



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY AND WORK SCIENCE

Masteruppsats i sociologi, 30 högskolepoäng

Att mötas i skarvarna
– Svensk öppenvård psykiatri
under formalisering

Ellen Eklund

Handledare: Åsa Wettergren

Vårterminen 2023

Abstract

The organisation of knowledge and practice within Swedish psychiatric outpatient-clinics is under transformation. Many of the changes, often characterised by standardisation, rationalisation and higher demands of efficiency, can be associated to the implementation of New Public Management (NPM) and Evidenced based medicine/practice (EBM-P). This study aims to explore the effects of the current knowledge and governance on the staff's practice within psychiatry. Drawing on 13 interviews with staff from ten psychiatric outpatient clinics in four county councils, I analyse the intertwined processes of emotions and knowledge present in the staff's practice of treating patients within the current governance. The material is analysed with theory from sociology of emotions, more specific structural and macro-level theory, with an integration of concepts of governmentality. I suggest that there is a pronounced disbelief in the governing and knowledge present among the staff, but that adaption still occur because of an internalised moral about the security of objectivity and standardisation as well as an established perception that previous governing of psychiatry was too autonomous and unsound. I argue that there's ambivalence as well as opposition present among staff, sparked between an appreciation of the patients' subjective and relational needs and the current governing of psychiatry with ideals of formalisation. I also argue that this, through processes of deficits in trust, confidence and status, comes with emotional processes of distancing from the patient and from the presence of social injustice as a reason for suffering. Furthermore, I argue that the structural power of psychiatry is made partly invisible through the preoccupation with the considered risks of subjective emotions and relations, autonomous application of knowledge and through dislocating guilt to the patients and the staff.

Keywords: Psychiatry, Sociology of emotions, Governmentality, EBM, EBP, NPM

INLEDNING	1
SYFTE	3
<i>FORSKNINGSFRÅGOR</i>	3
TIDIGARE FORSKNING.....	3
TEORETISKT RAMVERK	6
METOD	10
METODOLOGISK ANSATS OCH FORSKNINGSDESIGN	10
URVAL OCH DELTAGARE	10
DATAINSAMLING	11
DATAANALYS	12
ETIK.....	12
RESULTAT.....	12
RELATIONEN TILL ORGANISATIONEN OCH KUNSKAPEN	12
<i>Kunskapen, glappet och friktionen</i>	13
<i>Ramar i konflikt</i>	16
<i>Frihet, tillit och förtroende</i>	19
RELATIONEN TILL PATIENTEN (OCH TRAUMAT).....	22
<i>Traumat och den delvis dolda makten</i>	22
<i>De delade emotionernas upprättelse</i>	27
SLUTSATSER OCH DISKUSSION.....	31
REFERENSER	34

Inledning

Genom historien har både betydelsen och acceptansen av olika mentala och emotionella uttryck skiftat. Likaså har samhällets organisering kring dem och det lidande som kan uppstå i anslutning till dem varierat. Den psykiatriska institutionens kunskap och organisering av vård utkristalliserar viktiga sociala och existentiella frågor som finns i spänningen mellan aktör och struktur (Foucault 1973, Johannisson 2009, 2015). Hur definieras psykisk ohälsa och patienten som förstås lida av det? Inom individen eller i relationen till omvärlden? Hur hanterar samhället det psykiska lidandets existens? Var placeras ansvaret för lidandet och för tillfrisknandet? Tillfrisknande som en upprättelse eller som en anpassning? Detta är frågor som är inbäddade i system av kunskap, emotioner och ekonomi. På så vis är förändringar inom psykiatri också reflektioner av förändringar inom dessa system.

Förändringar vilka påverkar både patienter och anställda ute på psykiatrins kliniker.

När kunskap och sanningar skiftar i en institution så skiftar även värderingar kring rätt och fel. Att kunna anpassa sig till eller behärska dessa kunskaper ger tillgång till resurser och privilegier medan att inte göra det kan leda till motsatsen, både för anställda och patienter. I detta är kunskapens regim också emotionernas regim i hur det skapar olika tillgång till emotioner och identiteter beroende på var man står, presterar eller känner i relation till den befästa kunskapen. Å ena sidan kan det ge tillgång till emotioner som stolthet och trygghet och å andra sidan alienerande emotioner som skam och ambivalens (Wettergren 2013, 2019). Vidare är emotionella normer, inom psykiatri, än mer konkreta och avgörande då den kliniska bedömningen av patienten ofta utgår från dem (Thoits 2012).

Sedan 1990-talet har psykiatrisk vård, likt svensk sjukvård i stort, präglats av förändringar i den ekonomiska och organisatoriska logiken. Flera av dessa kan sammanfattas med samlingsbegreppet New Public Management (NPM) och dess introducering av marknadslogik i den offentliga vården med högre effektivitetskrav, ökad styrning samt en mer resultatorienterad värdering av den anställda (Almqvist 2006, Brunsson & Sahlin-Andersson 2000, Hasselbladh m. fl. 2008). Parallellt har evidensbaserad medicin och praktik (EBM-P) implementerats och bidragit till att omforma psykiatrins kunskapsregim och praktik. EBM-P är ett både tekniskt och vetenskapligt paradigm vars teori formuleras bestå av tre integrerade komponenter; bästa tillgängliga forskning (i form av randomiserade kontrollerade studier (RCT)) klinikerns expertis och patientens enskilda karaktäristika, kultur och preferenser. I den psykiatriska praktiken har de tre komponenterna dock inte fått lika inflytande då klinikerns och patientens perspektiv både värderas och legitimeras utifrån den tredje komponenten, bästa tillgängliga forskning. Detta gör forskning till dominerande över de andra två komponenterna (Berg 2019). EBM-P har bidragit till förändringar i form av ökad standardisering av såväl bedömning, behandling som utvärdering. Detta har skapat ökad transparens och struktur i vården generellt, men har inom psykiatri inneburit ett delvis skifte från individuella och personligt

utformade behandlingskontakter till kortare och mer standardiserade. Det har också bidragit till att psykiatriska diagnoser har fått en ökad fokus i organiseringen av vården, eftersom evidensparadigmens forskning ofta kopplar ihop specifika behandlingsinterventioner med specifika diagnoser. Detta beskrivs bidra till en gradvis ökad rörelse bort från en social förståelse av patienten till en mer biomedicinsk, vilket kan förstås samspele med minskad tid och resurser för varje enskild patient (Berg 2019, Lindqvist 2016, Lydahl 2021, Thomas m.fl. 2012). Parallellt beskrivs psykiatrin, i nyheter och debatter, som en institution präglad av kriser och otillräcklighet. Det rapporteras om brister, både avseende patientvård och arbetsmiljö, med hänvisning till företeelser som, långa köer, svårighet att rekrytera samt behålla personal, hög arbetsbelastning och otillräcklig patientsäkerhet (Berggren 2022, Torkelsson 2022, SVT 2022, SVT 2020, Öst 2020, Isberg 2023, Isberg 2023).

Utsatthet och otrygghet under uppväxten ökar avsevärt risken för psykiskt illabefinnande i vuxen ålder (Felitti m.fl. 1998, Folkhälsomyndigheten 2023). När olika typer av utdragen och genomträngande stress, övergrepp och försummelse har skett under barndomen och sedan förstås ha gett kvarvarande och genomgripande lidande som vuxen så kan det sammanfattas med begreppet *komplex traumatisering*. Det beskriver ett omfattande lidande, vilket i vuxen ålder tar sig uttryck i former som exempelvis genomgripande otrygghet, låg självkänsla, affektiva tillstånd, relationssvårigheter, självdestruktivitet eller somatiska symtom på svår stress (Herman 2015). Orsaken till lidandet, traumana, är ofrånkomligt sociala i sin grund i och med att lidandet uppstått som en effekt av destruktiva sociala relationer. Ett erkännande samt beaktande av dessa traumana inom psykiatrin bidrar till ett bättre mående för patienten samt ett större förtroende till den anställde som ger behandlingen (Al-Saffar 2003, Herman 2015). Den förtroendefulla enskilda relationen, präglad av emotionell närvaro och empati, och det sociala erkännandet av patientens lidande har samtidigt inte en självklar plats i en psykiatri under transformation präglad av NPM och EBM-P (Herman 2015, Lindblom 2023, Lindqvist 2016). Detta eftersom den anställdes professionella kunskap och bedömning samt de relationella kvaliteterna i kontakten med patienten blir gradvis sekundära i relation till de administrativa målen om effektivitet och standardisering samt anpassning till evidensparadigmet (Berg 2019, Bornemark 2020, Brunsson & Sahlin-Andersson 2000, Hasselblad m. fl. 2008).

I den här studien vill jag undersöka vilka följder den pågående strukturella utvecklingen inom svensk öppenvårdspsykiatri, avseende kunskap och organisering, har för de anställda som verkar inom den. Detta är en relation, mellan aktör och struktur, som jag kommer att närma mig ur ett emotionssociologiskt perspektiv. Detta då de emotionella processer som uppstår i spänningsfältet mellan styrning och anställd blir till en länk genom vilken jag kan utforska ideologiska processer av makt och identitet (Barbalet 1998, Sieben & Wettergren 2010).

Syfte

Syftet med studien är att, från anställdas perspektiv, undersöka emotionella processer, makt och styrning i tider av tilltagande standardisering och formalisering av psykiatrisk vård. Detta särskilt så i relation till patienter vars lidande förstås socialt alstrat. Emotionella processer, som en länk mellan social struktur och social aktör, undersöks med syftet att fördjupa förståelsen av hur maktstrukturer vidmakthålls, reproduceras och förändras, samt hur identiteter konstrueras, inom psykiatrin (Barbalet 1998, Sieben & Wettergren 2010).

Öppenvårdspsykiatri som arena för studien menar jag är både fruktbart och viktigt utifrån hur dess uppdrag utkristalliserar och renodlar flera sociala, existentiella och maktrelaterade frågor. Att förstå vad som sker inom svensk psykiatri har också en samhällelig aktualitet till sig utifrån den pågående debatten vilken ofta beskriver en psykiatri i kris. Psykiatrins institutionella makt, gentemot både patienter och anställda, innebär att det är en social angelägenhet. Detta också på en mer övergripande nivå givet psykiatrins makt att definiera och värdera människors varande och lidandets existens, uttryck och behov.

Forskningsfrågor

Vilka emotionella processer uppstår i mötet mellan den anställda och en vuxenpsykiatrisk öppenvård under tilltagande krav på formalisering, rationalisering och evidensbaserade behandlingsmetoder?

- 1) Vad säger dessa emotionella processer om den anställdes relation till organisationen och kunskapen?
- 2) Vad säger dessa emotionella processer om den anställdes relation till patienten och komplex traumatisering?
- 3) Och vilka effekter har dessa emotionella processer på de anställdas förutsättningar samt deras professionella identitet och självuppfattning?

Tidigare forskning

Att ur ett socialt och kritiskt perspektiv undersöka psykiatri som institution är ett klassiskt åtagande. Det är ett åtagande vars relevans och intresse blir förstaeligt givet den psykiatriska institutionens position att definiera mentala och emotionella tillstånd som sjuka eller friska vilket, när det sätts i ett historiskt och socialt sammanhang, kan avtäcka hur den underliggande kunskapen är inbäddad i diskurser och på så vis också i makt (Foucault 1973, Johannesson 2009, 2015).

I relation till detta är medikalisering ett etablerat tema inom sociologisk forskning om psykiatri (Conrad & Schneider 1980, Kutchins & Kirk 1997). Mer specifikt och i svensk kontext har det återkommande beskrivits att det medicinska perspektivet dominerar på bekostnad av det sociala (Flygare, Grönberg Eskel 2012, Lindqvist 2016). Det senaste exemplet är Lindblom (2023) som menar att psykiatrin befinner sig i en vetenskaplig kris på grund av hur den har kommit att betraktas

som en medicinsk specialitet. Detta menar han är felaktigt då psykiatrin istället vilar på ett socialt fundament och tar hand om företeelser vilka är samhällsproblem. Psykiatrins medicinska orientering är på så vis illa anpassad till människors relationella, psykologiska och existentiella svårigheter. Lindblom pekar sedan på vad han menar vara vetenskapliga problem i beläggen för både de psykiatriska diagnoserna, de neurobiologiska förklaringarna och för läkemedelsbehandlingarna med psykofarmaka. Denna studie delar Lindbloms ambition att inta ett sociologiskt perspektiv på svensk psykiatri. Mitt syfte är dock inte att kritiskt granska psykiatrins underliggande kunskap i sig utan istället vill jag utforska kunskapens och styrningens *effekt* för de som befinner sig inom systemet, detta via deras levda erfarenhet.

Avseende evidensparadigmets position och verkningar inom psykiatri menar Berg (2019), från en norsk kontext, att upptagenheten av evidensen från specifik RCT-forskning i den kliniska praktiken får dominera över klinikerns expertis och patientens enskilda preferenser och behov. Det är något som han menar resulterar i att klinikerns och patientens perspektiv ofta negligeras eller undermineras på ett vis som blir problematiskt. Thomas m.fl. (2012) menar vidare, från en brittisk kontext, att den tekniska implementeringen av EBM-P bortser från mer ospecifika aspekter som är närvarande i psykiatrisk vård och avgörande för att skapa hopp, tillit och mening hos patienten samt ett positivt utfall för behandlingen. Detta, menar de, visar på att den tekniska implementeringen av EBM-P i psykiatri är fundamentalt bristfällig. I svensk kontext och med empiriinsamling av erfarenheter av att verka inom psykiatrin har Lydahl (2021) undersökt hur EBM-P påverkar ideal och praktik i ett socialpsykiatriskt hemvårdsteam och på en internmedicinsk avdelning. Hon fann att de praktiker i vården som präglades av relation och omsorg blev osynliggjorda eftersom de inte ingick eller värderades i evidensparadigmets utvärderingar.

Det finns en uppsjö av forskning kring effekter av NPM inom offentlig sektor. En rapport från SKR (2019) pekar på att forskning har funnit att NPM har inneburit negativa förändringar för anställda då de hamnar i kläm mellan intensifierad fokus på ekonomi, ökad styrning, en upplevelse av ökad granskning av arbetet samt en begräsning av den professionella friheten. Hall (2020) beskriver att yrkesprofessionella i offentlig förvaltning på mer allmän nivå, upplever ett minskat handlingsutrymme på grund av ökade krav på besparingar och effektiviseringar samt att det finns en maktförskjutning från yrkesprofessionella grupper till vad han benämner som managementbyråkratin. Hall menar att följderna blir att de anställdas professionella expertis och hänsyn till klienter blir sekundär i relation till organisatorisk lojalitet. Vidare argumenterar han att den företagsinspirerade synen på styrning vilken har kommit att dominera den offentliga sektorn i Sverige kan beskrivas som en politisk ideologi.

I denna studie har jag använt ett teoretiskt ramverk bestående av huvudsakligen emotionssociologi men också av Foucaults begrepp styrning och självstyrning (Dean 1999). Tidigare studier om styrning utifrån Foucaults begrepp i hög grad fokuserat på styrningens *intentioner*, exempelvis genom studier av styrdokument (jfr. Dean 1999, Rose & Miller). I appliceringen av

styrningsbegreppen har mitt fokus varit på styrningens *effekter*, via individers subjektiva erfarenheter av att befinna sig inom den. Det är ett fokus vilket Hansen Löffstrand och Jacobssons (2023) lyfter fram i *Transforming subjectivities*. I den visar Jacobsson (2023) samt Näslund och Thedvall (2023) hur implementeringen av modeller i Försäkringskassan respektive Socialtjänsten togs emot lättare av oerfarna eller yngre anställda medan äldre mer yrkeserfarna visade större tendens till ambivalens och motstånd. De menar att det är något som visar att professionell identitet vilken baseras på längre erfarenhet minskade modellernas makt och möjlighet att förändra de anställdas praktik och subjektivitet. Jacobsson visar även hur ideal för subjektivitet kan förmedlas på arbetsplatsen via organisatoriska narrativ som signalerar önskvärda sätta att vara som anställd. Vid dramatiska skiften i styrning och organisering på myndigheten innehöll dessa narrativ, som styrningsverktyg, ofta ett erkännande av hur felaktiga tidigare praktiker varit. I relation till det kunde de anställdas subjektivitet transformeras via en egen önskan om självförbättring enligt den nya styrningens logik i kontrast till den gamla.

I det emotionssociologiska fältet finns det rikligt av forskning på organisationer (Sieben & Westergren 2010) och mer specifikt kring svensk offentlig sektor (Larsson 2014, Olsson 2008, Wettergren 2010). Gällande emotionssociologisk forskning som är mer specifikt relaterad till psykiatri finns det flera internationella exempel. Scheffs (2012) social/emotionella teori kring mental ohälsa i vilken han menar att de flesta symtom på mental ohälsa är konsekvenser från loopar av skam och negativ relationell feedback. Scheff menar att det kan leda till en negativ spiral av alienation och kaotiska eller dolda emotioner samt utagerande. Thoits (2012) beskriver hur en stor del av de psykiatriska diagnosernas kriterier kan förstås som normer för hur emotioner skall upplevas eller uttryckas och vidare även hur den enskilda klinikerns ideologiska grunder därför blir avgörande i hur patienten bedöms. Williamsson (2000) utforskar mental hälsa ur ett emotionssociologiskt perspektiv och problematiserar definitionen av mental ohälsa utifrån hur separering har skett och sker mellan det rationella och emotionella samt mellan det biologiska och sociala. I svensk kontext skrev Lindqvist (2016) en avhandling som undersöker det sociala lidandets roll samt terapeuters arbetsförutsättningar inom svensk psykiatri. Detta via patienter med migrantbakgrunds upplevelse av psykiatri samt även via personalens upplevelse av att möta dem. Resultatet visade på vikten för patienten att känna social tillhörighet. Det visade också på hur terapeuten, när produktionen förväntas öka till följd av NPM, behöver accelerera sitt emotionsarbete. Denna studie ligger nära Lindqvist (2016) i ambitionen att studera anställdas emotioner i förhållande till arbetsplatsens förutsättningar men i linje med denna studies teoretiska fokus på styrning och emotioner på strukturell nivå så ämnar jag mer fokuserat relatera emotionerna till perspektiv av kunskap och makt.

I denna studie applicerar jag Bergman Blix och Wettergrens (2018) *emotiv-kognitiva ram* som centralt teoretiskt begrepp för att utforska svensk öppenvårdpsykiatri. Det är ett teoretiskt begrepp vilket de applicerade på det svenska rättssystemet i utforskandet av emotionens roll inom juridiska professioner. Resultatet visade hur etablerade antaganden om att det juridiska systemet

endast opererade på rationalitet, inte emotioner, formade den professionella praktiken på ett vis som hämmade reflexivitet och möjligen även legitimitet.

I relation till tidigare forskning har denna studie ambitionen att bidra på en teoretisk nivå med en länk mellan självstyrning och emotionssociologi samt med en applicering av den emotiv-kognitiva ramen inom ett nytt fält; psykiatri. Vidare vill denna studie komplettera tidigare sociologisk forskning om svensk psykiatri med sin fokus på de emotionella processer som styrningen och kunskapen ger upphov till hos de anställda och hur det präglar relationen till patienterna samt den egna yrkesidentiteten.

Teoretiskt ramverk

Det teoretiska ramverket för denna studie består av *emotionssociologi* med en inflytning av Foucaults governmentalitybegrepp *styrning* och *självstyrning* (Dean 1999, Wettergren 2013).

Närmandet till och appliceringen av emotioner i denna studie är i linje med Barbalets (2001) makrosociologiska och Kempers (1978) strukturella perspektiv. Det innebär att det inte är emotionerna *i sig* som undersöks utan istället vad emotionerna *betyder* för de övergripande relationerna, positionerna och förutsättningarna inom svensk öppenvård psykiatri. Emotionerna förstås via de strukturella relationer av makt inom vilka de alstras. I analysen är det främst emotionens roll som en länk mellan aktör och struktur som undersöks, en länk som kan hjälpa oss förstå samhällsliga processer av förändring och reproducering. I detta förstås emotioner som socialt konstruerade men samtidigt också som biologiskt förankrade i människan och som fundamentala för allt agerande i hur de både är grunden till och konsekvensen av mänskligt handlande. De är på så vis en potentiell kraft både inom människan, mellan människor och mellan människor och system. Vidare kan emotioner befinna sig både i förgrunden, medvetna och aktiva, och i bakgrunden, omedvetna och habituerade (Barbalet 2001). När jag använder begreppet *emotionella processer* genom texten så syftar jag på emotioners sammanflätade samspel med aspekter så som kunskap, ideal, relationer och situationer.

Jag utgår från den sociala världen som socialt konstruerad genom diskursiva praktiker och att emotionerna återfinns där denna konstruktion blir till, förankras och reproduceras hos människan (Hochschild 1990). Den diskursiva förståelsen i studien innebär också att kunskapen som formar svensk öppenvård psykiatri inte ses som en spegelbild av en verklighet utan snarare som en produkt av vårt sätt att kategorisera och definiera världen. Det är en process som är bunden till historiska och kulturella specificitet i vilka kunskap uppstår i sociala processer. Det är ur detta diskursiva perspektiv jag förstår psykiatrins ständiga transformation genom historien snarare än ur ett perspektiv av ständig vetenskaplig progression (Johannisson 2009, Foucault 1973). I dessa sociala processer kan gemensamma sanningar, kunskap, byggas upp. Men här kan också konflikt mellan sanningar, som konkurrerar om vad som är sant eller falskt, pågå. Psykiatrin förstås som en arena för ett sådant utkämpande. Omständigheterna och utgångarna i dessa processer medför konkreta konsekvenser för

patienter och anställda då den sanning, kunskap, som intar dominant position gör vissa handlingar, emotioner och tillstånd till naturliga och andra inte. I dessa kunskapsprocesser är emotioner hela tiden närvarande, både i alstrandet av kunskapen och i dess konsekvenser i form av de föreställningarna kring normalt och icke-normalt avseende emotionella reaktioner och tillstånd vilket skapar olika förutsättningar och positioner (Wettergren 2013). På så vis förstår jag både emotioner och kunskap som ideologiskt länkade. Dessutom förstår jag dem som en del i att forma maktrelationer och identiteter generellt och psykiatrins kategorisering av patienter specifikt. Jag utgår från en kritisk definition av ideologi där *ideologier* förstås som diskursiva verklighetskonstruktioner med syftet att bevara eller omstrukturera maktrelationer. En hegemonisk position för en ideologi, en kunskapsbildning, inom psykiatrin innebär en avsevärd makt. Den formar den rådande förståelsen av den anställde och patienten men också definitionen av psykiskt lidande. Dessa definitioner kan i nästa steg, om de inte längre skapar motstånd, ambivalens eller konflikt, naturaliseras och bli till vedertagen sanning som inte ifrågasätts då de har blivit *verkligheten* (Jørgensen & Philips 2000).

I relation till beskrivningen av förhållandet mellan emotioner och kunskap utgår jag från Barbalets (2001) *radikala perspektiv*. Det innebär en förståelse av det rationella och emotionella som icke-separerbara, sammanhängande och av varandra stödjande. Under västerländsk modernitet har en separering av dem varit tongivande. Inom den logiken blir känslor, i relation till förnuft och kunskap, något störande eller på sin höjd något kompletterade men aldrig något tillhörande. Det är en separering som får ett inflytande över hur vi värderar och förstår både varandra och kunskap.

Studien använder begreppet *styrning*, en mer eller mindre kalkylerad aktivitet utförd genom olika tekniker och former av kunskap vilka söker att forma människors görande. En etablerad kunskap är nödvändig för att styrning skall kunna ske då den på ett systematiskt och explicit vis definierar hur saker är och borde vara samt motiverar styrningen. Kunskap, sanningar, behöver därför etableras kring det som skall styras innan styrning är möjlig (Dean 1999). I svensk öppenvårdspsykiatri kan denna kunskap vara till exempel hur patientens lidande och behov förstås och värderas, hur god psykiatrisk vård definieras samt hur uppdraget formuleras.

För att undersöka relationen mellan kunskapen, styrningen och den sociala praktiken inom svensk öppenvårdspsykiatri applicerar jag Bergman Blix och Wettergrens (2018) emotionssociologiska modell den *emotiv-kognitiva ramen*. Den emotiv-kognitiva ramen är en specifik ram för praktik inom ett yrke eller en organisation gentemot vilken den anställdes professionella prestation, handlande och beslut värderas som bra eller dåliga. Detta bra eller dåligt bildar skiljelinjer för acceptans och inkludering inom den aktuella yrkeskåren eller arbetsplatsen och upplevs av den anställde både kognitivt och emotionellt (exempelvis skam/genans eller stolthet/tillfredsställelse inför sitt agerande eller sin prestation) (Bergman Blix & Wettergren 2018). I analysen av studiens empiri så utviner jag två emotiv-kognitiva ramar vara närvarande inom svensk öppenvårdspsykiatri vilka jag namnger *säkerhetsramen* och *relationsramen*.

I den emotiv-kognitiva ramen återfinns Hochschilds (1978) *ramregler och känsloregler*. Ramregler är de regler med vilka definition och mening tillskrivs situationer av den anställde. De är också generella regler kring var ansvar eller skuld läggs. Ramregler är laddade med etik och moral på så vis att de också definierar vad som är ett korrekt, ärbart eller ansvarsfullt sätt att gå till väga. Relaterat till detta finns också ett korrekt sätt att känna vilket definieras av känsloregler. Känsloreglerna avgör vilka emotioner som är adekvata att uppleva eller uttrycka i de situationer till vilka mening har tillskrivits via ramreglerna (Hochschild 1978). I överbryggandet mellan emotionssociologi och governmentalityteori förstår jag ramregler som den formulering, motivering eller anpassning som sker av styrningens ideologiska kunskap när den skall utföras av den anställde i praktikens komplexa verklighet. Denna process av omförhandling av ideologin att bättre passa praktiken blir i analysen ett sätt att förstå hur styrning kan ske även när styrningens kunskap inte upplevs som sann av de anställda och skapar både inre och yttre konflikt för dem.

Det är utifrån den emotiv-kognitiva ramens regler som den, på många vis, autonoma anställde utvärderar och reglerar sitt eget agerande och sina emotioner. Att överträda reglerna väcker skam eller oro medan att följa dem skapar trygghet. Vidare formas den anställdes professionella identitet i relation till reglerna (Bergman Blix & Wettergrens 2018). På så vis utövas styrning inte bara utifrån och ovanifrån utan är också något som den anställde utövar över sig själv - via *självstyrning*. Självstyrningen blir den aktivitet, både kognitiv och emotionell, som den anställde utför i en strävan att vara på rätt sida av den emotiv-kognitiva ramens skiljelinjer för bra eller dåligt och inkludering eller exkludering. Den anställde är på flera vis en fri aktör och styrningen sker just via denna frihet; via de egna övertygelserna och begären samt emotionerna relaterade till vem man vill vara eller hur man upplever sig prestera. Detta blir också en teoretisk länk – präglad av emotioner – mellan politisk styrning och den enskilda personen och hennes självuppfattning samt identitet. Individens ställs i en position där hon förstår sig själv och sitt sammanhang utifrån de etablerade sanningarna kring hur saker är och hur man bör vara, känna och tänka (Dean 1999, Wettergren 2013). Nära sammanlänkat till, och överlappande med, självstyrning placerar jag Hochschilds (1978) begrepp *emotionsarbete*: handlingen att försöka förändra, i styrka eller kvalitet, sina känslor. Det är ett arbete som blir till något medvetet framför allt när individens känslor bryter mot den *emotiv-kognitiva ramens* regler kring hur man bör känna inför eller inom den aktuella situationen. Precis som den dominerande kunskapen kan även emotionsarbete naturaliseras. Detta förstås ha skett när emotionsarbetet inte längre skapar medveten konflikt eller hantering i förgrunden (Wettergren 2019).

För att närmare undersöka de relationella förutsättningar och konsekvenserna avseende makt och identitet som skapas för den anställde och för patienten i relation till styrningen applicerar jag Kempers emotionssociologiska matris; *social relational matrix of distressfull emotions* (1978)

SOCIAL RELATIONELL MATRIS ÖVER PLÅGSAMMA EMOTIONER

	MAKT	STATUS
	<u>SKULD</u>	<u>SKAM</u>
Orsak: <u>Själv</u>	Samvetskval; önskan om bestraffning; gottgörelse	Undandragande eller önskan om att kompensera
UPPLEVT ÖVERSKOTT	-----	-----
Orsak: <u>Annan</u>	Megalomani; skuldbelägga offret	Hyperkritiskhet och perfektionism
	<u>ÅNGEST</u>	<u>DEPRESSION</u>
Orsak: <u>Själv</u>	Väntan på domen, fruktan, rädsla	Förtvivlan, apati, värdelöshetskänsla
UPPLEVT UNDERSKOTT	-----	-----
Orsak: <u>Annan</u>	Anarkisk rebelliskhet	Ilska och fientlighet

Fri översättning av Kempers (1978) *social relational matrix of distressfull emotions*.

Matrisen visar hur de två relationella faktorerna, makt och status, skapar olika typer av plågsamma (distressful) emotioner utifrån individens upplevelse av överskott eller underskott av dem. Om individen placerar orsaken för detta utanför eller inom självet, avgör vilka emotioner som uppstår. När självet ses som orsaken till över- eller underskottet vänds emotionen inåt. Om däremot någon eller något annan ses som orsaken vänds istället emotionen utåt (Kemper 1978). Användandet av Kempers teori fördjupar på så vis förståelsen av samspelet mellan styrningen, den emotiv-kognitiva ramens placering av ansvar samt de emotionella processernas betydelse på arbetsplatsen och i reproducering av strukturella ojämlikheter.

För att fördjupa förståelsen av former för och konsekvenser av de mellanmänniska förutsättningar som skapas under styrningen applicerar jag även Bubers (1962) *Jag-Du-begrepp*. Buber menar att människor blir till i möten med varandra. Utifrån det beskriver han två typer av interaktioner. Dels *Jag-Du* vilket präglas av att autentiskt *mötas* genom dialog, ömsesidighet, närvaro, relaterande och en öppenhet inför vad som kan göras för den andre. Här är jämlikhet en förutsättning och i mötet blir den andre ett *subjekt*. Den andra typen, *Jag-Det*, präglas istället av att den andre blir till ett *objekt* genom interaktioner av iakttagande, granskning, bedömning samt att förhålla sig till den andre utifrån en förutbestämd föreställning om vad som skall fås ut av den. Att applicera Bubers begrepp öppnar upp för en ökad förståelse av styrningens effekter för den anställdes relation till patienten.

Metod

Metodologisk ansats och forskningsdesign

Denna studie utgår från kvalitativ metodik och ansatsen att närma sig forskningsfrågan både kritiskt och explorativt via empiri bestående av intervjuer med anställda inom svensk öppenvårdspsykiatri. Problemformuleringens grund härstammar från mina egna erfarenheter av att arbeta som psykolog inom svensk öppenvårdspsykiatri. En levd erfarenhet som genom arbetet med studien har hanterats som en tillgång men också som något vilket påkallat fortlöpande reflektion kring hur den egna positionen, med tillhörande övertygelser och förförståelse, inverkar på studien. En av mina drivkrafter med studien var att få förstå min egen praktiska erfarenhet teoretiskt. I arbetet mot teoretisk förståelse var det avgörande att under insamling och analys av data noga sträva efter att skilja på egna perceptioner, emotioner och ideal samt de som respondenterna gav uttryck för. Det jag sökte var inte en bekräftelse av min erfarenhet av psykiatri utan det jag sökte var att förstå den på en mer strukturell nivå. Detta var en ambition och balansgång jag aktivt värnade om genom processen.

Forskningsdesignen formades med en abduktiv ansats, i genomförandet har det inneburit en reflexiv och interaktiv process mellan existerande teori, insamlad empiri och egen erfarenhet. Ambitionen med det var att fördjupa dataanalysen med existerande teori, men samtidigt behålla öppenhet inför nya insikter. I planeringen av studien beslutades tidigt att ett emotionssociologiskt perspektiv skulle appliceras. Beslutet formade både formuleringen av forskningsfrågan och intervjuerna. Övriga beslut om teori avvaktades tills längre fram i processen (Alvesson & Sköldberg 2017).

Behandlingen av komplex traumatisering, med sin tydliga sociala förankring, sin svårdefinierbarhet enligt psykiatrins logik samt hur det påkallar relationell kvalitet valdes som en avgränsning med förhoppning om att renodla fynd om generella konsekvenser av svensk öppenvårdspsykiatri styrning (Herman 2015). Logiken i denna avgränsning kan liknas vid *extreme case selection* i hur det sociala fenomenet som avses undersökas framträder tydligare och på så vis ger möjlighet till mer detaljerad och utvecklad förståelse (Mills m. fl. 2010). Genom denna text använder jag begreppet komplex traumatisering. Begreppet i sig är dock inte det viktiga utan det viktiga är hur begreppet blir ett sätt att benämna närvaron av tolkningen av patientens lidande och uttryck som en följd av utsatthet under barndomen. I mötet med respondenterna användes därför även andra begrepp beroende på vilket namn de framkom använde för denna sociala tolkning. Andra begrepp som förekom var; barndomstrauma, anknytningsstörning och emotionellt instabilt personlighetssyndrom.

Urval och deltagare

13 respondenter rekryterades via annonsering i Facebook-grupper som tillhörde yrkesgrupper relevanta för studien, via mailutskick på psykiatriska öppenvårdsmottagningar samt via mitt kontaktnät. Urvalskriterier var: pågående eller en nyligen (upp till två år sedan) avslutad anställning vid en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning samt att arbetsuppgifterna innefattat behandling och

vårdplanering. På en psykiatrisk öppenvårdsmottagning erbjuds frivillig vård på specialistnivå för psykiatriska tillstånd som bedöms vara av svår karaktär. De mottagningar som representerades i studien var främst allmänpsykiatriska. De diagnosgrupper som de definierats ha behandlingsansvar för var; affektiva tillstånd, personlighetssyndrom, neuropsykiatriska tillstånd, beroende (med psykiatrisk samsjuklighet) och PTSD. De grundprofessioner som representerades var fysioterapeut, läkare, psykolog och sjuksköterska (genom uppsatsen kommer samtliga att benämnas som *behandlare*). Nio respondenter hade en pågående anställning inom psykiatrin och fyra hade avslutat sin anställning (en av dem arbetade fortfarande inom öppenvårdspsykiatri på konsultbasis). Med generaliserbarhet i åtanke rekryterades respondenter från tio olika mottagningar i fyra olika landsting. Likaså strävades det efter att sprida parametrar så som yrkesår, profession och eventuell behandlingsmetodologisk inriktning till att vara så representativa för psykiatrin som möjligt. Det var nio kvinnor och fyra män med ett åldersspann på 36–71 år och en medelålder på 51 år. Antal år arbetade inom psykiatrin bestod av ett spann på 4–37 år med en medellängd på 16 år. Den tidigaste anställningen påbörjades år 1986 och den senaste år 2019.

I urvalet observerade jag att flera personer, inte alla, verkade ta kontakt för att delta i studien utifrån egna reflektioner kring psykiatrin av problematiserande karaktär vilka de verkade ha en önskan att prata om. Detta tänker jag kan ha färgat resultatet. Ett alternativt urval hade kunnat varit en jämförelse mellan en positiv och negativ grupp. Detta var dock inte möjligt givet studiens tidsmässiga begränsningar. Likaså hade det varit önskvärt att intervjua patienter vilket dock inte var möjligt givet forskningsetiska aspekter.

Datinsamling

Semistrukturerade djupintervjuer på cirka 90 minuter genomfördes enskilt med studiens 13 respondenter. Intervjumanualen utformades med utgångspunkt i forskningsfrågorna samt med en fokus på emotioner. Intervjuguiden bestod av fyra huvudteman; 1. Upplevelse av hur det är att arbeta inom öppenvårdspsykiatri, 2. Upplevelsen av relationen till organisationen, 3. Upplevelsen av relationen till patienter generellt och patienter med komplex traumatisering specifikt, 4. Upplevelsen av vad som karaktäriserar psykiatrins nuvarande tillstånd och utveckling. Genom de fyra temana strävade jag efter att komma närmare respondentens emotioner i relation till temana, detta gjordes via följdfrågor samt genom att be om exempel på situationer som speglade deras svar. Intervjuerna genomfördes med betoning på öppenhet, aktivt lyssnande och emotionellt engagemang. För att uppnå dessa relationella och utforskande kvaliteter så bedömdes djupintervju av fri karaktär vara det ändamålsenliga för att fånga de stundtals svärfångade nyanser som kan återfinnas i respondenternas möte med psykiatrins struktur (jfr. Gabriel & Ulus 2015). Genom intervjuerna upplevdes en mättnad uppstå via hur samma teman gradvis blev tydligt återkommande (Alvesson & Sköldberg 2017).

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades i sin helhet. Jag inledde den abduktiva pendlingen mellan teori och empiri med en tematisk dataanalys av induktiv karaktär. Även om min förexisterande teoretiska kunskap naturligtvis inte uteslöts helt från inflytande så ansåg jag det vara förtjänstfullt med en *strävan* att hålla mig så nära och öppen inför den insamlade empirins egna möjliga mönster som möjligt. Med utgångspunkt i forskningsfrågan sammanfattades materialet i gemensamma teman med särskild fokus på emotioner, antaganden, motsägelser eller konflikter. Efter att teman, och relationer dem emellan, formulerats inleddes en interaktion med existerande teori för att ytterligare fördjupa, kontextualisera och tolka fynden. Jag applicerade då teoretiska modeller som den emotiv-kognitiva ramen, governmentality och den social relationella matrisen (Bergman Blix & Wettergren 2018, Dean 1999, Kemper 1978). Utifrån detta genererades sedan begrepp induktivt ur empirin, i form av säkerhetsramen och relationsramen (Alvesson & Sköldberg 2017).

Etik

Respondenterna informerades både skriftlig och muntligt om sina rättigheter att de när som helst kunde dra tillbaka eller ändra villkoren för sin medverkan. Informationen följde Vetenskapsrådets etiska principer för samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet 2002). Insamlat material anonymiserades och hanterades med sekretess. I den skrivna texten, för att ytterligare förstärka anonymiteten, har respondenterna tilldelats fingerade namn och uppgifterna om yrkesår har avrundats.

Det är en etisk balansgång att i dataanalysen och resultatet både värna inkluderingen av patientens position och samtidigt inte göra antaganden om deras upplevelser. Särskilt så när tillgången till deras direkta berättelser inte finns i empirin. Att försöka förstå patientens position via behandlarens berättelse har bedömts som potentiellt problematiskt givet behandlarens maktposition gentemot patienten. Jag har strävat efter att hantera detta med en aktiv och medveten reflektion genom skrivprocessen.

Resultat

I resultatet kommer jag att presentera emotionella processer närvarande i behandlarens möte med patienten, styrningen och kunskapen inom psykiatrisk öppenvård. I resultatets första del presenterar jag vad de emotionella processerna säger om den anställdes relation till organisationen och kunskapen, i den andra vad de emotionella processerna säger om behandlarens relation till patienten och komplex traumatisering inom ramen för styrningen.

Relationen till organisationen och kunskapen

Här kommer jag att börja med att redogöra för resultaten gällande de emotionella processerna mellan behandlaren, styrningen och kunskapen. Relaterat till detta kommer jag även att presentera två närvarande emotiv-kognitiva ramar.

Kunskapen, glappet och friktionen

När behandlarna ombeds beskriva, oavsett värdering, vad de upplever karaktärisera öppenvårdspsykiatrins tillstånd och utveckling framför de övervägande aspekter vilka kan relateras till NPM och EBM-P (jfr. Berg 2019, Lindqvist 2026, Hasselblad m. fl. 2008, Lydahl 2021). Detta genom exempel så som ökad formalisering av bedömning och behandling, förkortning i kontakter och behandlingar, mycket administration och utvärdering, standardisering utifrån diagnos – både i förståelsen av patienten och i organiseringen av vården, samt återkommande omorganiseringar. Parallellt med dessa aspekter beskriver behandlarna också hur de upplever psykiatrin präglas av engagerad personal som drivs av vilja hjälpa patienterna men också av en samtidig resurs- och erfarenhetsbrist samt personalomsättning.

Den pågående styrningen, och dess underliggande kunskap präglad av NPM och EBM-P skapar friktion och konfliktfylldhet hos behandlarna. Denna friktion inför upplevda negativa konsekvenser varierar i grad och fokus bland dem. Konsekvenserna som lyfts fram känns också igen från forskning kring NPM och EBM-P. Att administration tar mycket tid från patientarbetet, att organiseringen präglas av diagnosfokus och en ytlig och rigid förståelse av patientens behov och tillstånd, att utrymmet att anpassa behandlingar och bemötande är för litet, att utrymmet och förtroendet från organisationen för behandlaren enskilda subjektiva omdöme minskar. Här framkommer en frustration inför upplevelsen att det finns ett för stort glapp mellan kunskapens reducerande teori och behandlaren samt patientens praktiska komplexa verklighet. Utöver det förmedlas en upplevd brist på *erkännande* av glappets existens vilket väcker frustration. Detta glapp beskrivs av behandlarna ofta med ironi och med ett framhållande av absurditet i konsekvenserna. Mikael beskriver, i citatet nedan, sin upplevelse av detta glapp i termer av en *institutionaliserad lögn* vilken alla anställda vet om och är smartare än.

Kvaliteten i arbetet intresserar inte uppdragsgivarna utan bara fenomenet att det utförs, de tittar inte på innehållet. Det är det jag menar med att det blir den här lögnen, institutionaliserade lögnen. Att ge en terapi och sen har man gjort det man har tillgodosett liksom siffrorna, de är svarta och inte röda, och uppdragsgivarna är jättenöjda för att man har checkat in en given behandling med en kod och allt möjligt liksom. Men patienten är inte nöjd och patienten har inte fått hjälp liksom. Så det är problematiskt. Jag tror inte att någon som utför det mår bra av det men jag tror heller inte att någon verkligen tror *på riktigt* att det är det som är syftet med att de är här. Så jag tror att den enskilde personen, den enskilde anställde, är väldigt mycket mer intelligent än vad det här upplägget är. (Mikael, 30 år i yrket och 25 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Hur kan öppenvårdspsykiatrins styrning ske när logiken och kunskapen den baseras på väcker så medveten kritik och friktion? Ett svar på det återfinns jag i hur de beskrivna negativa konsekvensernas existens ändå försvaras och motiveras av flera av behandlarna. Denna motivering sker enligt logiken att *trots* de negativa konsekvenserna så *är* det ändå en progression i relation till det som var *innan*. Frekventa exempel på dessa relativiserade temporaliserade argument är: *innan* kunde behandlare arbeta för *nära* och *fritt* i relation till patienten och tro att de hjälpte dem utan några

objektiva bevis. *Innan* var patienter inskrivna för *länge* i psykiatrin och blev aldrig klara. *Innan* utformades vården för *självständigt* och *okontrollerat* av den enskilde behandlaren vilket gjorde den *ojämlik*, *osäker* och ofta *overksam*. *Innan* arbetade behandlaren för *ineffektivt*, *strukturlöst* och för långt ifrån *vetenskapen*. I citatet nedan, från Mattias, återfinns ett sådant försvar. Han har precis beskrivit att han finner den ökade formaliseringen och standardiseringen av behandlingsarbetet och vårdförloppen ha problematiska konsekvenser, både för patient och behandlare samt för organisationens möjligheter att rekrytera och behålla personal. I citatet sätter han sedan ord på hur det minskade utrymmet för egen bedömning *ändå* är motiverat då det tidigare sättet att arbeta var alltför splittrat och ojämnt till följd av just behandlarnas professionella autonomi:

Det jag däremot kan tycka är bra, och där vet jag att inte alla mina kollegor håller med, det är att det enskilda omdömet hos klinikern blir något begränsat. Även fast jag tycker att det är frustrerande så har jag också erfarenhet av hur det blir när en mottagning har bestått av 25 individuella terapimottagningar under 15 års tid. Då är det många patienter som har haft helt fantastiska behandlingar över lång tid, det finns många kontakter som har pågått i 12 år utan att någonting har hänt. Och det... Så tycker jag inte att sjukvården ska se ut när vi betalar för den med skattepengar (Mattias, 5 år i yrket och inom psykiatri, pågående tjänst)

Dessa försvar, som motiverar styrningen och dess konsekvenser, är även en avgörande del av den i psykiatrin närvarande emotiv-kognitiva ramen utifrån vilken behandlare förstår och värderar sitt professionella arbete (Bergman Blix & Wettergren 2018). Denna ram har jag namgett *säkerhetsramen*. I den blir säkerhet som centralt tema synligt genom hur det finns *ett rätt* sätt, hur formalisering, standardisering och det associerade evidensparadigmet motiveras med *garantier* för jämlik vård och ett ansvarsfullt användande av resurser, hur säkerhet nästan blir till det viktigaste i mötet med patienten och genom hur säkerhet ses som hotat om det subjektiva får vara (för) vägledande. De inneboende ramreglerna, med vilka definition och mening tillskrivs arbetets olika situationer, präglas av just den strävan efter säkerhet. I dessa ramregler återfinns ideal om objektivitet, rationalitet och neutralitet och risker för ojämlighet, strukturlöshet, ovetenskaplighet eller gränslöshet. Vidare framkommer även ideal om pragmatism och lojalitet med organisationen. Ett ansvar för att prestera rätt eller fel utifrån dessa regler placeras hos behandlaren och ansvaret för lidandets existens placeras, i linje med den styrande kunskapens logik, i diagnosen och patienten. Men ramen präglas också av, vilket vi kommer återkomma till, emotionella processer av *o-säkerhet* inför patienten och inför den egna förmågan som behandlare.

Ramreglernas negativa formulering; hur man *inte* skall vara som behandlare och hur psykiatrisk vård *inte* bör bedrivas har en tydlig moralisk betoning med sina ideal om säkerhet och rationalitet samt förmaningar om hur en behandlare inte skall vara. Moralen är en nödvändig komponent för att förstå hur självstyrning uppstår då den bildar rättesnören för rätt och fel, triggat av emotioner av oro och medvetandegör den professionella självbilden på ett vis som blir till incitament för anpassning (jfr. Bergman Blix & Wettergren 2018, Dean 1999). I citatet nedan beskriver Daniel

säkerhetsramens närvaro, från utbildningen till yrkesgruppen på nuvarande arbetsplatsen, när det gäller frågan att anpassa behandling efter patienten på bekostnad av manualtrogenhet:

Tonen [i yrkesgruppen] är ändå väldigt mycket liksom att ”det är det här som är rätt” [att strikt följa manual] och gör man inte det så är man, inte direkt dålig, men kanske inte riktigt bra heller [skratt] alltså det är lite så här. Så att jag tycker nog inte egentligen att jag upplever så mycket från chef och så men, men det finns upplever jag en väldigt stark... Jamen dels så tänker jag väl att den kommer utifrån och sen handlar det väl om vad man har fått med sig under sin utbildning och liksom under sin tid som verksam att man känner av någonting... Jag brukar beskriva det som att jag har liksom en [namn på professor som förordar evidensbaserade metoder] på axeln typ. Att man har en sådan här känsla av att man egentligen gör fel hela tiden typ. (Daniel, 10 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

I citatet tar den reglerande självstyrningen sig delvis uttryck i formen av en internaliserad professor som symboliserar evidensparadigmets tydliga rätt och fel. Det skapar en självreglerande närhet till upplevelsen av att göra och vara fel samt emotioner av skam eller oro när reglerna överträds. Detta sker trots behandlarens medvetna uppfattning av att det är ett för stort glapp mellan kunskapen och praktiken i mötet med patienten. Detta utrymme i säkerhetsramen för öppen kritik visar på den emotiv-kognitiva ramens delvisa flexibilitet. Det är också i och med denna flexibilitet, frihet, som självstyrningen kan uppstå (jfr Bergman Blix & Wettergren 2018, Dean 1999).

Behandlarna beskriver att styrningen och kunskapen samt idealen de skapar har varit under intensiv transformation de senaste åren. För de som arbetat länge finns ett upplevt före och efter. För de som arbetat ett par år finns också ett före och efter men snarare i formen av en berättelse eller en äldre kollega. De flesta av de behandlare som har arbetat länge eller som har lämnat psykiatri upplever sig själva representera, både i kunskap och praktik, det som var innan. Just det som man enligt säkerhetsramen och den nya styrningen inte ska vara. Vidare uttrycks säkerhetsramens ramregler i större utsträckning av den yngre generationens behandlare. Elisabeth beskriver hur hon i de nya kollegorna upplever sig se styrningens och kunskapens transformation i hur de med *säkerhet* ger svar:

Jag tycker att det är skillnad på de som kommer från utbildningen nu och de som kom som studenter när jag började här då. Att det är ganska markant skillnad i förmågan att tänka självständigt och att tänka överhuvudtaget, att inte bara, ja, ropa på senaste metoden eller det här att snabbt [knäpper med fingrarna] det här att de svarar väldigt fort som att svaret är enkelt. (Elisabeth, 30 år i yrket och 20 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Sammanfattningsvis beskriver behandlarna en konfliktfylldhet och kritik inför öppenvårdpsykiatriens styrning och kunskap präglad av NBM och EBM-P. Det har skett en påtaglig transformation i styrningen och i relation till det beskriver flera behandlare, med längre erfarenhet, att de upplever sig representera just det som säkerhetsramen kritiserar, det som var *innan*. Det framkommer en gemensam frustration inför upplevelsen av ett glapp mellan styrningens logik, ideologi, och deras egen praktik. En konfliktfylldhet vilken jag menar visar att den styrande ideologin, om än dominant, inte har naturaliserats och blivit till vedertagen sanning (jfr. Jørgensen & Philips

2000). Trots detta sker styrning, något som jag förstår genom den emotiv-kognitiva säkerhetsramens moraliska framhållande av säkerhet samt en positionering gentemot det som var innan som felaktigt och farligt. Det sker inom säkerhetsramen på så vis en förhandling av ideologin till att bättre passa praktikens komplexa förutsättningar, intressen och ambivalens. Via denna moral kanaliseras en självstyrning mer präglad av en oro för vad man inte vill vara än en aktiv tilltro till vad man vill vara. På så vis är det en ofta negativt betonad självstyrning, något som blir förståeligt utifrån hur *bristande* tilltron till den övergripande ideologi är samt hur försvaren formuleras på hur *dåligt* det var innan.

Ramar i konflikt

Samtidigt som behandlarna är relativt samstämmiga i synen på glappets och de negativa konsekvensernas existens så är de delade om deras försvarbarhet. Försvarbarheten, som jag beskrivit vara fundamental för säkerhetsramen och självstyrningen utifrån den. Alla har dock inte internaliserat dess moral och logik och de flera verkar röra sig ut och in ur den. Det är här jag förstår att det finns ytterligare en emotiv-kognitiv ram närvarande vars utmanande skiljelinjer för rätt och fel skapar konflikt både inom och utanför behandlarna. Innan jag presenterar den andra ramen, *relationsramen*, vill jag börja med att beskriva vad överträdelser av styrningens och säkerhetsramens ram- och känsleregler kan innebära för behandlarna.

Emotiv-kognitiva ramar skapar med sina regler också skiljelinjer för acceptans och inkludering på arbetsplatsen och inom yrkeskårer (Bergman Blix & Wettergren 2018). Fler av behandlarna beskriver att överträdelser av regler för hur situationer skall förstås, kännas eller ageras på befaras kunna ha negativa följder för deras situation och identitet på arbetsplatsen. Eller redan ha haft det. Daniel beskriver hur han *befarar* att han skulle ses som *obekväm*, *bångstyrig* eller *vetenskapsfientlig* om han mer aktivt skulle argumentera för att det behövs mer utrymme att frångå formaliseringen till förmån för den enskilde patientens behov:

Jag tror man kanske skulle ses som obekväm, bångstyrig, kanske lite vetenskapsfientlig eller liksom flummig. Att man är dålig på sitt jobb alltså. Jag uppfattar det som att det är lite den kanske nidbilden åtminstone som jag tänker att man skulle bli tilldelad. (Daniel, 10 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Sara beskriver att det för henne och en kollega har haft negativa konsekvenser, för deras sociala relationer och positioner, att överträda säkerhetsramens skiljelinjer för att möta, vad de bedömer vara, patientens behov. Att hon själv ses som *besvärlig* eller *förmer* och kollegan som anses ha arbetat för *relationellt nära* med patienterna ses som *gränslös*.

Jag blir besvärlig liksom jag upplever att de som tycker på det andra sättet alltså de som är väldigt mycket åt det andra hållet med att följa vårdprogram, riktlinjer, evidens och så de störs ju på mig lika mycket som jag stör mig på dem. Och att det kan skapa en lite såhär taggig stämning och att jag i vissa perioder drar mig undan då. [. . .] Jag upplever att de behandlare som är lika mig på den här punkten gör likadant. Kollegan jag nämnde förut som är så duktig på EIP [Emotionellt instabilt personlighetssyndrom] han sitter numera inlåst på sitt tjänsterum bakom röd skylt jämt. Han äter inte i personalmatsalen, han fikar inte i fikarummet, han liksom låser in sig på sitt tjänsterum mellan att han släpper in patienter.

[. . .] Jag försöker verkligen att vara med mer än så men jag upplever ju att det finns en taskig stämning från andra i personalen det gör jag ju. Som min chef också lägger märke till och pratar med mig om ibland. (Sara, 15 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Eva beskriver att hon upplever att kravet på *lojalitet* till organisationen har ökat under åren och att det inneburit att hennes frånvaro av att anpassa sig till saker hon inte kan stå för gör att hon ses som *oengagerad*. Detta trots att hon själv upplever sig som mycket engagerad i sitt arbete:

För kanske åtta år sedan gjorde vi någon slags enkät som handlade om hur man trivdes och lite olika grejer. Och sen så fick man feedback när man hade fyllt i den. Och då var det att jag hade lågt engagemang för jobbet. Och så kollade jag på de frågorna och då var det frågor om lojalitet och det var jättetydligt. ”Följer du liksom det som du blir tillsagd?”, ”Kan du rekommendera Regionen för andra?”. Men lojalitet och engagemang för mig är två helt olika saker - och då blandar man ihop det. Sen har jag bara sett det mer och mer att det är ju *lojalitet* man efterfrågar. För om man är engagerad så vågar man ju påvisa missförhållanden, *det* är ju ett engagemang. Men då kallar man det för att man är oengagerad för att det är ju illojalt. Och då är jag ju 100 % lojal med patienterna alltid [skratt] och det kommer jag inte vika en tum. Jag viker fan inte på det alltså. För då har jag sålt mig och *då* kommer jag att må dåligt. Så jag gör bara inte det. (Eva, 30 år i yrket och 25 år inom psykiatri, sagt upp sin tjänst)

Citaten illustrerar hur psykiatrins dominerande ramregler präglas av att den rådande utvecklingen skall förstås som det pragmatiska och rationella samt också bemötas med lojalitet. I dessa ideal är utrymmet för kritik begränsat och likaså är känsloreglerna gentemot ilska, irritation eller upprördhet tydliga. Kritiken och känslorna blir till något felaktigt, illojalt och irrationellt samt försätter behandlaren i en position som kan innebära minskad tillgång till förtroende, trygghet och positiv identitet på arbetsplatsen. Här återfinns även en separering av det emotionella och det rationella i de rådande idealen (jfr. Barbalet 2001). Att överträda dessa skiljelinjer formar den tillskrivna identiteten att bli till det som var *innan*; gränslös, besvärlig, självgod och irrationell. Utöver det introduceras vi här också för hur emotioner i relationen med patienten, så som empati och engagemang, också kan överträda säkerhetsramens känsloregler.

Det finns något mer som framträder här, i emotionerna och i överträdelserna; *motstånd*. Motstånd både mot styrningens kunskap och mot säkerhetsramens förhandling med den. Eva säger att hon *viker inte en tum* på det hon tror på i arbetet med patienterna. Ett motstånd som tar avstamp i en aktiv tilltro till något annat och ett hos behandlaren inre hållande av ideologi och regler vilka utmanar styrningen. Om Eva går över *de* reglerna *då kommer hon att må dåligt*. Dessa regler menar jag tillhör den andra emotiv-kognitiva ramen, vilken jag har namgett relationsramen.

Om säkerhetsramen betonar säkerhet, relationen till organisationen och den objektiva vetenskapen betonar relationsramen istället relationen till patienten och den subjektiva erfarenhet och kunskap som skapas tillsammans med dem. Relationsramens ramregler präglas av att det psykiska lidandet förstås socialt och subjektivt samt oftast som etiologiskt sprunget från att patienten har varit utsatt för eller saknat tillgång till något viktigt vilket har lett till svårighet att må bra eller ta hand om sig själv. Som följd förstås den psykiatriska vården behöva utformas tillsammans med den enskilda

patienten med avstamp i deras uttryckta behov samt i behandlarens erfarenhet och subjektiva teoretiska applicering.

Ramarna befinner sig i den sociala praktiken nära behandlarna samtidigt relaterar de också till mer övergripande strukturella ideologier. Ramarna återfinns och formas där ideologin möter den anställdes sociala praktik och därför skiftar deras positioner också när organisationens ideologi skiftar (jfr. Hochschild 1979) Säkerhetsramen länkar jag till psykiatrins dominerande nyliberala ideologi med styrning präglad av NPM och EBM-P. Här kan ansvaret för lidandet tolkas läggas i patientens avvikelser och lösningen i diagnosen och *anpassning* både från behandlare och patient. Här förväntas patienten anpassa sig till ett färdigt system av diagnoser och behandlingar. I den utmanande ideologin, vilken jag länkar till relationsramen, läggs orsaken till lidandet istället mer i relationerna och orättvisorna. Lösningen i den utmanande ideologin läggs i erkännande och stöd till *upprättelse*. Här skall systemet istället sträva efter att utformas efter patientens behov. Konflikten mellan dessa två ideologier inom psykiatrin, där den nyliberala ideologins gradvis nått en allt mer hegemonisk position, förstår jag som speglade av Habermas (1996) beskrivning av utvecklingen i välfärden generellt. Han beskriver att systemvärlden - förstått som byråkrati och marknad - allt mer har koloniserat livsvärden - förstått som det subjektiva och relationella. Jag återfinner även en viktig skillnad i de emotiv-kognitiva ramarnas relation till respektive ideologi. Medan säkerhetsramen karaktäriseras av en *förhandling* uppåt med den dominerande ideologin så karaktäriseras relationsramen av en *tilltro* till den utmanande ideologin och en kraft underifrån i relationen med patienten.

Behandlarna har olika sätt att förhålla sig till den ideologiska konflikten men gemensamt är att de alla på något vis står i kontakt med och beskriver dess närvaro. Att det är en aktiv konkurrens mellan ideologierna återspeglas till exempel i hur säkerhetsramens *inte vara* – ovetenskaplig, gränslös, besvärlig - tillskrivs de behandlare som aktivt arbetar utifrån relationsramens skiljelinjer. Detta sker också omvänt vilket återfinns i citatet från Ingrid som, med avstamp i relationsramen, beskriver kvinnliga yrkeskollegor vilka till skillnad från henne själv passade in i styrningen och erhöll organisatoriska uppdrag. De blev istället till det man enligt relationsramens regler inte skall vara:

De försöker liksom inte påverka något i en mer humanistisk riktning utan tvärtom så är det kvinnor med hårda nypor liksom. De är liksom duktiga flickor. De är inte bara duktiga de är, de är stenhårda och de jobbar för, de är liksom med och skalar bort och drar ned och skapar likformighet. Det handlar väldigt mycket om det man kan mäta, det är det som gäller, kan man inte mäta det så räknas det liksom inte. (Ingrid, 30 år i yrket och inom psykiatri, avslutat sin tjänst)

Kollegorna överträder relationsramens ramregler om att påverka psykiatrin i vad som värderas vara en humanistisk riktning och blir i det till flickor som utifrån vilja om duktighet anpassar sig till något som är fel. Även relationsramens känsleregler överträdes och kollegorna definieras som hårda och kalla. Vidare återfinns i citatet också hänvisningar till och motstånd mot mätbarhet och formalisering, typisk för psykiatrins styrning.

Av de behandlare som vid intervjun har en pågående anställning inom psykiatri så intar de flesta inte en position som uteslutande speglar en av ramarna. Snarare är det utmärkande att deras positioner, i sin ambivalens och sina motsägelser, präglas just av konflikten. Av de behandlare som har en längre erfarenhet eller en avslutad anställning, likt Ingrid, förmedlas däremot ofta en position som mer bestämt och uteslutande speglar relationsramen och en tilltro till dess länkade ideologi. Detta tolkar jag delvis vara ett uttryck för att ambivalensen naturligt blir mindre när behandlarna inte längre verkar i psykiatriens spänningsfält. Utöver det finner jag också att de som avslutade sin tjänst uttrycker att de gjorde det som en följd av att det blev allt svårare att arbeta utifrån relationsramens värderingar och kunskap inom psykiatri. Ingrid beskriver det på följande vis:

Patienterna ska liksom på bandet och sen ska de, när de är ”botade”, så skall de av bandet. Nej, jag ville inte vara där det är liksom ingen... Det är människofientligt. (Ingrid, 30 år i yrket och inom psykiatri, avslutat sin tjänst)

Sammanfattningsvis råder det bland behandlarna en relativ samstämmighet inför det beskrivna glappets existens och inför dess ofta negativa konsekvenser för patienter och anställda. Samtidigt råder det en oenighet inför konsekvensernas försvarbarhet. I detta återfinns jag motstånd mot styrningen samt att det finns *två* närvarande emotiv-kognitiva ramar: säkerhetsramen och relationsramen. Ramarna tolkar jag som praktiska uttryck för övergripande strukturella ideologier som har konflikterande förståelser och definitioner av psykiskt lidande och psykiatriens uppdrag. Ett motstånd mot den dominerande ideologin, i form av överträdelser av säkerhetsramens känslö- och ramregler, kan innebära negativa konsekvenser för behandlaren sin identitet och position på arbetsplatsen.

Frihet, tillit och förtroende

Frihet är ett ord som behandlarna återkommer till. Det var frihet i arbetet som fick många av dem att söka sig till psykiatri. Det var frihet som bidrog till att de stannade kvar trots hög arbetsbelastning. Det är frihet som många av dem nu tycker minskar i och med växande standardisering, formalisering och utvärdering. Graden av formalisering verkar variera mellan mottagningarna men alla behandlare förmedlar en upplevelse av intensifiering av det. Johan beskriver att det han tycker om med arbetet och det som han värderar som en god insats för patienten återfinns i den frihet som uppstår i *skarvarna* mellan de standardiserade fälten. Men att det är en undgängd frihet som krymper:

Det jag tycker om med arbetet är att jag fortfarande upplever att möjligheten finns att identifiera att den här personen kan jag göra liksom ett mer seriöst psykoterapeutiskt arbete med. Då finns möjligheten att göra det. Men då är ju det liksom... Än så länge har vi inga sådana här vårdprogram på den här mottagningen men tendensen finns och jag skulle nog säga att det... Om man ska vara lite slängig så där så tror jag att i allt större utsträckning, i takt med den här utvecklingen, så skulle jag säga att det seriösa arbetet med patienter blir alltmer ett skuggfenomen, alltså ett fenomen som sker under disk [skratt]. Och liksom det är i skarvarna kring de här olika standardiserade insatserna där, det är där man faktiskt tänker kring patienterna och liksom faktiskt kanske också bemöter dem. (Johan, 10 år i yrket och inom psykiatri, pågående tjänst)

I citatet återfinns också det beskrivna glappet i hur Johan uttrycker att styrningen och den dominerande kunskapens reducering av praktikens behov och förutsättningar leder till ett allt mer fragmentiserat, oseriöst, arbete med patienterna.

En följd av den minskande friheten återfinns i hur flera av behandlarna upplever att tillit och förtroende för deras enskilda kompetenser och förmågor minskar. I vissa fall även om det finns en samtidig upplevelse av att erhålla gott och viktigt förtroende från närmsta chef eller kollegor. Det är en motsägelse som jag menar blir förståelig dels i hur bristen på erhållen tillit och förtroende i analysen snarare växer fram som något ansiktslöst och strukturellt alstrat. Dels i hur styrningen som beskrivet opererar via inre moral och självbild, självstyrning, snarare än via formell yttre styrning från chef (jfr. Dean 1999).

Styrningens fokus på att formalisera, standardisera och mäta förmedlar på flera vis motsatsen till tillit för den anställde. Då tillit kräver både ett aktivt förtroende till en annan person samt ett förtroende till ett eget beslut om något som ännu inte har hänt, är det en emotionellt präglad process. Den kan därför inte kalkyleras fram och blir omöjlig utan acceptans av viss osäkerhet. Samtidigt är tillit en process som kan ersättas av, men aldrig likställas med, system av säkerhet och kontroll (Barbalet 2008). Psykiatrins gradvisa minskning av tillit till den enskilde behandlaren subjektiva arbete och den parallellt ökade säkerheten och kontrollen i form av tilltagande formalisering tolkar jag vara en sådan ersättningsprocess. Tillit kräver även en viss sårbarhet eller beroende från den som ger tilliten till den som tilliten ges till. Psykiatrins strävan att skapa system som nästan skall kunna sköta sig själva kan förstås som en ovillighet att befinna sig i en sådan sårbarhet eller beroende inför sina anställda. Detta är något som jag återfinner i flera av behandlarnas upplevelser av utbytbarhet och att deras arbetsuppgifter alltmer blir något som ”vemsomhelst” skulle kunna utföra. Daniel beskriver sin upplevelse av hur standardiseringen förmedlar begränsad tillit:

Det är klart att det känns som att man är mer styrd ändå. Att det liksom finns en... Framför allt om man tänker sig det här att det blir mer standardiserat och streamlineat att där anar man ju att det finns en önskan om att just inte lita för mycket på sitt eget omdöme och freestylea utan ja men att det finns en sån ton uppifrån eller vad man ska säga, en förväntan. (Daniel, 10 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

I denna ersättningsprocess förlorar subjektiva parametrar så som erfarenhet och att forma bemötande, förståelse och behandling tillsammans med den enskilda patienten allt mer sin *status* och parallellt förlorar behandlaren *makt* över sitt yrkesutövande.

Vilka emotionella processer det upplevda underskottet av status och makt alstrar hos behandlaren är beroende av var de placerar *orsaken* för underskottet – i självet eller utanför. Här, i interaktion med Kempers (1978) matris, förstår jag den emotiv-kognitiva ramen som viktig i placeringen av orsak. Hos de som arbetat längre i psykiatri, och som ofta förstår och värderar sitt arbete mer uteslutande utifrån relationsramen, har förlusten av status och makt varit mer direkt och konkret. De tolkar i högre grad underskottet vara yttre orsakat av organisationens förändringar. Det

väcker emotioner av ilska och frustration samt en rebelliskhet då det som nu förväntas av dem är fel enligt ramreglerna. Ingrid beskriver hur ilskan ledde till IVO-anmälningar av den egna mottagningen och Eva beskriver hur hon i tystnad rebellerar:

Det blir ju frustration, det blir ju frustration. Men också en ilska. Jag vet inte hur många gånger som jag har liksom sagt att ”nej! Nu skriver vi en insändare! Nej nu skriver vi en insändare!” Men det har vi ju aldrig gjort men däremot har vi skickat anmälningar till IVO till exempel. Nej, så att det blir en, det blir ju en frustration. Såklart. Nej, alltså jag hör ju liksom själv att det blir en ganska negativ syn på utvecklingen men det är faktiskt så jag ser det. (Ingrid, 30 år i yrket och inom psykiatri, avslutat sin tjänst)

Då struntar jag i alla sådana grejer som har med diagnoser och sånt att göra och mediciner. Och så får man inte göra. Eller så får man göra det lite undercover. Jag har ju pratat med jättemånga som gör det. (Eva, 30 år i yrket och 25 år inom psykiatri, sagt upp sin tjänst)

Där säkerhetsramens skiljelinjer istället är starkare och där förlusten av status och makt inte har varit lika konkret så tenderar orsaken istället upplevas bero på självet. Här tenderar emotionerna vändas inåt i form av depressivitet, självtvivel och upplevelse av otillräcklighet (jfr. Kemper 1978). Trots medveten kritik mot styrningen vänder Jenny ändå kritiken inåt, mot sig själv, Hon tolkar orsaken till underskottet vara hennes egen otillräcklighet:

Om jag tänker på det så är det nog ganska ofta som jag tänker att jag inte är tillräckligt bra. Men också alltså att jag känner mig otillräcklig. Också någon slags uppgivenhet och hopplöshet att *det kommer inte gå och att jag kommer inte lyckas med det* [organisationens krav]. Så det blir väl tvivel på den egna förmågan. Och ja det blir ju också någon slags jämförelse att jag fastnar ju lätt i att tänka att jag är typ sämst och att alla andra kan och att... [suck] Men samtidigt vet jag ju också alltså jag funderar ju kring det där [egen kritik mot organiseringen] Men ja de känslorna och tankarna [de självkritiska] finns ju ändå. (Jenny, färre än 5 år i yrket och inom psykiatri, pågående tjänst)

Daniel beskriver hur den återkommande praktiska omöjligheten att strikt följa behandlingsmanual väcker emotioner av oro och rädsla inför att denna oförmåga, som han tillskriver självet, skall straffa sig:

Det finns ett facit egentligen det är väl en känsla man sitter med ganska ofta. Varje gång jag inte bara gör som det står i facit så blir jag osäker och känner att jag i värsta fall vanvårdar patienterna liksom (Daniel, 10 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Detta menar jag visar oss hur orsaken till status- och maktförlusten inom psykiatrins styrning tillskrivs den anställde. Det blir förståeligt genom hur styrningen opererar på en bild av att behandlarna tidigare haft just *för mycket* makt och status, vilket skapade en irrationell ineffektiv riskfylld organisation. Det speglar också det jag tidigare beskrivit om hur ett ansvar att prestera rätt eller fel, enligt styrningens och säkerhetsramens struktur, placeras hos behandlaren.

Utöver skillnader i tolkning av orsaken till det upplevda underskottet av makt och status återfinns här ytterligare en viktig skillnad. En skillnad i *förtroende*, både till självet och till framtiden. Emotionella processer av förtroende växer i relationer präglade av acceptans och erkännande. Vidare är allt socialt handlande på någon nivå baserat på just förtroende till att en viss framtid är möjlig

(Barbalet 2001). Ett förtroende till självet och till utfallet, framtiden, för sitt arbete med patienten menar jag är svårt att stabilisera inom styrningens beskrivna brist på tillit, erkännande, och associerade underskott av status och makt. Enligt styrningens kunskap läggs förtroendet istället till det yttre, till strukturen och vetenskapen medan det som blir fel läggs till självet. Detta hjälper oss att förstå hur säkerhetsramen opererar på emotionella processer av o-säkerhet. Det sker genom hur det subjektiva, självet, återkommande värderas mindre pålitligt än det som definieras som det objektiva, strukturen och evidensen. Under psykiatrins styrning tolkar jag det således finnas bristande förtroende till självet inbyggt i arbetet kring patienten. Samtidigt beskriver flera behandlare att det istället kan ge status och makt att engagera sig i organisatoriskt arbete, så som att utveckla system för implementeringen av formaliseringen. *Här* verkar flera kunna kombinera att hitta förtroende till eget arbete och samtidigt röra sig inom säkerhetsramens skiljelinjer.

Parallellt verkar behandlarna som blir arga och agerar i motstånd, utifrån relationsramens regler, istället präglas av just förtroende till självet och till den möjliga framtiden som det egna arbetet med patienten kan resultera i. Motståndet verkar hämta kraft ifrån förtroende till den egna kapaciteten att förstå och hjälpa patienten. Detta förtroende är samtidigt inte orubbligt. De behandlare som har avslutat sin tjänst beskriver alla hur just förtroendet till det egna arbetet och tilliten med patienten var något som de mot slutet aktivt behövde kämpa för att skydda och behålla. Detta genom att dra sig undan och utöva det i hemlighet, under disk eller undercover, eller genom att aktivt dela motstånd och stöd med likatänkande kollegor. Här återfinns förtroende för sig själv och möjligheten att hjälpa patienten men inte gällande den egna framtiden inom organisationen.

Sammanfattningsvis återfinns det i anslutning till den ökade formaliseringen emotionella processer av minskad tillit och förtroende till den enskilde behandlaren subjektiva arbete. Vilket väcker ett upplevt underskott av status och makt. Enligt säkerhetsramens logik tenderar orsaken för underskottet att placeras i självet och enligt relationsramens logik i organisationen. Under psykiatrins styrning tolkas jag det återfinnas en inbyggd svårighet för behandlarna att upprätta ett förtroende i självet gällande arbetet med patienten. Detta menar jag går att förstå genom hur förtroende placeras i den yttre ansett objektiva strukturen samtidigt som det subjektiva arbetet, nära knutet till självet, blir till något riskfyllt eller otillräckligt.

Relationen till patienten (och traumat)

Jag har nu presenterat emotionella processer närvarande i mötet mellan behandlaren, styrningen och kunskapen. Jag kommer nu att gå vidare till att redogöra för resultaten gällande de emotionella processerna mellan behandlaren och patienten inom ramen för styrningen och kunskapen.

Traumat och den delvis dolda makten

Behandlarnas upplevelse är att svåra uppväxtförhållanden i olika former är närvarande hos nästan alla patienter de möter. Även tillstånd som komplex traumatisering, när svåra uppväxtförhållanden förstås ha gett genomgripande och ihållande konsekvenser för patientens vuxna varande och mående,

beskrivs som påtagligt närvarande. Detta speglar en närvaro hos behandlarna av social och relationell förståelse av patientens lidande. Ett perspektiv vilket av flera behandlare beskrivs ha fått gradvis minskad formell relevans inom psykiatrins organisering. På så vis är en social förståelse av lidandet både mycket närvarande, i det praktiska mötet med patienten, och samtidigt ofta frånvarande, i psykiatrins organisering. En motsägelse vilken jag förstår som ytterligare en dimension i det beskrivna glappet mellan styrningens kunskap och praktiken.

Jenny beskriver hur hon upplever att patientens socialt uppkomna lidande, traumat, och det nu socialt präglade vårdbehovet, den omsorgsfulla relationen, inte får plats i psykiatrin:

Det finns en stor brist inom psykiatrin och det är väl just den patientkategorin som jag upplever inte har någon egentlig plats i psykiatrin. Alltså för att det känns som att mycket av deras problematik handlar om typ omsorgssvikt. Då tänker jag mest på alltså den omsorg som barn behöver som de kanske inte har fått med sig. [. . .] Mer att ha någon att spegla sig i kanske. Det är andra saker som behövs. [suck]. (Jenny, 5 år i yrket och inom psykiatri, pågående tjänst)

Genom intervjuerna återkommer exempel på hur patienter med komplex traumatisering ofta fastnar i en remittering fram och tillbaka mellan diagnosspecialiserade mottagningar, ofta med en känsla bland personalen att ingen riktigt vill ta sig an dem. Detta dels eftersom patienterna kan bli svåra att diagnostisera och sortera utifrån den dominerande kunskapens logik. Men också då uttrycken för deras lidande – och traumat – samt de associerade behoven lätt blir till något krävande och svårbehandlat. Detta både utifrån de ofta framträdande relationella behoven och utifrån att det ofta är svårt att strikt applicera formaliserad behandling. Samtidigt upplever flera av behandlarna att denna patientgrupp ofta bär på en svår form av lidande och då är i behov av omfattande psykiatrisk vård. Flera behandlare återkommer även till en generell upplevelse av mycket resurser går åt till att avgränsa, hålla ifrån sig och motivera, ofta utifrån diagnosers eller behandlingars uteslutningskriterier, varför en patient *egentligen* hör hemma vid en annan instans än den egna. En process vilken jag förstår som ett samspel mellan resursbrist, säkerhetsramens ramregler om att det finns *ett rätt svar* samt distansering från patienten. Ett samspel vilket skapar tonvikt på just bedömning och sortering samt en närhet till att kunna neka patienten som inte passar in.

Samtidigt beskriver behandlarna generellt att deras arbetes meningsfullhet, nyfikenhet och glädje återfinns i just mötet med patienten, att få både förstå dem och hjälpa dem att må bättre. Det är positivt upplevda emotioner som för flera av behandlarna också blir mer framträdande och ledande i arbetet med patienter med komplex traumatisering. Samtidigt beskriver ett par behandlare också motsatsen, att de nästan undviker dessa patienter som följd av upplevelsen att det blir för utmanande. Gemensamt för behandlarna är dock att emotionella processer som på olika vis präglas av tyngd blir mer närvarande i kontakten. Något som återkommer i intervjuerna är hur traumats närvaro och uttryck väcker existentiella reflektioner kring människans natur och samhällets brister. Ett exempel på det återfinns i citatet från Ingrid:

Det är ju att vara i kontakt med att människor har varit utsatta för människor som faktiskt har velat dem illa. Alltså velat dem illa, velat använda dem, velat liksom förnedra. Och det är också att existentiellt komma i kontakt med vad vi är liksom kapabla till som människor och det här vill vi inte veta av. Vi vill inte se liksom. Sedan blir vi konfronterade med det. (Ingrid, 30 år i yrket och inom psykiatri, avslutat sin tjänst)

Existentiella reflektioner vilka, liksom mötet med patienterna, verkar kunna både leda till ökat engagemang och empati med patienten men också till cynism och uppgivenhet inför möjligheten att kunna göra skillnad. Genom den existentiella reflektionen och den medföljande tyngden finner jag att behandlarna, via patientens trauma, kommer i nära kontakt med relationer av makt och utsatthet och på så vis också med social orättvisas existens. I detta återfinns en *dubbel* kontakt med makt: Å ena sidan en kontakt med maktrelationen som skapade det ursprungliga traumat och å andra sidan en kontakt med den pågående maktrelation som behandlaren och patienten nu själva tillsammans utgör. En makt behandlaren, som representant av psykiatrin, besitter i att kunna definiera och värdera patienten samt även i att besluta kring deras behov och vidare deras tillgång till vård. Denna maktrelation kan visserligen argumenteras vara närvarande i alla typer av vårdmöten men jag förstår den som särskilt närvarande här, då patientens ursprungliga lidande och utsatthet, vilket nu skall vårdas, har uppstått ur just en maktobalans. I denna dubbla närvaro av maktrelation finns därmed alltid en närvarande risk att reproducera aspekter av patientens trauma, maktobalansen.

De två olika riktningarna i beskrivna reaktioner på traumats existens, ökat engagemang och empati eller uppkomst av cynism, uppgivenhet och kritik, förstår jag, i linje med Kempers (1978) matris, som två olika placeringar av *orsaken* för det upplevda maktöverskottet. När självet, eller det man representerar, ses som orsaken till överskottet av makt så uppstår emotionen skuld. Denna skuld kan dock förnekas genom att förflytta orsaken för maktöverskottet till personen med maktunderskottet. I en sådan förflyttning så förnekas också traumats betydelse. Jenny beskriver en sådan process:

Min erfarenhet hittills det är att alltså det känns som att den kategorin patienter ofta kan göra att vissa behandlare alltså upplever någon slags uppgivenhet eller irritation och bara tycker att det är en jobbig patient eller att inget funkar. (Jenny, 5 år i yrket och inom psykiatri, pågående tjänst)

Orsaken för överskottet av makt vänds utåt mot patienten, hon blir jobbig och hopplös, och skuldbeläggs på så vis för sitt lidande och för frånvaron av att passa in och tillgodogöra sig vård (Kemper 1978). Camilla, i citatet nedan, har precis beskrivit hur hon upplevde att mänskligheten i den psykiatriska vården minskade i takt med att en upptagenhet av diagnoser och formaliserad bedömning ökade. Hon ger som exempel när obligatoriskt drogtest för alla nya patienter infördes på den allmänpsykiatriska mottagningen hon jobbade på:

Jag tycker att det blev mer och mer objektifierande när de pratade om människor och pratade liksom nedlåtande. Det infördes till exempel att man skulle ta drogtest på alla som kom, oavsett ålder eller bakgrund liksom, alla skulle göra drogtest. Och då fanns det ju de som inte ville ge ett drogtest. Det var ju så här övervakade drogtest [patienter lämnar urinprov med

personal närvarande i rummet], det var så man välkomnade dem. Och då tog det liksom stopp för dem där då [de som inte ville eller kunde lämna prov]. Och så fick människor som hade jättesvårigheter, mådde jättedåligt, fick de liksom stå på vänt och så skapades det någon väldigt märklig dialog kring de här personerna och någon misstänksamhet att ”*de får minsann*” och så där. Så det blev väldigt obehagligt. Och jag tänker också att människor som kommer till psykiatrin och många då som har erfarenhet av att ha blivit illa behandlade under stora delar av sitt liv och fått sina gränser kränkta liksom gång på gång. Och så välkomnas man då till en verksamhet, som ska vara till hjälp, och det man börjar med det är bara liksom den här integritetskränkningen. Och många är ju då också till lags inställda så att jag gissar att det är väldigt många som gör det mot liksom sin egen magkänsla för att en auktoritet kräver det av en. (Camilla, 15 år i yrket och inom psykiatri, avslutat sin tjänst)

En ökning av denna typ av kontroll och bedömning förstår jag som ökad maktutövning. I citatet beskriver Camilla hur orsaken för utövandet av makt och kontroll tillskrivs patienten i formen av ett misstänkliggörande. Citatet visar också på hur det bland personalen uppstår en irritation gentemot patienten kopplat till uppfattningen att de bör inrätta sig bättre. Då Camilla inte värderar situationen utifrån säkerhetsramens ramregler omförhandlas drogtestningen inte heller till något försvarbart. Det är också troligt att motståndet förstärks av relationsramens mer övergripande ideologiska syn på uppdraget. Nämligen att patienten, via erkännande och omsorg, skall stöttas till upprättelse och egen makt över sitt liv. Enligt detta synsätt utgår det behandlande uppdraget från traumat och den dubbla maktrelationens närvaro, något som krockar med citatets beskrivna drogtestrutin. Den dubbla maktrelationen refereras i citatet när patienten beskrivs komma från erfarenheter av att få gränser kränkta och nu, i psykiatrin, får uppleva det igen. Som representant för psykiatrin uppstår hos Camilla en skuld inför detta och vidare en önskan om att ställa situation tillrätta för patienten (jfr. Kemper 1978). En skuld som är beroende av ett erkännande av traumats, orättvisans, existens, patientens utsatthet och den pågående maktrelationen.

Att vända skulden för maktöverskottet utåt mot patienten förstår jag som ett emotionsarbete vilket leder bort ifrån ett sådant erkännande i enlighet med styrningens och säkerhetsramens känsloregler. Emotionsarbetets distansering från patienten består av ett hämmande av empati samt en blockering inför att vara i kontakt med patientens utsatthet. När det blockeras blir patientens och traumats uttryck och behov inte förståeliga utan istället besvärliga, avvikande eller hopplösa. Det som istället blir i fokus är då hur patienten *inte* passar in. Detta distanserande emotionsarbete förstår jag vara inbyggt på institutionell nivå, i den formaliserade organiseringen och förståelsen, men också närvarande på praktisk nivå, i den direkta hanteringen av patienten. Behandlaren, i sitt engagemang och sin drivkraft att hjälpa patienten, slits mellan den å ena sidan institutionellt förankrade distanseringen och den å andra sidan relationella empatin med patienten. Detta återspeglar sig i hur det distanserande emotionsarbetet inte har naturaliserats på behandlarnivå utan sker i förgrunden, medvetet, och därför kan skapa både inre och yttre konflikt samt upplevelser av skuld. I vissa fall till en grad som skapar svårigheter att utföra arbetet, att via emotionsarbete anpassa sig till styrningen (jfr. Wettergren 2019). Även här blir säkerhetsramens dynamik central. Alla behandlarna uttrycker olika former av kritik utifrån upplevelsen att denna patientgrupp lätt faller mellan stolarna men de skiljer

sig sedan åt i hur det för vissa, genom säkerhetsramen, ändå verkar ske självstyrning via försvar om distanseringens, kontrollens eller strukturens nödvändighet samt via emotioner av oro.

Det återfinns en viktig dubbelhet i säkerhetsramens perception av makt. På ett vis adresserar den i sina ramregler maktens närvaro i hur den tar spjörn emot att behandlare tidigare arbetade under för okontrollerade former med patienterna och att det innebar risker hur patienten blev utelämnad till den enskilda behandlaren. Här nämns risker som gränslöshet, överksamma långa behandlingar eller allmänt slarv. På så vis erkänner och understryker säkerhetsramens logik behandlaren maktposition gentemot patienten. Något som framkommer via moraliska argument om att *skydda* patienten från behandlaren subjektiva relationella makt med hjälp av standardisering, vetenskap samt utvärdering (EBM-P). Men i denna upptagenhet av den subjektiva behandlaren brister och risker och i understrykandet av vetenskapens och formaliseringens kompenserande trygghet så blir en annan makt dold – strukturens makt. Det blir dolt hur psykiatrins struktur och kunskap inte är en neutral ram utan istället är ideologiskt definierande och aktivt styrande. Utifrån detta menar jag att orsaken, skulden, för psykiatrins maktöverskott och formalisering inte bara placeras hos patienten, i sin hopplöshet och avvikelser, utan även hos behandlaren, i all sin opålitlighet.

När orsaken vänds utåt, mot patienten och behandlaren, så blir institutionens maktöverskott och dess utövande till något naturligt och på så vis blir även maktrelationen delvis dold. Detta återspeglas i, vad Kemper (1978) benämner som, *megalomani*: en grandios syn på självet, rätten till makt och att få bestämma över andra människors öden. Maktens megalomani och dess utåtvändande av skuld förstås som en självupptagenhet vilken blir absurd i sin brist på verklighetsförankring. En absurditet flera behandlare återkommit till avseende formaliseringen och dess fokus på de egna inre flödena och den medföljande mängden administration. Det vill säga att psykiatrin ofta upplevs mer upptagen av sin egen ansiktslösa organisering än av den levande verkliga patienten och behandlaren. Elisabeth beskriver denna organisatoriska självupptagenhet och en upplevelse att det inte finns utrymme för patienten att göra annat än att inordna sig:

Organisationen kräver uppmärksamhet. Det är en otroligt självupptagen organisation. Den är så självupptagen så att den är snart så barnslig så att det finns ingen plats för patienten för organisationen kräver så stort. Och jag tänker att för mig har det blivit uppochnervända världen. Därför att föräldern har nu helt plötsligt, som organisationen borde vara, nu ska barnet, som är patienten, ta hand om organisationen. Och det är det jag menar det är väldigt mycket som har tippat över det har blivit nästan fan sinnessjukt alltså till slut [skratt] (Elisabeth, 30 år i yrket och 20 år inom psykiatri, pågående tjänst)

I citatet återfinns även den beskriva ideologiska konflikten kring ifall patienten skall anpassa sig efter system eller om systemet skall utformas efter patienten.

Sammanfattningsvis framkommer en närvaro av relationell förståelse av lidande i behandlarnas praktik men en samtidig relativ frånvaro av det i styrningen och kunskapen, en ytterligare en dimension i det beskrivna glappet. Mötet med traumats existens väcker olika reaktioner hos behandlarna och beroende av var orsaken för den pågående maktrelationen placeras kan traumat

både bli en grund till distansering från patienten eller en grund, utifrån relationsramens logik, för ökat engagemang och motstånd mot psykiatrins styrning. Skulden för psykiatrins maktöverskott, formaliseringen, placeras av organisationen inte bara hos patienten utan även hos behandlaren i och med definieringen av det subjektiva, behandlaren, som det riskfyllda och det objektiva, vetenskapen och standardiseringen, som det trygga. I denna process menar jag att ett förtäckande av strukturens makt uppstår. En ideologisk process vilken säkerhetsramen samspelar med via självstyrning präglad av oro och självkritik inför det subjektiva självet.

De delade emotionernas upprättelse

Alla behandlare beskriver, på olika vis och i olika grad, relationens centrala position i arbetet med patienten. Detta beskrivs gälla i arbetet med patienter generellt men särskilt där komplex traumatisering återfinns då relationell kvalitet i den kontakten ofta upplevs vara extra avgörande. För att tydliggöra dessa relationers former, innebörder och konsekvenser, tar jag hjälp av Buber (1962). När flera av behandlarna understryker relationens betydelse så verkar de tala om en relationell kvalitet av typen Jag-Du-möte. Detta återfinns i hur de beskriver vikten av egen genuinitet, en öppen och flexibel lyhördhet inför patientens individuella lidande och behov samt vikten av att skapa både tillit och förtroende i kontakten. Detta är relationella processer vilka präglas av emotioner av empati och omsorg samt att patienten i mötet kan få vara ett jämlikt subjekt. I relation till empati refereras det också till att *del*a emotioner med patienten i form av till exempel frustration, sorg, och ilska inför vad de har varit utsatta för och hur svår deras situation nu är:

Man kan bli ledsen också för man ser ju vad de har, och förstår och de berättar ju väldigt mycket också vad de faktiskt har gått igenom. Hur ensamma de har varit både emotionellt och kognitivt och existentiellt så att det har varit väldigt... [suck] Ja väldigt skrämmande eller obegripligt eller smärtsamt eller så va. Och det är klart att då ja man blir berörd eller man *behöver* till och med bli berörd. (Elisabeth, 30 år i yrket och 20 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Något som karaktäriserar komplex traumatisering är hur basala rättigheter någon gång under livet har blivit djupt kränkta. Det har sedan skapat långtgående konsekvenser i personens mående samt ofta också i positionen och varandet i världen. Ilska och harmfullhet är emotioner som bildas av att ha blivit utsatt för en sådan social kränkning och vidare är de också nödvändiga för att personen skall kunna styra sitt agerande åt att återställa sin sociala ställning. Denna återställning, upprättelse, är beroende av att accepteras och mottas av andra för att kunna ske fullt ut. En sådan acceptans byggs på sympati, inte i form av ömkande utan i form av just delade emotioner (Barbalet 2001). Eva beskriver hur hon arbetar med patienter med komplex traumatisering på ett vis som kan tolkas spegla en sådan process av återställning och upprättelse, inom ramen för ett Jag-Du-möte. Denna process utgår ifrån den dubbla maktrelationens närvaro när den via att följa patienten stöttar henne i att återta den kontroll, den makt, hon blivit fråntagen:

Det är liksom en individuell process och man kan inte följa någon speciell ”så här och så här gör man” för till exempel, eftersom jag jobbar med kroppsövningar, så kan det ju vara så här kanske att man ska inte göra övningar liggande för då känner personen sig så utsatt men det är så olika för andra är *det* det bästa för då känner de sig lite skyddade för ingen ser dem och det går absolut inte att stå. Andra måste stå. Att liksom följa [patienten] då. Och då brukar jag säga till den personen” nu eftersom du har varit i så många situationer där du inte haft någon kontroll, du har liksom bara fått stänga av och gå med på saker för att överleva. Här är det att *du* ska börja öva dig att det är *du* som har kontrollen och bestämmer hur mycket du ska liksom utmana det som...”. Just att få den personen att börja förstå det, det är ju på ett sätt lätt och samtidigt jättesvårt. Men att individanpassa det och jobba med att du ska vara närvarande då i kroppen även om det är det svåra då. Hur är man det? Det kan inte jag säga men att vi jobbar på det då tillsammans. Och det är på ett sätt lätt men svårt. Det krävs att jag är väldigt närvarande då själv och att liksom intuitivt kolla av också att jag har med mig, att jag inte bara gör någon slags såhär ”följa vissa steg” utan jag måste vara med och så bara. Hon är inte med nu längre märker jag och jag kan inte säga hur jag ser det men nu gör jag det. [. . .] Och det är ju en viktig sak att öva upp och att det ges tid till det då. Men då tänker jag när det är den här väldigt så här manualbaserad naturvetenskap så finns inte den dimensionen med. Då är den liksom flummig eller så, fast den är så jävla viktig. (Eva, 30 år i yrket och 25 år inom psykiatri, sagt upp sin tjänst)

Eva förhåller sig till den emotiv-kognitiva säkerhetsramens existens. Hon ser att hon överträder dess skiljelinjer och blir *flummig* men det är ändå inte utifrån den hon värderar sitt arbete. Eva refererar istället till relationsramens övergripande ideologiska förståelse av psykiskt lidande och psykiatrins uppdrag; att patienten har varit utsatt under sitt liv, förlorat sin kontroll, och nu skall få hjälp till upprättelse, att återta kontrollen. Hon tar avstamp i ett förtroende till sig själv och en tillit till att det arbete hon gör tillsammans med patienten kommer att leda till något gott. Vidare förstår jag hennes arbete spegla Barbalets (2001) radikala perspektiv på viset hon inte separerar den emotionellt präglade intuitionen och relationen från den teoretiska kunskapen.

Samtidigt är de typer av relationell och personlig kvalitet som beskrivs viktiga ofta svåra att få till i den formaliserade, administrativt tyngda och diagnosfokuserade organiseringen. Här återfinner jag ytterligare en dimension av det beskrivna glappet mellan styrningens kunskap och behandlarens praktik. Birgitta beskriver vad hon upplever bli konsekvensen av formaliseringens ökade fokus på utredning och diagnostik:

Det blir mindre relation. Alltså man lägger någonting emellan sig och patienten. Man lägger en utredning där. Man lägger formulär. Man lägger frågor som är förprogrammerade på något sätt. Det blir inte ett så ärligt möte tänker jag. Det genuina går förlorat. Man får inte känna på kontakten på det sättet. Patienten är reducerad till en diagnos tycker jag. (Birgitta, 40 år i yrket och 35 år inom psykiatri)

Citatet beskriver hur psykiatrins organisering, och ökade formalisering, inte är utformat för Jag-Du-möten. Likt Birgitta beskriver i citatet så är den utformad för Jag-Det möten där värderingar, förväntningar och tekniker läggs mellan behandlaren och patienten i fokuseringen på bedömning samt i förväntan att patienten skall anpassa sig till det färdiga systemet. Något som innebär att det blir upp till den enskilda behandlaren att skapa ett Jag-Du-möte *trots* systemet. Genom detta förstår jag psykiatrin inte endast ha ett institutionaliserat emotionsarbete vilket skapar distans till patientens

trauma, utan det också har ett institutionaliserat emotionsarbete vilket skapar distans till patienten som subjekt samt till relationen och empatin som en möjlig väg till upprättelse.

Jag-Du-mötet, vilket behandlarna beskriver som viktigt, har inte bara svårt att få plats utan det kan också förstås som misstänkliggjort. Detta ses i hur just emotionens och relationens centralitet i Jag-Du mötet kan väcka oro hos behandlarna kring att vara gränslös, oneutral, ostrukturerad eller ovetenskaplig i behandlingen. I detta blir relationen och de delade emotionerna delvis till något riskfyllt eller kanske till och med felaktigt. Daniel uttrycker hur han upplever sig befinna sig i den här konflikten *hela tiden*:

Samtidigt så tänker jag att jag gör fel när jag på något vis vill känna att jag får kontakt med personen jag sitter med och att det känns som att det vi gör är liksom meningsfullt för den personen. Så jag gör ju anpassningarna för patientens skull men jag upplever på något vis själv att jag då samtidigt gör mig själv till en sämre psykolog i psykologers ögon. Och den konflikten upplever jag att jag är i hela tiden skulle jag säga. Mer eller mindre. Och jag tror att en anledning till att vissa patienter kan kännas lättare att jobba med är för att dom är lättare att bara göra rätt med. (Daniel, 10 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Självstyrning präglad av oro och självtvivel uppstår med en önskan om att göra *rätt* - att följa vetenskapen och inte den relationella omsorgen. I citatet återfinns jag också den övergripande styrande ideologins utgångspunkt i att patienten skall anpassas till systemet och när patienten inte kan det så blir hon *fel* i hur hon blir omöjlig att göra *rätt* med. Likaså blir också behandlaren strävan att ändå nå patienten *fel*. Det emotionsarbete som kopplas till självstyrningen utifrån säkerhetsramens logik är således att reglera sina emotioner av omsorg för patienten utifrån ramregeln att det mer subjektiva och relationella arbetet är något riskfyllt eller ovetenskapligt. Konflikten som Daniel uttrycker sig vara i hela tiden förstår jag vara konflikten mellan ramarna och de övergripande ideologierna. I spänningen den konflikten skapar verkar många behandlare pendla fram och tillbaka mellan patienten och den styrande kunskapen. Fram och tillbaka över säkerhetsramens skiljelinjer. Att närma sig patienten som ett förståeligt och jämlikt subjekt är därför också att närma sig ett motstånd mot den dominerande ideologin. Här förstår jag relationen och de delade emotionerna som något kraftfullt, ett ständigt närliggande, om än ibland oförlöst, motstånd. Här får självstyrningen och emotionsarbetet pressa på för att anpassning, i form av distansering från patienten, och återgång till en Jag-Det-relation, skall ske (Buber 1962). Det är en process som utgår från en separering av det rationella och emotionella genom hur ansatsen att låta relationen och empatin med patienten vara vägledande blir till något irrationellt och osäkert som behandlaren behöver röra sig bort ifrån eller åtminstone ifrågasätta (jfr. Barbalet 2001). Sara beskriver en oro för vad en naturalisering av det distansskapande emotionsarbetet skulle kunna innebära:

Det jag kan tycka händer med de nya behandlarna som har växt upp i det här mer manualbaserade och så är att det kanske blir lite mycket ”vi och dem”. Alltså vi som är behandlare och de som är patienter. Och då tycker jag att man tappar den här kvaliteten som finns i det här allmänmänskliga att kunna liksom känna att det här är inte en *patient* utan det är en *person*. Det är en person med både styrkor och svagheter och som är lik en själv på

vissa sätt och på andra sätt inte. Jag är rädd att det kan innebära någon form av avhumanisering eller ojämlikhetsgrej i relationen mellan behandlare och patient när man blir för manualstyrd och för evidensfixerad och att man tappar bort den där genuina liksom nyfikenheten på *hur har det varit att vara du?* (Sara, 15 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Sara beskriver en oro att formaliseringens psykiatri leder till en naturalisering av avhumaniserande oförståelse av patienten samt i det även en reproducering av social ojämlikhet. Jag har tidigare beskrivit hur psykiatrin, i sin formalisering, verkar inneha en inbyggd ovilja till tillit inför sina anställda. Här menar jag att psykiatrin även verkar inneha en inbyggd ovilja till att låta patienten vara en förståelig och jämlik person. Något som kräver ett erkännande av patientens *varför*, traumat, och ett utrymme för ett Jag-Du-möte vari förståelse kan uppstå och emotioner delas. Här delar behandlaren och patienten delvis position i hur behandlaren, som försöker möta patienten, också blir till något oförståeligt, avvikande eller irrationellt. Jag har tidigare beskrivit hur sådana överträdelser av behandlarna kan få faktiska följder i form av förlust av professionell status samt en minskad tillgång till positiva och trygga emotioner på arbetet. De behandlare som har sagt upp sig relaterar alla sitt beslut till en sådan process.

I de beskrivna emotionella processerna av tillit och förtroende återfinner jag en viktig diskrepans och dubbelhet. Jag har beskrivit en brist på tillit och förtroende i relationen mellan behandlaren och styrningen men jag har också beskrivit hur de emotionerna framkommer som centrala i relationen mellan behandlaren och patienten. Detta försätter flera av behandlarna i en position av att försöka tillhandahålla en emotionell process de själva inte har tillräcklig tillgång till. Det framkommer vara svårt för flera av behandlarna att i längden ge vad de själva innehar en brist av. Ett fenomen vilket jag menar framkommer relativt oberoende av grad av övertygelse till relationsramen, av aktivt motstånd mot psykiatrins organisering eller av stolthet i sin yrkesroll. Bristen på erkännande och tillit ger konsekvenser. När det hos behandlarna inte finns ett tillräckligt förtroende till framtid och acceptans inom den egna organisationen så finns inte heller en kraft till att agera för förändring i opposition mot formaliseringen (jfr Barbalet 2001). Parallellt blir det svårt att i längden ge patienten en behandling vilken mobiliserar just erkännande och upprättelse. Här menar jag att alternativen verkar vara självstyrning utifrån säkerhetsramen eller att ge upp och, ofta med sorg, säga upp sig. Sara, som genom hela intervjun, med självklarhet och självförtroende beskrivit hur hon ofta överträder formaliseringen och säkerhetsramens skiljelinjer, till förmån för ett Jag-Du-möte med patienten, beskriver senare hur den sociala position det försätter henne i ändå påverkar henne, hennes självbild och hennes patientssyn

Det kan ge en känsla av ensamhet eller av att inte vara förstådd själv också som blir svårt att liksom sortera i att; Är det här jag? Borde jag göra annorlunda? Borde jag ta upp det här med kolleger och följa alla de här riktlinjerna? Att man kanske ifrågasätter sig själv. Att är det här är någon slags osund rebellism? Hur orolig borde man vara liksom? Alltså man kan ju hamna ändå lite i de här självifrågasättandena tycker jag. Men också så här; dras jag med nu av patienten in i någonting som är ofriskt liksom? Det kan jag ibland tänka just i och med att

man pratar då så mycket, både kvantitativt och kvalitativt, med patienter jämfört med friska människor. Ibland kan jag sitta nästan med en känsla av att så här att jag har tappat bort var gränsen går mellan sjukt och friskt att jag upplever de här personerna som väldigt begripliga och rimliga i allt möjligt de säger. Men är det att jag liksom har någon affektsmitta kan jag tänka ibland? Men här sitter jag och pratar med liksom ändå komplext psykiatriskt sjuka människor. (Sara, 15 år i yrket och 5 år inom psykiatri, pågående tjänst)

Slutsatser och diskussion

Psykiatrins styrning är under transformation. Denna transformation präglar svensk öppenvårdspsykiatris emotionella strukturella processer samt behandlarnas identiteter och relationer på arbetet. Det framkommer hos behandlarna en etablerad och uttalad kritik mot styrningens underliggande kunskap, NPM och EBM-P, samt den pågående formaliseringen och reduceringen av arbetet, förståelsen och relationerna. Trots etablerad kritik och upplevelser av påtagliga negativa och absurda konsekvenser så sker ändå styrning. Detta menar jag är möjligt via den emotiv-kognitiva säkerhetsramens försvar av den övergripande ideologins nödvändighet via moraliska argument om säkerhet samt via en positionering gentemot den tidigare styrningen som felaktig och farlig. En moral vilken tillsammans med emotioner av oro och tvivel hos behandlaren inför det egna subjektiva självet, förstärkt av ett strukturellt underskott av tilltro, förtroende och status, alstrar självstyrning. Den tydligt närvarande berättelsen om att det som var innan var fel och en internalisering av att självförbättring därför nu behöver ske är i linje med Jacobssons (2023) fynd inom Försäkringskassan om narrativens funktion vid dramatiska skiften i styrning. I säkerhetsramens moral återfinns också tydliga ideal om objektivitet, neutralitet, lojalitet och vetenskaplighet. I relation till det återfinns också känsleregler gentemot hur kritik får upplevas och uttryckas samt gentemot hur empati får vara ledande i arbetet med patienten. I likhet med Bergman Blix och Wettergrens (2018) studie av anställda inom det svenska rättssystemet opererar även säkerhetsramen på en förnekelse av emotionens värde och närvaro i det som kan anses förnuftigt eller rationellt.

Närvarande bland flera behandlare är ett kraftfullt motstånd. Genom det argumenterar jag för att det finns ytterligare en emotiv-kognitiv ram närvarande, relationsramen, med andra ideal och skiljelinjer för rätt och fel präglade av en mer subjektiv applicering av kunskap samt en mer social förståelse av patientens lidande och behov. Att det finns två ramar närvarande ligger i linje med Thoits (2012) analys att klinkers praktik inom psykiatri också tar avstamp i och präglas av behandlarnas olika inre ideologier. De två ramarnas närvaro speglar vidare en pågående ideologisk konflikt inom psykiatrin avseende definitionen av psykiskt lidande och av god psykiatrisk vård. Motståndet, eller ambivalensen, verkar framför allt väckas och få kraft hos behandlarna i det relationellt och emotionellt präglade mötet med patienten och hennes trauma. Under psykiatrins styrning placeras orsaken för maktöverskott, formaliseringen, hos patienten, den besvärliga oförståeliga, och hos behandlaren, det riskfyllda subjektiva. Något som jag menar kan reproducera patientens ursprungliga maktobalans, traumat. Denna process av att misstänkliggöra det subjektiva

och samtidigt ställa tilltron till det påstått objektiva vetenskapliga menar jag agerar förtäckande av den strukturella makten. Säkerhetsramen samspelar med denna ideologiska process via sin självstyrning präglad oro och självkritik inför det subjektiva självets inflytande. Här menar jag att det relationella arbetet under evidensparadigmet utöver att bli osynliggjort, likt Lydahl (2021) beskriver, också blir motarbetat eller misstänkliggjort. På så vis är det relationella arbetet med patienten och ett erkännande av deras trauma också ett motstånd. Här argumenterat jag, i Bubbers (1962) anda, för kraften och möjligheterna i det genuina relationella mötet i vilka emotioner kan delas och upprättelse uppstå. Under nuvarande styrning och kunskap är psykiatrin inte en arena för upprättelse och erkännande utan det blir istället upp till den enskilda behandlaren att göra rum för det *trots* strukturen. Jag menar här att det är en främst ideologisk fråga, inte vetenskaplig, ifall psykiatrin skall erbjuda den relationella och emotionella kvaliteten eller inte.

Styrningens ideologiska kunskap verkar inta en allt mer hegemonisk position. Att den inte har naturaliserats blir tydligt via den konfliktfylldhet och det motstånd dess styrning väcker hos behandlarna. Samtidigt pekar denna studies resultat mot att behandlarna, som aktivt och öppet uttrycker motstånd tenderar att säga upp sig eller dra sig undan. Parallellt verkar det även finnas en tendens att självstyrningen, utifrån säkerhetsramen, om än ambivalent, ofta är starkare hos de mer nyexaminerade behandlarna samtidigt som psykiatrin beskrivs ha svårighet att behålla personal med längre erfarenhet. Utifrån detta är det rimligt att fråga sig om det finns en risk att motståndets närvaro gradvis försvinner till förmån för en naturaliseringsprocess av styrningens kunskap samt det emotionsarbete vilket distanserar behandlaren från patienten och från traumats, den sociala orättvisans, existens. I naturaliseringen verkar den emotiv-kognitiva ramen spela en viktig roll i hur dess anpassning av kunskapen till praktiken skapar förutsättningar för naturalisering även när kritik är närvarande.

Denna studie innehåller både begränsningar och framtida möjligheter. De två främsta begränsningarna bedöms vara frånvaron av patientens perspektiv samt frånvaron av att sätta studien i en större psykiatrihistorisk kontext. I denna studie har fokus lagts vid öppenvårdpsykiatrins senaste skifte i styrning. Jag menar att det hade fördjupat analysen ytterligare att sätta det skiftet i en större historisk och samhällsrelaterad kontext. Exempelvis väcks frågan hur 90-talet psykiatrireform kan förstås spela in i det som studiens resultat beskriver.

Teoretiskt försöker denna studie koppla samman governmentalityteori och emotionssociologi genom att visa hur självstyrning, i enlighet med strukturella ideologiska ramar, möjliggörs och vidmakthålls genom emotioner. Mer forskning behövs inom detta område för att visa på *hur* emotioner och emotionella processer är en viktig del i möjliggörandet av anpassning genom självstyrning.

Fortsatt forskning på studiens tema, hur psykiatrins styrning tas emot av de som befinner sig inom den, är angelägen för att ytterligare utforska frågor om motstånd, identitetskonstruktioner samt relationens och de emotionella processernas kraft. Här är det angeläget och avgörande att ta del av

patientens levda erfarenhet för att kunna säga mer om styrningens konsekvenser. Detta menar jag är den viktigaste möjligheten för fortsatt forskning.

Referenser

- Almqvist, R. (2006). *New Public Management: NPM: Om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Al-Saffar S. (2003). *Trauma, Ethnicity and Posttraumatic Stress Disorder in Outpatient Psychiatry*. [Doktorsavhandling, Karolinska institutet]
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Barbalet, J. (2001). *Emotion, social theory, and social structure: A macrosociological approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bejerot, E., Forsberg Kankkunen, T., & Hasselbladh, H. (2015). Två decennier av new public management: arbetsmiljön i skola och sjukvård. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 21(3), 23-41.
- Berg, H. (2019). Evidence-Based Practice in Psychology Fails to Be Tripartite: A Conceptual Critique of the Scientocentrism in Evidence-Based Practice in Psychology. *Frontiers in Psychology*, 10, 22-53.
- Berggren, J. (2022, 9 september). Psykiatrin står för vart femte arbetsmiljöalarm i vården. *Arbetet*. <https://arbetet.se/2022/09/09/psykiatrin-star-for-vart-femte-arbetsmiljolarm-i-varden/>
- Bergman Blix, S., Wettergren. Å. (2018) *Professional Emotions in Court: A Sociological Perspective*. London: Routledge.
- Bornemark, J. (2020). *Horisonten finns alltid kvar: Om det bortglömda omdömet*. Stockholm: Volante.
- Brunsson, N. Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform. *Organization Studies*, 21(4), 721-46.
- Bröckling, U, Kassman, S. Lemke, T. (2011). From Foucault's Lectures at the Collège de France to Studies of Governmentality: An Introduction. I Bröckling, U, Kassman, S. Lemke, T. (red.), *Governmentality: Current Issues and Future Challenges* (s.9-41) New York and London: Routledge.
- Buber, M. (1962). *Jag och du*. Stockholm: Bonnier.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1980). *Deviance and medicalization – From badness to sickness*. St. Louis: Mosby.
- Dean, M. (1999) *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-58.
- Flygare, E. (1999). *Den psykiatriska problematiken och den problematiska psykiatrin*. (akademisk avhandling i sociologi) Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposion.
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Samband mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd Resultat från en registerbaserad kohortstudie i Sverige, version 2*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/16fcb8ddf72f42fcbfa6d7f08a5549d7/samband-utsatthet-barndomen-senare-var-d-psykiatriska-tillstand.pdf>
- Foucault, M. (1973). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. 1973. Stockholm: Aldus/Bonnier.
- Grönberg Eskel, M. (2012). *Från slutna institutioner till institutionaliserat omhändertagande*. (*Karlstad University studies*, 2012:54). [Doktorsavhandling, Karlstads universitet].
- Habermas, J., Molander, A., Carleheden, M. (1996). *Kommunikativt handlande: Texter om språk, rationalitet och samhälle*. Göteborg: Diados.
- Hansen Löfstrand, C., & Jacobsson, K. (2023). *Transforming subjectivities: Studies in human malleability in contemporary times*. New York: Routledge.
- Hasselbladh, H., Bejerot, E., Gustafsson, R. Å. (2008). *Bortom New Public Management: Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: the aftermath of violence, from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books, a member of the Perseus Books.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *The American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575.

- Hochschild, A. R. (1990). Ideology and Emotion Management: A Perspective and Path for Future Research. I Kemper, T.D. (red.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions* (s.117-142). New York: State University of New York Press.
- Isberg, E. (2023, 3 augusti). Psykologbristens pris: ”Mitt vuxna liv springer i från mig”. *Dagens Nyheter*. <https://www.dn.se/sverige/psykologbristens-pris-mitt-vuxna-liv-springer-i-fran-mig/>
- Isberg, E. (2023, 3 augusti). ”Regioner där psykiatrin fungerar är undantag”. *Dagens Nyheter*. <https://www.dn.se/sverige/regioner-dar-psykiatrin-fungerar-ar-undantag/>
- Jacobsson, K. (2023). The Storying of Experience: Shaping Caseworker Subjectivity at Social Insurance Agencies. I Hansen Löfstrand, C. & Jacobsson, K. (red.), *Transforming subjectivities. Studies in Human Malleability in Contemporary Times*. London och New York: Routledge.
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum: Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier.
- Johannisson, K. (2015). *Den sårade divan: Om psykets estetik (och om Agnes Von K, Sigrid H och Nelly S)*. Stockholm: Bonnier.
- Kemper, T. D. (1978). Toward a Sociology of Emotions: Some Problems and Some Solutions. *The American Sociologist*, 13(1), 30-41.
- Kemper, T. D. (2006). Power and Status and the Power-Status Theory of Emotions. I Stets, J. E. & Turner, J. H. (red.) *Handbook of the Sociology of Emotions*. New York: Springer.
- Kutchins, H. & Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM – The psychiatric Bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.
- Larsson, B. (2014). Emotional professionalism in a bureaucratic context: Emotion management in case handling at the Swedish Enforcement Authority. *International Journal Of Work Organization And Emotion*, 6(3), 281-294.
- Lydahl, D. (2021). Shadowing care workers when they’re ‘doing nothing’. I Jacobsson, K., Gubrium, J. (red.) *Doing Human Service Ethnography* (s.19-34). Policy Press.
- Lindblom, J. (2023). *Psykiatrins kris: Ett sociologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, M. (2016). *Speaking about social suffering? Subjective understandings and lived experiences of migrant women and therapists*. [Doktorsavhandling, Karlstad universitet].
- Mills, A. J., Durepos, G., Wiebe, E. E. W. (2010). *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Näslund, L. & Thedvall, R. (2023). A Brighter Future? The Transformative Power of Models in Social Services. I Hansen Löfstrand, C. & Jacobsson, K. (red.), *Transforming subjectivities. Studies in Human Malleability in Contemporary Times*. London och New York: Routledge.
- Olsson, E.(2008). *Emotioner i arbete: En studie av vårdarbetares upplevelser av arbetsmiljö och arbetsvillkor (Karlstad University studies, 2008:6)*. [Doktorsavhandling, Karlstads universitet]
- Rose, N., & Miller, O. (1992). Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology* 43(2), 173-205.
- Scheid, T., & Wright, E. (2017). *A Handbook for the Study of Mental Health*. Cambridge University Press.
- Sieben, B. & Wettergren, Å. (2010). *Emotionalizing organizations and organizing emotions*. New York: Palgrave Macmillan.
- SVT. (2022, 28 juni). Arbetsmiljöverket kräver bättre arbetsmiljö på psykiatrin i Luleå och Gällivare. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/norrboten/dalig-arbetsmiljo-pa-psykiatrin-i-lulea-och-gallivare-arbetsmiljoverket-kraver-att-region-norrboten-agerar>
- SVT. (2020, 4 juni). IVO-kritik mot psykiatriska öppenvården: ”Riskerar vårdskador”. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/varmland/ivo-kritik-mot-psykiatriska-oppenvarden-riskerar-vardskador>
- Thoits, P. A. (2012). Emotional deviance and mental disorder. I Spencer, D., Walby, K., & Hunt, A. (red.), *Emotions matter: A relational approach to emotions*. Toronto: University of Toronto Press.
- Thomas, P., Bracken, P., & Timimi, S. (2012). The anomalies of evidence-based medicine in psychiatry: Time to rethink the basis of mental health practice. *Mental Health Review Journal*, 17(3), 152-162.
- Torkelsson, A.-C. (2022, 3 augusti). Viteshot mot psykiatrin i Trelleborg efter brister i läkarnas arbetsmiljö. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/08/viteshot-mot-psykiatrin-i-trelleborg-efter-brister-i-lakarnas-arbetsmiljo/>

- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf
- Wettergren, Å. (2019). Emotive-cognitive rationality, background emotions and emotion work. I Patulny, R., Bellocchi, A., Olson, R., Khorana, S., McKenzie, J., Peterie, M. (red), *Emotions in Late Modernity*. London: Routledge.
- Wettergren, Å. (2010). Managing unlawful feelings: The emotional regime of the Swedish migration board. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 3(4), 400-419.
- Winther Jørgensen, M., Phillips, L. (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Zaremba, Maciej (2013). *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler.
- Öst, O. (2020). Psykiatrin skakas av personalflykt: ”Jag har aldrig upplevt att det har varit ett sånt här tryck”. *Sundsvalls Tidning*. <https://www.st.nu/2020-02-24/psykiatrin-skakas-av-personalflykt-jag-har-aldrig-upplevt-att-det-har-varit-ett-sant-har-tryck>