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Internetts historie:
https://snl.no/Internetts_historie
- Leksikon, S. N. (2023, januar 23). Hentet mars 2023 fra https://snl.no/nyere_tid_-_historievitenskap
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy - Dilemmas of the individual in public Services*. New Yourk: Russel Sage Foundation.
- Meld.St 16. (2011, 04 15). *Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra Regjeringen.no:
<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>
- NESH. (2021, 12). *Guidelines for research ethics in the social science and the humanities*. Hentet fra National research ethics committees:
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/guidelines-for-research-ethics-in-the-social-sciences-and-the-humanities.pdf>
- NHI.no. (2023, 01 04). *NHI.no*. Hentet fra Norsk helseinformatikk:
<https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/virusinfeksjoner/svineinfluensa/>
- Nilstun, C. (2021, 11 08). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Store Noreske Leksikon:
<https://snl.no/virtuell>

- Nissen, M. (2014). Psykososialt arbeid, fortellinger, medvirkning og fellesskap. I E. Skærbæk, & M. Nissen (red.), *Psykososialt arbeid, fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendak Norsk Forlag AS.
- Norberg, H. (2020, 07 01). Hentet fra <https://norskluftambulans.no/nyheter/slik-har-vi-kjempet-mot-tidligere-pandemier/>
- Norsk forening for kognitiv terapi. (u.d.). *Kognitiv terapi*. Hentet 04 2023 fra Kognitiv terapi: <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
- NRK.no. (2019, 07 19). *Forskning: Skjermlesing gjør oss utålmodige*. Hentet fra NRK.no: https://www.nrk.no/innlandet/forskning_-skjermlesing-gjor-oss-utalmodige-1.14629872
- Regjeringen Solberg. (2020, 03 12). *Regjeringen.no*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/smk/pressemeldinger/2020/nye-tiltak/id2693327/>
- Regjeringen.no. (2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Regjeringen.no. (2021, 09). *Digital hele livet - Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen*. Hentet fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/contentassets/8f8751780e9749bfa8946526b51f10f4/digital-hele-livet.pdf>
- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Univeritetsforlaget .
- Skre, I. B. (2021, 11 08). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/>: <https://snl.no/terapi>
- Sorensen, A. (2022, 11 11). Taking critical junctures seriously: theory and metode for causal analysis of rapid institutional change. *Planning perspectives*, s. 19.
- SSB.no. (2021). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no>: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/faktaside/internett-og-mobil>
- Store Norske Leksikon. (2022, 09 7). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/byråkrati>
- Sundstrøm, K. (2019 , 06 17). *Nasjonal digital læringsarena*. Hentet fra <https://ndla.no>: <https://ndla.no/article/18469>
- Svalastog, A., Kristoffersen, N. J., & Lile, H. S. (2019). Psykososialt arbeid, Kunnskap, verdier og samfunn. I *Psykososialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Tawiah, S. H. (2020). *Kan jeg være der for deg, selv om jeg er på video? En studie om videotjenester, terapeutisk relasjon og kommunikasjon i en pasndemi*. (VID, Red.) Oslo, Norge: VID vitenskaplig høyskole Oslo.
- Terum, L. (2021, 05 15). *Store Norske leksikon*. Hentet 14. april 2023 fra Bakkebyråkrat i Store norske leksikon: <https://snl.no/bakkebyråkrat>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen, Norge: Fagbokforlaget.
- Torsteinsson, V. W. (2008). Perspektiver på selvbegrepet. I A. Johnsen, R. Sundet, & V. W. Torsteinsson, *Samspill og selvpålevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo, Norge: Forfatterne og Tano Aschehoug 2000.
- Torsteinsson, V. W., Johnsen, A., & Sundet, R. (2000). I V. W. Torsteinsson, A. Johnsen, & R. Sundet, *Samspill og opplevelser - nye veier i relasjonsorieinterte terapier*. Oslo: FOrfatterne og Tano Aschehoug.

- udir.no. (u.d.). *Undervisning og tilpasset opplæring*. Hentet fra <https://www.udir.no>:
<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/3.-prinsipper-for-skolens-praksis/3.2-undervisning-og-tilpasset-opplaring/?lang=nob>
- Webster, A., Svalastog, A., & Allgaier, J. (2020, 07 13). Mapping New Digital Landscapes. *Information, Communication & Society*, s. 6.
- WHO. (2020, 03 13). *FN Sambandet*. Hentet fra <https://www.fn.no/nyheter>:
<https://www.fn.no/nyheter/hva-vil-det-si-at-who-kaller-koronaviruset-en-pandemi>
- Ystrøm, T. F., Gustavson, E., Rosenstr, Rosenström, K., Bramness, T., Gillespie, N., . . . Reichborn-Kjennerud, T. (2018). *Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries*. Scandinavia: Acta Psychiatrica.
- Zahavi, D. (2017). *Fænomenologi*. Danmark: Roskilde Universitetsforlag.
-

Vedlegg

Intervjuguide - Vedlegg 1

I forbindelse med pandemien, ble det veldig fort, gjort en del endringer i måten psykisk helsearbeid ble utført på. Det ble krav om hjemmekontor og oppfølging av pasienter, foregikk fra de ansattes egne hjem - via digitale verktøy. Jeg ønsker derfor å se på hva som ble gjort og på hvilken måte man har funnet midlertidige løsninger, for å kunne opprettholde kontakten med pasientgruppene under nedstegningen av samfunnet i Norge, under pandemien. Det ble over natten 11-12. mars 2020, gjort en endring fra åpne kontor til hjemmekontorløsninger.

Begrepsbeskrivelser:

Digitale verktøy = Telefon, videosamtaler og SMS/e-post

Digital bruker = Person med digital ID, som Bank ID og eller andre alternativer for å benytte elektroniske tjenester som krever sikker innlogging.

Kontekst/Spørsmål og stikkord for tema som er ønsket omtalt.

PANDEMI:

1. Kan du fortelle hvordan du opplevde overgangen fra vanlig drift til hjemmekontor?

2. PRAKTISK GJENNOMFØRING:

Kan du fortelle litt om hvordan du har tilpasset arbeidsoppgavene dine etter hjemmekontor løsningen ble innført?

STIKKORD:

Fungert bra/dårlig?

-Har digitale verktøy utgjort en forskjell

-Opplevelsen av å jobbe hjemmefra

-kontakten med pasientene

-Tilgjengelig plass/rom

-oppmøte til avtaler

-Tilpassinger for å benytte hjemmekontor

-innhold i samtalen

-Kommentarer fra pasienter

3. DEN TERAPEUTISKE SAMTALEN;

Har du eksempler på hvordan en typisk samtale med de digitale løsningene har vært.

4. KUNNSKAP:

Kan du si litt om egen kunnskap på data og IKT løsninger.

Stikkord:

-Hvorfor kunne de gamle eventuelt ikke benyttes?

-Fortell hvorfor den ene eller den andre løsningen å foretrekke?

-Eventuelt hva har vært mer utfordrende?

Grunnleggende kunnskap til data

Grunnleggende kunnskap i Office

Kjente du til Teams og Norsk Helsenett

Nødvendig kunnskap/opplæring.

Trygghet under veiledning av andre

Tilgang på nødvendig utstyr.

Data sikkerhet, data snoking, personvern.

Opplevs den nye formen – digital dialog, som

trygg for deg, som benytter løsningen?

5. Kan du si noe om utfordringer og eller hindringer du har møtt på underveis?

Stikkord:

-Har du på noen tidspunkt følt noen hindringer/utfordringer pga. manglende kunnskap?

-Vet du hva du kan se etter og hva du skal gjøre for å ha en sikker tilkobling?

-Hvis nei, hva opplever du utrygt?

-Underveis i pandemien, har administrasjonen i kommunen avdekket en del manglende kunnskap om datasikkerhet hos sine ansatte. De gjorde noen grep for å øke kunnskapen.

-Kjenner du til disse?

-Mestringsfølelse/Opplevelsen av å inneha nødvendig kompetanse. Praktisk/teoretisk

-Har du gjennomført microleksjonene som IKT avdelingen i kommunen har sendt ut på e-post?

-Har du hatt noen som har falt fra underveis pga. manglende utstyr eller kompetanse - for å ha kontakt via digitale løsninger?

6. IKKE-DIGITALE BRUKERE

Kan du si noe om hvordan man har løst samtaler med de som ikke har data/internett, eller heller ikke får til å snakke på tlf.?

7. ERFARINGER I SAMTALENE

Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde tjenesten generelt - før og etter pandemien?

Informasjonsskriv – Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

Master i Psykososialt arbeid

Digital kommunikasjon i Psykisk helsetjenesten

Dette er et spørsmål til deg som jobber i psykisk helsetjeneste på kommunalt nivå, om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan den digitale løsningen - tjenesten benytter under pandemien, har berørt deg og dine pasienter i terapirommet. I dette skrivet gis informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en del av min master studie i Psykososialt arbeid som skal leveres inn våren 2022.

Oppgaven jeg skriver handler om den digitale kommunikasjonsformen som ble satt inn isteden for personlige oppmøter, når samfunnet har stengt ned ved flere anledninger under pandemien.

Oppgaven stiller spørsmålet;

«Hvordan har utøvelsen av psykisk helsetjenester, påvirket dialogen mellom pasient og terapeut med digitale verktøy i terapirommet?»

Svarene du eventuelt gir i intervju, som blir gjennomført av meg, vil bli tatt opp i lydformat – og lagret digitalt på en sikker server hos NSD (Norsk senter for forskningsdata). Opptaket vil bli lagret frem til oppgaven er godkjent. Deretter slettes alle opptak og skriftlig arbeidsmateriale, som har vært brukt til å arbeide frem oppgaven. Spørsmålene som blir stilt under intervjuet vil utelukkende dreie seg om *din opplevelse* av den digitale endringen, sett opp mot tjeneste-gjennomføringen før pandemien.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet, sammen med master student, Ann Katrin Bergan og veileder, Anna-Lydia Svalastog.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta, fordi du yter psykiske helsetjenester fra kommunalt tjenestenivå og er derfor i målgruppen for den informasjonen prosjektet er ute etter og fordi du har erfaring med å yte psykisk helsetjeneste via digitale plattformer. Intervjuene er nødvendig for å kunne si noe om dine opplevelser av hvordan tjenesten er påvirket av digitalisering i tjenesteutøvelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta: Vil du bli kontaktet av meg på den oppgitte kontaktinformasjonen. Vi avtaler et tidspunkt for personlig intervju, som er metoden jeg har valgt å benytte, som er kvalitativ forskning. Da er jeg interessert i å høre dine erfaringer og meninger om den digitaliserte løsningen som tjenesten har benyttet som arbeidsverktøy under pandemien; covid-19.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du snakker med meg og svarer muntlig på spørsmålene jeg stiller. Her er ingen riktige eller feile svar. Det vil ta ca. 30- 45 minutter. Samtalen vil inneholde spørsmål om dine opplevelser av den nye digitalisert samtaleformen,

på telefon eller video. Dine svar vil bli lagret først som lydopptak fra samtalen, disse blir lagret elektronisk, frem til samtalen er transkribert (gjort om til tekst format). Deretter slettes lydfilene når transkribering er ferdigstilt. Den skriftlige versjonen vil bli oversendt til deg for korrektur lesing og med mulighet for tilbakemeldinger om endringer. Utskriftene fra lydopptakene vil bli lagret frem til prosjektet er avsluttet/godkjent av sensor og høgskolen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake, uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da umiddelbart bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg, hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Deltagelsen skal være anonym for alle.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. I dette prosjektet er det kun jeg og min faglige veileder som har tilgang på disse opplysningene.

Dette innebærer i praksis at:

Jeg skal selv stå for innsamlingen av data, gjennomføre intervju og transkribere intervjuene. I tillegg til meg, vil faglig veileder ha tilgang til alt materiale, Anna-Lydia Svalastog ved Høgskolen i Østfold.

Gruppeveiledninger i form av masterseminar og ved eksaminering/sensor vil kun få tilgang på anonymisert materiale som da blir den ferdige oppgaven.

Det vil ikke bli referert til uttalelser eller spesielle situasjoner – uten at dette er godkjent av deg som har bidratt med dette. Det som kan bli gjenkjennbart for deg i det ferdige produktet, skal kun være forhåndsgodkjente uttalelser fra deg. Alle opplysninger, gitt under intervjuene - vil være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres/destrueres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er våren 2022. *Alle lydfiler vil bli slettet etter transkribering – altså før prosjektslutt for å sørge for kortest mulig lagrings tid. Alt transkribert materiale vil bli makulert når prosjektet er avsluttet/godkjent.*

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

å få rettet personopplysninger om deg,

å få slettet personopplysninger om deg, og

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til prosjektet/studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter og trekke samtykke og deltagelsen, ta kontakt med:

- Høgskolen i Østfold ved master student, *Ann Katrin Bergan*, 93 44 68 82, e-post ann.k.bergan@hiof.no . Faglig veileder, *Anna-Lydia Svalastog*,
- Vårt personvernombud: *Lars Erik Aas*, lars.e.aas@hiof.no eller personvern@hiof.no tlf. 93 20 19 18

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anna-Lydia Svalastog
(Forsker/veileder)

Ann Katrin Bergan
Master student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Digital kommunikasjon i Psykisk helsetjenesten*, og har fått anledning til å stille nødvendige spørsmål jeg har.

Jeg samtykker til:

- å delta i *personlig intervju, enten ved personlig oppmøte, på telefon eller over videosamtale.*
- at prosjektet kan referere til/ bruke/gjengi fraser, uttrykk og/eller beskrivelser jeg har gitt i intervjuet.*
- at opplysninger om meg kan publiseres, slik at jeg kan gjenkjennes, hvis godkjenning av innhold gis - på forhånd, av meg.*
- at opplysninger om meg IKKE kan publiseres, slik at jeg kan gjenkjennes hvis godkjenning*
- at mine personopplysninger lagres frem til prosjektet er avsluttet/godkjent, senest slettet innen 31.12.2022.*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet og senest til 31.12.2022.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Godkjenning (NSD) SIKT – Vedlegg 3

Melding10.12.2021 08:53

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremst den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens

krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!
