



PSYK

Metoderapport Skup
Oslo, 12. januar 2026

NIK



Innsendere

Ellen Benedikte Kasnes
Louise Scharff Thommessen
Ole Jørgen F. Kolstadbråten
Eva Marie Bulai
Eva Akerbæk
Ragna Løvskar
Ruben Solvang
Rune Munkebye
Svend Even Hærra

Reportasjeledere

Lars Karelius Noer
Anne Linn Kumano-Ensbj

Redaksjonssjef

Frode Frøyland

Redaktør

Egil Sundvor

Kontaktperson

Ellen Benedikte Kasnes
ellen.benedikte.kasnes@nrk.no
+47 98643872

Foto og klipp

Sigrid Winther, Leif Kristian Hatland, Rune Hansen, Patrick da Silva
Sæther, Javier Ernesto Auris Chavez, Oliver Ivanowitz

Grafikk og utvikling

Ole-Morten Ødegaard, Rebecka Taule, Vidar Kvien og André Fagernæs-
Håker

Andre bdragsytere

Kine Løken Thoreid, produksjonsleder
Maria Elsness, prosjektleder SoMe og publisering
Øyvind Øvergård, SoMe-redigering

En ekstra takk til

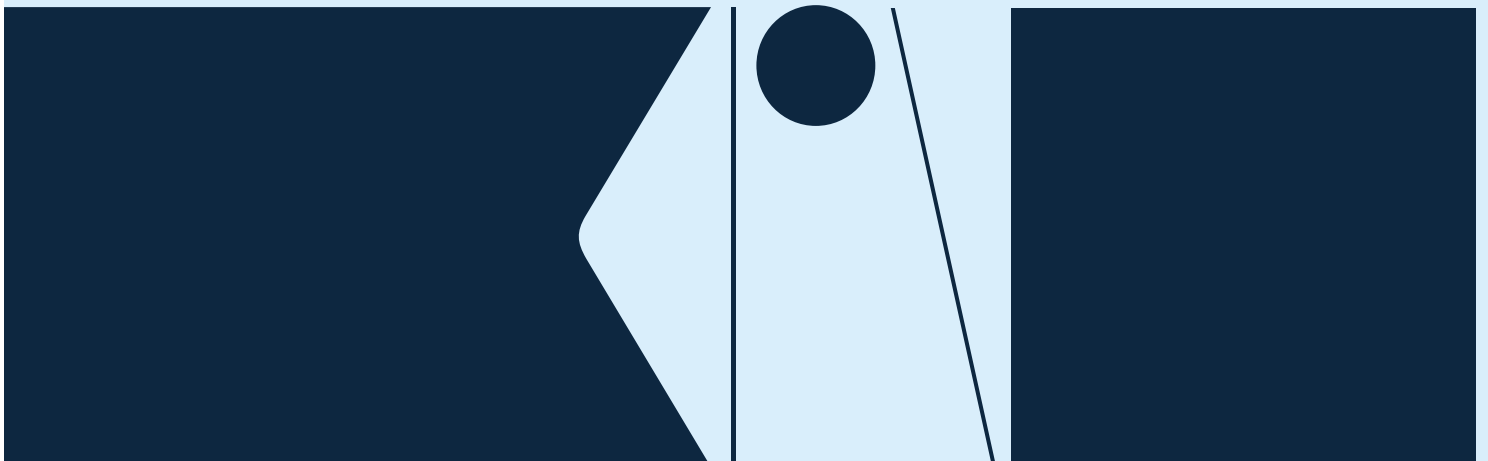
En stor takk til alle pasienter og pårørende fra hele landet som modig
og ærlig har delt om livet som alvorlig psykisk syk.
Takk til ansatte i FACT Gamle Oslo og deres støttespillere, og ansatte på
Sentrum politistasjon. Takk til leder i Norsk psykiatrisk forening, Lars
Lien og førsteamanuensis Therese Dwyer Løken ved Høgskolen i
Østfold, Mette Senneseth i Helse Bergen, Lars Rønningen i
Helsedirektoratet og Pårørendesenteret i Oslo.

Publisert

Fra 31. mai 2025 – 29. okt. 2025

Redaksjonen

NRK Fakta, Undersøkende



| | |
|---|-----------|
| Innledning..... | 1 |
| Slik startet det..... | 1 |
| Tillit som metode..... | 2 |
| Tett på hjelperne..... | 2 |
| Et halvår med kameraet avskrudd..... | 3 |
| Sårbare pasienter slipper oss inn..... | 3 |
| Nødvendig med en overflod av historier..... | 4 |
| De som var for syke til å stå fram..... | 4 |
| Hospitering hos politiet..... | 5 |
| Begrenset tilgang på grunn av taushetsplikt..... | 5 |
| Nye regler hindrer tilstedeværelse..... | 6 |
| Egne undersøkelser..... | 6 |
| Hvor mange svingdørspasienter finnes?..... | 6 |
| Tallene som ikke var tilgjengelig..... | 7 |
| Samarbeid med forskere..... | 7 |
| Sette sammen et nasjonalt datasett..... | 8 |
| Kartlegging av de pårørendes erfaringer..... | 8 |
| 1000 pårørende forteller om sine erfaringer..... | 9 |
| Viktig og rystende innsikt..... | 9 |
| Deling av data..... | 9 |
| Kartlegging av kommunale forskjeller..... | 10 |
| Jakten på bakgrunnstall fra en offentlig rapport..... | 10 |
| Et utvalg spørsmål om alvorlig psykisk syke..... | 11 |
| Å gjøre tekstsvaret til tall..... | 11 |
| Postnummerlotteriet..... | 11 |
| Kartlegging av politiets erfaringer..... | 12 |
| Manglende kunnskap..... | 12 |
| Omfattende omfang..... | 13 |
| Alternative løsninger..... | 13 |
| Etiske utfordringer..... | 14 |
| Dynamisk samtykke..... | 15 |
| Problematiske premisser..... | 16 |
| Hovedpersonen vi mistet..... | 16 |
| Mottakelse og konsekvenser..... | 17 |
| Slik jobbet vi..... | 19 |
| Dette er nytt..... | 19 |

Innledning

Mennesker med psykoselidelser er en gruppe som mangler i mediebildet. Mange snakker om dem, men selv slipper de sjelden til. For å kunne vise et nyansert bilde for alvorlig psykisk syke i Norge, måtte vi jobbe systematisk over tid. Vi brukte over et halvt år på å bygge relasjoner, før det første kameraet ble skrudd på. Vi innførte en samtykkeprosess der sårbare kilder fikk tid og rom til å forstå konsekvensene av sin egen medvirkning.

Dette valget kom med en høy pris. Ved å gi kildene reell makt over sin egen historie, aksepterte vi også risikoen for at viktige biter av historien og journalistikken kunne falle bort når som helst. Dette var ikke bare en teoretisk risiko, men noe vi måtte planlegge for, planer vi fikk uvurderlig nytte av da flere hovedpersoner trakk seg kort tid før publisering, og vi mistet en time med ferdigklippet dokumentar.

Vi bestemte oss for å sette psykisk helsevern på dagsordenen, ved å skaffe unik tilgang til fagfolk, pasienter og pårørende. Vi gjennomførte en rekke egne undersøkelser for å skaffe tallene og oversikten ingen andre hadde, som til sammen utgjør en helhet som er særegen.

Vi har publisert en dokumentarserie på TV på tre episoder, og en dokumentarserie på nett i fire kapitler, i tillegg til nyhetssaker. NRK-prosjektet «PSYK» har blitt en viktig referanse for alle som ønsker å forstå utfordringer og mulige løsninger innen psykisk helsevern, og gir innblikk i en verden de færreste kjenner.

Slik startet det

I 2020 [fortalte vi historien om psykisk syke Anne](#), som lå død i tre uker, alene i egen leilighet, før hun til slutt ble funnet. Etter publisering ble vi nedringt av fortvilte pårørende med liknende historier. Forskjellen var at deres kjære levde. De var desperate og ønsket hjelp til sine nærmeste.

Historiene om psykisk syke som levde uverdige liv var hjerteskjærende og sjokkerende. De brant seg fast.

Vi visste at institusjonene i Norge er bygget ned over mange tiår, og at antallet sengeplasser er lavere enn noen gang. Systemet er rigget slik at alvorlig psykisk syke i størst mulig grad skal bo hjemme.

Dette har vært en villet politikk i mange år. Samtidig var mange pårørende fortvilet, de fortalte om et system som sviktet og pasienter som falt mellom alle stoler.

Vi begynte å sjekke i arkiver, blant annet i NRK, og så at nesten alt innhold viste bygninger og tomme sykehussenger, eksperter og politikere. Det var sjelden noen

som snakket med menneskene det gjaldt og fulgte dem over tid. Vi visste også om flere NRK-produksjoner som bevisst hadde holdt seg unna psykisk syke fordi det er så vanskelig etisk.

Vi ønsket derfor å jobbe for å bryte med fordommer og skape forståelse for en marginalisert gruppe. Vi ville gi en stemme til de stemmeløse, ved å la de som selv lever med psykisk sykdom, og deres nære, fortelle om virkeligheten de opplevde.

Tillit som metode

Vi startet bredt, og snakket med ansatte på institusjoner, eksperter på psykisk helsevern og tidligere pasienter for å finne retning på prosjektet. Et tema som gikk igjen var at for mange mennesker med store hjelpebehov bodde i egen bolig med marginal oppfølging. Researchen viste at de hadde trengt mer hjelp og støtte enn de kunne få hjemme slik systemet er i dag. Det var livene til disse menneskene vi ville få innsikt i.

Vi bestemte oss derfor for å bli kjent med to yrkesgrupper som på hver sin måte møter alvorlig psykisk syke mennesker som bor hjemme: Politiet og oppsøkende helseteam som kalles FACT. Her fantes unike univers som få har kjennskap til. For å få tilgang til disse universene, valgte vi å bygge tillit over tid, ved å hospitere.

Tett på hjelperne

FACT er et ambulansertverrfaglig team som oppsøker mennesker med alvorlige psykiske lidelser hjemme. Pasientene deres er blant de sykeste, og alle har en psykoselidelse. Mange lever et liv med hyppige innleggelser på sykehus, og ofte kan det være vanskelig å vite om de er i stand til å klare seg hjemme.

Rusavhengighet, dårlig somatisk helse og sosial isolasjon er svært vanlig. Livet som alvorlig psykisk syk er krevende og fylt av kriser, opp- og nedturer. Likevel er det helt vanlig å bo hjemme, selv med manier, paranoia, vrangforestillinger og psykoser. Og det spesielle med psykoselidelser, er at jo sykere pasientene blir, jo mindre innsikt i egen sykdom får de, og jo mindre hjelp vil de ha.

Som en av psykiaterne i FACT Gamle Oslo sier: *«De vil ikke være innlagt, de vil ikke være på tvang, og de vil egentlig ikke ha så mye helsehjelp eller de innser kanskje ikke behovet selv. Det er vanskelig å hjelpe pasienter som ikke vil ha hjelp.»*

Vi ønsket å komme på innsiden av et slikt FACT-team, møte menneskene som trengte hjelp og de som var satt til å hjelpe.

En journalist hadde parallelt med andre prosjekter hatt dialog i flere år om å få lov til å hospitere hos FACT Gamle Oslo. Journalisten skrev i mai 2023 under på en avtale om taushetsplikt, og fikk lov til å være «flue på vegg» og observere

helseteamet slik de jobbet til vanlig – uten kamera eller noen intensjon om å publisere noe. Formålet med hospiteringen var på dette tidspunktet å bygge tillit, å bli kjent med og forstå fagmiljøet, men også å bli kjent med og forstå pasientene. Journalisten opplevde at hospiteringen ga en enorm kunnskap man ikke kan lese seg til gjennom rapporter eller kommunikasjon med fagpersoner eller artikler.

Gradvis bygde vi tillit hos de ansatte. Det var et stort pluss at teamlederen i FACT hadde troa på prosjektet. Vi jobbet helt åpent og snakket mye med dem om våre intensjoner. De støttet vårt ønske om å få fram utfordringene de og pasientene møtte i hverdagen, og å gi pasientene en stemme. De ønsket en debatt velkommen rundt organiseringen av ressurser rundt psykisk syke, og de håpet at konsekvensen ville bli en bedre hverdag for pasientene.

Et halvår med kameraet avskrudd

En til to dager i uka fikk journalisten være med FACT-teamet, syklet med dem rundt i Oslos gater og møtte pasienter. De ansatte var positive og ærlige i sine erfaringer om alt som fungerte og ikke.

Men hva med pasientene? Ville de være like åpne? De levde jo sine liv med store utfordringer. Noen opplevde å bli kastet ut av hjemmet sitt, flere hadde lav boevne, og bodde blant mye søppel. Mange hadde store økonomiske problemer og skyldte millioner etter å ha brukt penger i psykose. Flere oppførte seg på måter som vitnet om store vrangforestillinger. Hvordan skulle vi lage en tv-serie ut av dette?

Til vår store overraskelse, var det svært mange av pasientene som ønsket å snakke med oss. Mange ytret at det *endelig* var noen som tok dem på alvor, ville lytte og høre deres historier. De var klare for å bli sett og hørt.

Etter rundt et halvt år med hospitering inngikk vi en skriftlig avtale med Lovisenberg diakonale sykehus og Bydel Gamle Oslo. Vi fikk lov til å filme de ansatte i FACT Gamle Oslo, og de pasientene som selv ønsket å medvirke til en dokumentarserie. De ansatte skulle vurdere om pasientene hadde samtykkekompetanse til å oppheve taushetsplikten, mens NRK skulle vurdere om pasienten kunne ta et informert samtykke til å medvirke i dokumentaren og om det kunne publiseres.

Sårbare pasienter slipper oss inn

Nå begynte et omfattende kartleggingsarbeid. Alle de 140 pasientene hos FACT Gamle Oslo fikk vurdere om de selv ønsket å delta eller ikke. 33 pasienter samtykket til å snakke mer med NRK. Vi møtte dem – én og én – til en uforpliktende samtale, for å forklare hvem vi var og hva vi ønsket å lage.

Vi satt i timer og hørte på deres historier. Vi fikk samtidig et inntrykk av funksjonsnivået, samtykkekompetansen, pårørende rundt og om de forsto hva de

eventuelt skulle være med på - og konsekvensen av å være med. De fikk også utdelt skriftlig informasjon om prosjektet, slik at de kunne sette seg ned i etttertid og lese mer om hva vi ønsket.

Når de hadde fått tenkt seg om, skrev de som var positive under på en avtale om at de kunne bli filmet, og at behandlerne i FACT ble løst fra sin taushetsplikt.

Nødvendig med en overflod av historier

Vi endte med å følge 15 pasienter med tv-teamet. Grunnen til at vi ønsket å filme så mange, var de store etiske utfordringene knyttet til både opptak og publisering. Vi visste at det vi satte i gang hadde høy risiko. Vi måtte forsikre oss om at å filme dem i seg selv ikke ville være en belastning. Og at de ville tåle eksponeringen. Vårt mål var å bli så trygge som mulig på at å medvirke ikke ville være negativt for deres psykiske helse eller deres nærmeste relasjoner.

Vi måtte også sikre oss at det vi filmet var representativt for hva de selv og de ansatte opplevde som en typisk hverdag. Og det måtte være en utvikling i deres liv for å få til en dramaturgi.

Vi var veldig tydelige, i innledende samtaler og underveis, på at vi filmet flere pasienter enn vi trengte. Ingen kunne regne med å være med i serien, selv om vi gjorde mye opptak med dem. Vi ville unngå skuffelser. Samtidig skulle ingen føle at de måtte være med på noe de egentlig ikke ønsket. Heldigvis har tilbakemeldingene fra alle vi har filmet vært gode, også i tiden etter publisering.

De som var for syke til å stå fram

Av de 15 vi filmet, endte vi med å ha med fem pasienter i TV-serien. De fem representerte et variert knippe av pasientene. Samtidig var de som sto åpent fram blant de friskeste, for de sykeste pasientene var det ikke riktig å filme. Hvordan skulle vi vise alvoret? Vi fikk for eksempel ikke vist når pasienter måtte legges inn på tvang. Når de ble hentet av politiet fordi de kunne skade seg og levde uverdige, men selv ikke skjønnte at de var syke.

Derfor jobbet vi for å få lov til å filme en pasient anonymt. Etter en lang prosess som involverte både de ansatte i FACT og pårørende, klarte vi til slutt å få opptak til en historie som ga innblikk i hvor vanskelig hverdagen til noen pasienter kunne være, de mange var bekymret for, men som ingen klarte å hjelpe.

Men fortsatt opplevde vi at vi ikke klarte å formidle den håpløsheten behandlerne og pårørende i noen tilfeller opplevde. Det var nødvendig å utvide universet.

Hospitering hos politiet

Vi jobbet på tilsvarende måte med hospitering hos politiet. Etter å ha fortalt Oslo politidistrikt om prosjektet vårt, ble det raskt tydelig at psykisk helse var noe politiet var opptatt av - og i økende grad må hankses med.

Vi fikk derfor en avtale med Oslo politidistrikt om å hospitere hos psykiatrigruppa, på operasjonssentralen og på patrulje, med mål om å få et innblikk i hvordan politiet jobber i møte med alvorlig psykisk syke mennesker.

Vi startet med psykiatrigruppa og på operasjonssentralen. Her fikk vi innsikt i hvordan et knippe personer som er dedikert til arbeidet med alvorlig psykisk syke, opplever arbeidshverdagen sin. Etter å ha signert taushetserklæringer fikk vi følge med gjennom arbeidsdagen og selv observere utfordringene ansatte i politiet møter.

Det er ikke åpenbart å signere taushetserklæringer når man er journalist på jobb: Vi har et ansvar for å fortelle om virkeligheten som den er, og å dermed ikke utelate vesentlig informasjon når denne viderefremmes til publikum. Samtidig var det viktig for oss å ha mest mulig kunnskap om utfordringene ansatte i politiet møter, for eksempel i samarbeidet med helsevesenet som vi hadde blitt fortalt at var en utfordring, og at bildet vi satt med etter møtet med de ansatte var mest mulig usminket.

Begrenset tilgang på grunn av taushetsplikt

Hospiteringen inngikk altså i selve researcharbeidet, med mål om at vi på sikt skulle få dokumentert mest mulig av politiets hverdag.

Det viste seg å være vanskelig. Både på operasjonssentralen og i psykiatrigruppa var det etter hvert store begrensninger i hva vi kunne være med på, ikke minst med kamera på slep. Dette skyldes blant annet mengden taushetsbelagt og personsensitiv informasjon som inngår i deres løpende arbeid.

Derfor endte vi til slutt med å kun filme på patrulje. Etter å ha vært med på et titalls vakter her uten kamera, hadde vi fått en forståelse for hva patruljerende politi står overfor når de er ute i Oslos gater og skal håndtere mennesker med store hjelpebehov - som i tillegg kan utgjøre en fare for seg selv eller de rundt seg.

Svært mange politifolk vi snakket med, både under hospitering og på opptak, ytret en frustrasjon over at altfor mange alvorlig psykisk syke bor hjemme: De møtte mennesker som bokstavelig talt bodde i sin egen avføring. De kunne bli angrepet av mennesker i psykose, eller måtte redde dem fra selvmordsforsøk.

Som en politibetjent sa: «*Det er ikke politi de trenger. De trenger hjelp fra helsepersonell.*»

Ofte måtte de bistå helsevesenet og utøve tvang fordi helsevesenet ikke har lov til å bruke tvang. De kjørte psykisk syke til legevakten, men så var de ikke syke nok til å bli innlagt. Disse opplevelsene ønsket vi å dokumentere.

Nye regler hindrer tilstedeværelse

På opptak fulgte vi to politifolk med kamera på rundt ti fulle vakter. Vi lagde oss noen kjøreregler, der vi holdt oss på avstand. Vi skulle ikke gjøre noen sykere, og lyttet til hva politiet anbefalte. Vi filmet ikke i skjul, men oppholdt oss diskret i bakgrunnen. Så fikk vi politiet til å fortelle oss hva de hadde opplevd i etterkant, mens pasientene de møtte skulle anonymiseres. Perspektivet var fra politiets ståsted. De ville vise oss at konsekvensen av at flere med alvorlige psykiske lidelser bor hjemme, er at politiet daglig håndterer psykisk syke mennesker som ikke er i stand til å ta vare på seg selv.

Store deler av dette arbeidet hadde trolig ikke vært mulig å gjennomføre i dag. I juli 2025 strammet politiet inn reglene for å ha med media på patrulje, og håndtering av mediene inne i politiets bygg.

«Politiet har tidligere inngått avtaler med media om at taushetsbelagt informasjon skal fjernes eller sladdes før publisering, såkalte samtykkeerklæringer. Dette kan vi ikke gjøre lenger», [skriver politiet om den nye praksisen](#) på [journalisten.no](#).

Egne undersøkelser

Gjennom et år med sterke menneskemøter, blant annet hos FACT, hos politiet og i samtaler med pasienter og pårørende, begynte vi å danne oss et inntrykk av en krise i norsk psykisk helsevern. Mennesker med store hjelpebehov bodde hjemme og fikk ikke behovene sine dekket, og mange endte opp i en runddans mellom helsevesenet, politiet og egen bolig.

Men var dette sterke enkeltepisoder og enkelthistorier, eller tegn på en systemsvikt? Det fantes lite god dokumentasjon på hvor utbredt utfordringene vi fikk tegnet opp var, og hvilke konsekvenser det får.

Vi bestemte oss derfor for å gjøre egne undersøkelser, for å skaffe til veie nasjonale datasett som ikke fantes.

Resultatet ble en serie reportasjer på nett som belyste problemer og utfordringer innen psykisk helsevern, og hvilke alternativer som finnes.

Hvor mange svingdørspasienter finnes?

Et begrep som gikk igjen da vi snakket med både fagfolk, pårørende og pasienter var «svingdørspasienter», om de som har mange og gjerne korte akuttinnleggelser på sykehus, før de sendes hjem. Så blir de igjen så syke at det ikke fungerer lenger,

og legges inn på nytt. De siste årene har diverse rapporter påpekt at nye lover og retningslinjer i psykisk helsevern kan skape *flere* svingdørspasienter. Vi lurte på: Hvor mange svingdørspasienter finnes i dag, og hvordan ser livet som kasteball mellom egen eller pårørendes bolig og sykehuset egentlig ut?

Vi trodde det ville være enkelt å finne ut av det første, altså antallet svingdørspasienter i Norge. Første forespørsel gikk derfor til Norsk pasientregister (NPR) og Helsedirektoratet, som samler inn og analyserer helsedata. De virket godt kjent med problematikken, og de ønsket å hjelpe. Men de hadde ikke tallene vi ønsket, og vi måtte derfor lete etter metodisk inspirasjon.

Tallene som ikke var tilgjengelig

I første omgang fant vi dette i Aftenpostens metoderapport om «Barna Norge sviktet». Vi lurte om undersøkelsene de hadde gjort med rådata fra Bufetat, kunne overføres til pasientdata i psykisk helsevern.

Vi lagde en stegvis plan for hva vi ville ha: En oversikt over hvor mange alvorlig psykisk syke som var innlagt hvert år siden 2020, og hvor mange av disse som ble lagt inn akutt mer enn tre ganger på ett år (en typisk avgrensning for betegnelsen svingdørspasient). Så skulle vi be om innsyn i rådataene bak tallene basert på hver pasients unike ID, for å si noe om hvor ofte og hvor lenge hver enkelt person var lagt inn, og kanskje til og med noe om hva slags type pasient som hadde størst risiko for å ende opp i runddansen mellom sykehus og egen bolig.

Problemet var at tallene vi etterspurte allerede i første og andre trinn, ikke var tilgjengelige. Gjennom flere måneder forsøkte vi å kartlegge hva Helsedirektoratet og NPR faktisk hadde av data, og hva som var mulig å hente ut nye tall på. Vi ble introdusert for flere fagfolk og deres rapporter som hadde tall som *liknet* på det vi ville ha, blant annet antall pasienter som ble reinnlagt i psykisk helsevern innen 30 eller 365 dager, og andre tall som viste hvor mange pasienter i psykisk helsevern som ble lagt inn til øyeblikkelig hjelp hvert år.

Etter hvert møte lærte vi mye, men selv om Helsedirektoratet bidro sterkt med å formulere både faglig presise spørsmål og skreddersydde maler som vi kunne bruke for å få mest mulig presise tall, ble det etterhvert tydelig at de tallene vi ønsket, rett og slett ikke fantes. Ville vi vite hvor mange mennesker som var svingdørspasienter i Norge, måtte vi finne det ut selv.

Samarbeid med forskere

Heldigvis fantes det noen som hadde lurt på det samme. Mette Senneseth, forsker ved Helse Bergen, ledet det såkalte «Svingdørsprosjektet» for noen år siden. Der undersøkte de hvordan pasienter i Bergen opplevde livet i svingdøra. Og:

Undersøkelsene vi ville lage nasjonalt, hadde hun og hennes team langt på vei laget lokalt. Hun tok seg tid til å hjelpe oss faglig med å forstå hva slags data som finnes, hvor den finnes og hvordan den kan sammenstilles for å gi oss svar på spørsmålet vi lurte på. Med hennes hjelp formulerte vi derfor en innsynsforespørsel, med en enkel mal som skulle fylles ut av hvert sykehus (se vedlegg 1). Denne sendte vi rett til to helseforetak for å se om de kunne gi ut egne tall. Etter kort tid fikk vi positive svar. Så sendte vi ut tilsvarende forespørsler til alle landets helseforetak - og det begynte endelig, etter ett års knoting, å danne seg et skikkelig tallgrunnlag.

Sette sammen et nasjonalt datasett

Etter et titalls runder med mailer til hvert enkelt foretak, også her med justeringer og presiseringer underveis, kunne vi bygge opp et datasett i Excel som viste oss blant annet hvor mange svingdørspasienter som fantes ved norske sykehus i 2023 og 2024 og nøyaktig hvor mange innleggelser hver av dem hadde.

Vi fant at over 2000 mennesker var svingdørspasienter i Norge hvert år. Pasienten i Norge som var innlagt flest ganger, hadde 140 sykehusbesøk på ett år, og ble lagt inn - og skrevet ut igjen - nesten annenhver dag. Det er første gang noen har vist hvor mange som er berørt av problematikken fagfolk, politikere, pasienter og pårørende roper varsko om.

Samtidig må det understrekes at dette ikke skyldes manglende interesse i fagmiljøene. Tvert imot fikk vi svært god hjelp fra både Helsedirektoratet, Mette Senneseth og andre for å komme til bunns i dette.

Kartlegging av de pårørendes erfaringer

Pårørende har vært blant våre aller viktigste kilder i dette prosjektet. Vi har lagt bak oss utallige timer med møter, telefonsamtaler og sms-utvekslinger med mennesker som står i kriser med sine aller nærmeste. Mange opplevde at psykisk syke ble overlatt til seg selv, og dermed ble den pårørendes ansvar. Som en sa: «Når du faller mellom alle stoler, faller du på meg».

Allerede før prosjektet startet hadde redaksjonen kontakt med flere pårørende. Vi ønsket samtidig å snakke med flere om situasjonen i dag og danne oss en bredere forståelse av hvor skoen trykket. Derfor tok vi blant annet kontakt med Pårørendesenteret i Oslo (PIO) og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP), som ble med på å dele informasjon om oss og vårt prosjekt med noen av sine medlemmer.

Det tok ikke lang tid før pårørende begynte å ringe, og etter hvert bidro også jungeltelegrafene til at vi kom i kontakt med flere titalls pårørende. Samtalene med dem var langt ifra lystige: De fortalte om avmakt, mistro til systemet og store psykiske utfordringer selv.

Vi ønsket at noen av de pårørende skulle medvirke med sine historier. Men også her ønsket vi å kartlegge bredere: Kunne vi fortelle noe systematisk om pårørendeerfaringene, fremfor kun enkelthistorier?

1000 pårørende forteller om sine erfaringer

Vi bestemte oss for å lage en egen undersøkelse om pårørendes erfaringer i møte med helsevesenet og hvorvidt deres nære, og de pårørende selv, fikk hjelpen de trengte. Også her fikk vi god hjelp av pårørendeorganisasjonene. De var svært interessert i å finne ut mer om de pårørendes erfaringer, og hadde upubliserte undersøkelser som vi kunne bruke til inspirasjon. I tillegg hadde vi gjennom månedene som hadde gått, fått forholdsvis god kunnskap om hvilke problemstillinger som opptok pårørende til psykisk syke.

Basert på dette lagde vi en anonym undersøkelse i Questback som vi sendte ut til pårørende landet rundt. Undersøkelsen bestod av flersvarsalternativer for å kunne lage statistikk, i tillegg til flere åpne tekstbokser til personlige erfaringer. Undersøkelsen ble distribuert via LPP og PIO til deres medlemmer, til sammen rundt 3000 mennesker. 1007 personer besvarte hele undersøkelsen, og vi fikk svar fra hele landet. Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 17. oktober til 12. november 2024.

Viktig og rystende innsikt

Ulempen med denne måten å distribuere en undersøkelse på, var at vi kun fikk inn svar fra pårørende som var medlem av eller tilknyttet disse organisasjonene på utsendelsestidspunktet. Derfor kan vi ikke si at svarene nødvendigvis representerer alle pårørende i Norge: For eksempel kan det være at de som er medlem av en pårørendeorganisasjon, har meldt seg inn nettopp fordi de er spesielt engasjert i, eller frustrert over, organiseringen av psykisk helsevern i dag.

Undersøkelsen ga oss likevel viktig innsikt om de pårørende: Det store flertallet fortalte om følelser som bekymring, avmakt, uro, skyld og sinne. Bare 142 av dem mente hjelpen som gis til den de er nær, er god nok. De pekte på dårlig samarbeid og pasienter som faller mellom alle stoler når de skrives ut fra sykehus - som var midt i vårt fokus. Og selv om pårørende selv har rettigheter, viste vår undersøkelse at det er uvanlig at de får hjelp eller støtte.

Det kanskje sterkeste funnet vi gjorde var slående: En av fire pårørende i undersøkelsen oppgir at de selv har vært usikre på om de ønsker å leve. Flere skrev i detalj om hvordan livssituasjonen preget dem negativt.

Deling av data

I etterkant av publiseringen opplevde vi at både pårørende selv og pårørendeorganisasjonene satte stor pris på den nye kunnskapen vår undersøkelse ga. Organisasjonene fortalte at funnene ble tatt i bruk i deres videre arbeid, både i

interessepolitisk sammenheng og i deres kontakt med medlemmene. Som en del av samarbeidet fikk organisasjonene tilgang til en detaljert rapport som viste svarfordelingen på samtlige spørsmål i undersøkelsen.

Samtidig var vi bevisste på klare etiske grenser for hva som kunne deles. De åpne tekstsvarene som pårørende hadde gitt, inneholdt ofte svært personlige beskrivelser av sykdom, belastning og livssituasjon. Disse uttalelsene ble ansett som gitt i fortrolighet til NRK, og ble derfor ikke delt videre med organisasjonene.

Kartlegging av kommunale forskjeller

Når alvorlig psykisk syke pasienter skrives ut og sendes hjem, skal de ikke overlates helt til seg selv og sine nærstående. Det er kommunene som skal ta dem imot, og tilby helsehjelpen de trenger for å klare seg i hverdagen - for eksempel gjennom ambulante team som FACT, eller gjennom andre løsninger.

At mange svært syke mennesker skal bo hjemme, stiller store krav til små og fattige norske kommuner. Og forskjellene mellom norske kommuner er store: Riksrevisjonen konstaterte i 2021 at tilgangen til psykiske helsetjenester i kommune-Norge varierte kraftig, og at hjelpen du får, avhenger av hvor du bor.

Hvordan ser dette ut i praksis, lurte vi på. Kan en kommunegrense være forskjellen på liv og død for noen av de mest sårbare blant oss?

Jakten på bakgrunnstall fra en offentlig rapport

Riksrevisjonens konklusjon kom blant annet på bakgrunn av rapporten IS 24/8. Denne gis ut årlig, og gir en oversikt over kommunenes egenrapporterte arbeid og tilbud innen psykisk helse og rus.

I rapporten offentliggjøres det kun sammenslåtte tall, men vi ønsket innsyn i grunnlagsdataene, som hver enkelt kommune fyller ut, for å kunne se hvordan tilbudet mellom kommuner varierer. Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet henviste oss til Sintef, som lager rapporten på vegne av Helsedirektoratet.

Men Sintef ønsket ikke å dele tallene med oss. De fryktet at vi ved å henge ut enkeltkommuner ville skape mistillit til rapporten. Etter å ha jobbet lenge med å forklare vår hensikt, og hvordan vi ville bruke tallene, fikk vi tallene vi hadde etterlyst via en bakvei.

Samarbeidsdesken til LLA, SUJO og NRK i Bergen hadde fått innsyn i grunnlagstallene for 2023 via Helsedirektoratet, i forbindelse med et prosjekt om selvmord. Da vi henviste til dette fikk vi raskt tilgang til tallene for både 2023 og helt ferske tall for 2024 som var klare i januar 2025.

Et utvalg spørsmål om alvorlig psykisk syke

Rapporten inneholder over 200 spørsmål, og det første vi måtte gjøre var å velge ut hvilke parametre vi ville bruke. I samråd med eksperter innen psykisk helsevern valgte vi ut 24 spørsmål om tjenester som er særlig viktige for voksne med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Spørsmålene handlet om hvordan kommunene vurderer sitt samlede tilbud, og om de for denne gruppen har tilgang på bolig, akutt- og døgntilbud, samt tjenester på kveld og helg. Vi undersøkte også om kommunene rapporterte om utfordringer med rekruttering, samarbeid, utskrivningsklare pasienter og om de har oppsøkende behandlingsteam.

Noen spørsmål ble besvart med alternativer som meget eller litt utfordrende, andre med god, dårlig eller middels, eller bare ja og nei. Noen ganger betydde «ja» at de hadde et viktig tilbud, andre ganger at de hadde et problem. I tillegg var det ikke alltid kommunene hadde svart på alle spørsmål, eller de kunne velge «ikke relevant». Vi måtte derfor ta en rekke valg for å kunne sammenligne kommunene med hverandre.

Å gjøre tekstsvaret om til tall

Siden vi ønsket å undersøke kommunale forskjeller, valgte vi å lage et poengsystem. Vi valgte ut de essensielle spørsmålene fra undersøkelsen, og tildelte en poengverdi for hvert svaralternativ: 1 poeng for positivt svar, 0 for nøytralt svar, og -1 for negativt svar. Disse poengene ble deretter summert ved hjelp av et Python-skript (se vedlegg 2).

Vi forsøkte først å løse dette i Excel, men fant raskt ut at metoden ble uoversiktlig. Dette skyldtes flere kompliserende faktorer i datasettet. Vi slo for eksempel sammen svarene fra flere lignende kolonner til én samlekolonnie, for å ta høyde for at et manglende FACT-team kunne kompenseres ved en annen type oppsøkende tilbud.

Fordelen med å bruke Python var at dersom vi ønsket å endre vektingen av et spesifikt svaralternativ, var det så enkelt som å justere en Python-variabel. Da vi senere gjennomgikk etikken før publisering, var det også en fordel å enkelt kunne ettergå hvorfor en spesifikk kommune fikk den poengsummen den fikk.

Postnummerlotteriet

At det er store kommunale forskjeller innen psykisk helsevern er kjent. Det vi ønsket å avdekke, var om det var store forskjeller mellom nabokommuner, der man kunne få et vesentlig bedre tilbud kun ved å flytte over kommunegrensa.

For å finne ut av dette brukte vi PostGIS, et databaseverktøy for geografiske data, til å lage et datasett som fant alle nabokommuner per kommune. **Via et Python-script kunne vi så sjekke poengsummene til hver enkelt kommune opp**

mot kommunene de grenset til. Deretter kunne vi enkelt sortere og finne ut hvem som kom best og verst ut relativt til naboene.

Vi valgte å sette en terskel på 7 poengs differanse for om nabokommunen hadde et bedre tilbud. Dette var en skjønnsmessig vurdering, gjort i dialog med eksperter om hva som kunne vurderes som en stor nok differanse til å kunne hevde at et tilbud var «dårligere».

Vi valgte å være varsomme med hvordan vi presenterte tallene, blant annet på grunn av innvendingene til Sintef. Flere av spørsmålene bygger på kommunenes egne vurderinger – for eksempel om tjenestene er gode, eller om de har utfordringer. En kommune med høye ambisjoner kan vurdere seg selv strengt og få en lav poengsum. En annen kan gi seg selv bedre karakterer, selv med et svakere tilbud.

Selv om vi derfor måtte ta forbehold og sjekke utregningene opp mot andre kilder, ga undersøkelsen et tydelig bilde av hvor store forskjeller det var mellom nabokommuner. I den konkrete historien vi publiserte, er vi tydelige på at kommunen vi navngir bare er én av 113 kommuner som har dårligere tilbud enn nabokommunene, og både de pårørende og kommunen selv bekreftet at tilbudet er bedre i nærliggende kommuner.

Kartlegging av politiets erfaringer

Vi hadde gjennom research, hospitering og opptak med politiet fått et nært innblikk i hvordan psykisk sykdom preger politiets arbeidshverdag. Men i hvilken grad kunne slike erfaringer generaliseres til politiet som helhet?

Vi undersøkte om det allerede fantes tall som kunne gi svar. Politiet registrerer alle oppdrag i det politioperative systemet (PO), og disse tallene har tidligere vært brukt i forsøk på å belyse at politiet bruker stadig mer tid på å håndtere psykisk sykdom.

Både Politidirektoratet og Politiets Fellesforbund gjorde oss imidlertid oppmerksomme på at registreringene ikke egner seg til dette formålet. Måten oppdragene føres på varierer, og tallene er derfor for usikre til å si noe sikkert om omfang, utvikling eller hvor mye tid og ressurser politiet bruker i møte med psykisk syke.

Manglende kunnskap

Dermed sto vi uten et eksisterende tallgrunnlag som kunne gi et helhetlig og pålitelig bilde av politiets møte med psykisk sykdom. For å kunne belyse dette systematisk, og få et bredere bilde av hvordan politiansatte over hele landet opplever disse utfordringene, valgte vi å gjennomføre en egen spørreundersøkelse.

Målet var å kartlegge omfanget av psykiatrilaterte oppdrag i politiets operative arbeid, hvordan politiansatte opplever samarbeidet med helsevesenet, og hvilke konsekvenser dette har for politiets ressurser, prioriteringer og arbeidshverdag.

Politiets Fellesforbund (PF) har de siste årene rapportert om stadig flere tilbakemeldinger fra sine medlemmer om at slike oppdrag opptar mer og mer av politiets ressurser. I likhet med NRK var forbundet også interessert i mer kunnskap om politiets kontakt med psykisk syke. PF sa seg derfor villige til å distribuere en spørreundersøkelse laget av NRK til sine medlemmer via e-post.

Omfattende omfang

Totalt 2181 personer besvarte undersøkelsen. Litt over 1700 av disse oppga at de jobber i operativ tjeneste og/eller på operasjonssentral, som utgjør målgruppen for spørsmålene og analysene. Alle politidistrikter var representert i undersøkelsen, som ble gjennomført i desember 2024, men vi har altså kun mottatt svar fra politiansatte som er medlem av PF.

Undersøkelsen gav oss unik og viktig innsikt: Nesten alle svarte at de bruker mer ressurser på psykisk syke nå enn de gjorde før, og at dette tar tid fra andre viktige kjerneoppgaver. 80 prosent sier de daglig eller ukentlig håndterer situasjoner der psykisk syke er involvert. Hver uke møter over halvparten psykisk syke som er til fare for seg selv eller andre, og politiet sier de i liten grad er rustet for det. **Det ante oss at dette var en utfordring, men omfanget gjorde likevel inntrykk.**

I etterkant av publiseringen delte vi funn fra undersøkelsen med PF. Fritekstsvaret ble ikke delt videre. Flere av disse beskrev konkrete hendelser, operative vurderinger og interne forhold som ikke var ment for andre enn NRKs journalister. Av hensyn til anonymitet og kildevern ble dette materialet derfor holdt innad i redaksjonen.

Alternative løsninger

Vi ønsket ikke bare å vise fram utfordringene i psykisk helsevern, vi ønsket også å peke på mulige løsninger som kan gi håp, og vise at dette er noe samfunnet kan gjøre noe med. Det er også noe norske fagfolk under researchen understreket viktigheten av: At man bytter ut noe av legespråket, diagnosene og medisinene med andre løsninger. Personsentrerte lavterskeltilbud som tar utgangspunkt i hva pasientene selv tror kan gjøre livet deres bedre, og som kan følge pasientene over tid. I motsetning til tidbegrensede «pakkeforløp», som ofte er realiteten i psykisk helsevern i dag.

Dette er en retning innen psykisk helsevern det er stor oppmerksomhet rundt internasjonalt. [WHO etterlyser](#) behovet for en forandring i hvordan vi ser på psykisk

sykdom, og i England har de kommet langt i å gjøre dette til et sammenhengende teoretisk rammeverk for behandling av psykisk syke.

Etter å ha gjort undersøkelser rundt et stort antall internasjonale eksempler, landet vi på to eksempler som på hver sin måte har satt dette ut i praksis: En konferanse for stemmehører i Danmark med fokus på hverdagsmestring og avstigmatisering, og et behandlingssted i Leeds der behandlerne selv har psykiske utfordringer.

Begge stedene har lang historikk og faglig oppbakking fra tradisjonelle miljøer. Det er også alternative behandlinger som i liten grad står i konflikt med tradisjonell behandling.

Deres alternative tilnærming til synet på behandling av psykisk sykdom er lett å forstå for et større publikum, og det er en kontekst som er overførbart til norske forhold.

Etiske utfordringer

Alle som har jobbet med psykisk helsevern, som journalist eller på annen måte, vet at man vil møte på mange etiske problemstillinger. Vi velger her å fokusere på en hovedproblemstilling: Når vi forteller historiene til psykisk syke, er kildene våre i svært sårbare situasjoner.

Det er noen av de mest sårbare og utsatte menneskene i samfunnet. Hvordan ivaretar man dem på best mulig vis, underveis og når historiene deres skal deles med «hele» Norge?

Det ble tidlig klart for oss at vi i dette prosjektet måtte holde en del tilbake. Flere av pasientene vi møtte gjennom blant annet FACT, var ukritiske i det de delte, og det var vårt ansvar å sette grenser. Under opptak trakk vi oss unna når vi merket at de var ekstra sårbare, og i klippen valgte vi å legge oss på en nøktern bruk av mye av opptakene vi hadde. Samtidig hadde vi tett kontakt både dag og kveld med mange av pasientene. Det var viktig for å forstå hva de gikk gjennom.

Mange av pasientene hadde et stort behov for noen å snakke med. Utallige timer på kvelder, i helger og i ferier gikk med til å snakke med pasienter og pårørende når de hadde behov for kontakt. Mange var ensomme, noen hadde snudd døgnet, og de ansatte i FACT var bare tilgjengelig på dagtid. Vi måtte være tålmodige, og imøtekommende. Men vår tilgjengelighet var også lærerik og givende. Vi hadde tett kontakt med de ansatte i FACT, men samtidig måtte pasientene stole på at vi ikke ga informasjon om dem videre. Dette ble en balansegang, og noe vi diskuterte mye i teamet.

På den andre siden kunne også noen pasienter i perioder forsvinne helt både for

oss og de ansatte i FACT, pasienter som tidligere hadde vært engasjerte og positive. De tok verken telefonen eller åpnet døren når vi forsøkte å oppsøke dem. Dette var også en utfordring, for hvor mye - og hvor lenge skulle vi fortsette å ta kontakt? Ofte var også dette et symptom på at pasienten var på vei inn i en mani eller en depresjon. Men fordi vi var tilstede over lang tid, fikk vi alltid kontakt igjen når de på nytt kom inn i en bedre periode. Tålmodighet var viktig.

Samtidig var det et ekstra uromoment at ambivalens var et symptom på sykdommen hos flere av pasientene. Det var vanskelig for dem å ta avgjørelser. De visste ikke hva de ville.

Dynamisk samtykke

Flere av pasientene gikk inn og ut av psykose i perioden vi filmet. Enkelte pasienter ble så syke at de ble innlagt og ikke tålte besøk. På dette tidspunktet var de ikke samtykkekompetente, og da var det vanskelig både å filme og se for seg en publisering.

De måtte være på et bra sted når vi skulle publisere. Flere var også så syke at vi vurderte at de ikke kunne være med selv om de i utgangspunktet ønsket det selv.

Til TV-serien hadde vi mye opptak fra 15 forskjellige pasienter. Vi måtte gå nøye inn i hver enkelt pasients historie og vurdere samtykkekompetanse, om de ville tåle eksponeringen, om de hadde pårørende rundt seg, om eksponeringen på noen måte kunne være skadelig for dem i deres liv nå eller i framtiden. Samtidig ønsket vi å vise et riktig og ekte bilde av deres liv med opp- og nedturer.

Vi ville trygge de medvirkende ved å følge opp det vi hadde lovet fra start: De skulle se seg selv og godkjenne det de hadde vært med på. Her begynte en rekke omfattende visningsrunder.

Vi viste først en grovklipp til ansatte i FACT. Premisset for visningen var klart: Er det noe i det vi har laget som kan gjøre pasientene sykere, eller skade relasjonen mellom behandlere og pasienter? Og vi ba dem vurdere om de mente at pasientene på dette tidspunktet var samtykkekompetente til å vurdere egen medvirkning.

Så fikk alle medvirkende se de delene av serien som handlet om dem. Vi sørget for at alle hadde med seg noen når de så seg selv. Vi oppfordret dem til å ta med familie eller venner, noen som kjente dem fra før, og som hadde en distanse til prosjektet. Det siste var viktig siden behandlerne i denne sammenhengen også medvirket i serien og dermed hadde en dobbeltrolle.

Når alle hadde godkjent sine deler, fikk de tilbud om å se resten av serien. Denne gangen i sin helhet for å forstå konteksten de var med i. I disse visningsrundene fikk vi fanget opp hva de selv synes kunne være vanskelig å dele, slik at vi fikk landet noe de var komfortable med.

Hele tiden hadde de muligheten til å trekke seg fra serien. Totalt hadde vi 27 runder med visninger for medvirkende.

Problematiske premisser

En annen type sårbarhet som var etisk utfordrende i arbeidet med dette prosjektet, var i kontakten med pårørende. Gjennom årene var vi i kontakt med flere titalls. Mange ønsket å snakke med oss for å få luftet sin frustrasjon, siden de opplevde at de sjelden ble lyttet til. Samtidig var det få som ville stille opp i media, i frykt for negative reaksjoner i møte med behandlingsapparatet, eller i relasjonen til deres nære. Vi valgte likevel å snakke med mange av dem, da de ga oss uvurderlig innsikt i problemene de møtte i hverdagen.

Flere pårørende ønsket derimot å medvirke, men kun på konkrete premisser. Noen av disse viste seg å være krevende. Enkelte ville medvirke mot at den de var pårørende til, ikke visste om det. Andre var i svært desperate situasjoner, og så det å stille i media som eneste utvei for å hjelpe sine nære. I slike tilfeller besluttet vi i hovedsak at det ikke var aktuelt å gjengi deres historier direkte, da påkjenningen på sikt ville være for stor og/eller det journalistiske arbeidet som krevdes (med for eksempel journalinnsyn og annen faktasjekking) ville bli praktisk umulig.

Timevis med samtaler gjorde likevel sterkt inntrykk og bidro til vår forståelse av problemene i psykisk helsevern. Det var derfor krevende å ta beslutningen om å ikke gå videre med flere av disse historiene - ikke minst de gangene det opplevdes som en påkjenning for de involverte pårørende, som hadde brukt tid på å dele med oss og som hadde håp om at det ville gi resultater.

Vi mener historiene vi har endt opp med å fortelle kommer fra personer som har forholdsvis gode forutsetninger for å tåle en publisering, og vi brukte lang tid på å trygge de medvirkende både før, under og etter publisering.

Vi jobbet for at alle de involverte - både pasienter, pårørende og ansatte - forsto at eksponering både åpent og anonymt kunne oppleves belastende, og at vi ikke visste hva slags reaksjoner som ville komme i etterkant. Vi opplevde at dette er noe de selv reflekterte godt over, og at de informerte andre i sine nettverk slik at de ville ha noen å snakke med utover redaksjonen dersom publiseringen skulle oppleves krevende.

Hovedpersonen vi mistet

Som nevnt innledningsvis, visste vi at det å fortelle historiene til mennesker som står i kriser kom med en rekke etiske utfordringer og ikke minst risikoer. Ved å gi de medvirkende mulighet til å trekke seg fra prosjektet når de måtte ønske, kunne vi demme opp for noe av risikoen ved at de ikke ville tåle en publisering. Samtidig satte vi prosjektet i en utsatt posisjon.

Mot slutten av alle visningsrundene var det en av pasientene i FACT som etter lang tid med ambivalens trakk seg. Dette gjorde at vi måtte endre mye og stokke om hele serien. Men det var ikke den største utfordringen vi møtte.

For i tillegg til FACT og politiet i Oslo, hadde vi til tv-serien også fulgt en pasient som bodde et helt annet sted i landet. Dette ville vi gjøre fordi vi visste at FACT er et tilbud mange ønsker, men de færreste får. Vi ønsket å vise kontrasten og de store forskjellene mellom kommunene, og forskjellen på behandling etter diagnoser.

Vi hadde kartlagt denne personens sykdomshistorie og liv i detalj, med innsyn i journaler, dokumentasjon og behandling over mange år. Vi snakket med pårørende og mennesker rundt og avdekket omfattende systemsvikt. Pasienten var tydelig på at hen ønsket å medvirke. Vi hadde flere samtaler om konsekvensene av å medvirke. Vi hadde flere visninger med personens advokat og pårørende, og hen hadde også sett sin historie og godkjent en foreløpig klipp.

Historien viste på mange måter utfordringene med systemet som vi hadde fått høre gjennom fortvilte pårørende, politi og helsearbeidere. For prosjektet var det derfor en svært viktig historie å få fortalt. Men samtidig som publiseringen nærmet seg, endret også livssituasjonen til personen seg. Og før siste visning fikk vi beskjed om at hen hadde landet på at påkjenningen av en eksponering i TV-serien ville bli for stor.

Det var krevende for oss i teamet, men det var en kalkulert risiko. Vi visste at dette kunne skje når vi jobbet med psykisk syke mennesker.

Vi mistet i disse rundene ca. en time ferdig klippet dokumentar og viktige journalistiske poenger. Men vi var samtidig glade for at vi hadde filmet såpass mange pasienter. Dette var vårt sikkerhetsnett. Og vi visste at det var helt riktig å ta ut de pasientene som ikke ønsket å være med i serien.

Mottakelse og konsekvenser

Psyk-prosjektet ble svært godt tatt imot av seere og lesere. Selv om publiseringen skjedde i sommer-måneden juni, nådde TV-serien Brennpunkt: PSYK i løpet av en måned over en halv million seere i NRK TV/NRK1, noe som er bra for denne sjangeren. Serien lå som den mest sette i NRK TV i juni. De ulike kapitlene på nett hadde 250.000-400.000 sidevisninger. Vi fikk mange hundre mailer og meldinger fra folk som var berørt av det de så og leste, og ville fortelle sine historier.

Publiseringene vekket oppsikt og skapte engasjement og debatt både på sosiale medier og i helsefaglige og politiske miljøer. Mange har etter publisering brukt dokumentarserien som en viktig referanse for tilstanden i norsk psykisk helsevern. Den fikk ros for på en svært realistisk måte vise gapet mellom institusjon og

samfunn, om lotteriet i helsetilbudet og svingdørspasientene som faller mellom alle stoler.

Problemstillingene vi har løftet fram er ikke noe som kan løses i løpet av et år. Men Helse- og omsorgsdepartementet har etter serien vært tydeligere på at FACT-team er en prioritert satsing i den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse, noe som også fikk konsekvenser i [statsbudsjettet for 2026](#).

Dokumentarserien bidro til en fornyet diskusjon om finansieringen av disse teamene, da det ble avdekket at mange kommuner og sykehus sliter med å få til det nødvendige økonomiske samarbeidet for å drifte dem permanent. Prosjektet løftet også diskusjonen om lovgivningen rundt bruken av tvang og vurderingen av samtykkekompetansen til denne pasientgruppen.

Vårt viktigste mål hadde fra start vært å bryte ned fordommer og skape forståelse for mennesker med alvorlig psykisk sykdom. Vi ville gi de stemmeløse en stemme. Vi ville ta pasientene på alvor. Det opplever vi at vi lykkes med. Etter publisering fikk vi en SMS fra en av pasientene som medvirket. Han skrev:

«Takket være deg og de andre i Brennpunkt/Psyk får jeg stadig bemerkninger fra personer som har sett serien og deler oppfatninger som er bemerkelsesverdig positive. Takk for at du kunne legge til rette for å lage en så bra serie, og takk for at jeg fikk være med.»

I etterkant uttrykker alle de medvirkende i prosjektet at de er fornøyde med å ha vært med. Pasienter og pårørende føler seg godt ivaretatt og har fått gode tilbakemeldinger. Vi har også fulgt dem tett opp både før, under og etter publisering. Ansatte i helsetjenesten og politiet har uttrykt at de synes serien ble et riktig og ekte bilde av deres hverdag og at det er veldig i tråd med det vi skisserte som vår intensjon fra start.

Den 10. oktober 2025, på Verdensdagen for psykisk helse, møtte både de fem pasientene som medvirket i dokumentarserien og de ansatte i FACT Gamle Oslo opp på Sentralen i Oslo. Her mottok de sammen [Mental helses åpenhetspris for 2025](#). I juryens begrunnelse sto det blant annet:

«Årets vinner har gitt oss innblikk i hvordan vårt psykiske helsevern har utviklet seg, fra institusjon til behandling og oppfølging hjemme i din egen kommune. Vi har fått se hva som virker og hva som ikke virker. Årets vinner har bidratt til mer åpenhet og til å bryte ned stigma rundt psykiske lidelser. Det å stille opp til et slikt program i statskanalen vår, er ikke bare modig og sterkt, men har gitt befolkningen et unikt innblikk i en verden som mange ikke har kjennskap til fra før.»

Slik jobbet vi

2023: Hospitering og research

2024: Teamet utvides med flere journalister, fotografer, redigerere, regissører, grafikere og arbeidsledere. Vi lager en plan for hva som skal publiseres på hvilke plattformer. Opptak, reportasjereiser, innsyn og undersøkelser gjennomføres i løpet av året. TV-serien redigeres fortløpende, så de første visningsrundene starter i slutten av 2024.

2025: Noe restopptak, vi får innsyn i nye kommunetall for 2024, og fortsetter arbeidet med å hente inn tall for svingdørspasienter. Omfattende visningsrunder og ferdigstilling av dokumentarseriene. Opprinnelig publisering må utsettes en drøy måned etter at medvirkende trekker seg. Publisering i mai og juni 2025.

Dette er nytt

Vi har gitt et unikt innblikk i en verden som få kjenner, og gitt stemme til en gruppe som normalt ikke slipper til i media.

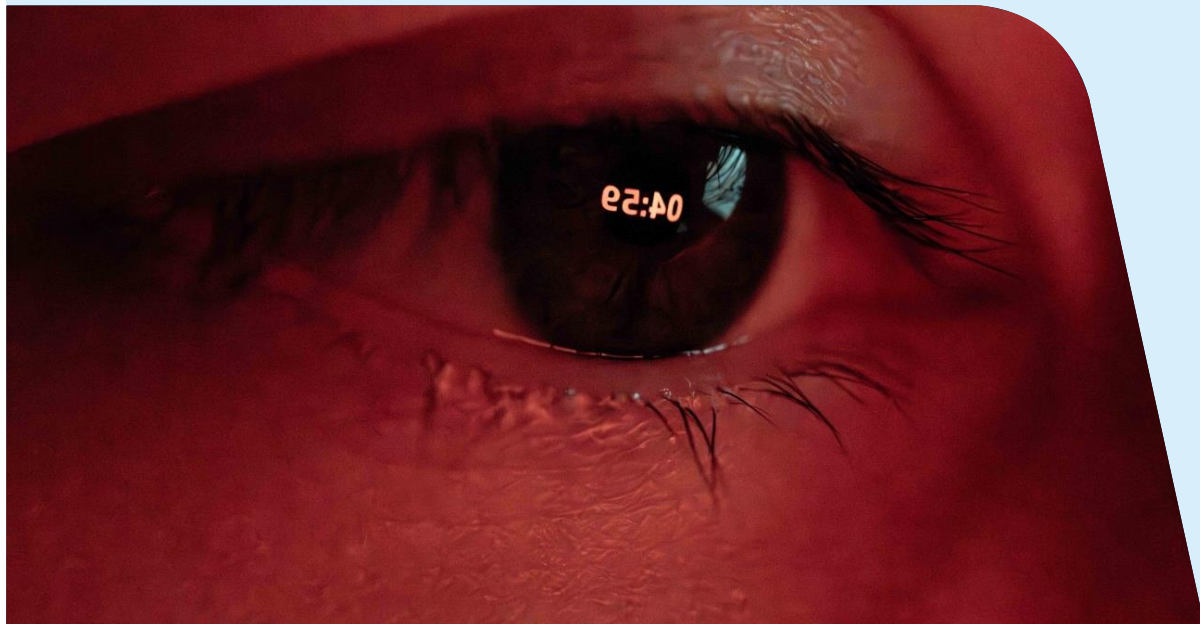
For første gang er det kartlagt nøyaktig hvor mange «svingdørspasienter» som finnes i Norge. Vi avslørte at over 2000 mennesker årlig blir kasteballer i systemet, og at enkelte legges inn og skrives ut over 100 ganger i året.

Gjennom en unik geografisk analyse avdekket vi at pasienter kan få et vesentlig dårligere behandlingstilbud ved å flytte over en kommunegrense, og vi identifiserte uforklarlige forskjeller i lovpålagte tjenester.

Gjennom en omfattende undersøkelse blant over 1000 pårørende dokumenterte vi en skjult folkehelsekrise: Én av fire pårørende til alvorlig psykisk syke har selv vurdert å ta sitt eget liv som følge av belastningen.

Vi dokumenterte systematisk hvordan politiet har blitt en de facto del av helsevesenet, der 80 prosent av operative politifolk nå håndterer psykisk sykdom på daglig eller ukentlig basis.

Vi utviklet en etisk metodikk for samtykke, der sårbare kilder i psykose ble fulgt opp over tid for å sikre at medvirkningen var basert på en stabil forståelse av konsekvensene, ikke en impuls i en sykdomsfase.



Hovedpubliseringer

Nett

31. mai 2025:

Heselotteriet <https://www.nrk.no/1.17348654>

Sendes hjem i krise <https://www.nrk.no/1.17348649>

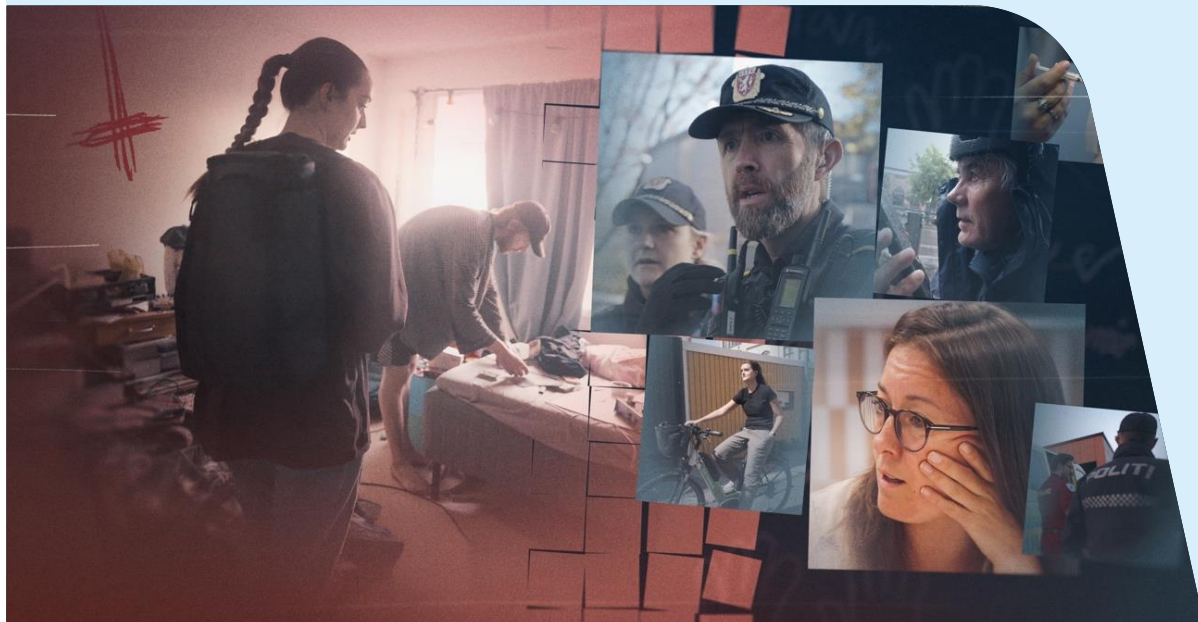
Familien betaler prisen <https://www.nrk.no/1.17348661>

Lytt til de andre <https://www.nrk.no/1.17171747>

8. Juni 2025:

Politiet: - Psykisk syke faller mellom to stoler

<https://www.nrk.no/1.17441880>



TV

4. juni 2025:

Brennpunkt: Psyk <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-psyk>

Episode 1: Hjemme <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-psyk/sesong/1/episode/MDDP11220123>

Episode 2: Tvang <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-psyk/sesong/1/episode/MDDP11220223>

Episode 3: Sårbar <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-psyk/sesong/1/episode/MDDP11220323>

NRK

Oppfølgingsaker

4. juni 2025 - nrk.no

Dette tilbudet skal vere løysinga i psykiatrien. Dei færraste får det <https://www.nrk.no/1.17440174>

4. juni 2025 – Nyhetsmorgen, NRK TV og NRK Radio

Psykisk syke mangler tilbud <https://tv.nrk.no/serie/nyhetsmorgen-tv/NNFA05060425>

4. juni 2025 – Dagsrevyen, NRK TV

Mangler i psykiatrien <https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/NNFA19060425>

7. juni 2025 – Dagsrevyen, NRK TV

Alvorlig psykisk syke skal bo hjemme – vi ble med politiet ut på oppdrag <https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/NNFA19060725>

8. juni 2025 – nrk.no

Politiet: - Psykisk syke faller mellom to stoler <https://www.nrk.no/1.17441880>

18. juni 2025 – Politisk kvarter, NRK Radio

I årevis har antall døgnplasser i norsk psykiatri blitt systematisk bygget ned, som følge av villet politikk. Nå snur politikerne.

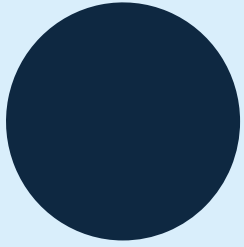
https://radio.nrk.no/podkast/politisk_kvarter/sesong/202506/l_ef5b5c78-b38d-44d1-9b5c-78b38d64d111

19. juni 2025 – nrk.no

Nedbygginga av psykiatrien held fram: – Noko er alvorleg gale <https://www.nrk.no/1.17461792>

29. oktober 2025 – nrk.no

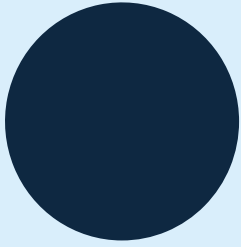
Her bor pasienter på møterom <https://www.nrk.no/1.17623610>



Vedlegg 1

Ved hjelp av et skjema som er enkelt å forstå, med tall vi visste at sykehusene hadde, fikk vi til slutt inn grunnlagstall vi kunne flette sammen til et datasett.

| | A | B | C |
|----|---|-------------------------|-----|
| 1 | <i>Innleggelser (avsluttet opphold)</i> | | |
| 2 | <i>per person som har >=3</i> | | |
| 3 | <i>tidsrom 2024</i> | | |
| 4 | | | |
| 5 | Antall innleggelser | Antall pasienter | |
| 6 | | 3 | 110 |
| 7 | | 4 | 40 |
| 8 | | 5 | 26 |
| 9 | | 6 | 18 |
| 10 | | 7 | 15 |
| 11 | | 8 | 12 |
| 12 | | 9 | 10 |
| 13 | | 10 | 7 |
| 14 | | 11 | 6 |
| 15 | | 12 | 2 |
| 16 | etc | etc | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |



Vedlegg 2

Python-kode som viser hvilke spørsmål vi hentet ut for å sammenligne kommuner, og hvordan vi regnet om tekstsvaer om til tall:

```
scoring_rules.py > ...
1 scoring_rules = {}
2 # Har dere utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid?
3 "A15": {'Ja': -1, 'Nei': 1, 'Vet ikke': 0, '': 0},
4
5 # Hvordan vurderes det samlede tilbudet til voksne: - Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser
6 "Av22_3": {'Godt tilbud': 1, 'Svært godt tilbud': 1, 'Middels': 0, 'Dårlig tilbud': -1, 'Svært dårlig tilbud': -1, '': 0},
7
8 # Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk på ettermiddags og kveldstid?
9 "S16": {'Ja, hvilke tjenester er dette?': 1, 'Nei': -1, '': 0},
10
11 # Har kommunen/bydelen tjenester tilgjengelig for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk i helger?
12 "S17": {'Ja, hvilke tjenester er dette?': 1, 'Nei': -1, '': 0},
13
14 # Hvordan er dagens boligsituasjon for personer som har psykiske lidelser/plager
15 "S48_1": {'Middels': 0, 'God': 1, 'Svært god': 1, 'Dårlig': -1, 'Svært dårlig': -1, '': 0},
16
17 # I hvilken grad har kommunens psykisk helse- og rusarbeid problemer med å tilby nødvendige tjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra psykisk helsevern for voksne?
18 "Q19": {'I svært liten grad': 1, 'I liten grad': 1, 'I noen grad': 0, 'I stor grad': -1, 'I svært stor grad': -1, '': 0},
19
20 # Har eller inngår kommunen/bydelen i samarbeid om, tverrfaglige oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam innen psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og/eller barn og unge? (ACT, FACT m.fl.)
21 "S5": {'Nei': -1, 'Ja': 1, '': 0},
22
23 # Samlekolonner for S6_1, S6_2, S6_4, S6_6 og S6_7. Settes til Valgt om en av de er det
24 # "S6_1": Hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og /eller oppfølgingsteam? - ACT-team
25 # "S6_2": Hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og /eller oppfølgingsteam? - FACT-team
26 # "S6_4": Hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og /eller oppfølgingsteam? - Andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne
27 # "S6_6": Hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og /eller oppfølgingsteam? - Kommunalt oppsøkende behandlings- og/eller oppfølgingsteam
28 # "S6_7": Hvilke typer tverrfaglige oppsøkende behandlings- og /eller oppfølgingsteam? - Andre typer team, hvilke?
29 "S6_12467": {'Ikke valgt': 0, 'Valgt': 1},
30
31 # Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? Nei
32 "S9_1": {'Ikke valgt': 0, 'Valgt': -1},
33
34 # Samlekolonner for S9_2, S9_3, S9_4, S9_5, S9_6, S9_7. Settes til valgt om en av de er valgt
35 # "S9_2": Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? - Ja, eget kommunalt tilbud
36 # "S9_3": Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? - Ja, interkommunalt samarbeid (interkommunalt KAD-avdeling)
37 # "S9_4": Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? - Ja, i forbindelse med lokal- eller distriktmedisinske senter
38 # "S9_5": Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? - Ja, i forbindelse med legevakt
39 # "S9_6": Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? - Ja, i bofellesskap eller sykehjem
40 # "S9_7": Har kommunen/bydelen etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter/brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk? - Ja, annet, hva?
41 "S9_234567": {'Ikke valgt': 0, 'Valgt': 1},
42
43 # I hvilken grad er disse plassene godt tilpasset brukere med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk?
44 "S13": {'I svært liten grad': -1, 'I liten grad': -1, 'I noen grad': 0, 'I stor grad': 1, 'I svært stor grad': 1, 'Vet ikke': 0, '': 0},
45
46 # Har kommunen/bydelen tilgang til et eget tilbud som håndterer akutte psykiske lidelser/rusmiddelproblemer og kriser?
47 "S15": {'Nei': -1, 'Ja, beskriv kort tilbudet': 1, '': 0},
48
49 # Hvordan er samarbeidet med psykisk helsevern når det gjelder voksne personer i Hovedforløp 3?
50 "Av23": {'Nokså godt': 0, 'Har ikke erfaring': 0, 'Godt': 1, 'Svært godt': 1, 'Dårlig': -1, 'Svært dårlig': -1, '': 0},
51
52 # I hvilken grad vil dere si at tjenestetilbudet i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet i deres kommune er recovery-orientert?
53 "S36": {'I stor grad': 1, 'I svært stor grad': 1, 'I noen grad': 0, 'I liten grad': 0, 'I svært liten grad': 0, '': 0},
54
55
```