

Et psykiatrisk sykehus funksjon i samfunnet – avspeilt i en pasientundersøkelse

Eva Axelsen

Helge Waal

Det psykiatriske sjukehuset har langt mer kompliserte oppgifter än att bara vara "behandlingsställe för sjuka". En ingående målanalys är därför viktig vid en omstrukturering som många sjukhus i dag genomgår. I följande artikel redovisas en sådan målanalys, där patientklientelet på ett stort norskt psykiatrisk sjukhus undersökts med utgångspunkt från organisationsteoretiska modeller.

Undersökningen innefattar frågor till läkare/psykologgruppen, avdelningspersonalen respektive patienterna om den viktigaste orsaken till sjukhusvistelsen. Anmärkningsvärda skillnader framkommer så att läkare/psykologgruppen i betydligt större utsträckning än patientgruppen anger "aktiv behandling" som orsak till hospitaliseringen. Patientgruppen anger i betydligt större utsträckning än läkare/psykologgruppen och avdelningspersonal behov av sysselsättning och bostad som orsak till hospitaliseringen. Avdelningspersonalen betonar betydligt oftare än läkare och psykologer träningens betydelse som hospitaliseringsorsak.

Denna enkätstudie understrekar samman-

ställt med demografiska data att sjukhuset i stor utsträckning fungerar som en nätverkssättning för sina patienter.

Resultaten understryker de målkonflikter som karakteriserar psykiatriske sjukhus.

Utvecklingen medför en allt större tonvikt på sjukhusets behandlingsmålsättning, inte minst för att legitimera den kostsamma sjukhusdriften. Samtidigt är detta en central funktion blott för ett mindre-tal av patienterna. Detta skapar interna spänningar i organisationen, där också de anställda upplever att en del av patienterna blir svikna.

En fortlöpande och ingående analys av sjukhusets målsättning och funktioner är nödvändig för att sjukhusets inre system skall fungera. Men det krävs också en politisk information, att det psykiatriske sjukhuset fungerar som en nätverkssättning – för att sjukhuset skall kunna bidra till en nödvändig förändring av såväl samhället som sjukhusets fortsatta uppgifter.

Helge Waal är psykiater och universitetslektor vid Gaustad sykehus. Eva Axelsen är kand psykol.

Innledning

Det er i dag lenge siden psykiatriske institusjoner ble betraktet ut fra en enkel somatisk modell, som "behandlingssteder for syke". Kritikerne av sykehusene påviste det lite realistiske i dette synet, og organisasjonslærens utvikling har vist hvor forenklet et slikt syn er. Behandlings- og sykdomsbegrepe-

ne er likevel sentrale for de overordnede myndigheters bevilgningspolitikk, for oppbygningen av det psykiatriske sykehus struktur, inklusive stillingskategorier og for de sett av begrunnelser som styrer de ansattes handlinger i arbeidssituasjonen. Likeledes er behandlings- og sykdomsbegrepene sentrale for pårørende og pasienter.

Den omfattende omstrukturering som mange sykehus i dag gjennomgår, gjør det viktig å komme frem till riktigere og mere nyanserte synsmåter. Dette er hensikten med det foreliggende arbeidet. En pasientundersøkelse fra Gaustad sykehus brukes til å belyse behandlingsorganisasjonens reelle funksjoner. Resultatene vil bli diskutert på organisasjonsteoretiske grunnlag.

Litteratur

Blant de første som kritiserte det forenklete synet på sykehuset som en målrettet behandlingsorganisasjon var Parsons (1956 og 1957). Han så sykehusene som sosiale systemer som regulerte arbeidet med pasientbedring og samfunnsbeskyttelse. Sykehusene samhandlet med omgivelsene gjennom ressurs-sikring, oppbygningen av organisasjonsstruktur osv. Etzioni (1960 a og b) videreførte dette til å se sykehuset som en sosial enhet med primære egne behov og som en del av omverden. De offisielle målsettingene har bare en begrenset innflytelse på organisasjonsdriften. Forståelse av et sykehus får vi bare om vi studerer samspillet mellom organisasjonens forskjellige bestandeler, relasjonen til det politiske samfunn og til omgivelsene.

Det er senere utviklet flere mer detaljerte modeller for behandlingsorganisasjoner. Alle disse bygger på systemtenkning med en input, throughput og output modell. Gjennomstrømning, bearbeiding og produkt/resultat utgjør den grunnleggende betraktningens måte. I det følgende vil vi bruke en modell som er spesielt tillempet behandlingsorganisasjonen, dvs. den "menneskeforandrende organisasjon" (Perrow 1965). Det som kjennetegner "menneskeforandrende organisasjoner" er at råmaterialet som kommer inn i systemet er mennesker. Klienter og ansatte er altså input. Throughput er feks behandling eller resosialisering, og output er bedre pasienter som skrives ut, ansatte som har fått utdannelse, forskningsresultater m. m. Denne modellen viser og understreker avhengigheten av og vek-

En behandlingsorganisation har klientmål-sättningar, systemmålsättningar och samhällsmålsättningar.

Exempel på klientmålsättningar är resosialisering och rehabilitering av klienterna.

selspillet med samfunnet, samtidig som den tar vare på det spesielle ved behandlingsorganisasjoner. Perrows modell viser også at behandlingsmålsettingen bare er én av mange. En behandlingsorganisasjon har, ifølge Perrow, klientmålsettinger, systemmålsettinger og samfunnsmålsettinger. Vi skal si litt mer om disse målsettingene.

Klientmålsettinger sier noe om hva klientene skal kunne utføre etter at de har avsluttet behandlingen i sykehuset. Klientmålsettingene vedrører altså det arbeid som utføres direkte med klientene, dvs. det som vi vanligvis oppfatter som den eneste målsetting for det psykiatriske sykehus. Eksempler på klientmålsettinger er resosialisering og rehabilitering av klientene.

Systemmålsettinger omhandler de funksjoner som ivaretar behandlingsorganisasjonen som sosialt system, dvs. som "et sett av roller som står i definert forhold til hverandre". (Aubert 1964, s. 69). Eksempler på systemmålsettinger kan være å spare og sikre ressurser, unngå konflikter mellom de ansatte osv. Systemmålsettingene angår systemets evne til overlevelse ved å holde en indre orden. Et kjent eksempel på et system som ikke klarte dette er Statens forvernssenter i Oslo som ble et "hus i splid med seg selv" (Forvernssenteret ble nedlagt etter en konflikt mellom de ansatte og overlegen). Systemmålsettinger angår også systemets indre liv og det uformelle system i organisasjonen.

Samfunnsmålsettinger sier noe om hvilke funksjoner organisasjonen har i samfunnet. Aubert (op cit) sier om dette: "Når en skal beskrive et samfunn, er det vanlig å ordne stoffet etter institusjoner. En institusjon er et sett normer og derved roller som grupperer seg omkring en oppgave eller en funksjon" (s. 198). Ifølge sosiologisk tankegang er altså samfunnet delt inn i sosiale institusjoner som, ideelt sett, tar seg av bestemte oppgaver i samfunnet. Vi har feks familieinstitusjonen, utdanningsinstitusjonen, de religiøse institusjoner, helseinstitusjoner osv.

Exempel på systemmålsättningar kan vara att spara och säkra resurser eller undgå konflikter mellan de anställda.

Samfunnsmålsettingene for det psykiatriske sykehuset ligger derfor implisitt i samfunnsordningen. Organisasjonen må opprettholde og legitimere virksomheten slik den er utformet fra samfunnets side hvis den skal bestå. Bott (1976) sier: "... mental hospitals are still constrained to perform the task they have always carried out for society, which is temporarily or permanently to remove from their place in society people who are socially defined as mentally ill" (s 97). Hun sier videre: "... mental hospitals inevitably act on behalf of society, not just on behalf of the individual patients whom the hospital temporarily or permanently removes from society" (s 97).

Mandatet fra samfunnet til det psykiatriske sykehus er i samsvar med dette å behandle, kontrollere og ta vare på mennesker som man mener er avvike-
re p.g.a psykiske problemer. Formålet med sykehusoppholdet er imidlertid ideelt sett, å få avvike-
ren til å fungere igjen ved å gi ham behandling. Løchen (1965) mener at en vellykket pasientutskrivning er en godkjenning av at systemet oppfyller sine funksjoner. "Pasienten hadde levert beviset, nå var hun ferdig til utskrivning..." (s 186). At klienten blir ferdigbehandlet og utskrevet, er ifølge dette ikke bare en klientmålsetting, men også en systemmålsetting og samfunnsmålsetting.

De tre ovennevnte målsettingene er derfor ikke adskilt fra hverandre, men er innvevd og gjensidig avhengige. Problemer eller dilemmaer i en social organisasjon kan skyldes at disse tre målsettingene er uforenlige eller i konflikt med hverende. Dette skal vi komme tilbake til avslutningsvis.

En undersøkelse av det psykiatriske sykehusets funksjon i samfunnet burde altså ta utgangspunkt i pasientene, i den sosiale strukturen i sykehuset og i den sosiale strukturen i samfunnet. I denne undersøkelsen vil vi gå inn på én av disse tre faktorene, pasientklientellet. På tross av det ufullstendige

perspektivet mener vi at vi kan si noe om sykehusets funksjon i samfunnet.

Undersøkelsen

Pasientundersøkelsen ble gjennomført ved mannsi-
den på Gaustad sykehus høsten 1974, som på dette tidspunkt hadde 236 pasienter. For vurderingen av resultatene kan det ha betydning å vite at sykehuset er landets eneste gjenværende statssykehus preget av et stadig minskende ansvarsområde. På undersøkelsestidspunktet var hovedinntaket fra en sektor av Telemark foruten fra Oslo-regionen. Sektoriseringen i Oslo var i ferd med å føre til primæransvar for en sektor av byen. Eierforholdene var også noe uklare, idet det var forhandlinger med sikte på at Oslo kommune skulle overta sykehuset.

Pasientundersøkelsen består av to deler: en *census* undersøkelse og en *problemorientert* pasientundersøkelse. Den første del av undersøkelsen består i en ren registrering av pasientbefolkningen med forskjellige demografiske data. Disse data belyser pasientbefolkningens diagnoser, varighet av behandling, aldersfordeling, utdannelsesforhold, yrkesbakgrunn, nettverk, kontakt utenfor sykehuset, geografisk tilhørighet og bomuligheter utenfor sykehuset. Den problemorienterte delen av undersøkelsen består i at pasienter, personal og lege/psykolog har svart på spørsmål om hvorfor de mener at pasienten er i sykehuset og hva han trenger hjelp til. Svarkategoriene ble inndelt i behandling, opptrening, velferd, skjerming og pleie.

De demografiske data er ment å gi en oversikt over pasientens sosiale situasjon og de problemorienterte data en oversikt over hva pasienten trenger sykehuset til. Til sammen sier dette noe om hvilken funksjon sykehuset synes å ha for pasientene. Vi vil deretter diskutere hva undersøkelsens resultater sier om dette sykehusets funksjon i samfunnet.

Mandatet från samhället till det psykiatiska sjukhuset är att behandla, kontrollera och ta vara på människor, som man menar är avvika-
re p g a psykiska sjukdomar.

Tabell 1. Diagnoser

Schizofreni	66.9
Reaktive psykoser	8.1
Maniodepressive psykoser	3.8
Organiske hjernelidelser	7.2
Nevroser	3.4
Personlighetsforstyrrelser	0.4
Alkoholbetingete lidelser	3.8
Medikamentmisbruk	1.7
Annet	4.7
Antall	236

Resultater

Resultatene viser at pasientbefolkningen var preget av pasienter med diagnosen schizofreni (66,9%). Nevrosepasientene utgjorde bare 3,4% av pasientbefolkningen (tabell 1). Videre ser vi at mer enn 80% av pasientene hadde vært mer enn 1 år i sykehuset. Bare 19,1% hadde vært innlagt kortere enn 1 år. Nesten halvparten av pasientene hadde vært 15 år eller mer i sykehuset (tabell 2). Når det gjaldt aldersfordelingen (tabell 3) var bare 0,8% av pasientene under 20 år, mens 35,6% var 61 år eller mer.

Tabell 2. Samlet behandlingstid

Behandlingstid i år	<1	1-2	3-5	6-9	10-14	15 og mer
Pasienter	9.3	9.7	5.5	13.1	13.1	49.2

Tallene angir prosentandel av pasientpopulasjonen. N = 236

Tabell 3. Aldersfordeling.

Alder	<20	21-30	31-40	41-50	51-60	61- og eldre
%	0.8	14.0	14.0	16.9	18.6	35.6

Prosentangivelse. N = 236.

Tabell 4. Pasientenes utdanningsforhold.

Særskole	Folkeskole	Realskole, Ungdoms-Framkaldssk.	Artium	Yrkesutd.	Universit. studium.
6.4	47.5	23.7	4.2	14.0	4.2

Tallene viser prosentvis fordeling. N = 236.

.....
 Patientklientelet var präglat av pasienter med diagnosen schizofreni (66,9%).

Mer än 80 % av patienterna hade varit mer än ett år på sjukhuset.

Videre ser vi at mer enn halvparten av pasientene bare hadde folkeskole eller særskole. 67,6% hadde en utdanningsbakgrunn tilsvarende ungdomsskolenivå eller lavere. Få hadde høyere utdanning eller en yrkesutdanning (tabell 4). Tabell 5 viser yrkesgrupper. Den største gruppen er ufaglærte arbeidere (22,5%). 31,4% av pasientene hadde hatt så sporadisk eller skiftende arbeid at man ikke fant noen kategori eller de sto etter mange års hospitalisering uten mulighet i sitt yrke (feks gårdbrukere og fiske-). Til sammen var det 56% uten yrkestilhørighet.

Når det gjelder pasientenes nettverk, hadde bare 9,3% av pasientene en tilgjengelig egen familie, mens 54,5% hadde tilgjengelig opphavsfamilie. Bare 1,3% hadde venner og andre personer som kunne utgjøre noe nettverk. Tabell 7 viser at bare 33,9% av pasientene hadde besøk, eller gikk

Tabell 5. Pasientenes yrkesbakgrunn.

Hånd- verker	Faglært arbeid	Ufaglært arbeid	Selvst. nærings- drivende	Under- ordnet funksjo- nær	Over ordnet funksjo- nær	Akade- miker	Annet	Intet
1,3	9,7	22,5	1,3	5,5	2,5	1,3	31,4	24,6

Prosentangivelse. N = 236.

Tabell 6. Geografisk tilhørighet for pasientens tilgjengelige sosiale nettverk, og for pasientene.

	Oslo	Øst- landet	Sør- landet	Vest- landet	Trøn- delag	Nord- Norge	Utlan- det	Intet
Nettverk	22,9	28,4	3,8	3,0	0,8	2,1	0,8	38,1
Pasienter	28,8	45,8	5,5	5,9	1,7	9,3	3,0	

Prosentangivelse. N = 236.

ut av sykehuset på besøk, oftere enn 10 ganger i året. 32,7% hadde aldri noen av disse kontaktformene. Når det gjelder geografisk tilhørighet for pasientenes tilgjengelig nettverk, viser tabell 6 at ca halvparten av pasientene hadde tilgjengelig nettverk i Oslo eller østlandsområdet og kom fra denne landsdelen. Av tabell 8 fremgår det at pasientene hadde svært dårlig bosituasjon utenfor sykehuset. Over 80% av pasientene sto uten bomuligheter.

Som beskrevet tidligere valgte vi å spørre pasienter og behandlere direkte om hvorfor pasienten var i sykehuset. Tabell 9 viser svarkategoriene. Som det går frem av tabellen, representerer alternativ 1 den egentlige behandlingsfunksjon, alternativ 2 opptreningsfunksjon, alternativ 3–6 representerer forskjellige velferdsfunksjoner, mens alternativ 7 står for skjerming av pasientene og alternativ 8 pleiefunksjonen.

Hver lege/psykolog og hver avdelingsleder besvarte dette spørsmålet for de pasientene de hadde ansvaret for. Når det gjaldt pasientene gikk undersøkerne sammen med avdelningspersonalet gjennom pasientene på avdelingen for å vurdere pasientenes muligheter til å svare. Hver pasient som overhodet kunne besvare og oppfatte spørsmålene, ble kontaktet. De som hadde behov for det, kunne få

råd under besvarelsen. Det ble ikke gjort noe forsøk på å legge press på de som ikke ønsket å besvare.

Avdelingslederne returnerte skjema for samtlige pasienter, mens det manglet to svar fra lege/psykolog gruppen. 72 pasienter ville ikke eller kunne ikke svare, mens 164 skjemaer ble utfylt. Av disse fylte 101 pasienter alene, mens 63 fikk hjelp under utfyllingen.

Tabell 7. Pasientenes kontaktflate. Kontakt med personer utenfor sykehuset.

Aldri	Med års mellomrom	Ca. 1 gang pr. år	Opptil 10 g/år	Oftere
23,7	8,5	10,2	23,3	33,9

Prosentangivelse. N = 236.

Tabell 8. Pasientenes boligsituasjon.

	Ja	Nei	Ukjent
Egen	14,4	81,4	4,2
Annen	11,4	83,9	4,7

Prosentangivelse. N = 236.

Tabell 9. Problemorienterte data. Oversikt over svarkategoriene.

Hva mener du er den viktigste grunnen til at du/pasienten fortsatt er i sykehuset nå?

Pasienten besvarer	Behandleren besvarer
1. Jeg har nervøse problemer og trenger mer behandling for å bli bedre.	1. Pasienten er under aktiv behandling med sikte på symptombedring.
2. Jeg kunne utskrives hvis jeg fikk trening i å greie en jobb og i å greie meg i det daglige.	2. Pasienten har oppnådd den grad av symptombedring som det er realistisk å forvente, men trenger trening og stabilisering i arbeidsfunksjonen eller den daglige funksjonen sosialt.
3. Jeg kunne utskrives hvis jeg fikk en passende jobb.	3. Pasienten er frisk nok til å utskrives dersom han kunne skaffes et arbeid som passer ham.
4. Jeg kunne utskrives hvis jeg fikk ett passende sted å bo.	4. Pasienten er frisk nok til å utskrives dersom han kunne skaffes rimelige og bra boligforhold.
5. Jeg kunne utskrives hvis jeg fikk tilfredsstillende jobb og bolig.	5. Pasienten er frisk nok til å utskrives, men trenger både bolig og jobb.
6. Jeg kunne utskrives, men jeg tror det vil gå dårlig fordi jeg kjenner så få utenfor sykehuset som jeg kan være sammen med.	6. Pasienten er frisk nok til å utskrives, men mangler nesten totalt et sosialt miljø. Han ville derfor bli for isolert.
7. Jeg er for dårlig til å flytte ut, det er best jeg blir her.	7. Pasienten er selv etter den behandlingen vi kan by, såvidt svak at han trenger et skjermet miljø slik som i sykehuset i lang tid fremover, evt. varig.
8. Jeg må ha hjelp hver dag for å klare meg. Hvis jeg ikke var her, måtte jeg være et annet sted hvor jeg fikk hjelp.	8. Pasienten er varig for svekket til å klare seg selv. Trenger daglig hjelp.
9. Det er andre grunner til at jeg fortsatt er i sykehuset. Hvilke	9. Andre grunner. Hvilke?

Tabell 10 viser en oversikt over svarfordelingen. Det mest iøyenfallende ved resultatene er at få blir vurdert til å trenge aktiv behandling (7,3 % bedømt av pasientgruppen, 19,2 % av lege/psykologgruppen). Liknende tendens gjør seg gjeldende når det

gjelder trening. Videre ser vi at 26 % av de pasientene som svarte, betraktet sykehuset primært som erstatning for arbeid og/eller bolig. Avdelingspersonalet og lege/psykologgruppen la betydelig mindre vekt på dette.

Tabell 10. Den viktigste årsaken til fortsatt hospitalisering.

Tallangivelse i prosent, absolutte tall i parentes.

Svartype	Aktiv behandling ling	Trening	Jobb, bo- lig eller jobb + bolig	Sosialt	Skjer- ming	Pleie	Annet
Avdeling N = 236	15,3 (36)	10,2 (24)	10,2 (24)	2,1 (5)	15,7 (27)	37,7 (89)	8,9 (21)
Lege/psykolog N = 234	19,2 (45)	4,7 (11)	11,5 (27)	0,9 (2)	15,4 (36)	45,7 (107)	2,7 (6)
Pasient N = 165	7,3 (12)	8,5 (14)	26,0 (43)	1,8 (3)	14,5 (24)	28,5 (47)	13,5 (22)

Pasienttallene kan ikke direkte sammenlignes med de to andre gruppene fordi prosentbasis er lavere. Det er vel likevel sannsynlig at en hovedvekt av de pasientene som ikke har besvart, ville blitt plassert i skjermings- eller pleierkategorien. Det er derfor påfallende at bare 7,3 % av pasientene anser behandlingsfunksjonen som viktigst for dem.

Et annet tydelig funn var at pleiefunksjonen ble vurdert som den viktigste for en betydelig del av pasientbefolkningen. Leger og psykologer var de som la størst vekt på dette, pasientene minst. For pasientenes del spilte det sikkert en rolle at mange av ikke-svarerne naturlig burde ha valgt dette svaralternativet.

Det generelle svarmønster som tabellene gir, viser at lege/psykologgruppen som primært er "behandlere" legger størst vekt på denne funksjon. Sykepleierne synes åpenbart at treningsaspekt er mest sentralt. Pasientene har enten lagt vekt på velferdsfunksjonen eller valgt å bruke kategorien "annet". Det er ikke så mange som har begrunnet dette siste

.....

Det allmänna svarsmönstret visar att läkare/psykologgruppen som primärt är "behandlare" lägger störst vikt vid den funktionen. Sjuksköterskorna tycker uppenbart att träningsaspekten är mest central.

.....

nærmere, men de som har gjort det, betrakter hospitaliseringen som et overgrep eller gir andre individuelle årsaker.

Diskusjon

De demografiske data gis oss et bilde av en pasientbefolkning som hovedsakelig består av eldre og middelaldrende schizofrene pasienter. De har tilbrakt en vesentlig del av sitt liv, ofte størsteparten av voksen alder, i psykiatrisk sykehus. Det er en gruppe som har et meget lavt utdanningsnivå og en yrkesbakgrunn fullstendig ute av takt med det nåværende arbeidsmarkedet.

I tillegg til dette har ofte kontakten med familien og andre gått tapt gjennom årene. Få har etablert egen familie. I materialet var kontakten med opphavsfamilien riktignok noe større enn ventet. Kvaliteten av denne kontakten er ikke vurdert, men en kan regne med at det ofte dreier seg om pliktbesøk på fødselsdager eller i høytider. Få hadde venner og kontaktflate utenfor sykehusets grenser. Det nettverk som pasienten hadde, var derfor for en stor del lokalisert inne i sykehuset. En kan vel trygt si at sykehuset i stor grad fungerte som en nettverkserstat (Holter 1975) for en stor del av sine pasienter.

En vesentlig svakhet ved undersøkelsen må vurderes. Gaustad sykehus står i en spesiell situasjon som det eneste gjenværende landssykehus. Gjen-

nom mange år har det blitt ett oppsamlingssted for pasienter fra forskjellige kanter av landet. Hvor typisk er Gaustad derfor som psykiatrisk sykehus? Det som er åpenbart klart, er at grunnlagsproblemet er typisk. De aller fleste som har hatt kontakt med et psykiatrisk sykehus, vil gjenkjenne beskrivelsen. En fersk undersøkelse av Ugelstad (1977) sammenligner langtidspasientene og pasientklientelet i Gaustad sykehus med Trøndelag psykiatriske sykehus (TPS) og Åsgaard sykehus. Det siste har en helt annen utviklingshistorie og en markert annerledes organisasjon. TPS har imidlertid i stor grad samme aldersfordeling, liggetid og diagnosefordeling som Gaustad sykehus. Robak og Larsen (1971) har dessuten i en undersøkelse fra Oppdøl sykehus med en noe annen metodikk kommet til resultater som ligner svært på våre. Det er derfor rimelig å si at problemene er typiske for psykiatriske sykehus.

Hva er så årsakene? Selve innleggelsen er et uttrykk for pasientens problemer og for de problemene nettverket har hatt med pasienten. (Se feks Hanson & Babigan, 1974). Resultatet er blitt innleggelse, deretter utstøting av det sosiale nettverk. Gradvis er dette så blitt erstattet med et nettverk inne i sykehuset. Sykehuset selv har hatt mangelfulle tilbud og en arbeidsform preget av det kustodielle system, og dette har forsterket dynamikken. Gaustad sykehus – og rimeligvis de fleste andre psykiatriske sykehus – har derfor fått en kumulativ oppsamling av individer som ikke har maktet tilpasning til det åpne samfunn.

Det som umiddelbart går frem av de *problemorienterte* data, er at deltakerne på alle nivåer i behandlingsorganisasjonen har et meget nyansert syn på sykehusorganisasjonens funksjon. Det er likevel forskjeller mellom gruppene. De som legger mest vekt på behandlingsfunksjonen er leger og psykologer. De som legger mist vekt på den, er pasientene.

Treningsfunksjonen blir vurdert som mest sentral av personalet. Det er rimelig å tro at dette skyldes at mye av personalets arbeid går ut på sosial trening, og at de opplever pasientenes sosiale svikt i dagliglivet. Leger og psykologer står fjernere overfor dette og er dessuten indoktrinert i en mer rendyrket behandlingstankegang. Pasientene selv står igjen noe utenfor.

Sjukhuset har trått in som en nätverkserättning och som ett ställe att leva på för ett patientklientel av ensamma, isolerade och resursfattiga människor.

Det som pasientene i særlig stor grad vurderer som viktigst, er velferdsfunksjonen. For dem selv synes derfor sykehuset i stor grad i første rekke å bli et sted å leve, en tilflukt i en vanskelig verden. Behandlerne, derimot, ser helt annerledes på det. Dette er rimelig fordi arbeidet lett ville bli meningsløst som behandling hvis det ble godtatt at velferdsårsakene var de mest sentrale.

Alle tre gruppene er enige om at pleiefunksjonen er en særlig viktig funksjon. Det kan være noe påfallende at lege/psykologgruppen er de som legger størst vekt på denne funksjon samtidig som de legger særlig vekt på de aktive behandlingsfunksjonene. Det kan være mulig at legers og psykologers utdanning skaper en tendens til å se en pasients muligheter enten som behandling eller som oppgitt pleiekasus. Det kan videre tenkes at personalet som arbeider i miljøet naturlig får et mer nyansert syn på hva som kan gjøres for pasienten, og derigjennom et mer nyansert syn på sykehusets funksjoner.

Når det gjelder sykehusets funksjon i samfunnet belyser undersøkelsen at sykehuset hadde en sterkt begrenset funksjon som sted for aktiv terapeutisk påvirkning. Trenings-, velferds- omsorgs- og pleiefunksjonen var mer fremtredende. Selv om vi tar med treningsaspektet som et aktivt tiltak innenfor behandlingsbegrepet, vil likevel sykehusets mandat fra samfunnet (samfunns målsetting) bare i liten grad bli oppfylt. Behandling og resosialisering var bare en delfunksjon for sykehusorganisasjonen. Sykehuset hadde trådt inn som nettverkserstatter og et levested for en pasientbefolkning av ensomme, isolerte, ressursfattige mennesker.

Undersøkelsen sier i seg selv ikke noe om sykehuset hadde skapt denne situasjonen, eller om samfunnsutviklingen hadde medført en utstøtelsestendens som også uten det psykiatriske sykehus ville ha medført tilsvarende behov for oppbevarings- og

levesteder. I det første tilfellet er problemet et midlertid problem som løses med moderne behandlingsmetoder og en naturlig frafallsprosess. Mye tyder på at dette er for enkelt slik at den grunnleggende situasjonen er tendensen til utstøtelse av individer med marginalfunksjon.

Det er rimelig å drøfte hva funnene og organisasjonslæren kan si om sykehusdrift generelt. I Gaustad sykehus ble det fra 1973 satt i gang en omstrukturering av sykehusets mannsside slik som det er vanlig i psykiatriske sykehus [se Waal 1977]. Det var mange årsaker til dette, men et sentralt punkt var at sykehuset var kommet inn i en bakevje uten evne til å sikre ressurser og inntak nødvendig for en aktiv drift. Sykehusets offisielle målsetting på den tiden var i hovedsak behandling, og dette var mandatet fra samfunnet. Undersøkelsen viser at realitetene var anderledes. Det var derfor ikke samsvar mellom klientmålsettinger, systemmålsettinger og samfunnmålsettinger. Dette utgjorde et problem fordi den kostbare sykehusdriften i første rekke legitimeres gjennom behandlingsmålsetting.

Dette gjorde det viktig å skape en behandlingsorganisasjon med aktiv terapi som hovedfunksjon. For å oppnå dette måtte sykehuset gå gjennom en endringsprosess av *den indre sosiale strukturen* i sykehuset. Dette innebærer at lederskap, kommunikasjon, maktfordeling, arbeidsfordeling, normer, sanksjoner, ressurser og teknologi måtte endres.

Samtidig var det viktig å komme bort fra en defensiv posisjon og inn i en offensiv posisjon i forhold til *omverden*. Sagt i systemtermer kan man si at det var nødvendig å få "input" – kontroll, bedret kommunikasjon til overordnede systemer og nødvendige data for å sikre en offensiv styring. Mynighetene var lite villige til å gi bevilgninger til sykehuset før det var kommet i gang en omstrukturering i pakt med tidens krav til en behandlingsorganisasjon. Nedleggelse av sykehuset var t. o. m. lansert som en mulig framtid.

Samtidig var samfunnmålsettingene uklare av

Den kostsamma sjukhusdriften legitimeras i första hand genom behandlingsmålsättning.

Det var därför viktigt att skapa en behandlingsorganisation med aktiv terapi som huvudfunktion.

flere grunner. Regionalisering av landets behandlingsapparat førte vekk fra sentralsykehus. Dessuten var de psykiatriske sykehus omgitt av skepsis. Negative aspekter ved hospitaliseringen og tvil på sykehusbehandling for psykiatriske lidelser gjorde seg gjeldende. Sykehuset oppfylte altså ikke klientmålsetting og samfunnmålsettingen var uklar. Organisasjonen var derfor heller ikke i stand til å oppfylle systemmålsettinger, dvs. ta vare på systemets behov.

Undersøkelsen peker videre på at det er og var problemer ved de løsninger som ble valgt. Reformene gikk i første rekke ut på å utvide funksjonen som aktivt behandlingssenter. Samtidig var dette bare den mest sentrale funksjonen for et mindretall av pasientene. Dette vil lett skape interne spenninger i en behandlingsorganisasjon. De ansatte kan oppleve at en del av pasientene blir sviktet, og at disse pasientene står i veien for det som oppleves som framskritt.

Et annet problem er at hvis det psykiatriske sykehus i stor grad fungerer som tilfluktsted for utstøtte, vil disse menneskene lett stå uten alternativ og tilbud som en følge av de beskrevne reformer. Det vil da tvinge seg fram andre og kanskje mindre tilfredsstillende alternativer. Institusjonsdrift med ansatte i døgnposisjon blir et stadig dyrere tilbud, og pleiehjemmene forutsettes ofte å bli et billigere alternativ.

Det tredje punktet som det er naturlig å kommentere ut fra undersøkelsen, er den interne dobbeltkommunisering som lenge har vært til stede i det psykiatriske sykehus. Begrunnelsene for reguleringen av avdelingsdriften, reglene for pasientadferd og for ansatte er bygget opp rundt behandlings- og sykdomstenkning. De handlinger som er i samsvar med ideologien, er derfor slike som oppleves som behandling av sykdom. Undersøkelsen viser at dette bare er en begrenset del av virkeligheten. Mange av deltakerne i systemet legger primær vekt på andre

Om det psykiatriske sykehuset till stor utsträckning fungerar som en tillflykt för utstötta kommer dessa människor lätt att vara utan alternativ vid en reform av sjukhuset.

funksjoner, og de forener derfor en behandlingsideologi med en forståelse som har andre begrunnelser. Det kan derfor ofte bli uklart hva som er de reelle motivene bak tiltak, handlinger og regler.

Denne situasjonen forsterkes ved det økende innslag av aktiv behandling. I særlig grad skjer dette når den såkalte miljøterapeutiske ideologien får innpass. Alle dagliglivets funksjoner skal ifølge denne tenkemåte, utnyttes i behandlingssammenheng og være behandling. Resultatet blir uoversiktelige relasjoner. En funksjonsavklaring er viktig for samsvar mellom begrunnelser og reell funksjon.

Den siste konklusjon som det er naturlig å gjøre, er at alle psykiatriske sykehus med jevne mellomrom bør foreta en målsetningsanalyse. Løchen (1965, s 250) kaller det psykiatriske sykehus for samfunnets forpost. Han sier at de som befinner seg på denne forposten, lider under, eventuelt løser noen av de viktigste problemer samfunnet overhodet kan skape. En slik målsetningsanalyse vil derfor ikke bare være nødvendig for at sykehusene skal kunne ta vare på organisasjonens systembehov. Den vil også være nødvendig for at det psykiatriske sykehus skal kunne bli et samfunnskorrektiv ved feedback til samfunnet. For å hindre at sykehuset blir en passiv mottaker av samfunnsproblemer må derfor mandatet og avtalen mellom sykehuset og samfunnet være åpen og gjenstand for politisk analyse.

Det er f. eks. rimelig at en politisk klargjøring av det psykiatriske sykehusets funksjon som oppbevaringssted og nettverkserstatning, ville belyse forhold som behandlingsbegrepet i dag tildekker. Gjennom en slik politisk klarhet vil det psykiatriske sykehus kunne bidra i en prosess som fører til korrektiv for såvel samfunnet som sykehusdriften.

LITTERATUR

- Aubert, V. (1964): Sosiologi. Universitetsforlaget, Oslo.
- Bott, E. (1976): Hospital and society. Cambridge University Press, London.
- Etzioni, A. (1960): New directions in the study of organization and society. Social Research, 27, 223–228.
- Etzioni, A. (1960): Two Approaches to organizational analysis: A critique and a suggestion. Administrative Science Quarterly, 5, 257–78.
- Hansson, G. D. & Babigian, H. M. (1974): Reasons for Hospitalization From a Psychiatric Emergency Service. Psychiatric Quarterly, 48, 336–51.
- Holter, H. (1975): Familien i klassesamfunnet. Pax forlag, Oslo.
- Løchen, Y. (1965): Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Universitetsforlaget, Oslo.
- Parsons, T. (1965): Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations. Administrative Science Quarterly, 1, 63–85.
- Parsons, T. (1957): The Mental Hospital as a Type of Organization. I Greenblatt, Levinson, Williams (1957): The Patient and Mental Hospital.
- Perrow, C. (1965): Hospitals: technology, structure and goals. Handbook of organizations, ed. Marc s. 910–972. Rand McNally, Chicago.
- Robak, O. H. & Larsen H. (1971): Sociale faktorerets betydning for retensjon i psykiatrisk sykehus. Soc. med. tidskr., 3, 164, 1–5.
- Ugelstad, E. (1977): Langtidspasienter i psykiatrisk sykehus. Stensil, Gaustad sykehus.
- Waal H. (1978): Psykiatriske sykehus – utviklingsmuligheter og begrensninger. Universitetsforlaget, Oslo–Bergen–Tromsø.