

“DET SITTER I VEGGENE”

Materialitet og mennesker i distriktpsikiatriske sentra

Inger Beate Larsen



Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)
ved Universitetet i Bergen

23.06.08

FAGMILJØ



Selve tilknytningen til et doktorgradsmiljø har hovedsaklig foregått ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen (UiB). Her har også veilederne vært tilknyttet.

De obligatoriske kursene har først og fremst blitt gjennomført ved Seksjon for sykepleievitenskap, men også ved Institutt for geografi ved UiB, Historisk-filosofisk fakultet ved Københavns Universitet og Fakultet for helse- og idrettsfag ved Universitet i Agder.

De fem institusjonene hvor feltarbeidene fant sted var en viktig del av mitt fagmiljø:

Senter for psykisk helse, Midt-Troms, ved



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

Distriktpsikiatrisk senter, Skjervengan, ved



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE

Bjørkeli Voss psykiatriske senter, ved



HELSE BERGEN - ALT HANDLER OM MÆNNEKER
Haukeland Universitetssykehus



Søndre Vestfold DPS i Larvik og Sandefjord, ved

Psykiatrien i Vestfold HF

Inspirasjon har jeg også hentet fra to ulike faggrupper. Den første, ”Foucault-gruppa”, består av doktorgradsstudenter og forskere fra Danmark, Sverige og Norge. Den andre, ”Psykiatrihistorisk nettverk”, er også en nordisk forskergruppe.

Universitetet i Agder (UiA) har tildelt midler fra *Program for profesjonsforskning og fagdidaktisk forskning og tverrfaglige prosjekter*, og FOU-midler fra fakultet for helse- og idrettsfag.



Nordland Fylkeskommune finansierte arbeidet med prosjektplanen gjennom museumsmidler.



TAKK

I arbeidet med denne avhandlingen har jeg beveget meg mellom fysiske rom og tankerom. Jeg har opplevd at rommene har gitt meg tanker, og at tankene har ledet meg til rommene. I forskjellige rom har jeg møtt mennesker som har åpnet nye dører for meg, og som har hjulpet meg å lukke gamle. Jeg har med andre ord vært i bygninger som har rommet meg og lært meg noe. Det som har betydd mest for å komme i mål, har vært de situasjonene hvor jeg har opplevd en atmosfære preget av engasjement og interesse for avhandlingens tematikk. Og det er mange som har inspirert meg og fortjener en takk.

Først og fremst vil jeg takke pasienter og ansatte i de fem distriktpsikiatriske sentra hvor jeg foretok mine feltarbeider. De har tatt imot meg med sin romslighet. Her hadde alle fortjent å få sine navn presentert, men løftet om anonymitet må gå foran. Likevel har den enkelte satt sine spor i meg og i avhandlingen. Uten disse menneskene hadde dette arbeidet ikke blitt en realitet.

De som ga meg forskningstillatelse var fagkonsulent Gro Frøyen ved Senter for psykisk helse, avd. Gibostad, avdelingsleder Børge Nordås ved Distriktpsikiatrisk senter, Skjervengan, styrer Gerd Sandstad ved Bjørkeli Voss psykiatriske senter, avdelingssjef Magne Eckhoff og fagsjef Arne Repål ved Søndre Vestfold DPS, avdelingene i Sandefjord og Larvik.

I tillegg vil jeg takke min hovedveileder professor Kari Martinsen for hennes oppmuntring i forhold til å ta fatt på dette arbeidet og for at hun fulgte meg på veien. Jeg vil også takke min biveileder professor Aina Schiøtz. Begge har gjennom kritiske lesninger, store kunnskaper og mye engasjement bidratt til, og satt sitt preg på, avhandlingen.

En stor takk går særlig til to personer som har gitt meg mot og drivkraft når motbakkene ble tunge. Førstelektor Anders. J. W. Andersen og professor Ida Hydle har lest, diskutert og reflektert sammen med meg gjennom hele skriveprosessen. Denne arbeidsmåten har gitt meg betydningsfull inspirasjon.

Jeg har også hatt en heilagjeng som har lest deler av avhandlingen. Takk til førstelektorene Magnhild Høie, Cathrine Melhuus og Anne Brita Thorød, professorene Ole Didrik Lærum og

Malvern Lumsdem, førsteamanuensis Dagfinn Ulland, universitetslektorene Janneke Quarles Van Ufford, Gro Frøyen og Else-Mari Ekra, og forfatter Dag Skogheim.

Jeg vil også takke leder for Kristiansand Sanitetsforening, Wenche Rigmor Tronstad, leder for Sandefjord Sanitetsforening, Aslaug Ellefsen og leder for Larvik Sanitetsforening, Mette Sletsjøe for spennende samtaler om foreningenes innsats fra institusjonene var tuberkulosehjem og fram til de ble distriktpspsykiatriske sentra. Disse personene delte også aktuelle skriftlige kilder og fotomateriale med meg.

Takk til bygningskontoret på Voss, til arkivar og historiker Ingrid Nøsteberg ved Fylkesarkivet i Vestfold, til Vefsn Museum og fotograf Bjørnar Pedersen ved Voss Folkemuseum for god hjelp til å skaffe aktuelt kildemateriale.

Bibliotekarene Ragnhild Storlie og Åse-Lill Næset ved Universitetet i Agder har vært til uvurderlig hjelp med fremskaffing av litteratur og gjennomgang av litteraturoversikten.

Dekan og førsteamanuensis Solfrid Vatne var førgransker. Hun fortjener en takk for kloke og konstruktive innspill som var til stor hjelp i innspurten.

Til sist ønsker jeg å rette en takk til alle som har bidratt økonomisk og praktisk til å tilrettelegge arbeidet. Det gjelder Nordland fylkeskommune som gjennom museumsmidler finansierte arbeidet med prosjektplanen. Universitetet i Agder har tildelt meg midler innen sitt *Program for profesjonsforskning og fagdidaktisk forskning og tverrfaglige prosjekter*, og FOU-midler fra fakultet for helse- og idrettsfag. Instituttlederne Erna Ulland og Anne Tønsberg sammen med dekanene Ragnar Wivestad, Jon Wergeland og Aud Findal Dahl, gjorde det mulig å få dette til rent praktisk.

ABSTRACT

Title: "IT'S EMBEDDED IN THE WALLS"

-Materiality and people in district psychiatric centres

This dissertation examines the impact that the materiality of institutions has on patients and staff. Fieldwork has been carried out at five district psychiatric centres (Distriktpsykiatriske sentra, DPS) that were originally built as tuberculosis institutions. The patients' and employees' experiences of being present in the physical and social space of these institutions has been examined, interpreted and reflected upon. The paper provides knowledge about the significance institutions' materiality and inner life has on the informants, and how the informants influence the materiality.

Background

Mental health care has moved away from institutions and towards the local community. The treatment district psychiatric centres offer is limited to short term stays. Norwegian health policy stresses the user's perspective and the coping perspective as necessary preconditions for undergoing change. At the same time the need for specialist training is emphasized. On the one hand there is a wish for a transformation that requires change in the understanding, recognition and treatment of persons with mental health problems. On the other hand the wish for further specialization and closer commitment to existing medical standards is highlighted. This implies an ambiguity that is both distancing itself from the belief that specialists know the patients' needs best, parallel with maintaining the role and importance of the expert. The role of today's institutions for the mentally ill within this ambiguous picture is thus an underlying issue in my discussion. The primary aim of the dissertation is to contribute to building knowledge of the reciprocity and interaction between materiality and people within mental health care. At the same time the research will show that an institution does not exist independently of its history, including the health policies and knowledge that prevailed when the institutions were formed.

Theory

The theoretical starting point of the dissertation is the work of the Norwegian architect Christian Norberg-Schulz, and that of the French historian, philosopher and

epistemologist Michel Foucault. The former represents a phenomenological approach to the link between the importance of public places and people's self-awareness. Foucault looks at different institutions' material, mental and social space as representational of the power- and knowledge relationship. This relationship makes patients and employees both disciplined by others and self-disciplined.

Methodology

The dissertation is grounded in a reflective research tradition referred to as 'multisited fieldwork'. Data has been gathered through participant observation in five DPS. The observations led to different approaches and sources like interviews, photography and documentary analysis. These sources provided information about today's practice within mental health care, in addition to insights into the practices of tuberculosis treatment in the first half of the 20th century. The analysis of the data involves repetitive text analysis. This resulted in identification of the following key themes addressing the relation between people and materiality, here entitled: 1) "To get away to recover," 2) "To feel at home on the way home," 3) "History in novelty," and 4) "The obvious medication." The interpretation has moved from looking closely at phenomena to abstraction. This demonstrates that DPS' are parts of an extended context relating to history and politics.

Findings

The research confirms that institutions affect people's lived experiences to a considerable extent. In relation to the patients, institutions become places attracting them when they are ill. Location and materiality shield and protect them from the outside world. This research demonstrates that patients think rest is an important part of their recovery process. Small rooms and homelike atmospheres contribute to relaxation and recovering. Conditions relating to consideration and caring comprise what encourages health.

In relation to the employees, institutions become places where they can adjust to a new and active treatment ideology. 'New' is interpreted as a further specialization within the medical perspective. The employees use the rooms as a way of distinguishing themselves from the patients. They work towards disposing of the traditions from the era of tuberculosis. The research shows that employees'

understanding of 'active treatment' is in conflict with the patients' need for rest in homelike atmospheres.

Other key findings show that the institutions represent an authoritarian understanding of mental problems as illnesses. This understanding of illness is related to the view of contagious illnesses in the early 20th century. This view seems to be ingrained in today's institutions. Remote locations, guardrooms, and medicine dosage systems are important elements that support this view. This shows that the understanding, recognition and treatment of tuberculosis can be regarded as a general medical way of thinking that is still present in today's practice. The findings demonstrate that medicine as a discipline has great influence on patients, employees and the local community. The discipline protests against trends toward decentralisation, user perspectives and the coping perspective.

Discussion

The theoretical basis of the dissertation is merged with a discussion of the empirical findings. The findings are examined using Norberg-Schulz' reflections on the meaning of places, and Foucault's power-knowledge perspective. I show how institutions become places where patients can live when illness alienates them from their homes and local communities. To dwell in an institution becomes an important way to promote health. However, I also question whether patients are bond to the institutions because of their illness, and whether the institutions' role in a power-knowledge network traps them into an understanding of illness that prevents recovery.

Furthermore I examine the significance of tradition. I look at how practices relating to tuberculosis can provide places, hence people, with a more distinctive identity that can result in patients more readily finding their own place in society. In this respect I show how a lack of tradition on the other hand can cause poor health. Through a power-knowledge perspective I discuss how the history of tuberculosis can construct understandings of mental problems involving disciplined and self-disciplined strategies and techniques. In addition I question whether the history of tuberculosis is ingrained in the walls of the institutions and may prevent new ways of understanding mental health.

SAMMENDRAG

Avhandlingen gir kunnskap om den betydning institusjonens materialitet og indre liv har for informantene og hvordan de påvirker det bygde sted. Ved å gjøre feltarbeid i fem distriktpspsykiatriske sentra (DPS), som opprinnelig var bygget som tuberkulosehjem, har pasienters og ansattes erfaringer med å være til stede i institusjonenes fysiske og sosiale rom blitt utforsket, tolket og reflektert over.

Bakgrunn

Psykisk helsevern har beveget seg bort fra institusjonene og ut i lokalsamfunnet. Døgnbehandling i DPS'ene er begrenset til korttidsopphold. Norsk helsepolitikk fremmer mestringsperspektivet og brukerperspektivet som vesentlige elementer i de endringer som finner sted og på samme tid understrekes behovet for spesialiserte tjenester. På den ene side ønskes en kulturell snuoperasjon som innebærer et skifte i hvordan forstå, beskrive og behandle mennesker med psykiske lidelser, på den andre siden understrekes ønsket om en ytterligere spesialisering og tettere tilknytning til det eksisterende medisinske fagområdet. Dette innebærer en tvetydighet som både tar avstand fra en tenkning hvor fagfolk vet best hva pasientene trenger, men som samtidig opprettholder ekspertens rolle. Den plass dagens institusjoner for psykisk lidende har i dette tvetydige bildet er derfor et underliggende poeng.

Studiens hovedhensikt er å bidra til kunnskapsutvikling om gjensidigheten mellom materialitet og mennesker i psykisk helsevern, og på samme tid vise at den enkelte institusjon ikke eksisterer uavhengig av historien og den helsepolitikk og kunnskap som førte til at bygningene ble reist.

Teori

Studiens teoretiske utgangspunkt er utvalgte tekster av den norske arkitekten Christian Norberg-Schulz og den franske idéhistoriker og epistemolog Michel Foucault. Førstnevntes arbeider representerer en fenomenologisk tenkning om steders allmennmenneskelige betydning for menneskers selvforståelse. I Foucaults arbeider er det spesielt maktforhold i institusjoner og hvordan mennesker disiplineres og selvdisiplineres som er omdreiningspunktet.

Metode

Avhandlingen tar utgangspunkt i en reflekterende forskningstradisjon hvor data er samlet inn gjennom deltakende observasjonsstudier i fem DPS'er – såkalt "multisited fieldwork".

Observasjonsstudiene ledet til flere metoder og kilder som intervju, fotografering, og dokumentanalyse. Kildene gir informasjon om dagens praksis innen psykisk helsevern og tuberkulosepraksisen i første halvdel av 1900-tallet.

Bearbeiding av datamaterialet har handlet om gjentatte tekstlesninger som resulterte i følgende hovedtemaer knyttet til forholdet mellom mennesker og materialitet: 1) Å komme bort for å få det bedre, 2) Å føle seg hjemme på vei hjem, 3) Historien i det nye og 4) De selvfølgelige medikamentene. Tolkningen har beveget seg fra det fenomennære til en samfunnskontekst, og tydeliggjør at DPS'ene inngår i en utvidet sammenheng knyttet til historie og politikk.

Funn

Arbeidet dokumenterer at institusjonene preger personenes liv på en gjennomgripende måte selv om pasientene kun er der på korttidsopphold (maksimum tre måneder). For pasientene innebærer det at de tiltrekkes av stedene når de føler seg syke, og at stedenes beliggenhet og materialitet verner og beskytter dem fra omverdenen. Det dokumenteres at pasientene mener at hvile er et viktig ledd i behandlingsprosessen, og at små rom og en hjemlig atmosfære bidrar til at de slapper av og kommer seg. Forhold som kan knyttes til nestekjærlighetstanken inngår i det som fremmer helse.

For de ansatte får institusjonen betydning som et sted hvor de skal tilpasse seg en ny og aktiv behandlingssideologi. *Det nye* tolkes som ytterligere spesialisering innen det medisinske perspektivet og de ansatte bruker rommene på en måte som opprettholder skillene mellom dem og pasientene. Arbeidet viser at ansattes forståelse av "aktiv behandling" er på kollisjonskurs med pasientenes behov for hvile i en hjemlig atmosfære. Derfor arbeider de ansatte også med å kvitte seg med tradisjoner fra tuberkulosens tid.

Sentrale funn viser at institusjonene representerer en overordnet forståelse av psykiske lidelser som sykdommer. Sykdomsforståelsen har sitt slektskap med hvordan man forsto smittsomme sykdommer tidlig på 1900-tallet og synes å sitte i veggene i dagens institusjoner.

Beliggenheten utenfor allfarvei, vaktrommene og medisindosetten får betydning som

understøttende faktorer i denne tenkningen. På den måten representerer forståelse, beskrivelse og behandling av tuberkuløse en generell, medisinsk tenkning som er gjenkjennelig i dagens praksis. Funnene viser at den medisinske fagdisiplin har stor makt over pasienter, ansatte og nabolag og vanskeliggjør gjennomføringen av det politiske idégrunnlaget som handler om desentralisering, brukermedvirkning og mestring.

Diskusjon

Avhandlingens teoretiske utgangspunkt bringes inn i en diskusjon med empirien. Funnene drøftes med Norberg-Schulz' tenkning om steders allmennmenneskelige betydning og med Foucaults kunnskaps- og maktperspektiv. Her viser jeg hvordan disse korttidsinstitusjonene blir steder hvor pasientene kan bo når de ved sykdom føler seg fremmede i sine egne hjem og nabolag. Å *bo* i institusjoner blir betydningsfullt og vil fremme helse. Men jeg stiller også spørsmål om pasienter knytter seg til institusjoner nettopp fordi de er syke, og om institusjonene inngår i et kunnskaps- og maktnettverk som holder pasientene fast i en sykdomsforståelse og dermed hindrer dem i å komme seg.

Videre diskuterer jeg tradisjoners allmennmenneskelige betydning. Jeg drøfter hvordan praksisen i tuberkulosetiden kan gi stedene, og dermed menneskene, en tydeligere identitet som gjør at pasientene finner fotfeste. På den måten viser jeg derved at tradisjonsløshet i motsatt fall kan gi dårlig helse. I et kunnskaps- og maktperspektiv diskuterer jeg hvordan tuberkulosehistorien kan konstruere forståelser av psykisk lidende på bakgrunn av disiplinerte og selvdisiplinerte strategier og teknikker. Jeg stiller også spørsmål ved om tuberkulosehistorien kan sitte i veggene og protestere mot nye måter å forstå psykiske lidelser på.

1 INNLEDNING.....	4
1.1 PROBLEMSTILLING.....	5
1.2 AVHANDLINGENS OPPBYGGING.....	6
1.3 ASYLER OG TUBERKULOSEINSTITUSJONER – FORSKJELLER OG LIKHETER	7
1.4 FORSKNINGSMESSIG INTERESSE FOR PSYKIATRISKE INSTITUSJONERS FYSISKE OG SOSIALE ROM.....	9
1.5 STEDSFORSKNING OG PSYKISK HELSEARBEID	11
1.5.1 STEDSFORSKNING – ARKITEKTUR OG MENNESKER	11
1.5.2 FORSKNING PÅ PSYKIATRISK PRAKSIS OG MATERIALITET	13
1.5.3 TUBERKULOSEFORSTÅELSE SOM YTRE OG INDRE BETINGELSER FOR PSYKIATRISK PRAKSIS	16
1.6 METODER, KILDER OG EMPIRI	17
1.7 REFLEKTERENDE FORSKNING	18
1.8 MIN EGEN BAKGRUNN	19
2 TEORETISK UTGANGSPUNKT	21
2.1 CHRISTIAN NORBERG-SCHULZ’ STEDSFENOMENOLOGI	21
2.1.1 GENIUS LOCI.....	24
2.1.2 Å BO	24
2.1.3 STEDERS SPRÅK.....	25
2.1.4 STEDERS HISTORIE	28
2.1.5 IDENTITETSDANNENDE STEDER	29
2.1.6 STEDSTAP	30
2.1.7 KRITIKK.....	31
2.2 MICHEL FOUCAULTS KUNNSKAPS- OG MAKTRELASJONER	31
2.2.1 KUNNSKAP – MAKT	33
2.2.2 DISIPLIN	35
2.2.3 SUBJEKTIVERING – Å FORME SEG SELV	37
2.2.4 FYSISK OG SOSIALT ROM.....	40
2.2.5 KRITIKK.....	43
2.3 OPPSUMMERING	43
3 EN STUDIE AV PASIENTER OG ANSATTE I SOSIALE OG FYSISKE ROM	46
3.1 METODER OG SPRÅKLIGE KILDER	47
3.1.1 FELTARBEID SOM KULTURSTUDIE	47
3.1.2 AVTALTE INTERVJUER	58
3.1.3 DOKUMENTER	65
3.2 METODER OG IKKE SPRÅKLIGE KILDER.....	68
3.2.1 FOTOGRAFIER FRA SENTERPERIODEN.....	68
3.2.2 FOTOGRAFIER, ARKITEKTTEGNINGER OG GJENSTANDER FRA TUBERKULOSEPERIODEN.....	68
3.3 ETISKE UTFORDRINGER	69
3.3.1 REGIONAL ETISK KOMITÉ OG NORSK SAMFUNNSVITENSKAPLIG DATATJENESTE	69

3.3.2 DEN NØDVENDIGE INFORMASJONEN	70
3.3.3 ETISKE MOTFORESTILLINGER	70
3.4 TOLKNING OG REFLEKSJON	73

4 INNGANGEN..... 79

4.1 FRA SPYTTEFLASKE TIL DOSETT	79
4.1.1 TUBERKULOSEPERIODEN	80
4.1.2 OVERGANGSPERIODEN.....	86
4.1.3 SENTERPERIODEN.....	87
4.1.4 EN FORTETTET HISTORIE OM HELSEVESENET	89

DE FEM STEDENE 91

4.2 GIBOSTAD.....	91
4.2.1 GIBOSTAD TUBERKULOSEHJEM I MIDT-TROMS	91
4.2.2 OVERGANGSPERIODEN.....	93
4.2.3 SENTER FOR PSYKISK HELSE, AVD. GIBOSTAD.....	94
4.3 VEFSN I NORDLAND.....	98
4.3.1 VEFSN TUBERKULOSEHJEM	98
4.3.2 OVERGANGSPERIODEN.....	100
4.3.3 DISTRIKTPSYKIATRISK SENTER, SKJERVENGAN.....	101
4.4 BJØRKELID	103
4.4.1 BJØRKELID TUBERKULOSEHEIM PÅ VOSS.....	103
4.4.2 OVERGANGSPERIODEN.....	104
4.4.3 BJØRKELI VOSS PSYKIATRISKE SENTER.....	106
4.5 PRESTÅSEN	109
4.5.1 PRESTÅSEN TUBERKULOSEHJEM	109
4.5.2 OVERGANGSPERIODEN.....	110
4.5.3 SØNDRE VESTFOLD DPS, SANDEFJORD	111
4.6 FURUBAKKEN.....	113
4.6.1 FURUBAKKEN TUBERKULOSEHJEM.....	113
4.6.2 OVERGANGSPERIODEN.....	114
4.6.3 SØNDRE VESTFOLD DPS, LARVIK	114
4.7 FEM ULIKE INSTITUSJONER MED MYE FELLES.....	115

5 TILSTEDEVÆRELSEN 117

5.1 Å KOMME BORT FOR Å FÅ DET BEDRE	121
5.1.1 Å VÆRE UTENFOR I NÆRMILJØET	122
5.1.2 Å VÆRE UTENFOR I FORHOLD TIL SEG SELV	124
5.1.3 BELIGGENHETENS BETYDNING	126
5.1.4 BYGNINGENS BETYDNING.....	130
5.2 Å FØLE SEG HJEMME PÅ VEI HJEM.....	133
5.2.1 HVERDAGSLIG SAMVÆR	134
5.2.2 HJEMMIG MATERIALITET	138
5.2.3 VAKTROMMET SOM HJEMLIGHETENS MOTPOL?.....	141
5.3 HISTORIEN LEVER I DET NYE.....	145

5.3.1	ERFARINGSKUNNSKAPENS Plass i DPS'ENE	146
5.3.2	HUS MED SJEL	148
5.3.3	MINNETING	152
5.3.4	HYGIENEN I MENTALHYGIENEN	153
5.4	DE SELVFØLGELIGE MEDIKAMENTENE	159
5.4.1	HÅPETS KJEMI	160
5.4.2	DOSETTENS KARAKTER – ”ORDEN I KAOSSET”	163
5.5	OPPSUMMERING: DE LIKE VARIASJONENE	165
5.5.1	HVILKEN BETYDNING HAR DET DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTERETS MATERIELLE UTFORMING FOR PASIENTER OG ANSATTE?	165
5.5.2	HVORDAN PÅVIRKER PASIENTER OG ANSATTE DET BYGDE STED?	166
5.5.3	REFLEKSJONER OVER FUNNENE	167
6	TILBAKETREKKINGEN	171
6.1	Å FØLE SEG FREMMED I NÆRMILJØET OG HJEMME I DPS'ENE.....	172
6.1.1	STEDSTAP OG DÅRLIG HELSE	173
6.1.2	HELSEBRINGENDE INSTITUSJONER?	175
6.1.3	Å GÅ I KJELLEREN OVERSETTES TIL DEPRESJON	180
6.1.4	DEPRESJON OG HUS FOR SYKE PASSER SAMMEN	182
6.2	DET ALLMENNEMNESKELIGE OG KULTURBESTEMTE MED TRADISJONER.....	186
6.2.1	DEN IDENTITETSSKAPENDE HISTORIEN	186
6.2.2	TRADISJONSLØSHET OG DÅRLIG HELSE	189
6.2.3	TUBERKULOSENS KONSTRUKSJONER	191
6.2.4	Å VEDLIKEHOLDE ELLER KVITTE SEG MED KONSTRUKSJONER.....	192
6.3	AVSLUTTENDE DISKUSJON	194
6.3.1	AVHANDLINGENS BIDRAG TIL PSYKISK HELSEVERN	195
6.3.2	NYE FORSKNINGSSPØRSMÅL	203
6.3.3	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	205
LITTERATUR	207

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Godkjennelse fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK)

Vedlegg 2: Redegjørelse til REK

Vedlegg 3: Kvittering fra personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskaplig

Datatjeneste

Vedlegg 4: Informasjonsskriv

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Samtykkeerklæring

Vedlegg 7: Oversikt over informanter

1 INNLEDNING

I 2004 snakket jeg med en kvinne som var pasient i et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Hun fortalte meg om institusjonen på denne måten:

Jeg tenker at det er en bygning med sjel. Det har vært mange gode sjeler som har vandret her, som har avsluttet livet sitt. Jeg synes liksom det er fred over hele huset. Det er noe godt med huset. Det er sjel i hvert rom (pasient/kvinne/55/D).¹

Bygningen gjorde inntrykk på henne. Den var ikke av dødt materiale. Den ga henne omsorg og beskyttelse slik at hun fikk styrke til å komme videre i livet. Slik får steder der vi tilbringer tiden vår, betydning for hvem vi er og kan bli. Stedsinntrykk er *i menneskene* som fortellinger, kunnskaper og derved muligheter for engasjement og handling. Samtidig som steder er inni oss, innrammer de oss. Steder kan få oss til å føle oss hjemme eller som fremmede. Ulike bygde steder, for eksempel en kirke, en idrettshall eller et sykehus, danner ulike mønstre for følelser og væremåter og får oss til å opptre på forskjellige måter knyttet til hvor vi er. Slik sett kan man si at steder har disiplinerende virkninger.

Interessen for steders betydning oppsto våren 2000 i forbindelse med et feltarbeid i et psykiatrisk senter (Larsen, 2001). Jeg fant at institusjonen og dens aktører hadde en tvetydighet i seg. Det som pasientene opplevde som gode handlinger, kunne også betegnes som kvelende omsorg. De gode handlingene dreide seg om å beskytte og verne pasientene, men de samme handlingene begrenset deres vekst og utvikling.

Institusjonen der jeg gjorde mitt feltarbeid, hadde en grunnleggende god atmosfære som kom til uttrykk i det jeg valgte å kalle ”passelig uvanlige handlinger”. Dette handlet om at personalet utførte oppgaver som gikk utover det som var forventet av dem. Slike oppgaver kunne være å hjelpe pasientene å rydde leilighetene deres eller invitere dem med seg hjem. I slike situasjoner var *dialogen* mellom personale og pasienter fremtredende. Jeg oppdaget også at fagfolkenes språk endret seg avhengig av hvor de oppholdt seg. Mange av institusjonens rom representerte i stor grad en *monolog* om de syke. Pasientene ble klassifisert etter et

¹ Henvisningen indikerer at dette er et sitat fra intervju med en kvinnelig pasient på ca. 55 år innlagt i institusjon D. Alle intervjuene gjorde jeg våren 2004. Institusjonene har fått bokstavene D, I, N, E og S. Intervju med ansatte viser til tittelen og har ellers de samme koder. Ansatte som har vært i institusjonen mer enn 10 år markeres på denne måten: > 10 år.

diagnostisk system, og alminnelige, mellommenneskelige problemer ble tillagt den diagnosen de hadde fått. Dette syntes å holde dem fast i en hjelpeløs tilværelse.

På det tidspunktet jeg utførte feltarbeidet skulle ”min” institusjon allerede ha endret sin praksis i tråd med den finske psykologen Jaakko Seikkulas ideer om åpen nettverksdialog (Seikkula, 2000). Behandlingsfilosofien går ut på å skape dialog mellom brukeren, hans eller hennes pårørende og helsepersonell i brukerens eget miljø. Til tross for gode intensjoner var dette ikke skjedd. Da institusjonen opprinnelig hadde vært et tuberkulosehjem, hevdet jeg at det var en sykdomsoppmerksomhet ”i veggene” som var sterkere, kraftigere og mer overordnet enn det som foregikk i det enkelte rom.² Disse funnene har ført til refleksjoner over hvorvidt institusjoners materialitet bidrar til å holde pasienter og ansatte fast i en medisinsk modell som sidestiller somatiske sykdommer og psykiske lidelser og hvor legen er eksperten. Om det er slik, vil dette ha innvirkning på hvordan pasienter og ansatte forstår seg selv og hverandre. Dette vil i så fall kunne influere på ønskede endringsprosesser hvor målet er at pasienter skal være meningsberettigede i saker som angår deres helse og dermed selv være eksperter på eget liv.

Mine funn fra dette arbeidet ga grunnlag for å utdype problemstillingen som jeg ville undersøke i en mer omfattende kontekst.

1.1 Problemstilling

Avhandlingen retter søkelyset mot fem distriktpspsykiatriske sentras fysiske, mentale og sosiale rom. Institusjonene ble alle bygd som tuberkulosehjem tidlig på 1900-tallet. Mitt hovedfokus er nåtidens DPS’er med sine pasienter og ansatte.³ Jeg har villet klarlegge hvordan stedenes historie medvirker til nåtidens oppfatninger av psykiske lidelser og behandling av disse. Arbeidet tar utgangspunkt i forholdet mellom menneskene (ansatte og pasienter) og det bygde sted (institusjonen) slik det fremstår i dag. På den ene siden spør jeg hvordan beliggenheten, bygningen, rommene og interiørene inviterer pasienter og ansatte til tenke- og væremåter tilpasset institusjonen. På den andre siden diskuterer jeg hvordan

² At noe sitter eller er ”i veggene” er et uttrykk som ofte blir brukt synonymt med ”kulturen” eller ”det er en kultur for”, dvs. noe som både har med språk, erfaring, kunnskap, holdninger og handlinger å gjøre.

³ Ansatte blir i DPS’ene delt i to grupper. *Pleiepersonalet* er betegnelsen for hjelpepleiere, sykepleiere, aktivtører og vernepleiere med eller uten videreutdanning innen psykisk helsevern og som har daglig kontakt med pasientene. *Behandlingspersonalet* er psykiatere/leger, psykologer, sosionomer eller fysioterapeuter som ser pasienten gjennomsnittlig en gang i uka.

pasienter og ansatte tar rommene i bruk på bakgrunn av deres oppfatninger av helse og lidelse, og hvordan disse oppfatningene former samspillet dem i mellom. I tillegg retter jeg oppmerksomheten mot bygningenes opprinnelige bruk og datidens ideologi for forståelse, beskrivelse og behandling av mennesker med tuberkulose. På den måten drar jeg veksler på de innsikter historisk materiale kan gi. Jeg begrenser meg med andre ord til en liten del av historien. Oppmerksomheten rettes mot den opplevde virkelighet i institusjonen, og mot overgripende ideer om helse og sykdom nedfelt gjennom generasjoner av pasienter, pleiere og behandlere. Jeg er fullt klar over at i disse begrensningene ligger det forenklinger av komplekse samfunnsforhold hvor helse og lidelse kan relateres til langt mer enn relasjoner mellom disse institusjonenes materialitet og mennesker. Spørsmål om økonomi, arbeid, religion og etnisitet farger også tenkning og behandling av psykisk lidende mennesker, og de inngår i min forforståelse av feltet, uten at de blir eksplisitt formulert i avhandlingen.

Problemstillingen er således todelt og kan konkretiseres på følgende måte:

1. Hvilken betydning har det distriktpsikiatriske senterets materielle utforming for pasienter og ansatte?
2. Hvordan påvirker pasienter og ansatte det bygde sted?

Disse spørsmålene blir belyst med utgangspunkt i en fenomenologisk stedsforståelse, og ut fra tenkning omkring kunnskaps- og maktrelasjoner i fysiske og sosiale rom.

1.2 Avhandlingens oppbygging

I kapittel 2 presenteres avhandlingens teoretiske utgangspunkt. Her diskuteres den norske arkitekturteoretikeren Christian Norberg-Schulz' stedsfenomenologi med vekt på det enkelte steds identitetsdannende egenskaper. Min ambisjon går imidlertid utover dette. Menneskers representasjoner i steder og stedenes innvirkning på mennesker, henger sammen med de betydninger mennesker og steder tilskrives og får i maktrelasjoner, både mellommenneskelige og generelt i samfunnet. Den franske epistemologen og idéhistorikeren Michel Foucaults kunnskaps- og maktanalyser danner et relevant grunnlag for å drøfte steders representativitet i et overordnet samfunnssyn på helse og lidelse (se også kapittel 1.5.1 hvor Norberg-Schulz presenteres blant stedsforskere, og kapittel 1.5.2 hvor Foucault presenteres blant forskere med interesse for psykiatrisk praksis og materialitet).

I kapittel 3 presenteres gangen i forskningsprosessen og deretter de kildene som er benyttet. Videre redegjør jeg for tolknings- og refleksjonsprosessen (analysen).

I kapittel 4 redegjør jeg for tuberkuloseinstitusjonenes opprinnelse i Norge, deres endelikt og hvordan bygningene etter hvert er blitt tatt i bruk til nye formål. Dernext presenteres de fem stedene hvor jeg gjorde mitt feltarbeid: Senter for Psykisk Helse i Midt-Troms, avdeling Gibostad, Vefsn Psykiatriske Senter i Nordland, Bjørkeli/Voss Psykiatriske Senter i Hordaland, Søndre Vestfold Distriktpsykiatriske Senter i henholdsvis Sandefjord og Larvik. Målet er å formidle faktakunnskaper (eller rådata) om forskningsarenaene som historiske og nåtidige steder.

I kapittel 5 introduseres fire hovedtemaer som har framkommet i granskningen av det empiriske materialet. Disse blir gjort til gjenstand for fenomennære tolkninger og refleksjoner. Samtidig inngår institusjonenes historie og politiske styringsgrunnlag i tolknings- og refleksjonsprosessen. Hovedtemaene er:

1. *Å komme bort for å få det bedre*
2. *Å føle seg hjemme på vei hjem*
3. *Historien i det nye*
4. *Håpets kjemi*

I kapittel 6 endres fokus fra det fenomennære til et overblikk skapt gjennom en refleksiv distanse. Hensikten er å framlegge ny kunnskap om steder relatert til institusjoner for psykisk lidende mennesker og utdype hvordan stedenes praksiser er et samspill mellom fysiske, mentale og sosiale rom. Temaområdene drøftes i hovedsak i forhold til det teoretiske utgangspunktet som er presentert i kapittel 2.

Avslutningsvis antyder jeg nye veier i den videre utforskningen av praksiser i psykisk helsevern forstått som stedlige praksiser.

1.3 Asyler og tuberkuloseinstitusjoner – forskjeller og likheter

Sinnssykdom og tuberkulose gir umiddelbart assosiasjoner til forskjellige, medisinske spesialiteter. I det første tilfellet er sykdommen lokalisert til sjelen, i det andre tilfellet til

kroppen. Historisk sett har lidelsene likevel mye til felles hva gjelder forståelse, beskrivelse og behandling. Det kreves derfor en redegjørelse for disse likhetene.

Før den empirisk orienterte medisinske tenkning gjorde sitt inntog på slutten av 1700-tallet, ble de ulike lidelsene forstått som forårsaket av umoral eller onde ånder. Slik kunne de tæringssyke bli beskrevet som noen som var tilbøyelige til kriminalitet, var ukritiske, var i sine følelsers vold, viljesvake og hadde stor seksualdrift (Skogheim, 2000, s. 30).

Seksualdriften ble også knyttet til forståelsen av galskap. Slik ble onani lenge fremhevet som en av de viktigste årsakene til galskap og senere sinnssykdom. Skogheim (2001) beskriver diskusjoner om tuberkulose som ”syndens sold, demoniske krefter som tok bolig i mennesker og derfra kunne flytte over til andre mennesker” (s. 22). Dette er gjenkjennelig i forståelsen av sinnslidende som besatt av demoner (Foucault, 1999a).

Fra slutten av 1800-tallet og på begynnelsen av 1900-tallet bygde man sinnssykeasyler og tuberkuloseinstitusjoner i behandlingsøyemed. Behandlingsideologiene bak begge type institusjoner hadde påfallende mange fellestrekk. Beliggenheten i landlige omgivelser skulle gi ro og hvile og sette i gang helbredelsesprosesser. Ideen om hvilens gunstige virkning resulterte i oppføring av liggehaller i tilknytning til tuberkuloseinstitusjonene, Gaustad asyl på sin side hadde planer om slike haller, men de ble aldri realisert. Samtidig skulle plasseringen utenfor allfarvei beskytte den friske befolkningen fra de syke. Bygging av institusjoner kan også forstås på bakgrunn av en generell avvikstenkning hvor mennesker som ikke passet inn ute i samfunnet, måtte fjernes (Skogheim, 2000; Skålevåg, 2000).

Strengt ordenssystemer representerte forventninger om pasientenes ettergivenhet underlagt legens autoritet. Legen forvaltet kunnskapen om pasientens beste. Klassifikasjon og diagnostisering var en del av ordenssystemene som skulle gjøre valg av behandlingsmetoder enklere. Det kan også nevnes at operative inngrep på tuberkulose startet omtrent samtidig som man begynte med lobotomi og elektroshokk i asylene. Medikamenter mot begge lidelsene kom på 1950-tallet (Skogheim, 2000; Skålevåg, 2000). I tillegg var både tuberkulose og sinnslidende innlagt på bakgrunn av lovverk som tillot tvangsanbringelse (tuberkuloseloven av 1900 og sinnssykeloven av 1848).

Likheten i forståelse, beskrivelse og behandling av sinnslidende og tuberkuløse rokker ved tenkningen om lidelsene som to ulike, medisinske spesialiteter. Ideen om at behandlingen følger som en konsekvens av den diagnosen pasienten har fått, brytes til fordel for det jeg vil kalle en mer generell, allmennt medisinsk tenkning. Ved å forske på en institusjon innen psykisk helsevern som i utgangspunktet ble bygget som en institusjon for smittsomme tuberkulosepasienter, fikk jeg derfor mulighet til å finne ut om denne likheten fortsatt eksisterte. I så fall ville en forståelse av psykiatrien som en markant, medisinsk spesialitet, slå sprekker.

1.4 Forskningsmessig interesse for psykiatriske institusjoners fysiske og sosiale rom

I nåtidige offentlige dokumenter tas det til orde for at psykisk lidende mennesker har det best hjemme (St. meld. 25. 1996-97; St.prp. nr. 63. 1997-1998).⁴ Desentralisering er et stikkord. Psykiatriske sykehjem der mange pasienter tidligere bodde i årevis, har endret status. Institusjonene har fått betegnelsen *distriktpsikiatriske sentra*. Målsettingen er todelt: På den ene siden at pasientene skal få poliklinisk behandling eller tilbud om korttidsopphold i dag- eller døgnenheter mest mulig nært deres egne hjemsteder. Hjemmebaserte tjenester bygges ut slik at folk kan bli boende i egen bolig og motta nødvendig hjelp hjemme. Psykisk helsevern skal nå legge sterk vekt på pasientenes (brukernes) egne meninger og tanker om hva som er best for dem (brukerperspektivet). Dette innebærer en satsing på pasientenes egne ressurser (mestringsperspektivet). På den andre siden viser planene til behov for ytterligere spesialisering og spisskompetanse rettet mot diagnostiserte sykdomsgrupper innen psykisk helsevern. Dette kalles aktiv behandling, og meningen er å effektivisere tjenesten og forkorte pasientenes lidelser.

Arbeidet med å omstrukturere tjenestene i forhold til bruker- og mestringsperspektivet, innebærer en omstilling av kunnskaper og holdninger i tjenesteapparatet som kan stå i motsetning til kunnskap om den spesialiserte, medisinske psykiatrien som det også satses på. Slike endringer og motsetninger er av forskningsmessig interesse av flere grunner. For det første er det viktig å undersøke hvordan dagens institusjonspraksis kommer til uttrykk i en tid

⁴ St.prp. nr. 63 (1997-1998) har betegnelsen *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Etter halvtidsevalueringen ble den utvidet til 2008. I det videre omtales denne som *Opptrappingsplanen*. St. meld. 25 omtales uten gjentatte henvisninger til årstall.

hvor det satses på egne boliger for psykisk lidende mennesker. På den måten kan man få kunnskap om hvordan de planlagte endringene blir til reelle endringer i praksis, og hvordan slike forhold innvirker på pasienters og ansattes selvforståelser. For det andre er det av interesse å plassere samhandlingene menneskene imellom i en stedskontekst all den stund det faktisk satses på stedsendringer. Dette for å vise hvorledes sosiale relasjoner ikke eksisterer uavhengig av de fysiske omgivelsene, og heller ikke uavhengig av de ideene og begrepene som bidro til å reise byggverkene.⁵ Mitt arbeid kan derfor også betraktes som et bidrag til å forstå de endringsprosessene reformen sikter mot.

I Norge, som i Europa for øvrig, ble det tidlig på 1900-tallet bygget private eller halvprivate tuberkuloseinstitusjoner. Rundt 1930 var det over 100 slike institusjoner i Norge (Kreftsykekassens Landsforening, 1933; Landsem, 1991; Skogheim, 2001). Etter systematisk kartlegging har jeg funnet ut at elleve av dem senere ble tatt i bruk som psykiatriske institusjoner.⁶ De utgjorde en betydelig del av den psykiatriske behandlingspraksisen fra 1960-tallet og utover. Et overslag over antall psykiatriske pasienter innlagt i tidsrommet mellom 1965-1985 i disse elleve institusjonene, viser at stedene til sammen hadde *minst* 600 pasienter til enhver tid.⁷ I løpet av en hundreårs periode startet altså mange institusjoner som tuberkuloseinstitusjoner og endte som psykiatriske sentra innlemmet i statlige helseforetak. Stedenes virksomheter kan grovt sett oppsummeres og inndeles i følgende perioder:

1. Tuberkulosehjemsperioden 1900 – 1965.

Perioden kjennetegnes ved bygging av sanatorier og tuberkulosehjem i de første tiårene og varer fram til 1950-65, da tuberkuløse sykdommer kunne behandles med antibiotika og dermed mer eller mindre ble betraktet som utryddet.

⁵ Byggverk kan her være en metafor for så vel autoriteter som fag og bygninger. I følge Lakoff & Johnsen (2003) er metaforens essens å forstå og erfare én ting ut fra en annen (s. 8).

⁶ Dette gjelder: Bjørkeli tuberkulosehjem på Voss, Egra tuberkulosehjem ved Grimstad, Furubakken tuberkulosehjem ved Larvik, Gibostad tuberkulosehjem på Senja, Haukåsen sanatorium i Trondheim, Ringvål Sanatorium i Trondheim, Luster sanatorium i Sogn, Preståsen tuberkulosehjem ved Sandefjord, Solvang tuberkulosehjem ved Kristiansand, Talvik tuberkulosehjem i Alta og Vefsn sanatorium i Mosjøen.

⁷ Gibostad psykiatriske sykehjem hadde 50 pasienter i 1962 (Årsberetning 1962), Bjørkeli psykiatriske sjukeheim hadde 82 pasienter i 1973 (NKS: Jubileumsskrift. Bjørkeli. Voss psykiatriske senter 1973-1998), Vefsn psykiatriske sykehjem hadde 67 pasienter i 1965 (Årsberetning 1965), Preståsen psykiatriske sykehjem hadde 42 pasienter i 1984 (Tale holdt i forbindelse med institusjonens 25-års jubileum) og Furubakken psykiatriske sykehjem hadde 40 pasienter i 1970 (Østlandsposten 16. januar 1970). Disse tallene gjelder 5 institusjoner og kan derfor minst dobles fordi Luster, Haukåsen og Ringvål sanatorier var betraktelig større og derfor hadde langt flere pasienter. Utregningen er basert på at pasientene var i institusjonen i hele tidsrommet. Men man må anta at det var en viss utskifting av pasienter i denne perioden.

2. *Overgangsperioden 1965 – 1984.*

Ulike kroniske pasientgrupper som senil demente, psykisk lidende og psykisk utviklingshemmede bodde på stedene fram til kommunehelseloven satte en delvis stopper for dette.

3. *Senterperioden 1984 →*

Institusjonene inngår i spesialisthelsetjenesten og yter aktiv behandling til mennesker med ulike psykiatriske diagnoser. I avhandlingen avsluttes senterperioden våren 2004.

Gaustad asyl for sinnssyke ble bygd i 1855 og til sammen 18 tilsvarende asyler ble oppført i tiårene som fulgte. Behandlingen skulle medføre helbredelse og tilbakeføring til samfunnet, men slik gikk det ikke. I overgangsperioden ble derfor psykisk lidende innlagt i tidligere tuberkulosehjem fordi asylene var overfylte og tuberkuloseinstitusjonene sto nærmest tomme rundt midten av 1960-årene (Bøe, 1994; Hermundstad 1999).

1.5 Stedsforskning og psykisk helsearbeid

Det foreligger lite kunnskap som direkte retter oppmerksomheten mot skjæringspunktet mellom sykdomsforståelse, ideologi og arkitektonisk utforming av behandlingsinstitusjoner. Forskning som omhandler menneskers tilknytning til steder og arkitektur er derfor en inspirasjonskilde som har betydning for dette arbeidet. Det samme gjelder forskning som viser hvordan ytre betingelser, som kunnskap og politikk, kan være konstituerende for materielle og mellommenneskelige meningsuttrykk. Forskning på tuberkulose og tuberkuloseinstitusjoner er også av verdi for avhandlingen.

1.5.1 Stedsforskning – arkitektur og mennesker

En av forskerne jeg har hentet inspirasjon fra er Christian Norberg-Schulz.⁸ Han kaller sin tenkning *stedsfenomenologi* (se kapittel 2). Norberg-Schulz har undersøkt forholdet mellom mennesker og bygde steder. Han viser hvordan lokale steders forskjellige byggverk må kommunisere med hverandre for at menneskene skal oppleve tilhørighet og føle seg hjemme. På bakgrunn av dette uttrykker han bekymring for hvordan mye av arkitekturen i vår tid er å betrakte som løsrevet fra helheten. Manglende sammenheng skaper forvirring og dårlig helse,

⁸ Selv om Norberg-Schulz, sammen med Foucault, danner mitt teoretiske utgangspunkt (se kapittel 2) velger jeg å presentere dem kortfattet i dette kapittelet for å vise deres tilknytning til de andre, aktuelle forskerne.

hevder han. Han betegner den manglende sammenhengen for *stedstap* (Norberg-Schulz, 1978, 1980, 1986, 1991, 1996, 2000a, 2000b).

En stedsfenomenologisk forståelse blant arkitekter vil bidra til å utforme steder der mennesker kan finne fotfeste og føle seg hjemme. Trygghetsskapende steder har helsemessig betydning. Flere forskere er opptatte av tilsvarende problemstillinger (Greve, 1998; Vagstein, 1999; Day, 2002; Wiestad, 2002). Den engelske arkitekten Christopher Day (2002) viser i tillegg til betydningen av at mennesker selv bør være med på å utforme de omgivelsene de ferdes i.

I et slikt perspektiv handler derfor menneskers tilknytning til steder om identitet. Det enkelte steds særegenheter får betydning for selvforståelsen til de menneskene som ferdes der. Et fenomenologisk perspektiv i forhold til steder knyttet til menneskers identitet, innebærer å betrakte den enkelte institusjon som unik og forskjellig fra andre institusjoner. Dette kan bety at ansatte og pasienter på et DPS nord i landet vil ha andre meninger, tanker og væremåter enn ansatte og pasienter i en institusjon sørpå. En sterk lokal stedstilknytning kan tyde på at forskjellen mellom pasienter og ansatte i den enkelte institusjon blir mindre fordi begge gruppene knytter seg til, og identifiserer seg med, det samme geografiske stedet.

Stedets historie inngår i stedets identitetsdannende mønster. Gammel materialitet og tidligere praksis vil alltid sette sitt preg på nåtiden. Å hevde at historien lever med i alt nytt, står i motsetning til en lineær tankegang om fremskrittet som noe bedre og forskjellig fra det som var før. Innen den siste tenkningen vil stedenes tuberkulosehistorie ikke ha noe å si for dagens praksis. Å ha tiltro til historiens betydning innebærer å flytte fokus til en sirkulær forståelse. Dette ga meg en mulighet for at man i dagens praksis vil kunne gjenkjenne ideer fra tuberkuloseperioden.

Generell stedsforskning inspirerte meg til forskning innen psykisk helsevern.

Hovedproblemstillingen min handler nettopp derfor om hvordan materielle omgivelser får betydning for pasienter og ansatte. Det faktum at beliggenheten og deler av bygningskomplekset ble bestemt på tuberkulosens tid var blant de forholdene jeg ville undersøke nærmere, for på den måten å finne ut om historien "satt i veggene". Jeg mente også at det kunne være verdifullt å finne ut om det har betydning at DPS'ene er bygd i to ulike tidsepoker. Ville det forvirre, eller gjorde det ingen forskjell? Da institusjonene i tillegg var

plassert ulike steder i Norge ble det også vesentlig å være oppmerksom på eventuelle forskjeller innen psykisk helsevern som kunne knyttes til landskap og geografi.

Den svenske filosofen Jan Bengtsson (1998) er opptatt av livsverdenfenomenologisk forskning. Her inngår en interesse for arkitekturens pedagogiske betydning. Men Bengtsson (1998) er kritisk til en for sterk vektlegging av steders betydning for hvem vi er og kan bli. Han mener at langt mer enn steder former menneskers identitet. For eksempel vil faglige og politiske føringer på et mer overordnet plan sette premisser for dagliglivet i institusjonene.

1.5.2 Forskning på psykiatrisk praksis og materialitet

Flere forskere analyserer hvordan kunnskap om psykiske lidelser uttrykkes i folks væremåter, andre leser den i arkitekturen. Noen ser på begge deler. Kunnskap i handling og arkitektur knyttes til maktforhold og betraktes som ytre betingelser for sosialt liv som internaliseres i individene.

Sinnssykeasylenes beliggenhet og materialitet ble sett i sammenheng med behandlingen og var et uttrykk for tidens forståelse av sinnssykdom. Dette kommer frem i arbeidene til etnologen Lars-Eric Jönsson (1998) og historikeren Svein Atle Skålevåg (2002, 2003). Bilder av sinnslidende som syke og kaotiske mennesker ble ”bygd inn” i asylenes vegger fra midten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet, og bidro til å konstituere sinnssykdom som et medisinsk anliggende. Asylenes ytre orden skulle skape en indre orden hos pasientene. ”Moralsk behandling” ble det kalt. På samme tid skapte også institusjonene orden ute i samfunnet ved å ta seg av mennesker som ikke passet inn.

I løpet av 1800-tallet ble ”galskap” definert som sykdom, og i siste del av århundret ble psykiatrien etablert som en akademisk disiplin i Norge. Dette var et teoretisk konstruksjonsarbeid som bygde opp en terapeutisk praksis. Praksisen handlet blant annet om å forflytte pasientenes kropper i ulike rom avhengig av tilstand. Dette skjedde for å lette oversikten og gjøre det enklere å beskrive pasientenes væremåter i journalene (Jönsson, 1998). Asylenes interiør skulle bidra til at pasientene følte seg hjemme, da en hjemmelig atmosfære inngikk i helbredelsestenkningen.

Erving Goffman (1967) og Yngvar Løchen (1965) er begge sosiologer fra henholdsvis Canada og Norge. Gjennom sine analyser av psykiatriske institusjoner retter de en indirekte kritikk mot psykiatriens kunnskapssystemer. Goffman (1967) beskriver de ”totale institusjoner” som steder der pasientene blir fratatt sin identitet. Dette knytter han til at pasientene ikke fikk beholde sine klær og eiendeler ved innleggelsen, og til den påfallende forskjellen mellom pasientene og det han omtaler som ”oppsynsstyrken”. Personalets forventninger bestemte etter hvert pasientenes væremåter. Løchen (1965) setter fokus på hvordan forholdet mellom pasienter og ansatte i en psykiatrisk institusjon bar preg av en diagnostisk kultur hvor pasientenes atferd ikke ble forstått på bakgrunn av sosiale forhold, men utelukkende som et resultat av den enkeltes personlighet som diagnostisert pasient. Begge arbeidene beskriver et sterkt skille mellom de som skal hjelpe og de som blir hjulpet. Et slikt skille stemmer med en medisinsk forståelsesmodell.

Flere forskere reflekterer direkte omkring ulike institusjoners kunnskapsgrunnlag. Michel Foucault (1999a, 1999b) går bakover i tid og har i mange av sine arbeider rettet oppmerksomheten mot psykiatriens oppkomst (se kapittel 2.2). Psykiatriske institusjoner representerer kunnskaps- og maktsystemer (regimer) som fordrer disiplinering og selvdisciplinering av menneskene som oppholder seg i institusjonene. I *Galskapens historie* (1999a), *Overvåkning og straff* (1999b) og i *Andre rum* (1997) knytter Foucault ulike praksisformer direkte til arkitekturens og rommenes disiplinerende egenskaper. Foucault ser bygningsstrukturer i sammenheng med moderne kunnskapsstrukturer.

Filosofen Åge Wifstad (1997) retter et kritisk søkelys mot dagens psykiatri som et konkret og entydig fagfelt. Han påpeker en klar sammenheng mellom modernitetskunnskap og dens vekt på rasjonelle, vitenskaplige prinsipper og en medisinsk sykdomsmodell. Han viser hvordan tanker om objektivitet, nøytralitet og klassifisering har slått rot i psykiatrien. Han hevder videre at en sykdomsmodell ikke nødvendigvis er et fremskritt, men heller en fastfrysing og entydiggjøring av noe som burde inngå i et mangfoldig fagfelt. Wifstad er kritisk til å bygge et fag på kunnskap som går på akkord med psykisk lidende menneskers egne erfaringer, kunnskaper, håp og lengsler.

Nyere forskning utført av den finske psykologen Jaakko Seikkula (2000) og den svenske psykologen Alain Topor (2003) bidrar til utdyping av min problemstilling. Selv om ingen av dem skriver eksplisitt at de er opptatt av materialitet, viser forskningen deres indirekte at

forståelser av helse og sykdom kan være materialisert og dermed at rommene kan påvirke pasienter og ansatte til å opptre på spesielle måter. På den andre siden kan menneskene innta rommene og plassere andre forståelser inn i materialiteten.

På 1980-tallet utførte Seikkula sammen med kollegaer i Västra Lappland, en undersøkelse der han beskrev hvordan nettverksmøter med åpen dialog mellom fagpersoner, psykisk lidende mennesker og deres nettverk, virker som behandlingsmetode. Et forsøk på å starte nettverksterapi *inne i* institusjonen mislyktes. Endringen skjedde da nettverksmøtene ble flyttet ut av institusjonene og til nye omgivelser. I et senere arbeid trekkes en konklusjon hvor det synes som om terapien virker mer uavhengig av den materielle konteksten (Seikkula & Arnkil, 2005). Forfatterne hevder at det ikke finnes et språk som ”venter” på folk i akuttmottaket. De skriver at ”[språkene] overnattar inte där. Då aktörerna skapar dem, blir de verkligen skapade” (Seikkula & Arnkil, 2005, s. 97).

Alain Topor (2003) viser at det ofte er dagligdagse hendelser i romlige atmosfærer som gjør at psykiatriske pasienter kommer seg. Pasientene han intervjuet vektla nærhet og tilgjengelighet til personalet, samt en helhetsforståelse av deres problematikk som viktige faktorer i tilfriskningsprosessen. Både Seikkula og Topor presenterer tanker som utfordrer den type profesjonalitet som er knyttet opp mot en ekspertkunnskap der behandleren er subjekt og *den andre*, pasienten, blir objekt. På den måten tar begge avstand fra rasjonelle, vitenskaplige prinsipper om objektivitet og nøytralitet.

Sykepleiefilosofen og historikeren Kari Martinsen (2000, 2001, 2002, 2003b, 2005) peker i flere av sine arbeider på at arkitektur enten kan være et bidrag til en frigjørende eller til en undertrykkende praksis. I det første tilfellet understøtter arkitekturen menneskers helbredelsesprosesser, i det andre tilfellet blir den beskrevet som støyende og krenkende og dermed det motsatte av helsebringende. Martinsen (2005) analyserer eksempelvis psykiatrisk praksis med utgangspunkt i den Jydske Helbredelsesanstalt som ble bygget i Danmark i 1852. Arbeidet har et fenomenologisk perspektiv med en åpenhet mot kunnskaps- og maktanalysene til Michel Foucault. Når fenomenologiske stedsbeskrivelser blir kombinert med et kunnskaps- og maktperspektiv, beskriver man steder som både *er* og *blir*. Martinsens arbeider viser at en kombinasjon av perspektivene kan gi nye og viktige innfallsvinkler til kunnskapsutvikling. Kombinasjonen har bidratt til mitt valg av teoretisk referanseramme.

Pedagogen og sosiologen Kristian Larsen (2000, 2001, 2005) retter blikket mot relasjoner mellom arkitektur og kropp hos sykepleierstudenter i praksis. Her understrekes betydningen av hvordan romlige innretninger i dagens somatiske sykehus får betydning for hvordan studentene lærer et fag. I arbeidene betrakter Larsen bygninger som subjekter og studenter som objekter som utsettes for en påvirkning. Ytre rom refererer til indre rom. Dette kan ha overføringsverdi til en forståelse av pasienter og ansatte i psykiatriske institusjoner. De lærer hvem de er ved at arkitekturen forteller dem det. Mennesker må forholde seg til et steds plassering i landskapet, bygningens beliggenhet på stedet, bygningens romlige utforming (flat eller med spir og tårn) og størrelse. Slik gir steder og bygninger også mennesker ulike betydninger. En psykiatrisk institusjons utforming vil derfor relatere seg til pasienter og personale og kan forsterke eller svekke deres komplementære roller. Larsen beskriver relasjonene fra en observatørs synsvinkel, men vektlegger ikke for eksempel sykepleiestudentenes egne, romlige opplevelser.

Forskning på psykiatrisk praksis og materialitet oppmuntret meg til å undersøke stedene med tanke på om den materielle utforming kan være representativ for en samfunnskunnskap som kommer til syne i dagens praksis. Det kan på samme tid tenkes at rommene endres fysisk for eksempel ved hjelp av ommøblering og nye fargekombinasjoner, eller de brukes på ulike måter avhengig av hvilke forståelser av helse og lidelse ansatte og pasienter måtte ha.

1.5.3 Tuberkuloseforståelse som ytre og indre betingelser for psykiatrisk praksis

For å få rede på om tidligere tiders stedsbruk er innlemmet i dagens praksis, blir det vesentlig å finne fram til forskning som viser hvordan man forsto, beskrev og behandlet mennesker med tuberkulose i tuberkulosehjemmene, og det blir av betydning å få klarhet i hvordan slike prinsipper fikk en arkitektonisk utforming.

Historikeren Aina Schiøtz (2003b) viser hvordan ulike infeksjonssykdommer bidro til oppbyggingen av vårt moderne helsevesen. Tuberkulosen beskrives som en av våre viktigste ”institusjonsbyggere” fordi sykdommens virkninger og utbredelse la føringer for helselovgivning, sykehusbygging samt utviklingen av virkemidler for, og organisering av, det forebyggende helsearbeidet (Schiøtz, 2003b, ss. 14-15).

Historikeren Ida Blom (1998) og filosofen Britt-Inger Puranen (1984, 1987), fra henholdsvis Norge og Sverige, har begge forsket på tuberkulosens historie. Blom beskriver hvordan sosiale forskjeller og profesjonsinteresser satte sitt preg på samarbeid og konflikt mellom offentlig, frivillig og uformell omsorg. Puranen plasserer tuberkulosearbeidet inn i en sosioøkonomisk kontekst der sykdommen blir sterkt knyttet opp mot folks boforhold og kosthold. Offisielt var tuberkulose erkjent av fagfolk som en fysisk sykdom på slutten av 1800-tallet, men i vanlige folks bevissthet handlet den også om dårlige vaner og uforstand.

Forfatteren Dag Skogheim (2001, 2003) fremstiller tuberkuloseinstitusjonene som en mørk side av helsevesenets historie. Han skriver blant annet om hvordan de små tuberkulosehjemmene var å betrakte som resultater av samfunnets behov for å rydde uønskede grupper av veien, mer enn å hjelpe dem. Slik sett ble tuberkulosen, selv i institusjonene, betraktet som en sosial sykdom.

Forskning på tuberkulosens historie har betydning fordi jeg undersøker om materialiteten fortsatt kan uttrykke en kunnskap om å forstå og hjelpe mennesker som lider av en infeksjonssykdom. Dermed spør jeg om hvilke spor dette setter i dagens DPS'er. Kunnskapen fra tuberkuloseperioden handler både om organisering av en helsetjeneste, bygging av institusjoner, om profesjonsinteresser og om fordommer som knytter sammen sykdom og lavere sosial status.

1.6 Metoder, kilder og empiri

I diskusjonene jeg reiser, inngår fagområdene historie, arkitektur (stedsforståelse) og helse.⁹ Jeg har benyttet ulike metoder for innsamling av data, systematisering og tolkning. Arbeidet er derfor flerfaglig, multimetodisk og funnene blir diskutert både i lys av en stedsfenomenologisk forståelse og et kunnskaps- og maktperspektiv.

Feltarbeid, eller deltakende observasjonsstudium, innebærer flere kvalitative tilnærminger. Å være deltakende observatør åpnet for tilgangen til andre viktige metoder. Da jeg var til stede i institusjonene, traff jeg mennesker som jeg intervjuet. Jeg fikk mulighet til å fotografere

⁹ I neste kapittel skriver jeg at Nordberg-Schulz kaller sin arkitekturteori for stedsfenomenologi og at arkitektur på den måten handler om stedsforståelser.

bygninger, rom og interiører. Jeg analyserte også skriftlige dokumenter som hadde betydning for problemstillingen.

Som deltakende observatør fikk jeg kontakt med ulike kilder som resulterte i god, empirisk kunnskap. Tilstedeværelsen ga direkte kjennskap til institusjonenes materielle utforming og sosiale liv slik det fremsto våren 2004. Ved å kombinere dette med intervjuer, oppnådde jeg en større dybdeforståelse for hva jeg observerte. Intervjuformen ga mest innsikt i informantenes personlige erfaringer, og jeg fikk også muligheten til å få utdypet problemstillinger som dukket opp under selve feltarbeidet. Jeg fotograferte bygninger og rom for å presentere og beskrive stedenes visuelle uttrykk, den enkelte institusjons materielle utforming og de ulike periodenes byggestil. Alle institusjonene hadde skriftlig materiale med opplysninger om daglig drift og overordnede ideologier og mål. De var uttrykk for institusjonenes ønskede organisering og innhold. Dokumentene perspektiverer og utdyper informasjonen fra de andre kildene.

Gjennom feltarbeidet fikk jeg også tilgang til historiske dokumenter. Enkelte ansatte og pasienter hadde selv kunnskaper fra tidligere perioder eller kjente noen som hadde det. På den måten kom jeg i kontakt med mennesker jeg kunne intervjuer om tuberkuloseperioden. På samme måte viste ansatte meg dokumenter og gjenstander fra den tiden. Historiske kilder blir betydningsfulle idet problemstillingen er hvorvidt og hvordan institusjonshistorien vil være representert i det nye.

Offentlige dokumenter om dagens psykiatriske praksiser, og praksisene i tuberkuloseperioden setter institusjonen inn i et samfunnspolitisk perspektiv (se kapittel 1.3, s. 4). Dokumentene blir benyttet for å undersøke om institusjonene kan sies å representere historiske og nåtidige behandlingsidealer i samfunnet.

1.7 Reflekterende forskning

Avhandlingen inngår i en reflekterende forskningstradisjon som er innspiret av en fenomenologisk forståelse og et kunnskaps- og maktperspektiv. Fenomenologien viser til hvordan noe *er* for deltakerne. Oppmerksomheten rettes mot deltakernes livsverden.

Kunnskaps- og maktperspektivet, derimot, viser til hvordan noe *blir*. Fokus er at ”virkeligheten” eller empirien skapes i interaksjoner og at forskeren også inngår, uansett

metode (Kvale, 1997, s. 39). Reflekterende empirisk forskning har som grunnlag hvordan ulike språklige, sosiale, politiske og teoretiske elementer inngår i en kunnskapsprosess hvor empirisk materiale konstrueres og tolkes. Forskningen innebærer at alle referanser til empirien er å forstå som forskningsresultater, samtidig som forskerens egen posisjon får betydning for resultatet (Alvesson & Sköldbberg, 1994, ss. 11-17).

Datamaterialet har først blitt tolket fenomennært. Målet har vært å finne fram til hva den psykiatriske institusjonen betyr for informantene, og om deres erfaringer kan forstås på bakgrunn av stedenes historie. Historien inngår i en helhetsforståelse av institusjonene. På samme tid representerer tuberkulosehistorien en fortelling om medisinsens vellykkede bekjempelse av en fysisk sykdom.

I avhandlingen representerer behandlingssideologien for tuberkulose ikke en spesiell, men en generell allmenmedisinsk behandlingssideologi. En slik forståelse av medisinsk representasjon bryter med kunnskap som hevder at somatikk er forskjellig fra psykiatri. Det er en forståelse som taes for gitt av fagfolk i helsevesenet så vel som i store deler av befolkningen. Tenkningen som Norberg-Schulz og Foucault representerer, bryter også med forståelser man vanligvis har av psykisk lidende mennesker. I dette arbeidet benyttes disse to teoretikerne som diskusjonspartnere i en utvidet reflekterende tilnærming.

1.8 Min egen bakgrunn

Jeg har tidligere arbeidet som psykiatrisk sykepleier og avdelingssykepleier i en psykiatrisk akuttpost i mer enn åtte år. Slik sett kjenner jeg praksisfeltet fra innsiden. Jeg har deltatt på rapporter, og hatt bestemte meninger om hvordan best forholde seg til psykisk lidende mennesker. I tillegg har jeg vært sykepleiefaglig veileder i flere psykiatriske institusjoner i en periode på fire år.

Tidligere arbeidserfaring, feltarbeidet i forbindelse med hovedoppgaven og min nåværende lektorjobb i videreutdanning i psykisk helsearbeid har bidratt til min interesse for praksiser innen psykisk helsevern. Personlige erfaringer har utvilsomt inngått i tolkningsprosessen som en inspirasjon, men også som en mulig hindring i forhold til hva jeg kunne ha oppdaget dersom jeg hadde hatt en annen bakgrunn (se kapittel 3.4.1 om å være bevisst min egen tilstedeværelse).

Under arbeidet med denne avhandlingen har jeg tenkt mye på en periode hvor jeg var med i planleggings- og innflyttingsprosessen til en ny, psykiatrisk akuttpost. Kun ansatte på sykehuset og to arkitekter var med i denne prosessen. I ettertid husker jeg diskusjonene om sikkerheten for ansatte som den mest fremtredende. Vi besøkte andre institusjoner for å lære hvordan de fysiske omgivelsene kunne utformes slik at eventuelle utagerende pasienter kunne kontrolleres. Vi diskuterte uknuselige vindusruter, skuddsikre glass, møbler som var så lette at for eksempel et bord kunne løftes opp og brukes som skjold etc. Vi skaffet oss slike møbler, og fikk uknuselige vindusruter. Et av kunstverkene i den nye posten var et stort, vevd veggteppe. Teppet ble hengt opp med borrelås og kunne lett rives ned fra veggen og brukes som beskyttelse mot farlige pasienter. Vi syntes vi hadde gjort en god jobb når det gjaldt det sikkerhetsmessige. Hver gang jeg satt i stolen under det vevde teppet, tenkte jeg på borrelåsen.

Først i ettertid har jeg begynt å betrakte mitt sterke fokus på sikkerhet også som problematisk. Først nå har jeg sett at det gjorde noe med min innstilling i forhold til pasientene, fordi alle ble betraktet som potensielt farlige. Det viser at når jeg ikke lenger arbeider i en akuttpsykiatrisk post, har stedsendringen gitt meg et annet perspektiv. Det kan bety at jeg i for stor grad kritiserer i stedet for å sette meg inn i, og forsøke å forstå, hvilke beveggrunner ansatte har for sine vurderinger.

2 TEORETISK UTGANGSPUNKT

Christian Norberg-Schulz' arkitekturteori inngår i en fenomenologisk tradisjon og knytter tette bånd mellom mennesker og steder. Norberg-Schulz hevder at tilstedeværelse betyr å *være her*, og at den som ikke er noe *sted*, eksisterer ikke (Norberg-Schulz, 2000b, s. 231).

Ved å betrakte psykiatriske sentra som steder, vil denne tenkningen gi innfallsvinkler til disse stedene som grunnleggende for menneskers identitet. Michel Foucault vil på den andre siden tolke at menneskers væremåter og identiteter *blir til* som et resultat av kunnskaps- og maktsystemer som stedene representerer, og gir derfor en utvidet forståelse av psykiatrisk praksis.

2.1 Christian Norberg-Schulz' stedsfenomenologi

Norberg-Schulz (1986) skriver at man ikke kan snakke om livet på den ene siden og stedet på den andre. Livet og stedet er uløselig forbundet. Han omtaler fenomenologien som en "vitenskap om væren". En slik værensvitenskap mener han er grunnlaget for enhver forestilling. Et byggverk skal derfor representere og fremme de væremåter som er ment for det livet som skal finne sted. Av den grunn vil tanker og følelser variere avhengig av hvor man befinner seg. Ulike steder gir ulike følelsesmessige identifiseringer, samtidig som stedsfenomenologien tar hensyn til at slike høyst forskjellige byggverk skal imøtekomme noe som er stabilt og noenlunde likt for alle. Tilstedeværelsen blir et vekslende samspill av kvalitativt forskjellige deler, samtidig som helheten blir karakterisert ved en viss stabilitet.

Norberg-Schulz' (1986, 1996) arkitekturforståelse setter søkelyset på hvordan landskapet kan oversettes i bygget form ved hjelp av fenomenologisk innsikt. Steder kan utformes slik at vi kan orientere oss og gi dem en karakter vi kan identifisere oss med. For å beskrive en helhetlig arkitekturforståelse går han til Husserls begrep *Wahrnehmung* ("å bli oppmerksom på" på tysk, mens "wahr" betyr sann) som beskriver en helhetlig, kroppslig opplevelse hvor alle sansene deltar. Norberg-Schulz trekker i tillegg veksler på Heideggers forståelse av mennesket som *Dasein*, væren i verden eller tilstedeværelse. En slik forståelse gjør mennesker til aktive deltakere. Enhver handling inngår dermed i en stedlig sammenheng.

Norberg-Schulz kaller sin arkitekturforståelse for stedsfenomenologi eller anvendt fenomenologi (Norberg-Schulz, 1996, s. 10). Stedsfenomenologens oppgave er å hele splittelsen mellom tanke og følelse som oppsto da modernitetsforståelsen på 1700-tallet begynte å prege vitenskap og filosofi.¹⁰ Steder blir både rasjonalitet og følelser. Norberg-Schulz presiserer at steder ikke er matematiske rom eller samlinger av mennesker. Et sted er et konkret område preget av naturgitte omgivelser, menneskeskapte bygninger og mennesker som samhandler med hverandre og omgivelsene. Man kan ikke måle seg frem til hvordan et godt sykehus skal se ut. Derfor vil standardiserte sykehusbygg eller ferdigproduserte boliger kanskje ikke imøtekomme det livet og det stedet bygningene er ment for. Norberg-Schulz betegner arkitektur som kunst, kunsten er i stand til å gripe både-og forhold. Han er inspirert av sin lærer i arkitekturhistorie, den sveitsiske arkitekten Sigfried Giedion, som vektlegger enheten mellom det praktiske og det uttrykksfulle. Arkitekturen representerer noen av de mest fundamentale og universelle sider ved den menneskelige eksistens. Det han betegner som vellykket arkitektur, evner å la mennesket være en del av arkitekturen.

Når mennesker og bygde steder snakker et felles språk, blir stedene meningsfulle og får en karakter. Denne karakteren skal gjøre individene i stand til å bo. Arkitekturs språk uttrykker noe som gjør inntrykk og bidrar til ivaretagelse og utfordring. Stedets historie inngår i dets karakter og identitet. Sammen danner de en helhet. Og siden steder og mennesker er uløselig forbundet, inngår stedsidentiteter i menneskers opplevelser av hvem de er. Om ikke steder evner å ivareta og utfordre, blant annet ved å inkludere historien, vil menneskene bli forvirret på sin plass i verden. Slike steder vil, i følge Norberg-Schulz, utsette mennesker for *stedstap*.

Mennesker opplever ting og verden forskjellig, og derfor kan ikke fenomenologiske undersøkelser styres av forutbestemte regler. Tingene og verden må erfares i kontekst og situasjon. Erfaringer skjer på bakgrunn av ulike menneskers forhold til verden. Det innebærer at fenomenologien er fortolkende, med andre ord hermeneutisk. Livsverdenen er ikke bare en materiell og romlig verden. I følge Jan Bengtson er den en befolket verden som får betydning for arkitekturen. Han stiller følgende spørsmål: "Hur upplevs den av arkitekturen gestaltade världen av olika människor?" (Bengtson, 1998, s. 233).

¹⁰ I kapittel 2.2 vil det fremkomme at den tidsalderen som Norberg-Schulz omtaler som *moderniteten*, omtaler Foucault som den *klassiske tidsalder*.

Forskning som er inspirert av Norberg-Schulz' stedsfenomenologi handler om å gå til stedet selv og gjøre erfaringer: "Stedet er gitt som noe objektivt; det er slik det er, enten vi liker det eller ikke, og åpenbarer sine hemmeligheter og sin rikdom hvis vi selv åpner oss og lytter til dets "ånd". (Norberg-Schulz 1986, s. 309).

Om stedet er noe *objektivt* gitt, må stedet betraktes som noe utenfor en selv. Dette innebærer at man er avhengig av en viss distanse for å forstå steder. Men Norberg-Schulz skriver også at *stedet er slik det er*, uavhengig om man liker det eller ei. Da må man tilstrebe å møte stedet ut fra stedets egne forutsetninger. En åpen holdning vil igjen føre til at man kan oppdage *hemmeligheter*. Dette handler om å *lytte til dets ånd*, som fordrer en kvalitativ tilnærming. Man må undersøke stedet som helhet, ikke bare forholde seg til det materielle sted eller til menneskene på stedet. Man må søke kunnskap om helheten sted – liv, og dermed det han kaller stedets ånd, eller det som karakteriserer stedet. Steder registreres kroppslig ved hjelp av sansene og er både materielle og emosjonelle. Det innebærer at man må beskrive helhetsopplevelsen og bygningenes formspråk, så vel som rommenes innretning og tingene. Man må i tillegg vektlegge de opplevelsene menneskene har ved å være på et spesielt sted. Norberg-Schulz (2000b) skriver:

At the same time, phenomenology appeared to me as a method well suited to penetrate the world of everyday existence, since architecture is in fact at the service of totality, which the term "world of life" implies, a totality that eludes scientific procedures (s. 15).

På bakgrunn av en stedsfenomenologisk forståelse bør forskning på praksis i psykisk helsevern ha fokus både på dagliglivet i for eksempel en institusjon, og på de formmessige forhold dette dagliglivet inngår i. Dette fordi: "[World life] refers both to work of nature and work of man. [A]nalysis of place must take into consideration both aspects, and explore the interaction between them to the same degree." (Norberg-Schulz 2000b, s. 59).

Ved å undersøke helheten sted – liv, undersøker man også stedets historie. Norberg-Schulz (2000b) presiserer at for å tolke et steds karakter, må man alltid ta oppkomsten, dvs. historien om stedet, i betraktning. En slik (kvalitativ) tilnærming må søke å kartlegge fortidens tradisjoner for at man skal bli i stand til å se og forstå de kvaliteter som fortsatt kan prege stedet (Norberg-Schulz, 2000b, ss. 267-356).

2.1.1 Genius loci

Stedskvaliteten eller atmosfæren i en institusjon er en funksjon av det pasienter og ansatte opplever som det karakteristiske ved institusjonen – stedets *genius loci*. Stedets struktur er uttrykt i bygningenes plassering i forhold til hverandre og i det enkelte byggverks form og den menneskelige erfaring av dette. Karakter og atmosfære er i følge Norberg-Schulz (1978) ikke rommessige begreper, men betegner en helhetsopplevelse. Rom og karakter blir slik sett to sider av samme sak og kan betegnes som *et sted*.

Et sted består derfor av mange enkeltfragmenter, men det første du oppdager når du kommer til et sted, er en atmosfære som vanskelig lar seg konkretisere. Helhetsinntrykket er det første som slår en. For Norberg-Schulz (1996) handler det om en bestemt *genius loci*, en stedsånd (s. 87). Dette innebærer eksempelvis at en psykiatrisk institusjon vil gjøre et bestemt inntrykk og sette oss i en spesiell sinnsstemning. Som nyinnlagt pasient eller nyansatt personale vil institusjonens atmosfære bidra til at man får en intuitiv god eller mindre god opplevelse – eller kanskje en tvetydig opplevelse. Atmosfæren handler om stedets språk. Dersom arkitektene har lyktes, vil atmosfæren være god om stedsspråket evner å uttrykke og imøtekomme noe som angår oss alle. Det allmenmenneskelige ved institusjonen vil slik sett være mest permanent og utfordre spesialisering rettet mot spesielle pasientgrupper. I følge stedsfenomenologien handler det om å være på steder som fremmer menneskers behov for trygghet og vekst og utvikling.

2.1.2 Å bo

Norberg-Schulz knytter opplevelsen av trygghet til det å bo. Flere forfattere (Bengtsson, 1998, s. 236; Martinsen, 2001) henviser til den tyske filosofen Martin Heidegger som sier at mennesket bor ikke fordi det har bygget, men det bygger fordi det er et boende vesen. Som boende vesener deltar vi i livet, dvs. *livet finner sted*. Når vi bor, er vi hjemme. Når vi bor, er vi knyttet til andre. Norberg-Schulz (1978) konkretiserer dette ved å presentere Heideggers etymologiske studie av bobegrepet. Å bo handler om å oppholde seg, å forbli, å dvele. Det handler om det vante, det vi er kjent med, å være knyttet til noe, å være i fred, å være beskyttet mot fare. Og det handler også om vekst og utvikling (Norberg-Schulz, 1978, ss. 21-22). Å bo er å leve sammen med bygninger som taler til oss. Det å bo gjør vårt indre bilde av verden synlig. I huset får det kjente nærvær og bekrefter vår identitet og gir oss trygghet (Norberg-Schulz, 1978, ss. 68-69). Denne tenkningen innebærer flere forhold.

For det første vil en tenkning om at alle mennesker har noe forutgitt og dermed fellesmenneskelig, innebære at pasienter og ansatte i psykiatriske institusjoner har noe til felles. Det kan være så enkelt at det for de ansatte er klokt å tenke at ”det som betyr noe for meg, også må bety noe for pasientene”. I stedet for å være opptatt av å se etter forskjellene, kan man i større grad være opptatt av likhetene. Ansatte skulle i så henseende ha nytte av å reflektere over hva som gjør arbeidsplassen til et betydningsfullt sted, og dermed tenke at dette har overføringsverdi til pasientene. Det handler til en viss grad om at ”på seg selv kjenner man andre.”

For det andre burde personalet på et psykiatrisk senter hjelpe pasienter til å bo fordi det gir dem den beskyttelsen de sårt trenger. Man kan tolke Norberg-Schulz dit hen at han vektlegger nødvendigheten av å bo, uansett om man er lengre eller kortere tid på et sted. Vi må få muligheten til å bo, men på forskjellig måte, avhengig av om vi er på sykehus eller hjemme. En hjemlig atmosfære vil kunne bidra til at både pasienter og ansatte finner seg til rette, nettopp fordi de bor. Ikke nødvendigvis over lang tid, men de bor fordi de føler at stedet de kommer til, tar vare på dem.

Allmennmenneskelig grunnvilkår handler *også* om å bo på den måten at man får muligheter til å vokse og gro. Det innebærer å være fri til å forandre seg og utvikle seg. For at pasienter og ansatte skal ha et meningsfullt liv i institusjonen, synes det derfor nødvendig å legge til rette for at de bor uten å *gro fast*. Frihet i psykiatriske institusjoner kan handle om at psykisk lidende mennesker trenger omsorg og beskyttelse for å vokse og gro. Institusjonen skal være et sted hvor man får næring til å blomstre som menneske. Da kan beskyttelsen medføre frigjøring (Martinsen, 2003b). Det kan derfor innebære at pasientene gjør noen erfaringer i institusjonen som får helsemessig betydning. De får kanskje krefter og mot til å delta i samfunnet igjen. Ansatte kan gjøre erfaringer som blir av betydning for deres profesjonelle virksomhet. De gror ikke fast i enkelte forestillinger, men åpner opp for at noe kan endres. Erfaringene kan både knyttes til mellommenneskelige relasjoner og til de relasjoner menneskene får til stedets omgivelser, bygningene, rommene og tingene.

2.1.3 Steders språk

Norberg-Schulz gir steder språk. DPS'enes materialitet kommuniserer med pasienter og ansatte, og pasienter og ansatte kommuniserer med det bygde sted. Grunnspråket er det

allmennmenneskelige språket som får fram likheten i de to gruppene, formspråket understreker forskjellene.

2.1.3.1 Grunnspråk

Grunnspråket er for Norberg-Schulz det tidløse språket som alltid har gjort mennesker i stand til å føle seg hjemme. Grunnspråket er overordnet, og dermed mer betydningsfullt enn materialiteten, fordi det angår alle. Norberg-Schulz (1986) henviser til Heidegger som definerer dette som ”værens hus”. Når mennesker lytter til språket og gir tilsvar, åpner verden seg som den selv er, og en autentisk tilværelse blir mulig. I følge Heidegger handler det om å bo poetisk (Norberg-Schulz, 1986, s. 283). Å bo poetisk er mulig selv om husene har forskjellig form og møblene og tingene er uttrykk for menneskers smak og behag. I ”værens hus” handler grunnspråket om en felles opplevelse som ikke lar seg forstyrre i vesentlig grad av materielle formers variasjoner. Grunnspråket kan derfor ikke avbildes og er vanskeligere å konkretisere. Det må erfares, som en *grammatikk*. Grunnspråket bør hvile på den allmenne grunnen og blir slik sett uavhengig av DPS’enes materielle former. Grunnspråket blir et implisitt språk som ”ligger der” og taler til menneskene på stedet. Dette språket gjør ikke forskjell på pasienter og ansatte eller andre mennesker.

2.1.3.2 Formspråk

Mens grunnspråket omtales som tidløst, blir formspråket knyttet til tiden. Formen på et hus inngår i det som kalles byggeskikk. Det er byggeskikken som gjør at vi kan si at noen hus tilhører spesielle epoker. Formen er konkret, og den kan avbildes. Bygninger som har formspråk fra to ulike perioder kan derfor representere to forskjellige tenkesett. Formen blir på den måten både historisk og nåtidig.

Formspråket betraktes som et element i grunnspråket og inngår i noe større. Arkitekturens virkemidler er de bygde formene. Det får betydning om bygningene er lange og strekker seg ut i landskapet, om de er ruvende eller dominerende, eller om de gjør lite vesen av seg. Det har også betydning om de likner på de andre byggverkene i nærheten, eller om de skiller seg ut (Norberg-Schulz, 1978). Og hva med tingene? Tingene er form, men de inngår også i noe større:

En ting er en ting i det den ”samler verden”. Som eksempel på dette analyserer Heidegger en krukke. Krukkens funksjon er å skjenke, for eksempel vann eller vin. Men dens vesen går ut over denne praktiske oppgave. ”I det vannet som skjenkes bor kilden. I kilden bor klippen, og i den jordens mørke slummer, som mottar himmelens regn og dugg [...] I krukkens vesen bor jord og himmel.” Den fenomenologiske forståelse av en ting består således i å oppfatte hvilket forhold tingen har til jord og himmel, og i å redegjøre for hvilke av disse egenskaper den ”samler”. Når en erkjenner det blir tingen *meningsfylt*. (Norberg-Schulz, 1978, s. 32).

Norberg-Schulz er enig med funksjonalistene i at stedsbruken skal uttrykkes i formen – ”form follows function.”¹¹ Livsformen uttrykkes slik sett i stedsformen. Men han mener at det også går den andre veien. En gitt form viser seg i menneskers væremåter og medvirker til at ulike livssituasjoner tar form. Da vil formen på DPS’et få betydning for pasienter og ansatte, men kanskje på forskjellig vis. Norberg-Schulz understreker at arkitektens formale eksperimenter først blir arkitektur når den passer til bestemte byggeoppgaver – tilpasning til en bestemt orden, medfører en orden (Norberg-Schulz, 1986, s. 264).

2.1.3.3 Sammenhengen mellom grunnspråk og formspråk

Grunnspråket dreier seg om det fellesmenneskelige og skal derfor formidle språket som handler om å være hjemme – om å bo. Dette språket, sier Norberg-Schulz, må harmonere med institusjonens formspråk. Det innebærer at formspråket til en psykiatrisk institusjon skal formidle at dette er en behandlingsplass for noen og en arbeidsplass for andre. Samtidig skal det uttrykke beskyttelse og utfordring for alle menneskene på stedet. Mens formspråket blir ulikt, avhengig av tid og bruksområde, blir grunnspråket mer likt. Sammenhengen mellom grunnspråket, formspråket og de ideer som stedet bygger på, blir vesentlig. Evner man å bygge psykiatriske institusjoner som tar vare på denne sammenhengen, ville sannsynligvis Norberg-Schulz beskrevet dette som gode og helsebringende steder for de menneskene stedene er ment for. Da vil psykiatriske institusjoner ha forskjellig formspråk avhengig av om forståelsen av psykiske lidelser bygger på medisinske eller relasjonelle modeller. Men hva skjer om bygningens formspråk uttrykker ideer og behandlingsregimer fra tidligere tider. Blir dette et språk som er forenlig med det man ønsker å vektlegge innen dagens praksis? Vil stedsspråket fra tuberkulose-tiden for eksempel bidra til at det psykisk lidende mennesket *bor* i

¹¹ Uttrykket er fra 1896 og stammer fra den amerikanske arkitekten Louis H. Sullivans (1986) artikkel om utforming av forretningsbygg. Det har siden inspirert funksjonalistiske arkitekter verden over og vært gjenstand for debatter om arkitekturens oppgaver.

institusjonen? Eller vil man som psykiatrisk pasient ikke føle seg hjemme fordi stedet opprinnelig ble bygd til tuberkulosepasienter? Kan det også tenkes at et (form)språk som formidler det å bo, vil kunne protestere mot nye tanker om at psykisk lidende mennesker har det best i egne hjem? Og vil de gamle bygningene låse mennesker fast i forestillinger om behandlingsregimet fra tuberkulosens tid? Og kan det da tenkes at formspråket vil ta kontrollen slik at vesentlige sider ved den menneskelige eksistens blir oversett? I så fall går formspråk og grunnspråk hver sin vei.

2.1.4 Steders historie

Sigfried Giedions lære, slik Norberg-Schulz (1996) utlegger den, handler om nødvendigheten av at noe forblir noenlunde stabilt gjennom alle endringer. På den måten beholdes noe av stedets egenart. Norberg-Schulz (1996) hevder at det som skal bevares er stedets genius, eller den stemning som omfatter liv og omverden. Han sier at noe kan være det samme, selv om det ikke forblir likt: Tradisjoner består nødvendigvis ikke av fastlagte regler en gang for alle, men om muligheter til erindring og gjenkjennelse. Dersom vi fjerner oss fra, eller ikke har kunnskap om, steders oppkomst, vil dette påvirke vår mulighet for erindring, orientering og identifikasjon (Norberg-Schulz, 1996, s. 51). Det bygde sted synes mer permanent enn livet, men det er også foranderlig. Vi kan forestille oss at et bedehus som omgjøres til grendehus, vil beholde noe av atmosfæren fra den gang bønn og salmesang var vesentlige aspekter ved stedsbruken. Vi kan også forestille oss at en bygning som opprinnelig ble bygd for helse og velvære, og som omgjøres til en psykiatrisk institusjon, vil ha noe av den tidligere aktiviteten igjen "i veggene" og tale til menneskene på stedet. På den måten vil tidligere tiders stedsbruk få betydning for psykiatrisk praksis (Larsen, 2001, s. 32, 2006).

Men hva om vi ikke vet at stedene har vært bedehus eller tuberkulosehjem? Da vil kanskje stedets atmosfære skape usikkerhet og forvirring fordi det er "noe" man ikke får tak på. Da vil også tidligere stedsbruk få betydning, men på en annen og kanskje negativ måte. For det er nettopp de gjenkjennelige minnene fra stedets tidligere tider som kan gi mennesket fotfeste i tid og rom. Steder som har eksistert en stund, har alltid i seg en historie. Steder som opprinnelig ble etablert for andre formål, har kanskje med seg en historie som man ikke lenger bryr seg med eller er seg bevisst.

Steder kan altså ikke løsriives fra sin opprinnelse. Steders oppkomst vil alltid være der, og derfor vil mennesker mer eller mindre ubevisst forholde seg til den. Historien går på denne måten inn i relasjoner med alt nytt. Det betyr at mennesker som lar steder endre bruksområder, heller enn å utelukke det som var, bør ta tidligere tiders stedsbruk på alvor. Tenkningen fra tuberkulosens tid sitter sannsynligvis ”i veggene” i dagens psykiatriske sentra, og kunnskap om denne tenkningen bør inngå som en del av stedsforståelsen. Mennesker som respekterer steders historie, ivaretar en stedsidentitet. Steder som uttrykker en ignorert historie, kan oppfattes som identitetsløse. Er det da slik at dersom man ikke kjenner sin fortid, så vil historien gjenta seg uten at man forstår at dette skjer? Innebærer det at nissen flytter med på lasset? Eller er det slik at dersom tradisjonsformidlingen viskes ut og kulturbærerene forsvinner, så vil det som skjedde tidligere ikke lenger ha betydning?¹² Om man tar avstand fra stedets historie, kan det også tenkes at det som bør bevares, sett i et antikvarisk lys, ikke blir bevart.

2.1.5 Identitetsdannende steder

Hvem man er, knyttes til steder. Norberg-Schulz (1996) skriver at ”[...] liv vil ikke si stadig forandring, men at noe bevarer sin identitet gjennom tiden” (s. 39). Identitet har med andre ord både med det konstante og det foranderlige å gjøre. Ved å ha tilhørighet til et spesielt sted, finner man fotfeste. Vi både gjenfinner og får en identitet. Når grunnspråk og formspråk spiller på lag, blir det lettere å finne fotfeste i tilværelsen. Stedstilknytning er et uttrykk for identitets- og meningsdannelse. Når man vet *hvor* man er, vet man også noe om *hvem* man er. På den måten kan man si at bygde steder, rom og ting har språk som snakker til deg og bekrefter den du er. I en psykiatrisk institusjon vil derfor noen ting vise hvem du er som pasient, og andre ting vil vise hvem du er som ansatt. Noen ting vil likevel overgå disse ulikhetene og gi inntrykk som overskrider forskjellen mellom pasienter og ansatte. Tingene vil da snakke til det fellesmenneskelige.

¹² Med kulturbærere tenker jeg på ansatte og pasienter som har vært tilstede i en institusjon gjennom ulike perioder, og jeg tenker på materielle kulturbærere slik som bygninger, rom og ting som representerer tidligere tider.

2.1.6 Stedstap

Norberg-Schulz (1996, 2000a) hevder at vår tids kvantifisering av omgivelsene fører til at et felles grunnspråk kan gå tapt.¹³ Stedstapet er tapet av stedets mening, dvs. sansen for det konkrete og kvalitative i vår daglige livsverden på stedet. Samfunnet er preget av at en grunnleggende opplevelse av tilhørighet er i ferd med å forsvinne. Rotløshet blir resultatet. Sammenhengen i tilværelsen er oppløst fordi tilbudene er fragmenterte og skaper forvirring i forhold til vår plass i verden. I en slik forståelse vil kulissene sette regler for samhandling, og formspråket dominere (Larsen, 2001, s. 38). Steder som ikke inngår i en sammenheng med omgivelsene og stedets historie, vil være å betrakte som identitetsløse steder hvor man føler seg fremmed. Norberg-Schulz er bekymret for vår tids stedstap. Identitetsløse steder bidrar ikke til å føle seg hjemme. Man blir hjemløs.

Om det er slik at psykiatriske sentra overser sin historie som tuberkuloseinstitusjoner, og om det er slik at det gamle formspråket er på kollisjonskurs med det nye, da kan en tenke seg at institusjonene har blitt utsatt for stedstap hvor verken pasientene eller de ansatte opplever trygghet eller vekst og utvikling. Stedene blir identitetsløse fordi tilbudene er for mange og for fragmenterte. De er i utakt med et fellesmenneskelig grunnspråk. Dermed blir også menneskene forvirret på hvem de er, og på sin plass i samfunnet. Mennesker som oppfattes som forvirrede i utgangspunktet, blir kanskje mer forvirret av å være på identitetsløse steder. Personalet kan oppleve å befinne seg i spennet mellom mange ulike tenkemåter. Tenkemåtene kan handle om ulike oppfatninger av hva som er god omsorg, og om hvordan man kan forstå psykisk helsevern som fag. Dette skaper usikkerhet i forhold til hva de ansatte skal tro og hva de skal mene. Et stedstap vil også sannsynligvis understreke forskjellen mellom pasienter og ansatte, fordi et felles grunnspråk er borte.

I oppsummeringen av teorikapitlet (kapittel 2.3) konkretiseres relevante begreper hos Norberg-Schulz som jeg vil benytte meg av i drøftingskapitlet (kapittel 6).

¹³ Slik jeg forstår Norberg-Schulz, mener han at kvantifisering av omgivelsene handler om at det bygges uten at man tenker helhet og sammenheng. Det innebærer at forskjellige hus og forskjellige mennesker snakker ulike språk.

2.1.7 Kritikk

Norberg-Schulz kritiseres av Jan Bengtsson (1998) for sin sterke vektlegging av steders allmennmenneskelige og ontologiske betydning. Bengtsson hevder at Norberg-Schulz' presisering av steders betydning for menneskers identitet, kan sammenliknes med en skrustikke (Bengtson, 1998, s. 239). En slik sammenlikning forutsetter at stedet tvinger folk inn i bestemte posisjoner. Dette skulle tilsi at mennesker blir en form for marionetter som opptrer slik stedet bestemmer. Bengtsson stiller spørsmål både ved Norberg-Schulz' oppfatning av stedet som identitetsskapende faktor, og ved hans bekymring for stedstapet. Han stiller seg tvilende til om det virkelig finnes identitetsløse steder. Dersom det finnes slike steder, så må mennesker enten ha en patologi som handler om at de ikke kan erfare steder, eller steder må være uten noen form for egenskaper. Menneskers eksistensielle identitet kan heller ikke begrenses til et spesielt sted, slik Bengtsson hevder Norberg-Schulz gjør seg til talsmann for. Han tolker Norberg-Schulz dit hen at mennesker ikke har en identitet uten konkrete røtter til et sted, og skriver: "Mobila och kosmopolitiska människor är med andra ord identitetslösa och inte fullvärdiga människor" (Bengtsson, 1998, s. 244). Videre påpeker han at det er langt mer enn steder som inngår i vår identitetsdannelse. Man blir innskrenket om man overdriver stedets betydning for vår identitet. Eksempelvis er sosialt felleskap, politiske og religiøse forhold også en del av vår selvforståelse.

2.2 Michel Foucaults kunnskaps- og maktrelasjoner

I motsetning til Norberg-Schulz, vil Foucault ikke plasseres i en bestemt vitenskapsteori eller filosofi som for eksempel postmodernisme eller poststrukturalisme.¹⁴ Man kan likevel knytte han til en historisk epistemologitradisjon på grunn av hans interesse for kunnskapers historiske oppkomst (Foucault, 1995, 1999b, 1982a, 1982b). Foucault analyserer den moderne humanvitenskapen som oppsto på slutten av 1700-tallet i det han betegner som starten på den klassiske tidsalder. For Foucault tilhører alle vitenskaper som gjør mennesket til et klassifiserbart objekt, humanvitenskapene. Det gjelder for eksempel legevitenskapen og psykologien. Da legevitenskapen som empirisk vitenskap ble etablert, ble galskapen innlemmet i denne tenkningen. Psykiatrisk praksis med sine pasienter ble til. Psykiatrien er med andre ord konstruert innenfor den objektiverende og klassifiserende kunnskapstradisjon som Foucault knytter opp mot denne tidsalderen (Foucault, 1999a).

¹⁴ Dette skriver Kari Martinsen om i sin artikkel *Disiplin og frihetspraksis* (2003b). Det samme påpeker Schaanning (1993) i boka *Fortiden i våre hender. Foucault som vitenshåndtør* (s. 401).

Mennesker forstår seg selv på bakgrunn av hva som formidles som ”sant” i et samfunn. Et gjennomgående tema i bøkene *Overvåkning og straff* (1999b) og *Viljen til viten* (1995) handler om hvordan det i den klassiske tidsalder kunne gå til at menneskene ble til iakttakbare, målbare og klassifiserbare størrelser eller objekter, og hvordan denne nye kunnskapen ga mennesket som erkjennelsestema en bestemt stilling og funksjon. Michel Foucaults tekster, som jeg hovedsakelig benytter meg av, viser hvordan livet inngår i samfunnspolitiske kunnskaps- og maktrelasjoner (regimer) som både disiplinerer individet til å opptre på bestemte måter, men også gjør at individet disiplinerer seg selv (Foucault, 1995, 1982a, 1982b, 1999b). En ytre tenkning blir internalisert og menneskene former seg selv og sine medmennesker på bakgrunn av denne tenkningen. Samspillet mellom kunnskap og makt uttrykkes i mellommenneskelige situasjoner og i arkitektur. Et distriktspsykiatrisk senter kan betraktes som et sosialt, mentalt og fysisk rom som uttrykker en forståelse av psykiske lidelser som på ulikt vis virker inn på ansattes og pasienters forhold til seg selv og hverandre.

Foucaults (1995, 2001a) analyser starter med menneskelige erfaringer i nåtiden, og deretter beveger han seg til ulike vitenskapers herkomst. Han utfordrer nåtiden med fortiden. Foucaults arbeidsmåte, en ”kunnskapsarkeologi”, kan betraktes som en måte å forstå og forklare praksis på, ikke nødvendigvis som en kritikk av denne. Poenget til Foucault er å gå til historisk materiale for å skrive nåtidshistorie. På den måten kan man si noe om hvordan praksiser er blitt til. Slik oppdager man både sammenhenger og motsetninger.¹⁵ Er det for eksempel sammenhenger mellom tenkemåter fra tuberkulosestiden og nåtiden? Er det sammenhenger eller motsetninger mellom pasienters og ansattes måter å forstå psykiske lidelser på? Er det motsetninger mellom pasienter og ansattes væremåter i ulike rom? Foucault inspirerer til utallige spørsmål om steds betydning innen psykisk helsevern. Hans arbeider synliggjør at forskning verken er verdifri, historieløs eller objektiv. Ved å forske på psykiatriens steder kan man søke å beskrive en praksis som kanskje er blitt en selvfølge. På den måten kan man oppdage sammenhenger mellom kunnskap, makt, disiplin og selvdisiplin. Forskningen skal forstyrre det selvfølgelige, og dermed bryte med feltets egen selvforståelse. Ved å se på det selvfølgelige som ”sannheter”, kan man også tenke at disse ”sannhetene” har sammenheng både med tidligere stedsbruk og den kunnskapstradisjonen som lå bak oppføringen av tuberkulosehjemmene.

¹⁵ I følge den danske filosofen Kaspar Villadsen (2004) må man i forskningen ta med både kontinuiteter og diskontinuiteter. Hva kan man dra kjensel på, hva er fremmed og hva er glemt? (s. 22).

Ved å stille spørsmål om kunnskaps- og maktrelasjoner i distriktpsikiatriske sentra, vil man kunne forstå hvordan kunnskapen inngår i arkitekturen, i menneskers tanker og følelser og innehar makt som disiplinerer og selvdisiplinerer. Da vil psykiatrisk praksis forstyrres og belyses på en ny måte. Forstyrrelser gjør det mulig å revurdere praksiser ved hjelp av et distansert blikk ”utenfra”.

2.2.1 Kunnskap – makt

På hvilken måte kan et kunnskaps- og maktperspektiv betraktes som et verdifullt bidrag til å forstå hvilken betydning distriktpsikiatriske sentras materielle utforming har for menneskene som oppholder seg der? Foucault lar i flere av sine arbeider ulike byggverk representere humanvitenskapene. Han går til sykehus, asyls, fengsler og skoler og viser hvordan disse bygningene er uttrykk for kunnskapskonstruksjoner som henger sammen med den moderne tid. Slik synliggjøres det hvordan kunnskapen om mennesket er tett sammenvevd med ulike maktforhold i samfunnet. Han viser hvordan institusjoners materielle uttrykk inngår i en vev av kunnskap og makt (et maktnettverk). Befolkede bygninger med sin beliggenhet og sine rom, representerer en tenkning som plasserer forskjellige mennesker på forskjellige steder på bakgrunn av et tilsynelatende felles kunnskapssystem (Foucault, 1999b).

I Foucaults analyser i *Overvåkning og straff* (1999b) og *Viljen til viten* (1995) får man innblikk i hvordan et mangetydig kunnskapssyn ble fortrent til fordel for det tilsynelatende klare og presise som oppsto. Ikke bare fengselssystemet, men også samfunnets syn på seksualitet søker å entydiggjøre og presisere det mangfoldige og kompliserte. Befolkningens (eksemplifisert ved fangene, de homofile, de gale) kropper og bevegelser i ulike rom gjøres synlige for fagpersoner som på den måten produserer kunnskap om dem. Foucault skriver:

Det øyeblikk da man gikk fra historisk-rituell til vitenskapelig-disiplinær dannelses av individualiteten, da det normale avløste forfedrenes referansepunkt, og målingen overtok standens betydning og således erstattet det minneverdige menneskets individualitet med det kalkulerbare menneskets, det øyeblikket da vitenskapene om mennesket ble mulige, var det øyeblikket da det ble iverksatt en ny maktteknologi og kroppens politiske anatomi ble en annen (Foucault, 1999b, s. 174).

Denne overgangen betegner en kunnskap hvor en nyttebestemt rasjonalisering kommer til uttrykk i praktiske situasjoner. Kroppen blir betraktet som en maskin. Ved hjelp av dressur

øker dens ferdigheter og kreftene utvinnes. Den føyelige kroppen inngår i effektive og lønnsomme kontrollsystemer som gir anledning til overvåking og disiplin. Overvåking og disiplin uttrykkes og opprettholdes i ulike romlige innretninger, og i medisinske eller psykologiske behandlingsmetoder. Det er dette Foucault kaller ”en hel mikromakt over kroppen” (Foucault, 1995, ss. 152-159).

En nyttebestemt rasjonalisering handler om oppdeling og måling. Dette forenkler verden fordi man kan plassere mennesker effektivt i de system hvor de ”hører hjemme”. Kunnskapen kommer til syne i praksis som innlysende ”sannheter” om livet og menneskene. Kunnskapen skiller de syke fra de friske, de homofile fra de heterofile. Kunnskap om det normale gir kunnskap om det unormale. Samtidig som det forenkler, blir det også komplisert.

Rasjonaliteten har iført oss en kunnskapstvangstrøye. Normaliteten inngår i trøyas vev og har som mål å holde unna, eller få orden på, det patologiske mennesket eller den abnorme seksualdrift. Man kan ikke være *litt* schizofren eller *litt* homofil. Man er enten schizofren eller ikke, homofil eller ikke. Spørsmål å stille kan med Foucault være på hvilken måte rom og ting har kunnskap og makt i seg til å fremheve en ”vi/de-holdning” eller det motsatte? Og understreker rommene en forståelse hvor ”avviket” kommer i fokus?

Oppdelingen og kategoriseringen av mennesket konstruerer normer i samfunnet. Føyer man seg etter normene blir man sett på av andre som normal, og man ser også på seg selv på samme måte. Om man ikke føyer seg etter normene blir man sett på som eksempelvis sinnslidende av andre, og man ser også på seg selv som annerledes og syk.

Foucault (1995) ser på makt som et nett av relasjoner. Den kommer nedenfra og opp og ovenfra og ned, og den er imellom disse posisjonene.

[Makten] er navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn. [...]. Makt er ikke noe som kan erverves, berøves eller deles, noe man beholder eller mister. Makt utøves fra utallige punkter og i et vekselspill av ulike bevegelige forhold (Foucault, 1995, ss. 104-105).

Makten avtegner seg og gjør seg gjeldende i forskjellige elementer som institusjoner, vegger, rom dører, gjenstander, regler, følelser og talemåter som henger sammen med hverandre i et maktnettverk. Alt fra store byggverk til den minste lille gjenstand, i politiske erklæringer og i de mest individuelle atferdsmåter vil representere makt. Makten er produktiv og støtter opp

under og tar vare på kunnskap om mennesket (Foucault, 1995). Det avgjørende blir å undersøke hvordan makten utøves og synliggjøre hvordan den er uløselig knyttet til de mellommenneskelige situasjoner som inngår i en samfunnsmessig formingsprosess. Maktutøvelse kan gjennomføres bevisst for få folk til å opptre på bestemte måter. Dette har man for eksempel benyttet seg av ved å utforme benker i offentlige parker som det er umulig å ligge på. Det norske samfunnet vil på denne måten disiplinere mennesker til hva som ansees som akseptert atferd. Men maktutøvelsen kan like gjerne være ubevisst. Den er da innvevd i våre kroppene og menneskene opptrer slik samfunnet forventer uten å tenke over det. Da er kunnskapen internalisert, ”tatt for gitt” og menneskene disiplinerer seg selv. Disiplin og selvdisciplin inngår i Foucaults kunnskaps- og maktperspektiv (se kapitlene 2.2.2 og 2.2.3). Maktforhold vil alltid knyttes sammen med et kunnskapsområde, og det finnes ikke maktfri kunnskap, hevder Foucault (1999b, s. 30).

2.2.2 Disiplin

En smittsom sykdom – pesten – fremkalte disiplinære metoder. Pesten skapte kaos i samfunnet og fikk disiplinen som sitt medisinske og politiske motstykke. Bak de disiplinære virkemidlene spøkte frykten for ”smitten” (Foucault, 1999b, s. 178). Slik sett dannet disiplin knyttet til frykt for smitte, opptakten til forståelser av de moderne, disiplinerte individene. Disiplin handler om styring av mennesker, og inngår i samfunnets kunnskaps- og maktnettverk. Foucault (1999b) viser til forskjellige praksiser som har som mål å innvirke på menneskers atferd. Det moderne fengslet er brukt som eksempel på hvordan en organisasjon bidrar til å danne individer som underkaster seg. Disiplinering virker ved hjelp av overvåkning og andre kontrolltiltak, og gjør det enkelte mennesket synlig og forskjellig fra andre. Fangene skal omformes til lovlydige borgere. Fengselsarkitekturen er et av redskapene.

Den engelske filosofen Jeremy Benthams panoptiske idé fra slutten av 1700-tallet er et arkitektonisk grep knyttet til kontroll av fanger.¹⁶ Ideen handler om en direkte og materiell maktutøvelse over individet. Arkitekturens formspråk hadde til hensikt å få fangene til aldri å være sikre på om opppasseren så dem fra vaktårnet eller ikke. Prinsippet handler om å skille den som ser fra den som blir sett. Av den grunn opptrådte fangene hele tiden som om de ble sett. Overvåkningen ble internalisert i kroppene deres, og de ble på den måten sine egne

¹⁶ Den panoptiske idé lå også bak de første planer for Gaustad Asyl, selv om planene aldri ble realisert (Skålevåg, 2002).

fangevoktere. Blikket som så var et normaliserende blick. Arkitekturen skulle bevirke en forvandling av individene på en effektiv og økonomisk måte (Foucault, 1999b, s.157). Man kunne kontrollere de innsatte med et minimum av personale. De få skulle se de mange. Fengselsarkitekturen blir å forstå som materialisert kunnskap om mennesker i et samfunn preget av effektivitet og nyttetenkning.

Psykiatriske institusjoner i Norge er ikke bygget etter Benthams panoptiske prinsipp.¹⁷ Likevel kan prinsippet ha nedfelt seg i dagens oppdragende og økonomiske funksjoner. Funksjonene viser seg i institusjoners rominndeling, fordi ulike rom er ment for ulike personer og ulike aktiviteter. Adgang til forskjellige rom kan for eksempel tydeliggjøre forskjellen på de syke og de friske, på de syke med ulike diagnoser og hvem av personalet som har høy eller lav status. En oppdragende funksjon blir for eksempel synliggjort i institusjonenes rutiner hvor pasienter og ansatte har ulike oppgaver som tydeliggjør forskjellen mellom de som skal hjelpe, og de som skal få hjelp, mellom de med kunnskap og de uten.

I hovedsak bor psykisk lidende mennesker nå i egne hjem. Det innebærer at omsorgen og behandlingen har beveget seg inn i tette nabolag og kommunal forvaltning. Spørsmålet er om dette blir en måte å bevege seg bort fra en panoptisk tankegang til steder hvor man ikke lenger blir disiplinert av vissheten om den andres blick. Er psykisk lidende nå mer frie til å gjøre hva de vil? Eller er de tilbake i gapestokkens tid hvor de mange så de få? Og er denne dreiningen nødvendigvis et gode for de som har det vanskelig?

Språk og handlinger i ulike institusjoner uttrykker kunnskap om mennesker. Språk og handling disiplinerer. Det kan gjelde hva man sier og ikke sier, hva man gjør og ikke gjør – det lovlige og det forbudte. Disiplin handler om å plassere mennesker på rett sted, i de riktige rommene til rett tid. Arkitekturen inngår i fagspråket og behandlingsaktivitetene og utgjør dermed en disiplinering som skal hjelpe psykisk lidende mennesker til å få det bedre eller bli friske. Det psykiatriske fagspråket kan virke krenkende fordi lidende mennesker blir gruppert av eksperter uten selv å være meningsberettigede. Men det er ikke nødvendigvis alltid negativt. Kan det hende at handlinger (og bygninger) som bygger på medisinsk kunnskap passer for de som lider? Kanskje det er godt å ikke bli avkrevd en mening? Eller kanskje

¹⁷ Se historiker Svein Atle Skålevågs (2002) analyse av psykiatriske institusjoners arkitektur i Norge fra 1820-1920.

finnes annen type kunnskap i mennesker og materialitet som disiplinerer pasientene til å være meningsberettigede?

I disiplinens og hjelpens navn kan man stille seg *over* den andre og prøve å tvinge ham eller henne til å forandre seg – til å bli normal. Da blir det en disiplinering hvor den andre bevisst eller ubevisst tvinges inn i noe. Men stiller man seg *ved siden av* med sin kunnskap, kan kunnskapen bidra til en disiplinering som gir den andre frihet. Spørsmålet blir hvordan relasjoner blir nærende når tette, mellommenneskelige forhold, i følge Foucault, er så infiltrert av statsapparatet med sine lover og forskrifter og hvor det oppfordres til å drive effektivt og lønnsomt? Foucault (2001a) presiserer:

Myndighetene har et direkte grep om [kroppen], omslutter den, merker den, dresserer den, piner den, tvinger den til å arbeide, forplikter den til å delta i seremonier, avkrever den tegn [...] Det dreier seg om en slags maktens mikrofysikk som de forskjellige slags institusjoner tar i bruk, men hvis gyldighetsområde på en måte befinner seg mellom disse store samfunnsmaskinerier og kroppen selv med sin materialitet og sine krefter (Foucault, 2001a, ss. 28-29).

Disiplin handler om samordning av krefter. Det mest effektive er når pasienter og ansatte drar i samme retning. Det handler om å være effektiv og lydig, produktiv og føyelig (Foucault, 1999b). Er menneskene enige om den beste behandling, går det fort. Pasienter eller ansatte som protesterer betraktes som rusk i maskineriet. Tempoet går ned fordi man er udisiplinert. Disiplinen virker som en relasjonell maktutøvelse. Finurlige maktmekanismer er mindre legemlige jo mer raffinert den fysiske strukturen er (Foucault, 1999b, s. 161). Dette handler ikke om undertrykkelse, men om krefter i spill med hverandre. Innen en slik tenkning blir det derfor viktig at steders materialitet blir en del av kreftene som skal samordnes.

2.2.3 Subjektivisering – å forme seg selv

Bygningers form kan representere en tenkning som former individet etter spesielle mønstre, men det kan også tenkes at menneskene allerede er formet *før* de inntar bygninger og rom. I så fall kan kunnskapen som former være ”tatt for gitt” ute i befolkningen generelt. Dette handler om en samfunnsdisiplin som er selvdisiplinerende. Disiplinering, slik Foucault utlegger det, handler om å forme andre på bestemte måter, selvdisiplinering om å forme seg selv. Disse maktformene er hele tiden i samspill med hverandre. Det dreier seg om hvordan

mennesket blir formet til subjekt og hvordan han eller hun former seg selv. Subjektet er underlagt krefter som er bestemmende for personens posisjon i verden. I kreftene ligger der forventinger om hvordan man skal opptre. Disse kreftene internaliseres i individet, og individet former seg selv på bakgrunn av den ytre orden. På den måten får mennesket et følelsesliv og en indre kontroll. Mennesket blir en reaksjon på en ytre objektivisering, men også en reaksjon på seg selv.

I foredraget *The subject and power* sier Foucault (1982a) at hans interesse hele tiden har vært å skrive ”a history of the different modes by which, in our culture, human beings are made subjects” (s. 326). Å være subjekt vil si å være underkastet andre og å være bundet til seg selv. Det handler om selvforståelse og identitet som står i forhold til 1700-tallets modernitetsvitenskap. På den måten er subjektet historisk gitt.

I *Viljen til viten* viser Foucault (1995) hvordan kunnskap om seksualitet ble bestemmende for hvem vi er som seksuelle vesener, og derfor for den sunne og aksepterte seksualpraksis. Han beskriver ulike måter for å kontrollere og styre seg selv til å bli bedre, dyktigere og mer selvkontrollerende. Det handler om hvordan den enkelte kan forme sitt eget selv og dermed endre sine væremåter og sitt forhold til andre. Den enkeltes kropp blir eier av bestemte måter å tenke på. Dette viser seg i tale, handling og i plassering i rom. Individet tar i bruk ulike væremåter for å være normal. Det kan handle om å ta utdanning, gifte seg og få barn. Og det kan være å tilpasse seg arbeidsplassens nye, elektroniske datasystemer. Men det normale har sine motstykker i homoseksualitet, galskap og patologi. Faller han eller hun utenfor, er det på en måte de samme væremåtene knyttet til normalitet som taes i bruk med motsatte fortegn. Når man ikke klarer en tilpasning, er det tegn på at man *ikke* passer inn. Om du er tungsindig, trøtt, tiltaksløs og ikke tilpasningsdyktig kan du tilskrive det en psykisk lidelse. Du kan plassere deg selv utenfor det friske og normale fellesskapet. En slik individualiseringsprosess handler om bekjennelser. Foucault (1995) skriver:

Man bekjenner sine forbrytelser, man bekjenner sine synder, man bekjenner sine tanker og begjær, man bekjenner sin fortid og sine drømmer, man bekjenner sin barndom [...] (s. 68).

[Denne] maktformen [krever] konstant, årvåken og dessuten nysgjerrig tilstedeværelse for å kunne utøves, den forutsetter nærgåenhet, den går fram ved hjelp av inntrengende undersøkelser og observasjoner, den krever en diskursutveksling, og dette foregår gjennom spørsmål som tvinger fram

bekjennelser og fortrolige meddelelser som går ut over eksaminasjonen. Den impliserer en fysisk tilnærming og et spill av intense følelser. Gjennom dette blir medikaliseringen [...] både virkning og redskap (s. 55).

Bekjennelse handler om å ha noen å bekjenne seg til og om å bekjenne seg på bestemte måter. Maktrelasjonene virker ved at individet tilegner seg en bestemt kunnskap og sier sannheten om seg selv på bakgrunn av denne. Individet lærer seg selv å kjenne når han bekjenner. Dette leder den lidende til å erkjenne sin sykdom. Bekjennelsen blir omkodet og får form av terapeutiske behandlingsmåter (Foucault, 1995, s. 79). På den måten kan pasientene holdes fast i troen på seg selv som patologiske, og innordne seg en praksis tilpasset dette. Kunnskapen har kanskje dømt folk til sykdom fordi pasientenes væremåter passer med kriterier for bestemte diagnoser. Pasientene blir derfor klassifisert til å være syke. Her kan man tenke seg at institusjoner bygget for syke, har bygninger, rom og ting som støtter opp om sykdomsbekjennelser. Det kan innebære at mennesker i institusjoner *blir* sykere enn de egentlig er fordi det passer sånn. De gir seg selv en sykdom.¹⁸

Samfunnets overordnede syn på psykiske lidelser kan betraktes som en selvforholdspraksis. Mennesker som lider har fått et forhold til en medisinsk tenkning. Diagnoselistene er ubevisst blitt indre fordi de blir tatt for gitt. Slik er man kanskje blitt en del av det panoptiske (og kanskje patologiske?) univers hvor man vet at man blir sett. Men vissheten om å bli sett er ikke nok. Man vet også på hvilken måte man blir sett. Det blikket man føler på kroppen, ser det som kan knyttes til en sykdom. Slik gjør personen erfaringer som fester ham til en sykdomsidentitet og kanskje også plasserer han i bygninger konstruert for syke.

Institusjoner representerer praksiser som får menneskene til å opptre i tråd med en overordnet kunnskap som er nedfelt og uttrykt i rom og mennesker. Kunnskapen synker inn i bevisstheten og blir til noe naturlig og uproblematisk. Staten hersker ikke direkte, men indirekte ved å ansvarliggjøre individet. Individene bidrar til en sosial orden tilpasset samfunnet (Foucault, 1995). Kunnskapsmakten er blitt en kroppsliggjort biomakt som kan karakteriseres ved en vilje til viten. Individet har underkastet seg kunnskapen som er blitt til et selvforhold. Kunnskapen, som kan sies å sitte ”i institusjonenes vegger”, konstruerer slik sett identiteter. Identiteten er egentlig ikke noe indre, men oppleves indre fordi kunnskapsmakten beleirer den levende kroppen (Foucault, 1995, s. 154). Den virker ikke bare i de ytre

¹⁸ En pasient jeg møtte i feltarbeidet var svært opptatt av ordet *sykdom*. Han gjorde meg oppmerksom på at det bestod av to ord – *syk* og *dom*.

materielle og mellommenneskelige rom, den virker også i det enkelte menneskets indre rom. Mennesket blir formet, men det former også. Dette kan igjen illustreres med at man på disiplinens side har institusjoner hvis mål er å holde orden i samfunnet. Samfunnet former lydige individer gjennom ulike praksiser i ulike institusjoner. Biopolitikken slår til, mennesket er subjektivert og kan forme i tråd med samfunnets politikk (Foucault, 1995, s 153). For eksempel viser jo Foucault (1999b) hvordan fengselets rutiner og bygningenes utførelse skaper underdanige fanger, men på samme tid former fangene sin egen selvforståelse og bidrar dermed til å vedlikeholde samfunnets syn på kriminalitet.

Men det kan også tenkes at fangene allerede *før* fengslingen er formet av en tenkning som gjør at når de inntar cellene får bekreftet denne tenkningen. Materialiteten i seg selv får følgelig mindre betydning. Det forholdet den enkelte har til seg selv konstruerer og opprettholder normer og regler for den praksisen han eller hun er en del av, og de begreper og teorier som benyttes for å beskrive denne praksisen. Men det kan også tenkes at institusjonens materialiserte kunnskap forsterker identitetsdannelsen – den subjektiverer. På samme tid vil fangenes selvforståelser medkonstruere det bygde sted igjen og igjen ved å tildele fengslet betydninger. På den måten blir steder også subjektivert.

2.2.4 Fysisk og sosialt rom

Fysiske og sosiale rom setter oss inn i noen sammenhenger som våre erfaringer uttrykkes gjennom. Steders disiplinering innveves i erfaringen. En bevegelse fra disiplinering til subjektivering, og dermed selvdisciplinering, kan betraktes som en bevegelse fra det ytre materielle rom til det indre kroppslige rom. Kunnskapen i materielle rom gjenkjennes i handling og tale. Samtidig skjer det også en motsatt bevegelse. Det disiplinerte individ opprettholder tenkningen og lar den komme til uttrykk når man for eksempel som syk bruker rommene som bekrefter sykdommen, eller når man som ansatt bruker rommene som støtter opp om fagkunnskapen om den syke. Når politikere vedtar å bygge nye institusjoner, eller når det skrives lærebøker, kan også kunnskapssynet opprettholdes.

I et intervju med Foucault (1982b), *Space, knowledge and power* forteller han hvordan man på 1700-tallet begynte å se på arkitektur som et redskap til styring av samfunnet. Han sier at det ikke var arkitektene selv som sto for dette. Han presiserer at denne yrkesgruppen selv ikke har særlig makt, fordi hvem som helst kan forandre det huset han er i. Å styre samfunnet ved

hjelp av arkitektur oppsto i politikernes hoder som ett blant flere styringsredskaper. Presiseringen om at arkitekter ikke har særlig makt innebærer likevel ikke at Foucault mener at det ikke er sammenheng mellom ulike profesjoner og politisk styring. Da profesjoner representerer kunnskaper som politiske styringsorganer benytter seg av, er sammenhengen klar. Poenget til Foucault må her være at mennesket også har en frihet.

I *Overvåkning og straff* viser Foucault (1999b) hvordan fengselsarkitekturen som et ytre rom skulle påvirke fangenes tenkning og selvforståelse. Deres atferd skulle endres som et resultat av arkitekturmaktens virkninger. På samme måte ble sykehusbygningene redskap for medisinsk behandling av smittsomme pasienter hvor romlige innretninger skulle gjøre det enklere å observere den syke, samt forhindre smitte. Foucault (1999b) skriver at dette ikke bare handlet om et tak over fysisk elendighet og snarlig død. Sykehuset ble i selve sin materialitet et terapeutisk virkemiddel. De administrative og politiske rom konstruerte sykehusbygninger som igjen konstruerte terapeutiske rom som individualiserte kroppene, sykdommene og symptomene (Foucault, 1999b, ss. 135-157). Arkitekturen fikk en mening ved å: "[...] skape en arkitektur som kan bevirke en forvandling av individene: Innvirke på dem som den huser, påvirke deres atferd, gjøre dem til gjenstand for maktens virkninger og til gjenstand for kunnskap." (Foucault, 1999b, ss. 156-157).

Ulike institusjoner omfatter en materiell disiplin som benytter rommene til å dele opp individene og korrigere kroppens bevegelser. Både bygningers ytre form og romlige inndeling bidrar til denne orden. Foucault (1999b) omtaler det som idémessige rom fordi de gjenspeiler karakterer, vurderinger og hierarkier. På den måten blir materielle rom til sosiale rom og omvendt.

Disiplinerende steder kan være betegnelsen på steder hvis orden ordner opp i personligheten. Menneskers selvforståelse og identitet føyer seg *naturlig* inn i omgivelsene, og bygde institusjoner får et uttrykk som samsvarer med personene som er til stede i bygningene. Både arkitekturspråk og verbalspråk vil konstituere menneskers forhold til seg selv, og blir dermed konstituerende for hvem personen er. Man kan derfor si at mennesket *gir* seg selv en identitet ved hjelp av romlige blikk som ser han eller henne på en spesiell måte. Vissheten om dette slår ut i væremåter som stemmer med disse blikkene. Bygninger er dermed oppført, i følge Foucault (1999b), gjennom en prosess der kunnskapen oversettes og omdannes til fysiske gjenstander og organisering av rom. Slik blir kunnskapen materialisert.

De fysiske og sosiale blikkene i medisinsk-psykiatrisk praksis kan være konstruert av en kunnskap som er forskjellig fra *ars erotica*.¹⁹ *Ars erotica* bruker Foucault for å vise hvordan man tenkte før den klassiske tidsalder. Foucault (1995) skriver:

Vår sivilisasjon har ingen *ars erotica*, i det minste ved første tilnærming. Til gjengjeld er den utvilsomt den første som praktiserer *scientia sexualis*. [Sivilisasjonen] har utviklet prosedyrer for å si sannheten om kjønn, prosedyrer som i hovedsak underordner seg en form for viten-makt som står i streng motsetning til innvielseskunsten og mesterens hemmelighet (s. 68).

Foucaults uttrykk ”i det minste ved første tilnærming” er verd å merke seg. Kanskje ikke all kunnskap som uttrykkes i ulike institusjoner, er den som klassifiserer og objektiviserer, som oppdeler og måler? Kanskje det også her finnes en form for innvielseskunst i mesterens hemmeligheter? For Foucault (1995) eksisterer ikke makt uten motstand:

I maktrelasjonene spiller disse motstandspunktene rollen som motstander, skyteskive, støtte og holdepunkt. Disse motstandspunktene er tilstede overalt i maktnettet [...]. [Her] finnes det et *mangfold* av motstandsformer som hver er av et særegent slag: mulige, nødvendige, usannsynlige, spontane, ville, ensomme, samordnede, krypende, uforsonlige, kompromissvillige, egoistiske eller offervillige. De kan per definisjon bare eksistere i maktrelasjonens strategiske felt (s. 107).

Motstandspunktene er med andre ord like selvfølgelige som makten. Å fremanalysere hvordan motstandspunktene kommer til uttrykk i praksis kan dermed si mye om maktforhold og omvendt. Motstandspunktene kan ligge i ikke-klassifiserende kunnskaper som har blitt overlevert av mennesker i ulike samfunnsinstitusjoner. Kanskje man i like stor grad kan betrakte denne som en innlysende ”sannhet”? Dette skulle innebære at kunnskap som for eksempel *ikke* er naturvitenskapelig forankret, også kan ha et fotfeste i samfunnet og i arkitekturen og dermed ha blitt subjektivert.²⁰

På mange måter synes kunnskapen og makten som ulike samfunnsinstitusjoner representerer, sterkere og kraftigere enn mennesket selv. Mennesket synes ikke fritt, men overlatt i samfunnets varetekt og til sin egen skjebne. Skjebnen bestemmes av alle de sammenhengene individet inngår i – også de materielle. Ved å forstå de sterke båndene mellom kunnskap,

¹⁹ *Ars erotica* kjennetegner en kunnskap om kjærlighetslivet hvor man la sterk vekt på erfaringen og man mente også at ulike erfaringer hang sammen med hverandre (Foucault, 1995).

²⁰ Dette presiserer den danske filosofen Anders Fogh Jensen (2005) i sin analyse av Foucaults tenkning i boka *Mellem ting* (ss. 324-332).

makt og motmakt oppdager man at det også finnes mulighetsbetingelser i maktens motstandspraksis. Foucault (1982b) uttaler jo blant annet at ”enhver har mulighet til å forandre det huset han bor i”. På den måten viser han til muligheten for å frigjøre seg fra både arkitektoniske grep og samfunnsgrep, og dermed eventuelle uheldige og fastgrodde mønstre.

2.2.5 Kritikk

Foucault beskriver steder som disiplinerende, og menneskene der som underlagt maktregimer. For eksempel kan fagpersoner innen psykisk helsevern i denne forbindelse oppleve kritikken som en kritikk av seg selv som dominerende maktpersoner som er undertrykte og uselvstendige ofre for tankesystemer. Og pasientene kan oppleve seg selv om noen som på ureflektert vis har tatt til seg en kunnskap som egentlig ikke passer dem. Menneskene synes slik sett ute av stand til å velge. Dette kan føre til at man forsvarer praksisen man inngår i, i stedet for å lytte til kritikken. Da fastfryses væremåtene etter et bestemt tankesystem, og menneskene fortsetter ”som de alltid har gjort”. Foucault kan, med andre ord, anklages for en ensidig modernitetskritikk med fokus på kontroll, disiplin og makt. I følge Espen Schaanning (1993) blir det problematisk når Foucault finner disiplineringssteknikker over alt, og at sosiale relasjoner *kun* formidles som maktrelasjoner. Han henviser også til at medisinerere og psykiatere beskylder Foucault for å gi dagens psykiatriske praksis skylden for fortidens feil (s. 416). Ved å benytte ord og uttrykk fra Foucaults arbeider kan man også risikere, som Pål Dingstad (2005) kaller det, å tåkelegge prosjekter med Foucaultklisjeer (s. 5).

2.3 Oppsummering

Både Norberg-Schulz og Foucault har bidratt med tenkninger som kan utvide forståelsen av relasjonene mellom materialitet og mennesker. Mens Norberg-Schulz beskriver hvordan mennesker erfarer steder, går Foucault til betingelsene for disse erfaringene.

Norberg-Schulz’ utlegger ulike begreper som kan kaste lys over avhandlingens problemstillinger. Stedsfenomenologiens vektlegging av *tilstedeværelse* som grunnleggende for alt liv, handler om tilknytning til steder, om steders historie og om å bo. På den måten har institusjoner identitetsdannende egenskaper.

Steder som ikke inngår i en sammenheng innebærer manglende tilknytning, og betegnelsen *stedstap* benytter Norberg-Schulz for å beskrive slike steder.

I en tid hvor det satses på at psykisk lidende mennesker skal bo ute i kommunene, finner jeg det interessant å undersøke hvorvidt det er mulig å bo i psykiatriske institusjoner. Slik tenker jeg at DPS'ene med sin historie som tuberkulosehjem, inngår i pasienters og ansattes selvforståelser og blir en del av de to gruppenes syn på seg selv og hverandre.

Dersom pasienter opplever *tilstedeværelse* mens de er innlagt, vil det være en viktig del av veien tilbake til et bedre liv. Av den grunn ser jeg på det å bo som en betingelse for god helse. Helse handler med andre ord om *tilstedeværelse*. Dårlig helse må derved handle om det motsatte. Om pasientene ikke finner omgivelsene i DPS'ene meningsfulle, bor de ikke. Her blir begrepet *stedstap* sentralt, fordi det kan tenkes at en spesialisert praksis innen psykisk helsevern ikke tar hensyn til allmennmenneskelige forhold ved tilstedeværelsen, men kun til det som kan knyttes til det syke individ. En spesialisert praksis kan også innebære at institusjonenes historie ignoreres, noe som, i følge Norberg-Schulz, vil forsterke stedstapet og muligheten for tilknytning og identifikasjon.

Foucault viser hvordan kunnskap og makt inngår i en samfunnmessig formingsprosess. Maktnettverk dannes og får mennesker til å tenke på bestemte måter. Derved viser han hvordan praksiser opprettholdes. Maktnettverket er allestedsnærværende: I bygninger, rom og gjenstander; og makten trenger seg inn i hver fiber i menneskenes kropp. Både materialitet og mennesker representerer kunnskaps- og maktrelasjoner som er disiplinerende for tanke og handling. Mennesket subjektiveres og verdier og bilder knyttet til en praksis kan leve videre selv om man satser på forandring. Foucault kan bidra til å sette avhandlingens problemstillinger inn i et samfunnsperspektiv ved å vise hvordan makten, men også motmakten, utøves i et nettverk bestående av blant annet politikk, fagkunnskap, materialitet og mennesker.

De distriktskykiatriske sentrene representerer utad en offentlig akseptert kunnskap om forståelse, beskrivelse og behandling av psykisk lidende mennesker. I et kunnskaps- og maktperspektiv blir det derfor viktig å undersøke på hvilken måte institusjonenes arkitektur inngår i en utvidet kontekst hvor både kunnskap om tuberkulose og psykiske lidelser har fått materielle uttrykk. Når Foucault bruker pesten for å eksemplifisere hvordan den bidro til en

medisinsk kunnskapsdannelse, kan jeg på tilsvarende vis diskutere om, og eventuelt hvordan, kunnskap om tuberkulose ble bygget inn i institusjonenes vegger. Når jeg lar tuberkulosehjemmets ideologi og materialitet representere en form for medisinsk tenkning, blir det også mulig å undersøke på hvilke måter disse konstruksjonene kan bidra til disiplinering av pasienter og ansatte. Gjensidigheten mellom disiplin og subjektivering er av interesse fordi det kan innebære at ikke bare ansatte, men også pasientene, er disiplinert innen et tankesystem hvor deres meninger og væremåter søker bekreftelse i materielt og sosialt liv som står i relasjon til en medisinsk sykdomsmodell, som igjen kan føre til at pasienter og ansatte identifiserer seg etter denne modellen. Det problematiske med å undersøke en spesialisert, medisinsk praksis som disiplinerende og subjektiverende, er at man kan stå i fare for å overse andre kunnskapsområder (motmakten) som både materialitet og mennesker kan representere.

I løpet av arbeidet med avhandlingen er Norberg-Schulz og Foucault blitt medtenkere for å forstå og drøfte empirien.

3 EN STUDIE AV PASIENTER OG ANSATTE I SOSIALE OG FYSISKE ROM



Maleren, som er pasient, peker på sin egen akvarell. Akvarellen er en illustrasjon på hvordan kunstnerens tanker og følelser er blitt materialisert, og tydeliggjør relasjonen mellom materielle, sosiale og mentale rom som det forskes på.

For å belyse mine forskningsspørsmål har jeg funnet det hensiktsmessig å benytte ulike metoder som deltakende observasjon, intervju, dokumentanalyse og fotografering. Dette gir tilgang til kilder med forskjellig type informasjon. De fleste kildene er som i et antropologisk feltarbeid: mennesker, tekster og ting i samhandling. Fotografier og arkitekttegninger er også benyttet. Avhandlingens empiri utspringer fra kildene og blir således feltnotater, transkriberte intervjuer, dokumenter og billedmateriale.

Avhandlingens hovedfokus er senterperioden fra 1984 fram til avslutningen av mitt feltarbeid i 2004. De viktigste kildene til informasjon kommer fra selve feltarbeidet, hvor intervjuene inngår som en betydelig del. Sekundært er de skriftlige og ikke-språklige kildene.²¹ Da et av forskningsspørsmålene er om tuberkulosehistorien kan ha betydning for dagens psykiatriske

²¹ Kjeldstadli (1999) skiller mellom *språklige* og *ikke språklige kilder*. De språklige er enten skriftlige eller muntlige, de ikke-språklige er enten ikonografiske (bilder i vid forstand) eller gjenstander (ss. 152-153)

praksis, benytter jeg også språklige og ikke-språklige kilder med opplysninger fra tuberkuloseperioden.

3.1 Metoder og språklige kilder

3.1.1 Feltarbeid som kulturstudie

Formålet med feltarbeidet var å undersøke hvilken betydning psykiatriske institusjoners fysiske og sosiale rom hadde for dagens pasienter og ansatte (informantene).²² Av den grunn ble det viktig at jeg selv var til stede for å studere hvordan personene samhandlet med hverandre i bygningenes forskjellige rom. Jeg valgte et deltakende observasjonsstudium for å få en nærhet til kommunikasjonen mellom mennesker og materialitet. På den måten kan man få en forståelse for fenomenet som skulle studeres, dvs. å komme tett inn på de mange forskjellige relasjoner som de ulike praksisene inngår i. Dette kan betraktes som å forske i egen kultur, da institusjonene var norske og jeg selv tidligere hadde arbeidet i psykiatriske institusjoner.

Som forsker ønsket jeg ikke å betrakte sosiale og fysiske rom på avstand, eller som atskilte fra hverandre, men selv inngå i en sammenheng med menneskene, rommene og omgivelsene. Bare slik kan et mest mulig helhetlig inntrykk dannes av institusjonene der sammenhengene er viktigere enn delene. Dette er en annen type kunnskap enn den som kommer fra studier som kun tar for seg deler av en praksis. Å søke sammenhenger krever derfor tilstedeværelse og deltakelse. Antropologen Thomas Hylland Eriksen skriver at man ved deltakende observasjon skal forsøke å utslette skillet mellom *oss* og *dem*, man søker medmenneskelighet og gjensidig sympati (Eriksen, 1998, s. 35). Gjennom aktiv deltakelse skal man forsøke å forstå en måte å leve på som ikke er ens egen. Hensikten er å samle informasjon fra omgivelsene og være til stede med alle sanser. Ulike situasjoner studeres ”innenfra” og ”konkret” for å lære kulturen kjenne. Dermed kan man få førstehånds opplysninger om dagliglivet i institusjonene. Det vil likevel alltid være en balansegang mellom det å delta, og det å observere på avstand (Fossåskaret, 1997, s. 17).

Flere beskriver feltforskning som å studere den sosiale virkelighet i sin ”naturlige” tilstand (Hammersley og Atkinson 1996; Alvesson og Sköldberg 1994). Nærheten gjør det mulig å

²² I følge Hammersley og Atkinson (1987) er feltarbeid og deltakende observasjonsstudier det samme (s. 24). Andre bruker begrepet etnografi (Alvesson og Sköldberg, 1994).

oppdage forhold i institusjonene som pasienter og ansatte betrakter som ”naturlige”, ”sanne” og ”tar for gitt”. Dette kan dreie seg om hvordan pasienter og ansatte forstår og håndterer helse og lidelse, og det kan handle om hvorvidt arkitekturen kan representere en forståelse som understøtter eller protesterer mot individenes handlinger, holdninger og vaner – med andre ord hvordan pasienter og ansatte forstår seg selv og hverandre i en stedlig kontekst. I denne konteksten inngår også institusjonenes historie. I følge organisasjonsforskerne Mats Alvesson og Kaj Sköldbberg (1994) retter studiet av ideer, tankesett, symboler eller meninger, oppmerksomheten mot handlingsmønstre og materielle forhold (s. 110), med andre ord kultur.

Det kulturelle bildet man danner seg, betraktes ikke som et flatt fotografi hvor ”virkeligheten” fastfryses. Det blir snarere vesentlig å formidle mange ulike bilder for å bli i stand til å beskrive praksiser. Ved hjelp av pasienter og ansatte, stedet de oppholder seg på og forskeren selv, vil det likevel tegne seg noen mønstre som gjør det mulig å fremstille bestemte karaktertrekk ved DPS’ene. Antropologen Eva Gulløv (2004) betegner slike karaktertrekk som ”institusjonelle logikker”, og understreker på den måten hvordan mennesker inngår i vanedannende mønstre som forskeren senere kan beskrive, problematisere og sette spørsmålstegn ved.

Denne måten å forske på har også sine begrensninger. For det første kan den betydningsfulle nærheten til mennesker og materialitet problematiseres. Som forsker er jeg verken pasient eller ansatt, og vil på den måten skille meg ut. Dette kan være til hinder for å oppdage de naturlige sammenhengene. Min tilstedeværelse kan tenkes å forstyrre det dagligdagse og selvfølgelig, både fordi jeg stiller uventede spørsmål eller bruker rommene forskjellig fra de andre. Uansett grad av deltagelse vil de naturlige sammenhengene stå i fare for å bli unaturlige, fordi forskerens tilstedeværelse alltid vil medvirke i relasjonene. Å oppheve skillet mellom meg selv som forsker og de jeg forsker på, blir derfor en umulighet så lenge jeg gir meg til kjenne som forsker. I stedet blir det vesentlig å være seg bevisst hvordan deltakelsen kan forstyrre det dagligdagse (se kapittel 3.1.4).

Forskerens ønske om å komme bakenfor ”det som taes for gitt” i en kultur kan på den måten bli begrenset av hans eller hennes tilstedeværelse. Slik sett konstrueres bilder som viser forskeren som en del av det hele, og som kan bli forskjellige fra de bildene som pasientene selv og de ansatte ville ha presentert. Da viser forskeren nødvendigvis ikke de ”naturlige” situasjonene han eller hun i utgangspunktet søkte kunnskap om.

For det andre kan studier av sammenhenger og relasjoner i seg selv være problematiske. I institusjoner hvor ansatte og pasienter kommer og går hele tiden, blir det så mange observasjonsmuligheter at man kan gå vill. Samhandlingsmønstrene forandrer seg avhengig av menneskene som er til stede og hvilke rom de oppholder seg i. Når feltarbeideren står midt oppe i en mengde relasjoner, og tolker det som skjer rundt ham eller henne, kan det være lett å miste oversikten (Aase, 1997). Da blir utfordringen å ramme inn sammenhengene på en slik måte at man likevel får tak i en helhet.

Valg av institusjoner og tidsavsnitt følger av den overordnede problemstillingen og er ikke tilfeldig, heller ikke den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen. Jeg posisjonerer meg i feltet og diskuterer hvordan min tilstedeværelse får implikasjoner for forskningen.

3.1.1.1 Korte studier av fem institusjoner

Kriteriet for valg av institusjoner var at de hadde status som distriktpsikiatriske sentra, og at de eldste bygningene opprinnelig hadde vært tuberkuloseinstitusjoner. Datainnsamlingen ble utført i fem døgnposter hvor jeg var 14 dager på hvert sted. Slike korte opphold gir på ingen måte et totalt innblikk i institusjoner med flere avdelinger og mange pasienter og ansatte. Derfor ble det naturlig å avgrense feltarbeidet hovedsakelig til døgnpostene. Tanken var at eventuelle tråder og sammenhenger mellom dagens og tidligere tiders stedsbruk ble lettere å trekke om pasientenes boforhold og de ansattes arbeidssituasjon liknet hverandre. Samtidig var det enklere å bli kjent med pasienter som bodde i institusjonene over tid.

På de stedene der de hadde mer enn en døgnpost, valgte ledelsen ut den posten de mente var best egnet. I én institusjon var jeg en uke på hver av døgnpostene. Tre av døgnpostene var for pasienter med angst- og depresjonsproblematikk, og tre var for mennesker med psykoseproblematikk.

I alle institusjonene var jeg i hovedsak til stede fra omkring kl. 07.30 til ca kl. 16.00. Ved to anledninger var jeg på senvakt. På dagtid var det flest pasienter og ansatte til stede, og dermed flere som kunne dele sine kunnskaper og erfaringer med meg. På ettermiddagene og kveldene hadde pasientene ”fri” fra ulike behandlingstilbud, og det ga et annet innblikk i institusjonen.

Ved to av institusjonene var jeg på området døgnet rundt. På Gibostad i Troms fikk jeg bo i en personalbolig på institusjonsområdet, på Bjørkelid i Hordaland i det gamle røntgenbygget som var omgjort til seks botreningsleiligheter.²³ Disse to institusjonene fikk jeg derfor bedre innblikk i og ble best kjent med pasienter og ansatte. Fordelen var at det medførte et større datatilfang enn på de andre institusjonene, ulempen kan være at denne tette tilknytningen har farget mine fortolkninger av disse institusjonene. Jeg satte stor pris på engasjementet lederne her la ned i å finne et egnet sted for meg å bo, og jeg kan derfor ha presentert data herfra i et mer positivt lys enn fra de andre institusjonene.

Da jeg var sammen med informantene, skrev jeg feltnotater i stikkordsform for at samværet skulle bli så naturlig som mulig. Kun på vaktrommet konsentrerte jeg meg om å notere det som ble sagt og gjort mer detaljert. Først etter at feltarbeidet var slutt for dagen, gjorde jeg utfyllende notater i forhold til stikkordene. Jeg la vekt på å skildre utvalgte situasjoner så presist som jeg kunne huske dem, samtidig som jeg beskrev mine egne følelser og refleksjoner i tilknytning til situasjonene. Feltnotater ble daglig skrevet ned og utgjør til sammen 274 sider.²⁴

Fordelen med å forske på flere institusjoner med forholdsvis korte perioder på hvert sted, er at jeg fikk en mer generell breddekunnskap om fem ulike institusjoner. Dette ga meg mulighet til å sammenlikne døgnposter som geografisk var plassert flere steder i Norge. Hvor forskjellige var de? Hva besto de eventuelle forskjellene i? Om jeg ikke fant særlige variasjoner, ville det da tilsi at et overordnet felles tankesett hadde slått rot uavhengig av geografiske og andre stedlige forskjeller? Kunne dette tankesettet allerede ha blitt etablert i tuberkuloseperioden, eller handlet det om en mer spesialisert tenkning om psykiske lidelser? Forskningen konsentrerte seg slik sett om spenningsfeltet, dvs. prosesser mellom indre og ytre forhold – mellom nåtid og historie.

Innen helseforskning er det ikke vanlig å undersøke flere steder for så å betrakte disse som ett forskningsfelt. Tradisjonelt har feltarbeid i psykiatriske institusjoner foregått på et enkelt, avgrenset sted over et lengre tidsrom (f. eks Goffman, 1967; Løchen, 1965; Sørhaug, 1982). På den måten har forskeren fått et dypt innblikk i den kulturen han eller hun forsket i.

²³ I neste kapittel presenteres de fem institusjonene mer inngående.

²⁴ Lengde på feltnotatene er regnet ut på bakgrunn av A4 format, ½ i linjeavstand, skriftstørrelse 12 og skrifttype Times New Roman.

Antropologen George Marcus (1998) diskuterer "multisited ethnography". Han viser hvordan et feltarbeid kan innrammes på andre måter. Én vei å gå, er "to follow the thing", for eksempel å følge psykiatriske institusjoner med en felles historie, der alle institusjonene har vært en del av det samme politiske systemet. Dette betegnes som en mobil etnografi som kan ta mange veier for å få kunnskap om et kulturelt landskap. Mitt arbeid har både forholdt seg til forskjellige geografiske steder, og samtidig tatt hensyn til de overordnede styringssystemene. Slike studier er egnet til å undersøke hvordan identiteter konstrueres innen det Marcus (1998) kaller en global/lokal ramme (ss. 80-89). Forskere kan slik:

[...] define their objects of study through several different modes or techniques. These techniques might be understood as practices of construction through (preplanned and opportunistic) movement and the tracing within different settings of a complex cultural phenomenon given an initial, baseline conceptual identity that turns out to be contingent and malleable as one traces it (Marcus, 1998, s. 90).

Antropologene Chris Shore og Susan Wright (2005) påpeker noe av det samme: "Treating policy as a new anthropological field means not only working in various sites, but also with new kinds of materials" (s. 15). Mens Gupta og Ferguson (1997) presiserer at feltarbeid er "constructing a space of possibilities while at the same time drawing the line that confines that space." (s. 2).

Å arbeide på denne måten kan innebære et dilemma mellom dybde og bredde. Jeg må begrense de dype, "tykke beskrivelsene" av lokal kunnskap til fordel for breddekunnskap om overordnede trekk, for eksempel ideologier. På den måten kan de systematiserte fenomennære fremstillingene få et annet innhold. Dermed svekkes kanskje beskrivelsene av hva stedene i seg selv betyr for dem som oppholder seg der (Marcus, 1998).

Måten jeg arbeidet på hadde også andre begrensninger. Kritikere kan hevde at tiden i institusjonene ikke var av tilstrekkelig varighet. To uker på hvert sted er ikke lang tid når man søker å danne seg gode og varierte bilder av distriktpsikiatriske sentra. Lengre tid med deltakende observasjon i en enkelt institusjon, ville ha gitt mulighet for å gå mer i dybden og dermed kunne man kanskje si at funnene ville være mer gyldige for den aktuelle institusjonen.

Førstehåndsinformasjoner kunne følgelig i langt større grad bekreftes eller avkreftes, fordi noe som ble observert kunne undersøkes nøyere (Marcus, 1998). Poenget her handler om de

klare fordelene ved å studere et enkelt sted, framfor å studere flere steder komparativt for å forstå det lokale. Om konklusjonene baserer seg på generaliseringer fra flere steder, kan det bli lett å overse detaljer på hvert av stedene (Fangen, 2004, s. 50). Samtidig er målet å studere relasjoner mellom ulike steder og mennesker. Et slikt ”multisited fieldwork” krever derfor en bredde fremfor en dybde (Marcus, 1998).

3.1.1.2 Posisjonering

Jeg ønsket i størst mulig grad en naturlig kontakt med menneskene i institusjonene. Jeg var med på turer, morgentrim og deltok i måltider. Jeg medvirket i uformelle samtaler, men også i stedenes mer strukturerte opplegg i form av planleggingsmøter og annen møtevirksomhet. Både pasienter og ansatte ble med meg rundt i bygningene og kommenterte rommene, fargevalget og interiøret – hva de likte og ikke likte. Deltakelsen gjorde det også mulig å få innblikk i fortiden, og dermed i praksisen ved tuberkulosehjemmene, slik den ble fortalt, fordi noen av informantene hadde kunnskap om denne perioden.

På rapporter og behandlingsmøter for de ansatte, inntok jeg en mer observerende posisjon. Jeg fikk et godt innblikk i formen på møtene, hvilke faggrupper som var til stede og hvem som var aktive i diskusjonene. Av den grunn ga jeg ikke uttrykk for mine synspunkter på behandlingsspørsmål. Målet var å ikke farge diskusjonen, men heller få kunnskap om hvordan de vanligvis snakket om pasientene. Om jeg hadde deltatt aktivt, så ville diskusjonen i langt større grad blitt influert av *mine* meninger om pasientens beste. På slike møter deltok heller ikke alle ansatte i diskusjonen, og mange noterte det som ble sagt. På den måten inntok jeg en posisjon som en av dem som noterte, og opplevde meg i liten grad som et forstyrrende element.

I den første institusjonen var jeg med på det meste og beveget meg mellom mange ulike rom. Jeg erfarte fort at det ble uoversiktlig. Min hoveddeltakelse ble derfor etter hvert mest konsentrert omkring det som skjedde i stua og på vaktrommet for å få en dypere forståelse for hva som foregikk der. Rommene ble valgt fordi det hovedsakelig var her folk traff hverandre, og av den grunn kunne jeg få rede på hvordan de brukte disse rommene.

I stua søkte jeg informasjon om hva som foregikk i formelle og uformelle sammenhenger. Her samlet pasienter og ansatte seg hver morgen for å planlegge dagen, og det var også her mye

av det uformelle samværet fant sted.²⁵ Både på planleggingsmøtene og i uformelle sammenhenger, var jeg interessert i hvor personene plasserte seg i rommet og hvem som snakket med hvem. På den måten fikk jeg kunnskap om hvem som ledet møtene, hvordan de ble ledet og på hvilken måte pasientene deltok. Jeg observerte også hva pasientene snakket om seg imellom etter morgenmøtet, og jeg fikk informasjon om samhandlingen mellom ansatte og pasienter i ikke-planlagte aktiviteter. Jeg skaffet i tillegg opplysninger om stuenes interiør og farger ved å fotografere dem. På den måten fikk jeg innblikk i den planlagte og ikke-planlagte dagsordenen relatert til stua som kontekst.

I stua var det naturlig å være aktivt deltakende. På morgenmøtene gjorde jeg som de andre – fortalte om mitt program for dagen. Her kunne jeg avtale intervjuer, og her kunne jeg tilby meg å dra på tur med pasientene. I de hverdagslige samtaler var det også naturlig å gi seg til kjenne, men jeg var opptatt av å ikke være den som førte an. Jeg tilstrebet å inngå som én i gruppen og å delta i samtaler initiert av andre. Samtidig var jeg klar over at hva jeg sa og gjorde, og hva jeg ikke sa og gjorde, inngikk i dette samværet.

Vaktrommet var de ansattes rom og ble en arena for informasjon om hvordan personalet samhandlet med hverandre uten pasientene til stede. Snakket de annerledes *om* pasientene enn *med* dem? Snakket de om noe annet enn pasientene og behandlingen deres? Slike data kan gi en forståelse av eventuelle forskjeller i språk og handling i ulike rom, og for hva som skjedde fagpersonene i mellom. Også her noterte jeg meg hvem som snakket med hvem, hva de snakket om og fotograferte rommenes materielle uttrykk.

En deltakende observatør tilstreber en åpen og nysgjerrig holdning med fokus på det uforutsette som del av forskningsområdet. Interessen for samspillet liv/materialitet var hele tiden sentralt. For eksempel hadde ansatte og pasienter svært ulike meninger om egnede romstørrelser, og det måtte derfor undersøkes nærmere i intervjusituasjoner.

Da fokus også var på stedets historie, var jeg særlig oppmerksom når dette temaet kom på banen. Noen av dagens ansatte hadde historisk kunnskap. I en lunsjpause på et vaktrom spurte for eksempel en psykiatrisk hjelpepleier om forskningen. Jeg fortalte, og flere begynte da spontant å dele minner fra gamle dager med meg. Det handlet om kjente som hadde vært

²⁵ I noen institusjoner ble det organiserte møtet kalt morgenmøte, i andre planleggingsmøte.

innlagt med tuberkulose, og om besøk i institusjonen i tidligere tider. På den måten ble jeg også oppmerksom på personer som jeg senere intervjuet. I tillegg ble jeg vist gjenstander og skriftlige dokumenter fra tuberkuloseperioden.

Antropologen Judith Okley (2001) sier at "Through participant observation, the anthropologist may shift from looking as spectator to seeing as participant." (s. 99), med andre ord å unngå et kontrollerende blikk. Å bruke et slikt blikk ville skapt distanse og hindret meg i å komme menneskene inn på livet. Samtidig ville deltakerne i større grad opptre som en følge av min distanserte væremåte (Okley 2001; Shore & Wright 2004). Derfor må man, i følge Okley (2001), skille mellom "looking" og "seeing": "There is a distinction between the distant, commanding overview and a participatory seeing and understanding." (s. 103).

En delvis åpen forskerposisjon fikk hele tiden konkurranse i forhold til hvordan jeg skulle få fatt på nødvendige opplysninger. I feltnotatene skrev jeg:²⁶

Det viktigste for meg nå er å få gjennomført dette introduksjonsforedraget og så prøve å orientere meg blant menneskene og bygningene. Noe må jeg ta som det kommer. I løpet av et par dager må jeg begynne å fotografere. I tillegg må jeg få tak i dokumenter om stedets historie. Så håper jeg å kunne delta i livet i institusjonen – både på møter de ansatte har, og å være sammen med dem om ulike gjøremål. Jeg vil selvsagt også gjerne være sammen med pasientene og se hvordan de lever sine liv. Dette samværet håper jeg resulterer i mange spennende samtaler jeg kan ta opp på bånd.

Jeg liker meg på døgnavdelingen. Det er stort sett greit å være meg. Rutinene er enkle å få oversikt over. Det er alltid noen pasienter eller ansatte å få kontakt med. Ellers er det, selv på andre uka, uoversiktlig. Hvor er vaktrommet? Stua? Kjøkkenet? Mulig at det skyldes at noen rom er flyttet. Som feltarbeider får du etter hvert et bilde av hva du skal se etter og hvem du bør snakke med. Man er avhengig av hjelp. Skal man for eksempel ha kopi av dagsprogrammet må man spørre noen. Hvor mye skal man mase dersom det blir glemt? Her er det viktig å søke balanse mellom det å spørre om igjen, og det å ikke få akkurat de opplysningene man ønsker seg. Det handler om respekt for andre og å ikke ødelegge for seg selv. Når viktige opplysninger utelates, kan det føre til mangler i forskningsmaterialet. Jeg mener likevel at respekten for informantene må veie tyngst (feltnotater/D).

²⁶ Fangen (2004) henviser til etnografen Alan Bryman som påpeker at feltforskere sjelden gjengir noe fra feltnotatene sine eller lengre utdrag fra intervjuene. Han mener dette er synd, fordi slike gjengivelser tillater leseren å formulere sine egne knagger om perspektivet til de menneskene som har blitt studert. Han mener det er nyttig å vite hvordan feltnotatene er skrevet, og i hvilke sammenhenger (s. 209).

Det første avsnittet over er skrevet etter første dagen i en av institusjonene. Her var jeg tydelig bekymret for at jeg ikke skulle få tak i informasjon om stedet, og man kan jo spørre seg hvordan min uro virket inn på pasienter og ansatte? Det neste avsnittet er skrevet uka etter og viser mindre bekymring. Pasienter og ansatte hadde jeg allerede fått kontakt med, og selve programmet kjente jeg. Men det var fortsatt problematisk å orientere seg i bygningsmassen, samtidig som jeg ikke ville være påtrengende.

Jeg planla hvordan jeg skulle posisjonere meg for å få belyst mitt forskningsområde best mulig. Dette handlet om hvordan jeg kunne oppføre slik at jeg ble tillit verdig (Martinsen 2003a). Jeg ville bli kjent med pasienter og ansatte slik at de fikk lyst til å bidra i arbeidet mitt. Til tross for de forholdsvis korte periodene på hvert sted, ville jeg gå forsiktig fram fordi jeg var engstelig for å bli oppfattet som påtrengende. For å orientere meg, måtte jeg hele tiden be om opplysninger fra folk jeg møtte. Følelsen av å være påtrengende var i forhold til de ansatte, ikke pasientene. Jeg snakket med en ansatt om det. Han mente at pasientenes åpenhet kom av at de var vant til at folk gravde og spurte, noe de ansatte ikke var.

Min bekymring for ikke å få kontakt med menneskene på stedene, viste seg å være ubegrunnet. Over alt møtte jeg stort sett velvilje. Pasientene så ut til å sette pris på mitt nærvær i stua, under måltidene og ute i friluft. Noen viste meg rommene sine, andre inviterte meg med på bytur eller på det kommunale dagsenteret. Jeg fikk en nærhet til menneskene, rommene og bygningen. Omgivelsene gjorde inntrykk som i mitt forrige feltarbeid (Larsen, 2001, s. 54). Kroppslige opplevelser gjøres også om til en språklig kilde.

De ansatte var behjelpelige med å invitere meg med på møtene i avdelingen og å finne fram dokumenter og gjenstander som de mente kunne være av interesse for mitt prosjekt. Jeg ble trygg på at min forskerposisjon ikke skapte problemer for noen, men heller det motsatte. De fleste ga uttrykk for at det var spennende og viktig å kunne bidra.

3.1.1.3 Å være bevisst sin egen tilstedeværelse

I min posisjon som forsker fortalte jeg om arbeidserfaring, utdanning og litt om mitt privatliv. Atmosfæren jeg opplevde var nødvendigvis ikke slik den vanligvis var i institusjonen, fordi jeg selv ble en del av denne atmosfæren. Noen pasienter sa at det var så flott at jeg var så mye i stua fordi de fikk noe nytt å snakke om.

Tilstedeværelsen førte noen ganger til tvil, dilemmaer og usikkerhet. I feltnotatene skrev jeg:

En av pasientene jeg stadig treffer i stua gjør meg usikker. Noen ganger er hun hyggelig og snakker til meg. Andre ganger flytter hun seg over i en annen stol dersom jeg setter meg ved siden av henne i sofaen. Kanskje det rett og slett blir for tett? Kanskje hun gjør det med de andre også? Jeg lar være å spørre (feltnotater/N).

Pasienten sa ikke at det ble for tett. Men hun flyttet seg dersom jeg satte meg i nærheten. Dette løste jeg ved å holde meg på god avstand, dersom denne pasienten var i stua. I ettertid ser jeg muligheten for at jeg heller forsiktig burde spurt henne om hvorfor hun flyttet seg. Å la være å spørre kan forstås som at jeg overså henne, og dermed som manglende respekt. Denne pasienten tok senere kontakt fordi hun gjerne ville la seg intervju. Det tyder på at det likevel ikke var dumt å holde avstand slik jeg gjorde. Men i situasjonen var jeg usikker.

Usikkerhet opplevde jeg også i forbindelse med et måltid i en annen institusjon. Jeg hadde, etter avtale med lederen på en av institusjonene, fått lov til å spise middag sammen med pasientene hver dag. Dette var hyggelig, samtidig som det var en viktig handling for en deltagende observatør. Men en dag sa en ansatt at jeg måtte spise *etter* pasientene. Hun begrunnet det med at det ble for mange personer til stede. Det forsto jeg ikke, fordi vi hele uka hadde vært det samme antallet til bords. Jeg kom i et dilemma fordi jeg ønsket å gjøre som hun ba meg om, samtidig som jeg hadde gjort avtaler med pasientene om at vi under middagen skulle planlegge en kveldstur. Jeg fortalte henne dette, uten at hun endret på sin bestemmelse. Av den grunn fant jeg det riktig å godta det hun sa, men informerte pasientene om at vi måtte ta planleggingen senere. Under samtalen med pasientene kom hun for å si at hun hadde hørt at lederen hadde gitt meg lov, og at jeg likevel gjerne kunne spise. I ettertid har jeg tenkt at sårheten jeg opplevde da jeg ble avvist, kan likne på hva pasienter opplever når ansatte bestemmer over dem uten at de får delta i beslutningsprosessen.

Det siste eksempelet på usikkerhet utspant seg under et planleggingsmøte for pasienter og ansatte i en tredje institusjon. En pasient hadde flere dager på rad spurt personalet om de kunne arrangere en felles biltur. Hver gang var svaret det samme: ” Vi får se hva vi kan klare,” uten at det ble noen biltur. En morgen sa jeg derfor at jeg gjerne kunne være sjåfør om det var i orden for personalet. Noen av de ansatte ga meg blick som tydet på at det burde jeg ikke sagt. Høyt sa hun som ledet møtet at ”det får vi ta opp på vaktrommet”. På vaktrommet

fortalte de meg at pasientene ble urolige dersom personalet tok slike diskusjoner med pasientene til stede. Det beste var å diskutere på forhånd slik at de ansatte fremsto som enige i møte med pasientene.

Som deltaker ble jeg stort sett betraktet som en ansatt; men ikke helt. Jeg forsto ikke alle reglene, og tok noen ganger feil – som illustrert ved ”middagen” og ”bilturen”. For meg handlet dette om møte med en kunnskap (kultur) som var *i* stedet og *i* menneskene. Selv hadde jeg ikke denne kunnskapen, og mine handlinger ble derfor ukloke i lys av det som var blitt en selvfølgelig del av den terapeutiske virksomheten. Sosiologen Per Måseide (1997) skriver at i psykiatriske institusjoner er dagliglivet og terapien innvevd i hverandre. Forholdet mellom moralske og faglige relasjoner og identiteter er så uklare at det er vanskelig å få deltakerstatus uten en kopling til den terapeutiske virksomheten (Måseide, 1997, s. 109).

Samtidig som jeg ble betraktet som en ansatt, ble jeg vel så gjerne sett på som studenten eller vikaren. De ansatte (og sikkert også pasientene) var vant til studenter i ulike utdannelsesløp, ekstravakter og ferievikarer. Der var hele tiden mennesker som kom og gikk. Mange ansatte etablerte derfor ingen skiller mellom meg og andre studenter. Hovedsakelig opplevde jeg å gli inn i fellesskapet, fordi jeg var en av de mange som skulle være der en kort stund og så forsvinne igjen.

En begrensning ligger i det forhold at pasientene forholdt seg til meg som en ansatt, og at personalet betraktet meg som en midlertidig kollega. Jeg ville fått andre opplysninger fra pasientene om jeg hadde fremstått som en medpasient og ikke som forsker med bakgrunn i helsevesenet. Relasjonene til de ansatte ville også blitt endret om jeg ikke ble betraktet som ”en av dem”. I tillegg kan en åpen holdning mot det uventede og overraskende medføre et avgrensingsproblem. Det faktum at atferd og holdninger ikke er og heller ikke kan bli konstante eller nøytrale, og at forskeren spiller med i utformingen av situasjoner, må derfor bli et sentralt moment i analysen (Hammersley & Atkinson, 1996, ss. 46-47). Men siden temaene var ganske nøytrale og av og til ikke knyttet til personer, slik som sted og rom, er det sannsynlig at dette ikke medførte de største begrensningene.

I løpet av feltarbeidet viste mange seg å ha spesielle og viktige kunnskaper om romstørrelse og historiske forhold. Likevel er det ofte slik at tid og sted for å utdype forhold av interesse ikke alltid passer. Derfor gjør et feltarbeid det mulig å avtale intervjuer for få dypere innsikt i

hva utvalgte personer mener om forhold relatert til problemstillingene. Ved å benytte ulike metoder ble det også mulig å sjekke data mot hverandre (Hammersley & Atkinson, 1996, s. 43). Fangen (2004) understreker at ”med en kombinasjon av intervju og observasjon kan du gjøre mer enn å behandle intervjudataene som selvrepresentasjoner. Du kan la intervjuene konfrontere observasjonene og omvendt.” (s. 147). Dersom jeg for eksempel tolker et utsagn på en spesiell måte, kan jeg i intervjuet forhøre meg om vedkommende er enig i min fortolkning. Intervjuformen gir dermed mer spesifikke og konkrete opplysninger fra enkeltpersoner enn hva jeg får som deltakende observatør.

3.1.2 Avtalte intervjuer

Det kvalitative forskningsintervjuet kjennetegnes av forskerens åpenhet overfor personer som vet noe om et fenomen. Intervjuformen er spesielt egnet når man ønsker å undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden. Intervjupersonen beskriver sine erfaringer og sin selvoppfatning, og klargjør og utdyper sine egne perspektiver. Gjennom dialog oppnår forskeren å få innsikt i informantens meninger, tanker og følelser (livsverden) (se kapittel 2.1). Dialogen kan ikke beskrives som en likeverdig samtale, fordi intervjueren definerer situasjonen, presenterer samtaletemaene og styrer med ytterligere spørsmål (Kvale, 1997, s. 74).

Intervjuet gir innsikter som ikke deltakende observasjoner gir. For det første gjør intervjuformen det mulig å få ulike personers meninger om de samme temaområdene. Ved å snakke med både ansatte og pasienter om for eksempel institusjonens beliggenhet, blir det mulig å sammenlikne hva ulike grupper mener om det samme temaet og dermed få kunnskaper om fellesopplevelser og ulikheter.

For det andre vil forskeren i et intervju enklere kunne få utdypet noe som er blitt sagt eller gjort av informantene. Som deltakende observatør kan det bli vanskelig å be om forklaring på hva som skjer når mennesker er midt oppe i en situasjon. Å bryte inn kan gjøre ”naturlige” situasjoner ”unaturlige”. I stedet kan man intervju i etterkant for å få informantens egen forståelse av situasjonen.

Intervjuformen var særlig godt egnet til å få opplysninger om tuberkuloseperioden fordi kun få av dagens ansatte selv hadde opplevd denne tiden på kroppen, og ingen av pasientene.

Tidligere ansatte og pasienter var ikke lenger i institusjonen, og et feltarbeid ville derfor ikke gi tilstrekkelig innblikk i denne perioden.

Som alle metoder har intervjuformen sine begrensninger. Med et makt- avmaktsperspektiv på intervjusituasjonen vil det ligge en særlig utfordring i det å være alene med informanten. I hovedsak kan man påstå at forskerposisjonen gir makt til å få fram de opplysningene som passer. Informantene kan oppleve avmakt og skape en historie som passer forskeren. På den måten kan intervjuet bidra til en språkskapt virkelighet som avviker fra realitetene. Denne ”virkeligheten” kan likevel perspektiveres i forhold til det jeg selv observerte i de ulike rommene (Kjeldstadli, 1999, ss. 196-197). Likevel vil det mest sannsynlig være ulike fortolkninger i spill og på spill i forhold til både informant og intervjuer gjennom hele intervjusituasjonen.

I intervjuer og samtaler hvor man snakker om hendelser langt tilbake i tid, er glemselen et poeng man må være oppmerksom på (Kjeldstadli, 1999, s.196). Det er sannsynlig at det vil være brister i hukommelsen, og dermed blir gjengivelser av hendelsesforløp endret som en følge av dette. Tidligere tider beskrives alltid med bakgrunn i de erfaringene personen har gjort seg senere i livet, og blir derfor fortolket i lys av nåtiden. Det kan innebære ensidige fortellinger om gode, gamle dager, eller fortellingene kan ha hovedfokus på hvor ille det var før.

Som eneste metode i forhold til avhandlingens tematikk, ville intervjuformen ikke gitt tilstrekkelige opplysninger. Metoden er godt egnet til å få tak i informantenes verbaliserte forhold til stedene. Men i intervjuet blir ulike situasjoner beskrevet på avstand, uten at det er mulig å oppdage om informantene gjør det de forteller at de gjør (Sørensen, 2006). På samme måte vil for eksempel rom og samhandlinger beskrives på en måte som vanskeliggjør en sammenhengsforståelse, og samtidig innebærer det en fare for at enten glansbildeversjonen eller en negativ beskrivelse av institusjonen blir stående uten motforestillinger.

I det videre beskriver jeg valg av informanter og formen på intervjuene.

3.1.2.1 Valg av informanter

Hovedkriteriet for valg av intervjupersoner var at de var, eller hadde vært til stede i en av institusjonene. De hadde derved hverdagen sin i dagens DPS'er, og slik sett et forhold til sosiale og materielle rom. Det ble derfor vesentlig å finne mennesker som til sammen kunne gi et variert og sammensatt bilde. Av den grunn intervjuet jeg dagens pasienter og ansatte, men også noen som hadde vært til stede i tuberkuloseperioden. Jeg intervjuet 36 personer som oppholdt seg i døgnavdelinger i distriktpsikiatriske sentra i 2004, og seks personer som tidligere hadde hatt tilknytning til tuberkulosehjemmene (se oversikt over informantene i vedlegg 7). På den måten fikk jeg belyst mange forskjellige sider ved institusjonen som jeg ikke hadde fått om jeg for eksempel hadde valgt ut en sykepleiergruppe eller en gruppe pasienter med psykoseproblematikk. Steinar Kvale (1997) viser at det ikke er antall informanter som er hovedpoenget i en kvalitativ studie, men at informantene har tanker, meninger og engasjement i forhold til det aktuelle temaet (ss. 58-60).

De 14 pasientene jeg intervjuet representerte ikke en ensartet gruppe, bortsett fra at alle var i en hjelpetrengende situasjon, og ingen var tvangsinnlagt. De hadde ulike diagnoser og var enten innlagt i poster for mennesker med psykoser eller for de med angst og depresjonsproblematikk.²⁷ Pasientposisjonen var mer vesentlig enn den enkelte persons diagnose. Ved at jeg registrerte hvilke type poster de var innlagt i, hadde jeg likevel mulighet til å knytte dem til generelle sykdomsgrupper hvis dette skulle få betydning for tolkningsspørsmålene.²⁸ Jeg intervjuet fem mannlige og ni kvinnelige pasienter som hadde en gjennomsnittsalder på 41 år. Den yngste var 20 år og den eldste var 70 år. Seks pasienter hadde aldri vært innlagt tidligere. De andre hadde fra to til seks innleggelser bak seg. Til tross for en intensjon om at ingen lenger skulle være i institusjonen mer enn tre måneder, intervjuet jeg tre som hadde vært i institusjonene lengre. En av dem i hele ti år. Pasientene var nokså jevnt fordelt mellom de ulike døgnpostene – to fra hver post bortsett fra et sted hvor jeg intervjuet fire.²⁹

Heller ikke de 22 ansatte representerte en ensartet gruppe. Informantene her besto av seks psykiatriske hjelpepleiere, to kokker, to renholdere, seks psykiatriske sykepleiere, to aktivtørere, en vernepleier og tre ledere hvor to var psykiatriske sykepleiere mens den siste

²⁷ Pasientene er ikke registrert i forhold til deres diagnoser.

²⁸ Av anonymitetshensyn kommer ikke dette fram i informantoversikten i vedlegg 7.

²⁹ Antallet beror på at jeg i en institusjon intervjuet pasienter ved stedenes to forskjellige poster.

hadde en annen bakgrunn. Jeg intervjuet kun fire menn. Siden institusjonene er betraktet som kvinnearbeidsplasser, er kjønnsfordelingen sannsynligvis representativ for tilsvarende institusjoner. Gjennomsnittsalderen var 49 år. De yngste var 30 år og de eldste var 60 år. Gjennomsnittstiden i institusjonen var 17 år. Den som hadde kortest arbeidserfaring hadde arbeidet der i tre år, og personen som hadde arbeidet der lengst, hadde vært ansatt i 30 år. Jeg fant det fordelaktig med informanter med kort erfaring, fordi disse kunne ha tolkningsrammer som ikke var farget av tidligere tider. De med lang erfaring hadde på den andre siden nyttige kunnskaper om institusjonens mange endringsprosesser.

Jeg valgte å ikke snakke med leger eller psykologer. Det handlet først og fremst om at jeg ønsket å kombinere observasjon og intervju. Da legene og psykologene var lite til stede i postene, og det heller ikke oppsto situasjoner hvor de uttalte seg om noe jeg på det tidspunktet ønsket innblikk i, ble denne gruppen utelatt i intervjusammenheng, men de inngår i observasjonssammenheng. I ettertid ser jeg at det kunne vært interessant å få deres synspunkter på ulike situasjoner, og særlig fra legene fordi de representerte en gruppe som pasienter og ansatte ofte refererte til. Ved å utelukke legene som var de overordnede medisinske ansvarlige, mistet jeg en sentral premissleverandør for tenkning og ideologi.

Historiske opplysninger fikk jeg gjennom intervjuer med fem ansatte og en pasient som hadde vært tilknyttet stedene da de var tuberkulosehjem – tradisjonsbærerne.³⁰ I tillegg hadde jeg en mer uformell samtale med sønnen til en tidligere lege ved et av tuberkulosehjemmene. Tre av intervjuene foregikk hjemme hos informantene. To av de tidligere ansatte ønsket å komme til sin forhenværende arbeidsplass for å la seg intervju der. Disse viste meg rundt i institusjonen og fortalte hvordan de husket bygningene, rommene og arbeidet sitt i tuberkulosens tid. Her kan det kritiseres at tradisjonsbærerne jeg intervjuet kun var tilknyttet to av de fem institusjonene. Men informanten jeg hadde en uformell samtale med, hadde kunnskap om en tredje. På den måten har jeg ikke direkte informasjon fra to av stedene. Informasjon fra kun en tidligere tuberkulosepasient gir heller ikke kunnskap om eventuelle likheter eller forskjeller mellom stedene.

Opplysninger om tuberkulosestiden ble derfor supplert med transkriberte intervjuer med en tidligere pasient, en ansatt og en pårørende som handlet om livet på Bjørkelid

³⁰ Opplysninger fra tuberkulosestiden fikk jeg også fra pasienter og ansatte som var tilknyttet dagens psykiatriske sentra.

Tuberkuloseheim. Disse ble utlånt fra Voss Folkemuseum. I tillegg møtte jeg to ledere fra henholdsvis Sandefjord og Larvik Sanitetsforening, og en av tradisjonsbærerne jeg intervjuet var medlem av en annen sanitetsforening. Alle fortalte om foreningenes forhold til institusjonene gjennom tidene, og de hadde med seg avisutklipp, bilder, festtaler og annet skriftlig materiell.

Jeg hadde en systematisk fremgangsmåte for presentasjon av prosjektet og hva jeg ønsket i hver enkelt institusjon. Andre dagen i alle institusjonene informerte jeg ansatte og pasienter om prosjektet (vedlegg 4). På møtene fortalte jeg blant annet at jeg ønsket å intervju dem som hadde en særlig interesse for mitt forskningsfelt. Alle pasientene jeg intervjuet tok på egen hånd kontakt, mens jeg selv måtte spørre ansatte, bortsett fra to, om å få intervju dem. Denne forskjellen i initiativ fra de to gruppene, kan selvsagt ha påvirket opplysningene jeg fikk. Å selv ta kontakt kan innebære at interessen og engasjementet for tematikken var stor, og dermed hadde pasientene mer å bidra med. På samme tid sikret jeg nødvendigvis ikke mangfoldet fordi jeg kun fikk tak i de taletrengte.

De ansatte jeg spurte var derimot sjelden motvillige, men det at de måtte spørres kan handle om flere forhold. Det kan innebære et manglende engasjement med hensyn til sted og rom, men begrunnelsen noen ga var at de hadde for lite kunnskap om problemstillingene. Andre fortalte om en stressende arbeidssituasjon med få muligheter til tid for den slags. Til tross for disse forholdene, viste de ansatte et stort engasjement når intervjuene først var i gang. Ved selv å velge ut intervjupersonene, sikret jeg i større grad mangfoldet.

Informanter med kjennskap til tuberkuloseperioden fikk jeg tak i ved hjelp av personalet. Alle jeg kontaktet var svært velvillige.

Intervjuene hadde en varighet på mellom én og halvannen time og ble tatt opp på bånd med unntak av to. Disse to intervjuene kom spontant i stand og det ble unaturlig å få tak i båndopptakeren. Transkriberingen utgjør 499 sider. Bruk av båndopptaker syntes ikke å by på problemer når intervjuet først var i gang. Kun en informant ga uttrykk for motforestillinger. I feltnotatene skrev jeg:

Hjelpepleieren ble overrasket da hun så lydbåndet, og hadde også behov for å kommentere anonymiseringen. Hun opplevde at det ble formelt. Hun mente at

det kunne bli svært lett å finne ut hvem som hadde sagt hva. Jeg forklarte henne hvordan anonymiseringen kunne gjøres, og etter hvert startet intervjuet (feltnotater/I).

Den psykiatriske hjelpepleieren fullførte til tross for sin bekymring for manglende anonymisering. Dette kan være et eksempel på en avmaktssituasjon, men min informasjon om anonymisering kan også ha gitt henne tilstrekkelig trygghet til å fortelle åpent om institusjonen (se kapittel 3.3.3).

3.1.2.2 Intervjuets form

I selve intervjuet tilstrebet jeg en delvis åpen form. Jeg ønsket at informantene i størst mulig grad skulle fortelle fritt om mine valgte temaer. Dette for å unngå å lukke intervjuet rundt egne fastsatte problemstillinger, og om mulig å åpne opp for nye. Jeg hadde to ulike rammer om intervjuene. Den første var en intervjuguide (vedlegg 5), den andre var utsagn eller situasjoner jeg hadde notert meg som deltakende observatør, og som jeg ønsket utdypet. Intervjuformen var således halvstrukturert (Kvale, 1997, s. 72).

Åpne intervjuer krever en særlig konsentrasjon. Et intervju kan betraktes som en samtale med hensikt – en hensikt hvis mål er nye kunnskaper. Intervjuguiden var mitt hjelpemiddel for å holde oppmerksomheten på institusjonens materielle og sosiale rom. Utgangspunktet var at jeg ba informantene om de med sine egne ord kunne fortelle om institusjonen – utenfra og inn. Jeg sa at det innbar at de fortalte meg om beliggenheten, bygningene, rommene, fargene, tingene og livet inne i institusjonen (innholdet i intervjuguiden). På den måten ble pasienters og ansattes egne fortellinger og holdninger i forhold til punktene i intervjuguiden utdypet og beskrevet.

Å bringe med seg utsagn eller situasjoner fra observasjonene hadde sine klare fordeler. Informantene utdypet, begrunnet, endret eller forklarte hendelser som hadde vekket min nysgjerrighet. Jeg delte tanker og refleksjoner med dem med utgangspunkt i mine egne erfaringer. På ett tidspunkt ble jeg for eksempel særlig oppmerksom på hvilken betydning vaktrommet hadde for de ansatte. Det førte til at jeg ved noen anledninger spurte: ”Hva ville du sagt om det ble bestemt at vaktrommet skulle nedlegges?” Spørsmålet hadde til hensikt å utfordre en ”tatt for gitt kunnskap” om vaktrommet som et svært viktig rom for de ansatte.

Spørsmålet førte til latter, protester og utsagn som ”det har jeg aldri tenkt over” og ”det vil aldri gå”. Som deltakende observatør hadde jeg gjort erfaringer i det daglige samværet, som jeg brakte med meg til intervjusituasjonene. Inntrykk jeg hadde dannet meg tidligere, ble førende for noe av det jeg rettet min oppmerksomhet mot. Jeg delte iakttagelsene med informantene og ønsket deres syn på saken. Flere ansatte presiserte for eksempel at psykiatriske pasienter ikke tålte å være nært innpå andre mennesker, og at de av den grunn trengte store fellesrom i institusjonene. I noen av intervjuene spurte jeg pasientene hva de selv mente om dette. På denne måten fikk jeg rede på om ansatte og pasienter var samstemte eller ikke, hva eventuelle uenigheter besto i og ytterligere beskrivelser av hva pasientene eller de ansatte opplevde som gode rom å være i.³¹

Jeg ser tydelig at slike situasjoner kan oppfattes som om jeg ”sladrer” om de ansatte. Sosiologen Erik Fossåskaret (1997) hevder at som forsker må man ”sladre”, men slik at det blir etisk forsvarlig (s. 263). Det innebar at jeg generaliserte slike uttalelser ved å henviser til faglitteratur som samsvarte med de ansattes uttalelser, og unngikk å fortelle pasientene at to av de ansatte for eksempel hadde snakket om at pasientene ikke tålte nærhet.

Det var heller ikke uvanlig at noen reduserte betydningen av hva som var blitt sagt, og sa at jeg måtte ha misforstått:

På vaktrommet diskuterer de om fysioterapeuten ikke bare bør drive ”ren fysioterapi”. De mener hun går for dypt i problemene til en spesiell pasient. Jeg nevner dette i et intervju med en av de tilstedeværende senere på dagen, og spør hva ”ren” fysioterapi er. Hun sier jeg må ha misforstått og at det de mente var å få vite mer om hva fysioterapeuten la til grunn for sin behandling (feltnotater/N).

I noen tilfeller hvor utsagn ble avkreftet, tolket jeg det som en forskjell mellom den interne hverdagsforståelsen og hvordan det offisielle bildet av institusjonen ble fremstilt.

I intervjuene opplevde jeg å ha god nytte av min sykepleiefaglige veilederkompetanse. Som veileder hadde jeg lært nødvendigheten av å tilrettelegge et trygt og tillitskapende klima med fokus på kommunikasjon og ytre rammer for å redusere usikkerhet. Jeg hadde også lært å lytte og å stoppe opp ved sentrale temaer for å få de ytterligere belyst. Jeg reflekterte i intervjusituasjonene sammen med respondentene, inspirert av psykiateren Tom Andersens

³¹ Den samme fremgangsmåte benyttet jeg også noen ganger i uformelt samvær.

(1996) ”reflekterende prosesser”. Han hevder at slike utvekslinger kan gi fargetoner til gamle beskrivelser og forklaringer, og kan føre til nye beskrivelser, forklaringer og spørsmål (Andersen, 1996, ss. 45-48). Denne måten å arbeide på stemmer også godt overens med ulik metodelitteratur (Kvale, 1997; Ryen, 2002). Kvale (1997) kaller det ”inngående spørsmål” hvor målet er å få flere detaljer om et tema (s. 80). Refleksjonene mine ble også en bekreftelse eller korreksjon i forhold til min egen forståelse. For eksempel hadde jeg selv, når jeg arbeidet på en akuttpsykiatrisk post, hatt mange av de samme synspunkter som en del av de ansatte hadde angående behandlingsspørsmål. I intervjuet kom det fram at disse synspunktene ikke alltid var i overensstemmelse med hva pasientene selv mente om tilsvarende forhold.

Måten jeg intervjuet på hadde sine begrensninger som jeg allerede har vært inne på. For det første var det jeg som styrte samtalen, og jeg kunne dermed stå i fare for å lukke den mer enn intensjonen i utgangspunktet var. På den måten fikk jeg andre opplysninger enn om jeg i enda større grad hadde åpnet opp. Om jeg ikke klarte å ”sladre” etisk forsvarlig, lå det også en fare i å gjøre informantene usikre i forhold til hva jeg kunne fortelle andre om dem. Dermed kan jeg ha hindret dem i deres åpenhet.

For det andre ser jeg i ettertid at min skepsis og mine fordommer noen ganger kom til syne når jeg tok med meg situasjoner og utsagn fra observasjonene inn i intervjusituasjonene. I eksemplet om ”ren fysioterapi” var jeg kritisk til de fordommene jeg opplevde at enkelte ansatte hadde til fysioterapeuter som kombinerte fysioterapi med samtaler. Dette farget intervjuet i ettertid. Opplevelsen av å bli observert og etterpå måtte ”stå til regnskap” for sine uttalelser, kan ha bidratt til utrygghet og endrede uttalelser som ikke hadde skjedd om jeg kun hadde fortsatt å forfølge slike uttalelser ved hjelp av observasjon.

3.1.3 Dokumenter

3.1.3.1 Dokumenter fra senterperioden

Dokumentene jeg gransket var tekster som beskrev det enkelte DPS’ daglige drift (lokale dokumenter). Jeg benyttet årsrapporter, presentasjoner av stedenes fagideologi og behandlingsprinsipper. Jeg fikk dags- og ukeprogrammer og leste helseforetakenes nettbaserte presentasjoner. Dette materialet forsto jeg som den enkelte institusjons ”ansikt utad”, og som

kilder som ville gi andre innsikter enn de erfaringsnære data fra feltarbeidet og intervjuene – kanskje som en forskjell mellom idealer og realiteter.

Jeg analyserte også overordnede politiske dokumenter som hadde betydning for driften av alle DPS'ene (sentrale dokumenter). Dette gjaldt særlig *St. meld. nr. 25(1996-97) – Åpenhet og helhet* og *St.prp. nr. 63 (1997-1998)*. I det store og hele viser også disse dokumentene til idealer for psykisk helsearbeid i et samfunnsperspektiv (Se kapittel 1.3, s. 4).

Hensikten ved å lese lokale dokumenter var å få en utvidet forståelse for det enkelte sted, for på den måten å kunne si om geografiske forhold kunne ha betydning og dermed utrykke ulike praksiser. Gjennom de politiske dokumentene kunne jeg danne meg bilder av hvordan overordnede samfunnsmessige strategier kunne få betydning på lokalt plan. Disse forholdene gjelder også dokumentene fra tuberkuloseperioden.

3.1.3.2 Dokumenter fra tuberkuloseperioden

Jeg undersøkte historiske dokumenter som viste lokal og sentral kunnskap om tuberkuloseperioden. Dokumenter om det enkelte, lokale tuberkulosehjem fikk jeg tilgang til før, under og etter feltarbeidene. Da forskningstillatelsene fra de fem institusjonene var gitt, søkte jeg historisk informasjon om de enkelte stedene. Jeg kontaktet på forhånd institusjonene og søkte etter opplysninger ved bibliotekenes nettsteder og på internett generelt. Personalet sendte meg noe skriftlig materiale i form av årbøker og artikler fra lokalhistoriske tidsskrifter. Noe fikk jeg via biblioteket (BIBSYS). De fleste historiske kildene kom jeg over under selve feltarbeidsperioden, godt hjulpet av de ansatte. I to institusjoner var kildene ikke tatt vare på med tanke på fremtiden, men observante folk visste om en eske med papirer her og en skuff med dokumenter der. Det dreide seg om styreprotokoller, årsrapporter, offisielle brev, oversikter over innkjøp, avisartikler og taler holdt i forbindelse med ulike jubileer. Dokumenter vedrørende Preståsen og Furubakken Tuberkulosehjem var oversendt Fylkesarkivet i Vestfold, og er her arkivert. Dokumenter fra Bjørkelid er oppbevart på Voss Folkemuseum. Da tre av institusjonene opprinnelig var bygd, eid og drevet av NKS, fantes aktuelle kilder også i de lokale sanitetsforeningene. Både ikke-arkiverte og arkiverte kilder ble gransket.

Jeg undersøkte også tuberkuloseperioden på et sentralt og mer generelt plan. Jeg fant fram til kilder som omtalte offentlig informasjon som lå til grunn for bygging, drift og behandling

(Andreassen, 1997; Bjarnar, 1995; Borchrevink, 1908; Hansen, 1932; Harbitz, 1922; Holmboe, 1901; Landsem, 1991; Lund-Johansen & Lund-Johansen, 1960; Sæbø, 1982). For å få ytterligere kunnskap leste jeg om tuberkulosens historie (Blom, 1998; Heggdal, 1993; Schiøtz, 2003b; Skogheim, 2000, 2001, 2003) og fagbøker og artikler om forståelse, beskrivelse og behandling av tuberkulose (Anker, 1950; Bang, 1951; Borchrevink, 1906; Boserup Sanatorium, 1901-1926; Clausen og Myrnes, 1989; Lærum, 2003; Nordmark, 1994; Tuxen, 1973).³²

For å få en forståelse for hvordan det var å være tuberkulosepasient, leste jeg skjønnlitteratur om emnet (Cusack, 1964; Dotremont, 1955; Ellis, 1959; Hamsun, 1976; Haugen, 1968; Mann, 2002; Remarque, 1949; Stolpe, 1942). Selv om skjønnlitteratur er å betrakte som en fiksjon, sier historikeren Knut Kjeldstadli (1999) at denne formen for litteratur i forskningssammenheng gir opplysninger om menneskers opplevelser av sin tids virkelighet. Gupta og Ferguson (1997) understreker poenget med bruk av skjønnlitteratur ved å vise til hvordan dette kan betraktes som en form for etnografi om et folkeslag.

Hensikten med de historiske kildene var å få en forståelse for datidens praksis og dermed gjøre det mulig å sette dagens praksis inn i en historisk sammenheng. Til alle de ulike kildene stilte jeg spørsmål om hvilket materiale jeg hadde foran meg, hva teksten handlet om og på hvilken måte dokumentet kunne bidra til å besvare problemstillingene (Kjeldstadli, 1997, s. 210).

I seg selv ville skriftlige kilder gi en begrenset kunnskap om institusjonene. De lokale kildene presenterte senterperioden stort sett punktvis, og manglet for eksempel utdypende beskrivelser av innholdet i behandlingsmetodene. Tilsvarende kilder fra tuberkuloseperioden ga større forståelse for behandling av tuberkulose, fordi de var mer detaljerte. Jeg hadde således færre dokumenter fra dagens praksis enn fra tidligere tider. Uansett vil alltid skriftlige dokumenter være et resultat av dokumentforfatterens fortolkninger av situasjoner eller ideologier som er nedfelt i tekst og som senere fortolkes av forskeren.

³² Hefte om Boserup Sanatorium i Danmark har ukjent forfatter.

3.2 Metoder og ikke språklige kilder

3.2.1 Fotografier fra senterperioden

I løpet av feltarbeidet fotograferte jeg stedene og tok over 500 fotografier av omgivelsene, bygningene og interiøret. Jeg ville gi et visuelt inntrykk av institusjonene som ikke kunne uttrykkes skriftlig. Kunsthistoriker Kjetil Jakobsen (2006) skriver at en skriftlig tekst ikke nødvendigvis trenger å være universalmodellen i forskning. For eksempel kan bilder formidle noe som skriften ikke evner. Visualisering blir også benyttet til å underbygge eller avkrefte andre kilder, samtidig som bildene var en hjelp til å memorere stedene og holde dem fra hverandre.

Sosialantropologen Susan Sontag (2004) skriver at fotografiet illustrerer en kikkerelasjon til verden. Å ta bilder er en måte å blande seg inn i, trenge seg inn på eller å overse det som skjer. Fotografi er både et pseudonærvær og et tegn på fravær. Fotografering er et forsøk på å oppnå kontakt med, eller påberope seg en annen virkelighet (s. 20). Knut Kjeldstadli (1999) påpeker noe av det samme ved å si at ”Fotografene tar ikke bilder, de *lager* bilder.” (s. 205).

Min egen fotografering har selvsagt både fokusert og utelukket. Jeg kan gjennom kameralinsen for eksempel ha benyttet ”se-etter-blikket”, som handler om forbindelsene til tuberkulosetiden, mer enn å se etter det som er nytt. Jeg mener å ha unngått dette ved å ta vel så mange fotografier av det nye som av det gamle.

3.2.2 Fotografier, arkitekttegninger og gjenstander fra tuberkuloseperioden

Jeg samlet fotografier av alle tuberkulosehjemmene. En del bilder hadde enkelte institusjoner selv tatt vare på, noen fantes hos tidligere ansatte og andre fikk jeg via sanitetsforeningene. Fra Vefsn Museums eget fotoarkiv fikk jeg fotografier av Vefsn tuberkulosehjem. Da interiørbilder på denne tiden var svært uvanlig, er de fleste fotografiene av eksteriøret.

For å få kunnskap om romfordeling, ønsket jeg plantegninger fra de ulike tuberkulosehjemmene. Bygningsrådet på Voss var behjelpelige med å skaffe arkitekttegninger av Bjørkelid Tuberkuloseheim fra 1902, og tegninger fra Furubakken tuberkulosehjem fikk jeg fra fylkesarkivet i Vestfold.

Vefsn Museum og Voss Folkemuseum hadde tatt vare på gjenstander fra tuberkuloseperioden. Voss Folkemuseum har bevart den gamle kurhallen på Bjørkelid. Ellers fantes materielle, historiske spor i form av spyttekrus, blåsemaskin og et røntgenapparat som var plassert på loftet på Gibostad. Flere institusjoner hadde fortsatt interiør fra tuberkuloseperioden i bruk. Slike kilder fotograferte jeg.³³

De ikke-språklige kildene har til tross for systematiske undersøkelser mer dreid seg om hva som har vært mulig å få tak i av relevante opplysninger. I møte med andre mennesker på stedene hadde jeg kanskje fått tilgang på annet og utfyllende materiale, og kanskje også om jeg hadde vært lengre på hvert enkelt sted. Disse kildene er likevel å betrakte som supplerende informasjon til selve feltarbeidet og dokumentene.

3.3 Etiske utfordringer

Forskning krever etiske refleksjoner gjennom hele prosessen – fra planleggingen til arbeidet ferdigstilles. Å søke aksept i formelle organisasjoner og sørge for tilstrekkelig informasjon til de involverte, inngår i prosessen. Et annet element er de etiske utfordringene som dukker opp underveis.

3.3.1 Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste

Forut for formelle henvendelser til aktuelle institusjoner, tok jeg kontakt med Regional etisk komité (REK) og Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). REK tilrådte prosjektet etter først å ha bedt om nærmere redegjørelse for førstehåndskontakten med tidligere tuberkulosepasienter, samt utvelgelsen av dagens psykiatriske pasienter (vedlegg 1). I tillegg underrettet de om at informasjonsskrivet burde ha prosjektets tittel som overskrift og starte med at det dreide seg om en forespørsel. De ba meg også vurdere hensiktsmessigheten med å ha samme informasjonsskriv til ulike typer informanter. De områdene i søknaden som REK fant utilstrekkelige, utdypet jeg (vedlegg 2) og utbedret informasjonsskrivet (vedlegg 4). Personvernombudet ved NSD ga beskjed om at prosjektet var unndratt konsesjonsplikt etter personopplysningslovens § 33 første ledd, fordi jeg ikke skulle føre personregister. Prosjektet er underlagt meldeplikt (vedlegg 3).

³³ Disse kildene er beskrevet under presentasjonen av hver enkelt institusjon i kapittel 4. Her presenteres også fotografier.

3.3.2 Den nødvendige informasjonen

Forskning der man involverer mennesker, skal bygge på informert samtykke. Dette innebærer at de som deltar skal vite hva de er med på. Informasjon til deltakerne foregikk på fire måter. Jeg henvendte meg først til ledelsen av institusjonen i forbindelse med forespørsel om tillatelse til å gjøre feltarbeid. Derneft oversendte jeg informasjonsskrivet, som de ansvarlige delte ut til pasienter og ansatte før jeg kom (vedlegg 4). I skrivet ble det presisert at deltakelse var frivillig og at anonymisering ville bli sikret. Jeg informerte også om at opplysningene ville bli slettet etter prosjektet var avsluttet. Den tredje tilnærmingen var informasjonsmøter på institusjonene, og den fjerde skjedde i forbindelse med avtalte intervjuer. Før intervjuene startet, presiserte jeg at informantene når som helst kunne trekke seg fra å delta, og de ble lovet anonymitet.

3.3.3 Ethiske motforestillinger

Jeg søkte i utgangspunktet tillatelse til å forske i ni institusjoner. To institusjoner svarte ikke på henvendelsen, en av slo fordi det gamle tuberkulosehjemmet skulle rives. Den siste institusjonen som ikke ønsket å delta, begrunnet sitt avslag ut fra en bekymring for pasientene og manglende nytteverdi for både pasienter og ansatte. Jeg anser dette avslaget som en del av selve feltarbeidet, og bruker argumentene i en diskusjon om hvorvidt disse også kan gjelde for deltakerne i de institusjonene hvor jeg faktisk oppholdt meg i. I det begrunnede, skriftlige avslaget, sendt på e-post, kan man lese følgende bekymringer:

1. Ethiske motforestillinger knyttet til pasientene og deres interesse, samt vanskeligheter med å gi informert samtykke. De representerer en svak gruppe og det er spesielt vanskelig å hevde at de har en egen nytte av forskningsprosjektet. Forespørsler til aktuelle pasienter gir inntrykk av at de har vanskeligheter med å forstå prosjektets problemstillinger og til dels også forvirres av disse.
2. Slik prosjektet er skissert vil vi eventuelt bare bli en arena for ditt prosjekt. Personalet og fagmiljøet har begrenset nytte av prosjektet for sin egen faglige utvikling. Vi har prøvd å finne enkeltpersoner som kunne være interessert i å delta på en eller annen måte av egen interesse slik at det hele kunne gjennomføres med større positive ringvirkninger for dem og for fagmiljøet. Men det har ikke lyktes (og vi vet jo heller ikke om dette ville være mulig/interessant for deg).

E-posten har følgende konklusjon:

Vi står tilbake med et prosjekt som vi finner av tvilsom verdi for pasientene og i tillegg uten at det finnes et engasjement i personalflokken for gjennomføringen.

All forskning som involverer mennesker skal ta slike bekymringer på alvor og reflektere over hvordan undersøkelsen berører deltakerne. Psykisk lidende mennesker er i livssituasjoner hvor de har det vanskelig og derfor kan de betegnes som svake. De kan ha nok med egne smertefulle liv. Av den grunn kan det oppleves som en ekstra belastning å delta i et prosjekt. Livssituasjonen til den enkelte pasient kan i tillegg gjøre det vanskelig å gi samtykke til deltakelse. Forskeren har derfor ansvar for å vurdere konsekvensene hans eller hennes innvirkning får for pasienter, og også for andre informanter.

For å unngå skade, valgte jeg derfor å la pasientene selv ta kontakt med meg. Både de som ønsket å delta i intervjuene, og andre som tok kontakt, viste engasjement og interesse for praksis i DPS'ene. De satt pris på å bli betraktet som meningsberettigede.

Ved flere anledninger presiserte de ønsker om at deres kunnskaper på sikt ville føre til forbedringer innen psykisk helsevern. Til tross for at pasientene var i institusjonene fordi livene deres var problematiske, har jeg vanskeligheter med å bruke betegnelsen ”svak gruppe” om dem jeg møtte. Kari Martinsen (2003a) skriver om svakstilte pasienter og siterer moralfilosofen Harald Ofstad. Han uttaler seg om moralske forhold knyttet til lidende mennesker:

Moral är att ta det allvarliga på allvar. Det allvarliga är att människor lider, förnedras och har det svårt – her och nu. Att ta det på allvar är att engagere sig, skaffa sig så säkra kunskaper som tid och råd tillåter, och försöka handla så att världen blir mindre ond (Martinsen, 2003a, s. 43)

Jeg ønsker derfor i stedet å bruke betegnelsen ”lidende og meningsberettigede mennesker” om dem jeg møtte. Dette innebærer likevel ikke at pasientene i den institusjonen som ga avslaget, kan tilhøre en gruppe som ikke hadde ressurser til å forstå konsekvensene av å delta i dette forskningsprosjektet.

Dersom pasientene ble forvirret av prosjektets problemstillinger, kan man heller ikke si at samtykke ville bli gitt på bakgrunn av informasjon hvis hensikt var at deltakerne skulle vite hva de var med på. Flere steder var jeg usikker på om pasientene fikk med seg informasjonen, fordi de hadde så få spørsmål eller kommentarer. Følgende utdrag fra feltnotatene illustrerer dette:

Jeg informerte om prosjektet på morgenmøtet i dag. Jeg forsøkte å få til en dialog, men det var nesten ingen som sa noe. Var det fordi pasientene ikke forsto hva prosjektet dreide seg om, eller var det fordi min spesielle rolle gjorde dem usikre (feltnotater/E)?

De ansatte var også lite meddelsomme på informasjonsmøtene. Likevel tok jeg kanskje for gitt at pasientene var mindre i stand til å ta imot informasjon enn de ansatte, nettopp fordi de var pasienter og ikke profesjonelle helsearbeidere. Mange pasienter fortalte om hvor slitsomt det var å ha en psykisk lidelse og hvor kaotisk livet opplevdes. I slike situasjoner kan det by på problemer å konsentrere seg om mine informasjonsskriv eller det jeg hadde å si. Den muntlige og skriftlige informasjonen kan, på den andre side, ha vært gitt på en slik måte at den var vanskelig å forstå.

Men informert samtykke gir grunnlag for diskusjon. Det å ikke delta, når mange gjorde det, kunne oppleves som et press. Det ble derfor avgjørende å presisere frivilligheten, og be respondentene som deltok i intervjuene om et skriftlig, informert samtykke (vedlegg 6). Å få samtykke fra absolutt alle jeg observerte ble for uhandterlig, og ville hindret et naturlig samvær. Hammersley og Atkinson (1996) presiserer at dette kan kvele et hvert forskningsprosjekt i starten. *Helsinkideklarasjonen* (1975, del B, 22) påpeker at samtykke fortrinnsvis skal være skriftlig.³⁴ Det blir derfor opp til forskeren å vurdere hva som er etisk forsvarlig. I det hele kan det også betraktes som etisk uforsvarlig å oppfatte psykisk lidende mennesker som svake og ute av stand til å ta egne valg. Slike karakteristikk og holdninger kan i seg selv være en ekstrabelastning i et fra før av vanskelig liv. Det er heller ikke i tråd med brukermedvirkningsidealet.

Hvis ingen respondenter forsto hensikten, hvis feltarbeidet gjorde livet vanskeligere for pasienter som ikke var i stand til å gi informert samtykke, ville prosjektet ikke vært etisk forsvarlig. Imidlertid var alle institusjonene jeg henvendte meg til informert om at prosjektet var tilrådd av REK og lagt fram for NSD.

Andre punkt fremhevet betenkelighetene med institusjonen kun som en arena for forskeren, og uten nytteverdi for de ansatte. Målet for forskning kan være at de som deltar har umiddelbar nytte av dette. Det gjelder særlig for aksjonsforskning. Annen forskning, slik som

³⁴ <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>

mitt prosjekt, handler om kunnskap som på sikt vil kunne bli nyttig innen psykisk helsevern. På den måten er forskeren avhengig av gode medhjelpere som ikke nødvendigvis får direkte fordeler av prosjektet mens det pågår.

I den institusjonen som ga avslaget valgte ledelsen å gripe inn i pasientenes liv for å beskytte dem. I de institusjonene som ga tillatelse, fant de prosjektet verdifullt. Deres tilbakemeldinger handler om at de gjerne ville bidra til forskning de anså som viktig. I en tilbakemelding leser jeg at ”arbeidet du går i gang med synes vi er spennende og faglig interessant og vi håper å kunne bistå i ditt arbeide.” Et annet sted er tilbakemeldingen at ”vi synes temaet er interessant og aktuelt i forbindelse med etablering av DPS’er i Norge.” Andre var på telefonen opptatt av at endringsprosesser var vanskelige, og de henviste til at det måtte ”sitte noe i veggene” som de gjerne ville vite mer om.

Etisk forsvarlighet handler om skjønn. For eksempel ringte jeg selv til fire tidligere ansatte, i stedet for å få andre til å gjøre dette for meg slik REK hadde foreslått. Det ble unaturlig å la andre henvende seg på vegne av meg. Skjønnsmessige vurderinger lå også til grunn for at jeg ikke ba om skriftlig, informert samtykke fra to av pasientene jeg intervjuet. De samme pasientene presiserte at de ønsket å stå fram med fullt navn og bilde. De ønsket å stå for det de hadde å si. Jeg sa at jeg ikke hadde tillatelse til å fotografere personer til bruk i avhandlingen, fordi jeg hadde forpliktet meg til anonymisering. Jeg valgte likevel å fotografere dem fordi de ønsket det så sterkt. Jeg berømmet deres åpenhet, og sa at bildene kunne hjelpe meg å huske dem bedre.

Erfaringene fra feltarbeidene viser kompleksiteten i forskningsetiske vurderinger. Presentasjon og tolkning av etisk forsvarlighet blir alltid et spørsmål om å skåne eller skade. Av den grunn må viktig informasjon noen ganger forkastes og mulige tolkninger av og til utelates.

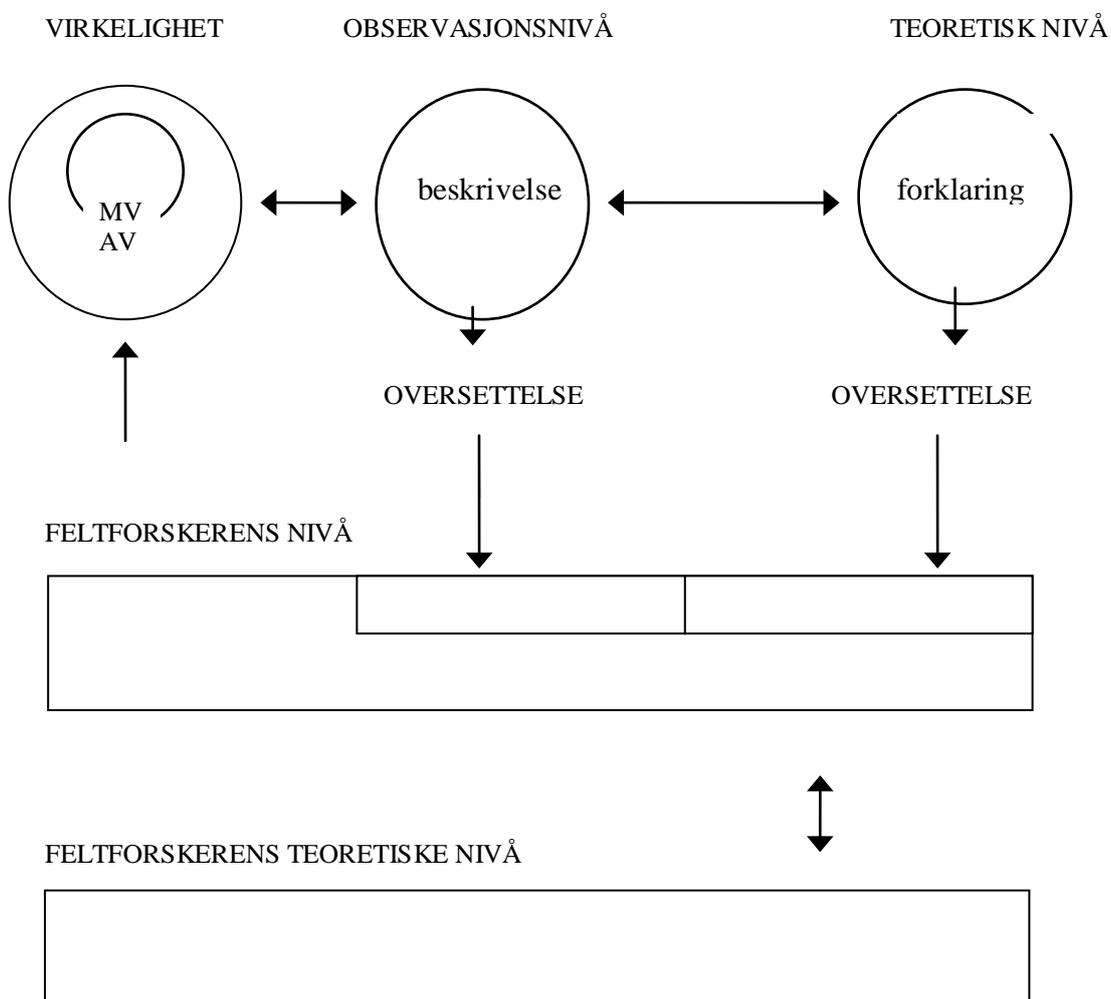
3.4 Tolkning og refleksjon

Tolknings- og refleksjonsprosessen, eller analysen, er en bevegelse fra det empirinære til det mer distanserte og samfunnsorienterte. Allerede før starten av et forskningsprosjekt, har man gjort seg opp tanker og meninger om hva man vil møte. Underveis gjør man erfaringer som

fører til nye spørsmål og endrede oppfatninger. Denne prosessen fortsetter ofte ut over avhandlingen.

Ved hjelp av en gjennomgående tolknings- og refleksjonsprosess, hvor jeg selv inngår, vil jeg også lettere sikre en etisk forsvarlig forskningspraksis (Alvesson og Sköldberg, 1994; Kvale, 1997, s. 133).

Tolkningen er med andre ord feltarbeiderens ansvar. Antropologen Lisbeth Sachs (1987) utarbeidet en tolkningsmodell som jeg finner relevant for selve feltarbeidet og intervjuene:³⁵



Modellen beskriver forskningsprosessen som er en tolknings- og refleksjonsprosess. Den venstre sirkelen representerer materiell (MV) og atferdsmessig (AV) virkelighet. I neste sirkel

³⁵ Denne modellen er gjengitt i antropologen Ida Hydles avhandling "Murder without motive" (Hydle, 2001, s. 90).

ser og beskriver informantene virkeligheten ved bruk av språk (Det er her prosessen begynner om man kun hadde benyttet intervju). På samme tid fortolker pasienter og ansatte verden ved hjelp av egne teorier som i denne forbindelse menes deres antakelser om verden som er resultater av egne undersøkelser basert på ideer om for eksempel helse og lidelse (tredje sirkel). Feltforskeren er interessert i å tolke forbindelsene mellom virkelighet, beskrivelse og forklaring. Men feltforskeren må selv være til stede og observere den virkeligheten som folk beskriver og forklarer. Forskerens beskrivelser er ledet av teoretiske perspektiv. De teoretiske perspektivene vil alltid referere til menneskers væremåter og tanker i en materiell virkelighet. For å bli i stand til å beskrive og tolke fenomener i sin egen kontekst er det et krav om at forskeren har sett og vært til stede innenfor denne konteksten (Hydle, 2001, ss. 90-91, min oversettelse tilpasset egen forskning).

I det følgende vil jeg tydeliggjøre hvordan jeg har arbeidet *etter* at feltarbeidene var avsluttet. Jeg hadde tre mål for øye.

Det første målet var å gi en *generell* beskrivelse av bakgrunnen for oppføringen av tuberkuloseinstitusjoner og hvilke endringer som førte til at man startet med å huse psykisk lidende mennesker. Men målet var også å gi en *spesiell* beskrivelse av den enkeltes institusjons bygningsmessige og innholdsmessige utvikling. Hensikten var å gi leserne kunnskaper om samfunnspolitiske avgjørelser som fikk konkrete og praktiske utslag i den enkelte institusjon, og om særegenheter ved institusjonen, og dermed gjøre det enklere å delta i den videre tolknings- og refleksjonsprosessen.

Det andre målet var å presentere, tolke og reflektere over informantenes fenomennære beskrivelser og de observasjonene jeg selv gjorde av institusjonenes bygninger, rom og mennesker. Hensikten her var både å se hvilke betydning materialiteten hadde for menneskene og hvordan menneskene tolket det bygde sted på bakgrunn av ulike erfaringer de hadde gjort seg.

Det tredje målet var å drøfte det foregående i lys av mine teoretiske inspirasjonskilder, og dermed søke en stedsfenomenologisk forståelse av mine empiriske funn, og å betrakte empirien i et kunnskaps- og maktperspektiv.

For å nå det første målet tok jeg utgangspunkt i dokumenter, fotografier og min transkriberte tekst relatert til generelle og spesielle data om den enkelte institusjon. Disse dataene undersøkte jeg med tanke på beliggenhet, bygninger, rom og behandlingsforhold og sorterte opplysningene etter de tre periodene: tuberkuloseperioden, overgangsperioden og senterperioden (se kapittel 1.3). Disse kildene gir en beskrivelse av historiske og nåtidige forhold. Det vil si hendelser og bestemmelser som faktisk hadde funnet sted sentralt og lokalt (Kjeldstadli, 1997, s. 222). Et eksempel på det generelle er overordnede tanker og ideer om tuberkuloseinstitusjonsarkitekturen i Norge. Et eksempel på det spesielle er den enkelte institusjons formspråk (byggeskikk) og det eksakte årstall for oppføringen.

For å nå det andre målet presenteres data fra feltarbeidet som omhandler egne observasjoner og informantenes beskrivelser fra intervjusituasjonen (se kapittel 5). Jeg undersøkte hvilke posisjon informantene snakket fra, og ønsket å komme på sporet av hvordan de selv opplevde institusjonen og hvilken betydning den hadde for dem. Jeg lot først teksten tale til meg så åpent som overhodet mulig. Denne åpenheten ga meg etter hvert en innsikt i hva informantene selv mente. Jeg oppdaget mønstre, eller hovedlinjer, og temaer som jeg systematiserte (ved hjelp av fargekoder) og på den måten eliminerte jeg også overflødig materiale (Kjeldstadli, 1997, ss. 224-226; Kvale, 1997, ss. 126-129).

Etter hvert begrenset jeg meg til fire analytiske hovedtemaer (kategorier) De var som nevnt innledningsvis 1) ”Å komme bort for å få det bedre”, 2) ”Å føle seg hjemme på vei hjem”, 3) ”Historien i det nye” og 4) ”De selvfølgelige medikamentene”.

De tematiserte meningsenhetene gir grunnlag for flere undertemaer (underkategorier) som bidrar til en dybdeforståelse. Da en informant beskrev hvordan hun som psykisk lidende ble holdt utenfor fellesskapet i nabolaget, tolket jeg det som om hun følte seg fremmed i nærmiljøet. Da en annen informant var opptatt av at institusjonen var plassert slik at den ga ro i sjelen, tolket jeg det som om beliggenheten hadde en helbredende virkning. Undertemaene her ble blant annet ”å være fremmed i nærmiljøet” og ”beliggenhetens betydning”. Jeg kartla hvilke undertemaer informantene var opptatt av i tilknytning til hovedtemaet og søkte informantenes egne beskrivelser og forklaringer. Jeg var også oppmerksom på hvilken kontekst beskrivelsene kom fram i, fordi det selvsagt kunne spille en rolle om man snakket om beliggenheten en dag hvor solen skinte eller en bulldoser holdt på med store gravearbeider i nærheten. Denne måten å tolke på er i tråd med hvordan Tor Halvdan Aase (1997) beskriver

tolkning av kategorier, hvor han også gjør oppmerksom på at ingen kategorier er klart avgrensede (ss.147-163). For eksempel kan mange ulike beskrivelser tolkes som ”å være fremmed i nærmiljøet”. Ved å legge seg nært opp til informantens egen selvforståelse har intensjonen vært å uttrykke hva han eller hun selv oppfatter som meningen med sine uttalelser (Kvale, 1997, s. 144). Dette samsvarer med hva Alvesson og Sköldberg (1994) kaller for 2. grads hermeneutikk. De presiserer at det handler om hvordan man kan forstå en tekst som er valgt ut av forskeren (Alvesson & Sköldberg, 1994, s. 326). Refleksjon innebærer i denne avhandlingen i tillegg å ta nok et skritt bort fra tolkningen på selvforståelsesnivå og plassere empirien inn i et historisk og politisk perspektiv. Jeg tolket nå fotografier og tekst som handlet om institusjonens historie og dagens politiske føringer i lys av temaene som var fremkommet. Et eksempel her er historiske opplysninger om hvordan tuberkulosepasientene ble stigmatisert. Dette førte til refleksjoner om dagens psykiatriske pasienter følte seg utenfor i nærmiljøet: Kan stigmatisering tenkes ”å sitte i veggene” og ha bidratt til en form for materiell overlevering? Alvesson og Sköldberg (1994) skriver at kjernen i all refleksjon er når en form for tenkning konfronteres med en annen (ss. 321 – 324). Når noe oppleves å ”sitte i veggene” kan man undersøke om det finnes en form for materiell styring av mennesker basert på behandlingsideologier som gjaldt da institusjonene ble bygd. Shore og Wright (2005) understreker at denne arbeidsmåten handler om: ”[...] to reveal how policies work as instruments of governance, as ideological vehicles, and as agents for constructing subjectivities and organizing people within systems of power and authority.” (s. 35).

Metaforer illustrerer pasientenes beskrivelser av sin virkelighet. Psykiske problemer ble erfart og beskrevet som problemer med romlige orienteringer. Lakoff og Johnsen (2003) kaller dette orienteringsmetaforer som har grunnlag i vår fysiske og kulturelle erfaring. Metaforene handler om å bevege seg opp eller ned, ut eller inn. Det handler om forside eller bakside, på eller av (Lakoff & Johnsen 2003, s. 166). *Opp* knyttes til å komme fremover, være aktiv og dyktig, og *ned* til å gå bakover, å være passiv eller syk. En dyp depresjon beskrives som en vertikal dimensjon hvor du har lang vei å gå for å komme ut av den (Lakoff & Johnsen, 2003, s. 180). For pasientenes (men også de ansattes) del ble både det å bevege seg for langt nedover og oppover omskrevet til sykdom. Det viser hvordan kunnskap om manglende stedstilpasning blir forstått på bakgrunn av medisinsk forståelse; med andre ord hvilken makt medisinen har over menneskelige erfaringer.

I kapittel 6 overskrider jeg de tidligere tolknings- og refleksjonsnivåene ytterligere. Det tredje målet var å drøfte mine funn i lys av Norberg-Schulz' stedsfenomenologi og Foucaults kunnskaps- og maktperspektiv. Winther Jørgensen og Phillips (1999) skriver at om man bearbeider et bestemt materiale i forhold til en bestemt tenkning, får man en ytterligere avstand til materialet. Slik sett vil mine data kunne fremstå på en ny måte. Det ukjente blir kjent og det ubegripelige begripelig. Og jeg gjør noe av det kjente ukjent, så det fremstår som kjent på en ny måte (Fossåskaret, 1997, s. 34). Ved hjelp av det teoretiske rammeverket oppstår andre konstruksjoner og forståelser enn informantenes (Hastrup & Ramløv, 1989).

For å avgjøre prosjektets gyldighet (validitet) må jeg selv, og også leserne, kontrollere hva som er blitt gjort og skrevet. Ved å stille spørsmål til teksten og teoretiseringen kan man gjøre seg opp meninger om arbeidet, dvs. teksten må forståes og gyldiggjøres innen de forhold den er blitt til under. Det handler om alle de menneskene jeg møtte, institusjonens materialitet og historie, egne forutsetninger og begrensninger, samt det samfunn vi alle er en del av. Jeg har lagt vekt på å redegjøre eksplisitt for forskningsprosessen. På den måten er det mulig å følge prosessen og etterprøve resultatene (reliabilitet) (Kvale, 1997, s. 47).

4 INNGANGEN

Det faktum at DPS'ene tidligere hadde andre funksjoner er uttrykk for et skiftende sykdomspanorama og endringer i helsevesenets oppgaver og satsningsområder de siste hundre år. Jeg vil her redegjøre for *generelle forhold* ved oppføring og drift av tuberkulosehjemmene, da slike forhold kan vise seg å inngå i DPS'enes kunnskaps- og maktrelasjoner (se kapittel 2.2). Samtidig vil jeg presentere den enkelte institusjons særtrekk. Jeg viser fotografier av stedene, og omtaler arkitektur og personer som har preget de ulike institusjonene. Jeg skriver også om praksisen i institusjonene i de ulike epokene. Å beskrive *spesielle forhold* gir den enkelte institusjon et ansikt utad og konkretiserer stedene hvor forskningen faktisk fant sted. Å klarlegge fortidens tradisjoner og dagens praksis, vil på den ene siden bidra til å forstå det som fortsatt kan "sitte i veggene" og hvilken betydning materialiteten har for menneskene. Å presentere det enkelte DPS og ideologier det er tuftet på, vil på den andre siden gi kunnskap til å forstå hvordan pasienter og ansatte påvirker institusjonen de oppholder seg i.

4.1 Fra spyttflaske til dosett³⁶



Dr. Dettweilers spyttflasker for hostende³⁷

³⁶ Boks til sortering og oppbevaring av medikamenter. ³⁶ Tuberkuloselegen dr. Peter Dettweiler åpnet Falkenstein sanatorium i Østerrike i 1876 (Skogheim 2001, s. 153). Han utviklet disse spyttflaskene som er fotografert 2004 på Vefsn Museum og som ble benyttet på Vefsn Tuberkulosehjem.

³⁷ Tuberkuloselegen dr. Peter Dettweiler åpnet Falkenstein sanatorium i Østerrike i 1876 (Skogheim 2001, s. 153). Han utviklet disse spyttflaskene som bl. a. ble benyttet på Vefsn Tuberkulosehjem (Foto: I. B. Larsen 2004, Vefsn Museum).

Tittelen ”fra spytteflaske til dosett” indikerer at det har skjedd materialiserte endringsprosesser parallelt med mentale og sosiale. I tuberkuloseperioden hindret man smittespredning blant annet ved å spytte i små flasker inntil penicillinet kom på markedet og gjorde flaskene overflødige. Da psykisk lidende flyttet inn i bygningene, var psykofarmaka allerede tatt i bruk. Medisineringen var og er betraktet som en effektiv behandlingsmåte i begge tilfeller, og dosettens praktiske sorteringsfunksjon sparer tid og driften effektiviseres (se kapittel 5.4). Historisk sett har man ved de to ulike lidelsene hatt fokus på å få det vonde *ut* – om det var bakterier eller tankeinnhold. Senere har man tatt medikamenter *inn* i kroppen for ta livet av bakteriene eller dempe de vonde tankene.

4.1.1 Tuberkuloseperioden

Tuberkulosens store utbredelse i Norge på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av det neste århundre var foranledningen til at det ble bygget tuberkuloseinstitusjoner. I år 1900 døde nærmere 7000 personer av tuberkulose av en befolkning på om lag 2.2 millioner. De fleste var unge. I 1925 var tuberkulosen fortsatt den viktigste dødsårsaken i Norge. Selv om det fantes enkelte institusjoner for tuberkulose allerede på slutten av 1800-tallet, førte tuberkuloseloven av 1900 til en storsatsning når det gjaldt oppføring av tuberkuloseinstitusjoner.³⁸ Hensikten med loven var å gi de syke pleie og behandling, å verne de friske mot de syke, samt å bygge behandlingsinstitusjoner (Schiøtz, 2003b). Tuberkuloselovens § 6 åpnet for å tvangsinnlegge smittebærende pasienter om hjemmeforholdene tilsa det:

Finder Sundhedskommissionens Ordfører, at den syges Forhold eller Forholdene i hans Bolig giver særlig Grund til Fare for Sygdommens Overførelse til andre, har han at forelægge Sagen for Sundhedskommissionen, som fatter Bestemmelse om hvilke Forholdsregler der skal træffes.

Dersom den Syge eller hans Omgivelser unnlader at følge de af Sundhedskommissionens givne Forskrifter, og det som Følge deraf viser sig umuligt at skaffe den Syge en til Motarbeidelse af Sygdommens Udbredelse nødvendig pleie, kan Sundhedskommissionen beslutte hans Indlæggelse paa Sygehus.³⁹

Både det offentlige hjelpeapparatet og frivillige organisasjoner var aktive i tuberkulosearbeidet og dermed i planlegging og oppføring av institusjoner for tuberkulose.

³⁸ Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme. 8. mai 1900.

³⁹ Sunnhetskommisjoner er navnet på de senere helserådene, opprettet i kraft av Sunnhetsloven av 1860. Ideelt sett skulle hver kommune ha et slikt organ ledet av den offentlige lege.

Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) var en markant, frivillig organisasjon som var svært virksom. For flere av institusjonene var lokale sanitetsforeninger byggherrer, eiere og driftsansvarlige. I tillegg bidro de med pengegaver til en rekke offentlige tuberkuloseinstitusjoner. Uten frivillig innsats hadde få tuberkulosehjem sett dagens lys.

Byggeaktiviteten var stor. I 1929 var 3232 plasser fordelt på 102 tuberkuloseinstitusjoner. Noe senere hadde man 120 institusjoner med 3400 pasienter. De samme institusjonene hadde i 1940 et sengetall på ca. 5500 (Schiøtz, 2003b, ss. 216 – 292). Av disse 120 institusjonene var det 18 tuberkulosesanatorier (Skogheim, 2000). De resterende var i hovedsak tuberkulosehjem.

Omsorg og behandling skulle ikke bare foregå inne i tuberkulosehjemmene. Plasseringen av bygningene, og husenes arkitektoniske og innredningsmessige utforming, var ment å være en del av det helsefremmende arbeidet.

4.1.1.1 Beliggenhet med lys og luft

Tilgang på lys og luft og fravær av fuktighet, var viktige prinsipper som lå til grunn for valg av tomt og arkitektoniske uttrykk, uansett om institusjonene var små tuberkulosehjem eller store sanatorier. Teorier om klimaets gunstige virkning på mennesker med tuberkulose var kjent. Den tyske legen Hermann Brehmer oppdaget at sykdommen ble stadig mer sjelden jo lengre opp i høyden man kom. Norsk helsevesen var inspirert av denne tenkningen. Teorien var at frisk fjellluft, kombinert med utdunstningen fra nåletrær, var helsefremmende (Landsem, 1991⁴⁰). Planlegging og arkitektur måtte tilpasse seg den rådende oppfatning om beliggenhetens spesielle betydning for pasientene. Plasseringen understreket medisinske teorier, og behandlingsmetodene ble derved underbygget (Skogheim, 2000, s. 26; Landsem, 1991; Pedersen, 2005).

4.1.1.2 De bygde steder

Leger, arkitekter og sanitetskvinner satte sitt preg på byggestilen. Om de planlagte tuberkulosehjemmene skrev medisinaldirektør Holmboe i 1901:

⁴⁰ Lene Landsem er arkitekt og beskrev i 1991 arkitekturen ved de statlige tuberkulosesanatoriene i Norge i en rapport utgitt av Vensmoen tuberkulosemuseum og dokumentasjonssenter.

I enkelte tilfælde vil det vistnok kunne være anledning til at faa kjøbt en eller annen bygning, som med lethed kunde omdannes til et passende pleiehjem. Som oftest vil det dog sandsynligvis vise sig nødvendig at opføre særskilte bygninger. Efter min anmodning har min tekniske konsulent, ingeniør Andersen, udarbejdet udkast til nogle saadanne mindre pleiehjem, beregnet på 6-9 syge (Holmboe, 1901, s. 13).

Medisinaldirektøren synes å være av den oppfatning at man ikke skulle legge *for* mye arbeid i arkitektoniske forhold, men heller satse på å få tuberkuloseinstitusjoner oppført og i drift. Dette er forståelig, da sykdommens utbredelse tilsa rask oppføring av egnede institusjoner som kunne ta hånd om de syke.

De første tuberkulosehjemmene var planlagt bygd etter det som kan kalles ferdige typehustegninger, slik som på Ibestad og Målselv. Økonomiske forhold kan imidlertid ha ført til avvik fra tegningene (Elstad & Hamran, 2006, s. 284). Mange av institusjonene ble tegnet av arkitekter. En av dem som tegnet minst fire av tuberkulosehjemmene var den første, norske kvinnelige arkitekten, Lilla Hansen (1872-1962).⁴¹, ⁴²

I hovedsak tegnet Lilla Hansen store, vakre trevillaer i Oslos bedre strøk. Hennes erfaringer med å tegne privatboliger kan ha inspirert bygningsarkitekturen ment for ulike omsorgsoppgaver. Hun tegnet blant annet Sanitetskvinnenes sanitets- og søsterhjem og deres revmatismesykehus i Oslo, i tillegg til de nevnte tuberkulosehjemmene. I en artikkel om Norges første kvinnelige arkitekter peker Wenche Findal (1996) på at det synes som om kvinnelige oppdragsgivere valgte kvinnelige arkitekter. Hun mener dette kan skyldes solidaritet til kvinnene, men like gjerne kan det handle om ”byggfruers” tillit til kvinners særegne evne til å skape en byggekunst med en intuitiv forståelse for omsorgsfunksjoner (Findal, 1996, s. 44).

Slik sett kan kvinnelige oppdragsgivere (NKS), sammen med en kvinnelig arkitekt, ha hatt innflytelse på de bygde stedene. Lilla Hansens kunnskap om villaarkitektur og sanitetskvinnene med sin ideologi om nestekjærlighet (se neste kapittel om sanitetskvinnenes

⁴¹ Dette gjelder Gibostad Tuberkulosehjem i Midt-Troms, Preståsen Tuberkulosehjem i Sandefjord (Opplysninger fra dokumenter funnet på stedene), Talvik Tuberkulosehjem i Alta og Tolga Sykehus og Tuberkulosehjem i Hedemark (Østby 1986, Norsk Kunstnerleksikon - Bind 2).

⁴² Før 1914 fantes 21 kvinnelige og 754 mannlige arkitekter i Norge, og av kvinnelige arkitekter på begynnelsen av 1900-tallet, var det bare et fåtall som sto ansvarlige for egne bygg.

kjærlighetstanke, kapittel 5.1.4), har dannet den materielle rammen rundt mange tuberkulosepasienter.

Da arkitekt Ole Øvergaard skulle tegne Ullern Tuberkulosehjem, besiktiget han først andre institusjoner. Om arkitekturen og den kvinnelige innflytelsen uttalte Øvergaard seg kritisk og nedlatende i 1935:

[...] standardtypen er den velkjente, rektangulære kasse i 2 etasjer med valmtak og 2 piper hvorav den ene sitter litt skjevt. Bygging av tuberkulosehjem har i det hele tatt vært utsatt for et friskt, planløst og delvis kvinnelig initiativ, og det man savner er en fast, øverste myndighet som stiller strenge krav til en fagmessig planleggelse – krav som går videre enn til den vanlige brunmalte alminnelighet. Den som er brukbar og gjør sin nytte og er bedre enn ingenting, men heller ikke noe å skryte av (Øvergaard, 1935, s. 196).

Til tross for heftig kritikk fra en mannlig arkitekt, vil man likevel kunne hevde at tuberkulosehjemmene liknet privatboligene til bedrestilte borgere. På samme tid skilte de seg fra sanatoriene i størrelse, byggeskikk og materialvalg. Arkitekturen var enklere enn ved sanatoriene, som på sin side ofte så ut som slott i gotisk stil (Lund-Johansen & Lund Johansen, 1960; Skogheim, 2000). Mange tuberkulosehjem ble bygd i moderat sveitserstil. Tre som materiale ble i hovedsak benyttet, men noen ble oppført i mur.

Sveitserstilen er karakterisert ved overhengende takflater og symmetri på grunnplanet. Husene har store rom og ofte verandaer. Takkantene og listverket er som regel dekorert med blondelignende border. Noen institusjoner med sine kurhaller⁴³ hadde tydelige sveitserdetaljer,⁴⁴ andre mer antydninger.⁴⁵ Andre bygninger igjen hadde enkle, myke buer over vinduene og kan sies å være inspirert av jugendstilen som ble utviklet på slutten av 1800-tallet (Brekke, Nordhagen & Lexau, 2003).⁴⁶

Mens dagens nyere sykehus tydelig skiller seg fra vanlige bolighus, er tuberkulosehjemmenes form altså inspirert av den ledende hus- og villamoten i byene på slutten av 1800-tallet. Ideer om bygningers utforming kan også sees i sammenheng med de bestrebelser særlig legestanden arbeidet for gjennom siste del av 1800-tallet. Forskrifter om sunne boliger var

⁴³ I kurhallene lå pasientene til fastsatte tidspunkt for å få hvile og frisk luft som ledd i behandlingen.

⁴⁴ For eksempel Solvang Tuberkulosehjem ved Kristiansand og Egra Tuberkulosehjem ved Grimstad.

⁴⁵ For eksempel Gibostad Tuberkulosehjem i Midt-Troms og Preståsen Tuberkulosehjem i Sandefjord.

⁴⁶ For eksempel Vefsn Tuberkulosehjem i Mosjøen og Furubakken Tuberkulosehjem i Larvik.

nedfelt i sunnhetsloven av 1860 (Schiøtz, 2008). Den norske presten og samfunnsforskeren (sosiologen) Eilert Sundt arbeidet også for at bedre bygninger skulle bedre de generelle levekårene på landsbygda og en særegen byggeskikk inngikk dermed i en forståelse av hva som bidro til god helse. Store rom og verandaer skulle uttrykke både det sunne og det praktiske (Sundt 1976; Brekke, Nordhagen & Lexau 2003, ss. 225-227). Sundt (1976) beskrev gården Hof i Aker så tidlig som i 1862:

Foran havestuedøren er en stor trap af huggen granit, omgivet med et gitter af støbt jern. Lige over den en altan [...] Altanen, det fremspringende tag, kort den hele ytre forsiring er taget efter de sveitser-huse, som i de senere år ere byggede på nogle af bymændenes løkker. Det ser ud, som om disse hovedstadens arkitekter udgåede sveiser-huse [...] skulle blive de toneangivende huse her til lands (ss. 93-95).

Disse generelle, toneangivende tendensene kom dermed også til uttrykk i mange tuberkulosehjem og skilte seg nok ut fra de små, trange og fuktige boligene mange av pasientene kom fra. På den tiden mente man jo at dårlige boliger i seg selv kunne føre til for eksempel tuberkulose, men også til nevroser og andre sinnslidelser (Schiøtz, 2008). Med andre ord hadde bygningers plassering og utforming betydning for om folk ble syke, beholdt helsen eller som ledd i å gjenvinne helsen.

4.1.1.3 Inne i husene

Medisinaldirektør Holmboe hadde også meninger om rom og interiør:

De mindre pleiehjem maa nu efter min mening anlægges og drives meget billig. Hva der behøves, er mindst to lyse, varme og lett ventilerbare sygeværelser, et for mandlige og et for kvindelige syge, et værelse, hvor de av dem, som ikke er sengeliggende, kan oppholde sig om dagen, et kjøkken og et værelse for sygepleiersken, dessuten de nødvendige ydre rum, hvoraf enkelte hensiktsmæssig maatte kune anbringes i kjelderens. Vægge og gulve maa være malede og indrettede paa med lethed at kunne rengjøres. Det hele maa anordnes, hjemlig og venligt, men uden al luksus [...] (Holmboe, 1901, s. 13).

Medisinaldirektøren beskriver lyse rom og hjemlighet som nødvendig, men understreker samtidig at institusjonene må drives ”meget billig”. Derfor blir det et spørsmål om kostnadene ble et hinder for den hjemlige atmosfæren? Eller ble tuberkulosehjemmene erfart som mer intime og hjemlige nettopp fordi de liknet på privatboliger og var forholdsvis små?

Hjemlige institusjoner inngikk i forståelsen av hva som var til hjelp, fordi hjemlighet, sammen med fredlige omgivelser, ga tuberkuløse den ro de trengte for å komme seg (Tuxen, 1973; Heggdal, 1993). Men hjemlige institusjoner hadde også betydning for pleiere, sykepleiere og kjøkkenpersonell. Mange ansatte bodde på loftet i tuberkulosehjemmene, og dermed ble arbeidsplassen også deres hjem. Ansatte med høyest status – som for eksempel oversøster – fikk egen hybel. Pleierne, eller pikene som de også ble kalt, måtte ta til takke med å dele rom. Siden legene kun hadde tilsyn i tuberkulosehjemmene, bodde de utenfor institusjonsområdet.

Strengt regimer gjaldt både pasienter og pleiere. Legen visste pasientenes beste, og det ble ansett som helt vesentlig at de tuberkuløse innrettet seg etter institusjonens strengt, fastlagte program. For eksempel var hvilekurer flere ganger om dagen et krav (Skogheim, 2000). Strengt ordensregler for de ansatte dreide seg for eksempel om regulert besøk i fritiden og bestemmelser om når de skulle gå til sengs. Men til tross for slike regimer, pekte både pasienter og ansatte på fellesskapet som oppsto på slike steder (Tuxen, 1973; Heggdal, 1993).

Sanitetskvinnene satt nok også sitt preg på livet i institusjonene. Selv om foreningen ikke eide alle institusjonene, bidro den likevel i stor utstrekning med pengegaver til interiør, og til utbedring av eksteriøret. I tillegg hadde medlemmene ansvar for hygge- og underholdningskvelder. På samme tid bekostet sanitetsforeningen utdanning av sykepleiere ved sine egne skoler, og påvirket også kunnskapen til de ansatte. Både i sitt virke og i sykepleierutdanningen ble kjærligheten til den syke fremmet som et overordnet prinsipp (Norske Kvinners Sanitetsforening, 1896-1946).

Omsorgsarbeidet rettet seg på den ene siden mot pasienter det ikke var håp for. På den andre siden benyttet tuberkulosehjemmene seg av behandlingssideer fra sanatoriene. Da mange tuberkulosepasienter døde var pleien knyttet til omsorg ved livets slutt (Norske Kvinners Sanitetsforening, 1896-1946, ss.59-88). Den nødvendige pleie besto også av renslighet for å hindre at flere ble smittet. For de pasientene det var håp for, var behandlingen tidlig på 1900-tallet renslighet, diett og andre kurmetoder som hvile- og aktivitetsturer (Elstad & Hamran, 2006).

Kirurgien (torakoplastikken/brenning og torakokaustikken/storoperasjon) kom senere, og var forbeholdt sanatoriene, eller de vanlige somatiske sykehusene, med unntak av pneumotoraks

(også kalt kollapsbehandling og blåsing).⁴⁷ Tuberkulosehjemspasientene som skulle opereres ble sendt midlertidig til sanatorier eller sykehus som utførte denne behandlingen. Rundt 1950 kom medikamentene og denne tiden ble betegnet som håpets æra. Tuberkulosepasientene kunne etter hvert utskrives.

4.1.2 Overgangsperioden

Selv om Robert Koch oppdaget tuberkelbasillen allerede i 1882, tok det lang tid før det ble utviklet medikamentell behandling av tuberkulosepasienter. Bakteriologien og den medisinske kunnskapen blir ofte tillagt æren for at tuberkulosepasienter ble helbredet og etter hvert utskrevet, selv om det også var mange andre faktorer som spilte inn. Nye holdninger til renslighet, bedre boliger og økt levestandard bidro med det vesentligste (Schiøtz, 2003a, 2003b; Puranen 1984).

Bakteriologien sammen med endrede vaner i befolkningen, ville ført til tomme bygninger om ikke nye pasientgrupper hadde behov for steder å være – eller helsevesenet trengte steder å plassere dem. I årene etter krigen ble tuberkuloseinstitusjonene endret med tanke på nye målgrupper, som for eksempel senil demente, sinnssyke og psykisk utviklingshemmede som trengte pleie og omsorg (Bøe, 1994).

På 1960-tallet sto NKS fortsatt for en vesentlig del av driften av disse institusjonene, men da med et nytt pasientbelegg. Som nevnt innledningsvis var det et stort overbelegg av langtidspasienter på de psykiatriske sykehusene. Dermed kunne mange tidligere tuberkulosehjem omgjøres til pleiehjem for sinnssyke (Sosial- og helsedepartementet, NOU 1995: 14). Noen institusjoner ble også benyttet som B-sykehus.⁴⁸ Men de aller fleste nye pasientgruppene i tiden etter tuberkulosens ”endeligt”, tilhørte gruppen som ble betegnet som kroniske langtidspasienter. Disse pasientene (f. eks. senil demente) ble værende i institusjonen fram til kommunehelseloven av 1984 fastslo at de skulle behandles på lavest mulig omsorgsnivå etter det såkalte LEON-prinsippet.⁴⁹ Dermed er vi inne i det som i avhandlingen omtales som senterperioden, med startpunkt i 1984. Fra dette året begynte en storstilt utskrivelsesprosess til kommunale institusjoner og hjemmetjenester, og igjen åpnet

⁴⁷ De ulike kirurgiske metodene tok, på ulikt vis, sikte på å løse opp sammenvoksninger i lungen som var oppstått på grunn av infisert lungevev.

⁴⁸ B-sykehus er somatiske sykehus uten akuttfunksjoner.

⁴⁹ Kommunehelseloven: Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. november 1982 trådte i kraft 1. april 1984.

bygningssmassen for nye muligheter. Denne gangen skulle det skje en storsatsning innen psykisk helsevern, som blant annet innebar overgang til psykiatriske sentra.

4.1.3 Senterperioden

Institusjonene skulle fra nå av fungere som selvstendige psykiatriske sentra og senere knyttes til ulike geografiske områder (Helsedirektoratet 1985: Nye alternativer i psykiatrien). *St. meld nr. 25 (1996-97)* presiserer at departementet skal arbeide for at kommunene skal få eneansvar for varige pleie- og omsorgstjenester til personer med psykiske lidelser (s. 37). Dette innebærer at pasienter med lite håp om helbredelse, er blitt kommunens ansvar. Den statusen stedene tidligere hadde, er blitt endret radikalt. De pasientene det er håp for, overlates til spesialister som har kunnskap om behandling med gode resultater. I *Opptrappingsplanen* nevnes det at døgnavdelingen ved et distriktpsikiatrisk senter ofte vil være et tidligere psykiatrisk sykehjem som har lagt om driften og driver aktiv psykiatrisk behandling (s. 10). Leser man årsplanene til ulike psykiatriske sentra ser man at målsettingen nettopp er dette. Pleie- og omsorgsbegrepene er forsvunnet fra planene og blitt erstattet med begrepet ”aktiv behandling”. Aktiv behandling innebærer medikamentell behandling og ulike former for samtale- og miljøterapi. I planene nevnes medikamentell behandling som regel først, noe som kan indikere at behandling med psykofarmaka blir sterkt vektlagt. DPS’ene er inkludert i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten med følgende funksjoner:

- Poliklinikk
- Dagavdeling
- Døgnavdeling for kriseintervensjon og observasjon

Ikke alle DPS har disse tjenestene samlokalisert. Noen steder har poliklinikken en annen beliggenhet enn døgn- og dagavdelingene. Da er døgn- og dagavdelingene plassert i det gamle tuberkulosehjemmet.

4.1.3.1 Ny bruk og nye arkitektoniske uttrykk

Da tuberkulosehjemmene fikk nye oppgaver i overgangsperioden, ble de også endret arkitektonisk. Det skjedde gjerne i form av mer moderne tilbygg eller sidebygg. Derfor overtok mange DPS’er en gitt arkitektur fra to ulike perioder. Tuberkuloseinstitusjonene ble i

hovedsak bygget før den funksjonalistiske byggestil slo igjennom fra 1930-tallet og framover.⁵⁰ Dette ble endret da andre pasientgrupper kom til. Nybyggene, oppført på 1970- og 1980-tallet, bryter med den gamle stilen. Troen på funksjonelle løsninger – det enkle og det rene, de rette linjer og de plane flater – skulle etter hvert sette sitt preg på stedene.⁵¹ Disse byggene har derfor verken blonder eller buer. Bygninger skulle, i følge den kjente sveitsisk-franske arkitekten Le Corbusier, følge sin funksjon og ikke være utstyrt med overflattisk dill og pynt uten betydning for bruken (Brekke, Nordhagen & Lexau, 2003, s. 333). De viktigste prinsippene for utbyggingen ble kvantitet og praktiske løsninger. Det praktiske handlet blant annet om sanitære forhold som hadde sin berettigelse i frykten for tuberkulosen (Schiøtz, 2008). De nye bygningene ble i hovedsak oppført i mur, noen i kombinasjon med trevirke. I dag er den totale bygningsmassen preget av kontrastfulle stiluttrykk.

4.1.3.2 De ansatte gjennom skiftende tider

Ikke bare arkitektur, men også mennesker er ”overlevert” fra en epoke til en annen. Som en konsekvens av at stedene har huset mennesker med ulike lidelser og diagnoser, har naturlig nok også kravet til hvem som kan pleie og behandle dem skiftet. Flere som hadde arbeidet som ufaglærte i tuberkulose-tiden, tok utdanning for å kunne fortsette å arbeide ved institusjonene. De som ikke ønsket mer fagkompetanse, gikk ofte over i servicetjenestene, enten på kjøkkenet eller i renholdet. På 1960-tallet ble hjelpepleierne formelt etablert som yrkesgruppe under forutsetning av at de skulle være sykepleiernes assistenter. I virkeligheten fikk de (og mange har fortsatt) et stort ansvar for pasienter innlagt i pleieinstitusjoner, da sykepleierne var og er mangelvare (Schiøtz, 2003b, s. 494).

Ansatte i dagens psykiatriske sentra skal være spesialister. Dette er i tråd med ideen om aktiv og effektiv behandling. Tanken er at høyt utdannede mennesker bedre kan hjelpe psykisk lidende mennesker, og at de oppnår raskere resultater enn ufaglærte (St. meld. 25 1996-97, Opptrappingsplanen 1999-2008). Det innebærer at mange av hjelpepleierne som nå arbeider ved institusjonene, skal bort. Satsningen er ansatte med tverrfaglig kompetanse.

⁵⁰ Funksjonalisme er et begrep som benyttes både innen arkitektur og samfunnsvitenskap. Funksjonalistisk arkitektur innebærer en uløselig sammenheng mellom bruken av en bygning og formen på bygningen (Brekke, Nordhagen & Lexau 2003, s. 313; Schiøtz, 2008). Innen samfunnsvitenskapen handler funksjonalismen om å forklare sosiale og kulturelle institusjoner, relasjoner og handlinger med utgangspunkt i hvilke funksjoner de utøver i sosiokulturelle systemer (Eriksen & Frøshaug 1998, s. 88).

⁵¹ Det ble selvsagt også vektlagt at tuberkulosehjemmene skulle være funksjonelle, men denne funksjonaliteten gjenspeiles ikke i det arkitektoniske stiluttrykket på samme måte som de nyere stiluttrykkene.

Minimumskravet skal være treårig høgskoleutdanning i helse- og sosialfag. Men det er også ønskelig at disse yrkesgruppene har videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie.⁵² I tillegg skal de distriktskykiatriske sentrene ha psykologer og psykiatere. Sistnevnte yrkesgrupper har sin hovedvirksomhet i poliklinikkene, førstnevnte i dag- og døgnenhetene. Stedene er nå som før, med unntak av dagens polikliniske virksomhet, dominert av kvinnelige ansatte.

4.1.4 En fortettet historie om helsevesenet

Overgangen fra tuberkulosehjem, via hjem for kroniske pasientgrupper, til distriktskykiatriske sentra peker mot institusjoner som rommer en fortettet historie om det norske helsevesenet. Endringen forteller om samfunnets og medisinsens vellykkede kamp mot tuberkulosen. Den videre bruk av de tidligere tuberkuloseinstitusjonene vitner om mangel på virksomme behandlingstilbud til andre pasientgrupper. Men det forteller også om helsevesenets forsøk for å løse plassproblemer og om å opprettholde en virksomhet med lokale arbeidsplasser. Schiøtz (2003b) viser til sammenhengen mellom medisinsens utvikling, sykdomsspekteret, helsevesenets rolle og samfunnet for øvrig. Hun hevder at ulike tiltak i kampen mot sykdommene er knyttet til rådende ideologier. Disse ideologiene har også virket inn på hvilke yrkesgrupper som til enhver tid er blitt prioritert som arbeidskraft.

Schiøtz (2003b) omtaler flere av de store "folkesykdommene" som "institusjonsbyggere". Dette impliserer at ulike sykdommer i seg selv fungerte som drivkrefter bak oppbyggingen av helsevesenet og dermed endringer av de tidligere tuberkulosehjemmene (s. 60). Medisinhistoriker Øivind Larsen (2000) utdyper dette aspektet i det han viser til at helsevesenet som en ikke-materiell institusjon, har fordret bygging av materielle institusjoner. Han understreker at sykehusets materielle og funksjonelle utforming uttrykker et samfunnssyn på sykdom og helse og dermed viktige kulturelle trekk ved fortid og nåtid som representerer den medisinske fagutviklingen. I tillegg er sykehusene viktige arbeidsplasser som har stor distriktpolitisk betydning (Larsen, 2000, s. 11). Dette er viktige poeng all den tid DPS'ene er bygget i flere ulike perioder.

⁵² Tidligere hadde sykepleiere tilbud om fagspesifikk videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Fra 1998 ble denne utdanningen nedlagt og erstattet av en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. Videreutdanning i psykisk helsearbeid. Rammeplan og forskrift. 1997 ajourført 18/12-98).

De tidligere tuberkulosehjemmene speiler også kulturelle trekk ved fortid og nåtid. Trekkene er ikke bare positive. Etter tuberkulosens bekjempelse ser man områder der den medisinske fagutviklingen ikke har strukket til. Det gjelder for eksempel tilbud til psykisk lidende. Til en viss grad kan det synes som om tuberkuloseinstitusjonene senere er blitt benyttet til oppbevaring av mennesker, som medisinen ikke har hatt virksomme tiltak for. Men med håp om å lykkes, er det satt i gang alternative tilbud på stedene for å gi nye, egnede pasientgrupper kortvarige og effektive behandlingstilbud utført av yrkesgrupper med høyere utdanning. Samtidig har man overlatt de ”oppgitte” pasientgruppene til kommunene. Disse endringene skjuler fortsatt mye smerte for utskrevne pasienter som hadde bodd i institusjonene nærmest et helt liv. Dette gjaldt også ansatte som det ikke var bruk for, fordi de ikke lenger hadde de rette kvalifikasjonene som stedsendringene fordret. Samtidig har endringene vært gode for noen. Tidligere pasienter har fått muligheter til å leve sine egne liv, og ansatte har opplevd gleden ved å tilegne seg ytterligere kunnskap i form av mer utdanning.

Uansett fortid eller nåtid har mennesker som trenger hjelp og de som skal hjelpe, oppholdt seg i byggverk som på ulike måter taler til dem. Men nettopp på grunn av endringene har menneskene også måttet plassere nye forventninger inn i bygningene og rommene. Kunnskapen har på ett tidspunkt dreiet seg fra å forstå og hjelpe de som trenger livslange institusjonsopphold, og som betegnes som dårlig egnet til behandling. På ett senere tidspunkt har kunnskapen handlet om å forstå hvordan man best kan hjelpe psykisk lidende mennesker som er vurdert som egnet til å få behandling.⁵³

De fem institusjonene som videre presenteres, kan alle ses i lys av det generelle utviklingsbildet som er beskrevet, samtidig illustrerer fotografier og skriftlige kilder fra den enkelte institusjon, at beliggenheten, bygningene, rommene og menneskene likevel varier. Dermed kan også forskjeller i relasjoner mellom psykisk lidende, ansatte og de bygde steder komme til syne.

⁵³ Vurderingen skjer i det som i noen av institusjonene kalles vurderingssamtaler, i andre forsamtaler. Her får de som søker hjelp opplysninger om behandlingsopplegget og vurderes av fagfolk i forhold til om de er egnet for denne behandling.

De fem stedene

4.2 Gibostad⁵⁴

4.2.1 Gibostad Tuberkulosehjem i Midt-Troms



Gibostad Tuberkulosehjem 1928⁵⁵

⁵⁴ Opplysningene er hentet fra 1. Elstad og Hamran (2006). 2. Styremøteprotokoller, brev og annet skriftlig materiale funnet på stedet. 3. Norske Kvinners Sanitetsforening (1928). *Folkehelsen* nr. 8. 4. Troms Fylkeskommune (1994). *Psykiatrisk Senter i Midt-Troms*. Prosjektrapport. 5. Troms Fylkeskommune (1999). *Plan for utvikling av det psykiske helsevern for voksne i de 11 Midt-Troms-kommunene*.

⁵⁵ Fotografiene over er en gave til forfatteren fra en tidligere pleier ved institusjonen. Pleieren ble intervjuet under mitt feltarbeid.

Gibostad tuberkulosehjem ble innviet av fylkeslege Holmboe 24. juni 1928. Bygningen ble tegnet av arkitekt Lilla Hansen. Det vakre, hvitmalte trehuset med skifertak ligger på Senja og har utsikt over Gisundet. I bladet *Folkehelsen*, som utgies av Norske Kvinners Sanitetsforening, beskrives beliggenheten som lun og vakker inne i en vekstrik bjørkeskog.⁵⁶ Videre kan man lese:

Det er ett i alle deler prektig og moderne bygget hjem, og da her kan skaffes nok elektrisk kraft, finnes en mengde elektriske maskiner, som i høy grad vil lette arbeidet med hjemmets drift. I den store, lyse kjeller er kjøkkenavdelingen med vaskerum, tørrerum, rulle og strykeværelse samt et stort rum beregnet til lysbad. I første etasje er spisestue, anretning, samlingsværelse, kontor, bestyrerinnens værelse og sykeværelser. I annen etasje er der sykeværelser, de fleste beregnet til 2. Et enkelt værelse og 2 værelser til 4 er også i annen etasje. På loftet er værelser for betjeningen og rum til pasientenes tøy. Fra kjøkkenet fører matveis opp til anretningen. I forbindelse med bygningen er der en sjelden prektig liggehall, inndelt i rum for 2 og 2. En deilig veranda langs bygningens facade forhøier virkningen av det koselige inntrykk som hele hjemmet gjør (*Folkehelsen*, 1928, s. 10).

Institusjonen er plassert ca. tre kilometer fra Gibostad, som nå er et lite tettsted med matbutikk og kiosk, og tre mil fra Finnsnes. Den var en stor institusjon i sitt slag, da den i sin tid ble planlagt til over 30 pasienter. I løpet av det første året ble pasientene behandlet med kuring i frisk luft, mat og aktiviteter tilpasset den enkeltes helsetilstand. Hjemmets grunnlegger og tilsynslege var Sophus Wilhelm Bang.

Utallige bidragsytere kan tilskrives æren for at Gibostad Tuberkulosehjem ble en realitet. Så mange som 50 ulike foreninger var representert på innvielsen. Som eksempel bidro Troms krets sanitetsforeninger med kr 125 000 til byggearbeidet, andre foreninger bekostet sengene. Givernes navn kunne leses på metallskilt som hang på hver seng, slik som: ”Denne seng er git av Solstrålen. Eidsfjorden”. På et annet: ”Denne seng er git av Vangshamn syaften”. I tillegg ble brennevinsamlagets overskudd benyttet til oppføring av bygningene og til driften (Elstad & Hamran, 2006).⁵⁷

Gibostad Sanitetsforening utrustet folk som skulle til kuring både på dette tuberkulosehjemmet og andre steder. De syke fikk ulltepper, lommetørklær, sko og undertøy.

⁵⁶ Norske Kvinners Sanitetsforening (1928). *Folkehelsen* Nr. 8.

⁵⁷ Rusdrikkloven av 1927, § 33, inneholdt en bestemmelse om at selskap og samlag som omsatte alkoholholdige varer hvert år skulle ”erlegge en avgift til allmenntilgode formål”

Foreningen betalte også for enkeltpersoners kuropphold.⁵⁸ Dette viser at sanitetskvinnene var sterkt inne i bildet, selv om de ikke eide institusjonen. Offisiell eier av tuberkulosehjemmet var Troms Fylkeskommune.

Mange bygningsmessige endringer har skjedd i årenes løp. En tid var her diagnosestasjon som senere ble flyttet til Finnsnes. Her var likhus som ble ombygget til garasje. I likhuset la man også døde fra andre steder i bygda. Her finnes arkitekttegninger fra 1955 for betjeningsbolig som ble oppført i 1964.⁵⁹ Før betjeningsboligen ble bygget bodde ansatte på loftet – i tredje etasje. Betjeningsboligen ble senere brukt som botreningsavdeling, og fikk navnet ”rehaben”. Kurhallen ble revet på denne tiden.

En tidligere pleier fortalte at da hun startet i 1959, var det i hovedsak tre pasienter på hvert rom. På to-tre større rom bodde det seks pasienter, og et stort rom huset hele syv barn. Hun fortalte at pasientene hadde mye moro seg imellom, og at sanitetsforeningen, musikkforeningen og sangkoret ofte sang og underholdt.

4.2.2 Overgangsperioden

I 1964 ble institusjonen omgjort til psykiatrisk sykehjem. Men fortsatt bodde to tuberkulosepasienter på stedet fordi de ikke hadde noe annet sted å være. I styremøteprotokoller fra denne tiden finnes vedtak som sier at en ansatt er gitt tillatelse til å bo utenfor anstalten. Denne søknaden ble anbefalt av tilsynslegen, dr. Jordheim. Her finnes også ”Instrukser for tilsatte” fra 1973, som gjaldt de som bodde på institusjonen. I § 1 heter det at alle som er tilsatt ved sykehjemmet, må tilpasse seg den ramme og den gode ånd som hjemmet skal ha innenfor sitt område. I § 7 heter det at betjeningen skal innta sine måltider i betjeningsboligens spisesal eller kjellerstue til de klokkeslett som er fastsatt i turnusplanen. Et eget skriv fra samme årstall omtaler ro i boligene. Her står det blant annet at det ikke er tillatt å ha losjerende uten særlig tillatelse. På 1960-tallet tituleres ansatte som oversøster, avdelingssøster, søster, pleier, hjelpesøster og arbeidsterapeut. I denne overgangsfasen var søster Hjørdis Thomassen bestyrer.

⁵⁸ Medlem av Gibostad Sanitetsforening, Synnøve Kaspersen, forteller dette i intervju 28.01.04.

⁵⁹ Fra C. Thune-Larsens arkitektkontor.

Tilbygget i hvit mur, fra 1978, er tegnet av arkitektene Ugland & Thorne. De lange, sammenhengende vindusrekkene har brunbeiset trebesetning i underkant. På denne tiden ble de gamle vinduene i tuberkulosehjemmet byttet ut. Den gamle bygningen fikk nye, brunbeisete vinduer.

Antallet psykiatriske pasienter var i mellomperioden nærmere 50. En tidligere pleier som begynte å arbeide i 1962, fortalte at de i arbeidsstua utførte ”knopping”, som gikk ut på å sette kroker på fiskeliner. Dette fikk pasientene lønn for. I tillegg lagde de trearbeider som ble solgt – for eksempel tiner. Og de strikket, vevde og broderte. En annen tidligere pleier husket utflyktene de hadde sammen med pasientene tidlig på 1980-tallet. De dro til Sverige, Danmark og Spania.

4.2.3 Senter for Psykisk Helse, avd. Gibostad



Senter for Psykisk Helse, avd. Gibostad 2004

Antallet døgnpasienter ble stadig redusert. Rundt 1990 hadde institusjonen 39 psykiatriske pasienter. I 2004 var her 12 døgnpasienter.

Omkring 1990 kom en ny leder til Gibostad. Hun ble ønsket velkommen av pasienter og ansatte som hadde skrevet sang til henne. Teksten er en god illustrasjon på frykten for å miste noe ved et sted som både pasienter og ansatte kjente og var fortrolige med. Samtidig har de forventninger til noe som kan bli bedre. Vi får også en presentasjon av pasienter og ansatte og et åpenbart fellesskap dem i mellom:

HVEM ER VI SOM MØTER DEG I DAG?

De som tilbringer døgnet her:

menn og kvinner

fra 39 – over 80 år, de fleste mellom 60 – 80.

de bor i to etg i hovedhuset og

6 personer bor i egne leiligheter i en sidebygning.

noen har bodd her mer enn 30 år.

ingen har bodd her i kortere tid enn 5 år.

mange ønsker fortsatt å bo her uten forandringer av noe slag.

noen ønsker å flytte til egen bolig i sin hjemmekommune – eller til Lenvik

noen er optimister, noen klager alltid.

de fleste er redd for forandringene, også om de ønsker det sterkt.

De som tilbringer en del av døgnet et annet sted:

menn og kvinner

fra litt over 20 til litt over 60, de fleste mellom 25 og 50.

vi holder til i 3. etg i hovedhuset og i en sidebygning.

enkelte har holdt til her i rundt 30 år.

noen har kommet til i den senere tiden.

noen er innoem bare for sommeren – det er alle de blideste, i tillegg til Lise Lotte, for de har snart ferie.

alle (?) ønsker fortsatt å bli her.

noen er optimister, noen klager alltid.

de fleste er redd for forandringene, også om de ønsker det sterkt.

”titlene” varierer, men det er mange (5) flere sykepleiere i dag, enn det var for ett år siden.

Felles:

her er vi vant til å greie oss med det vi har og prøve å gjøre det beste ut av det.

vi har masse stå-på-mot og humør! (selv om vi innimellom ikke tror at noe nytter.)

vi har begynt å stille krav.

vi har en enorm beundring for alle som har holdt dette ”skipet” flytende i alle disse årene.

Vi har forventninger til deg som ny sjef (vi har jo truffet flere som kjenner deg fra før!):

først og fremst er vi livredde for hva du kan finne på! (Maren har jo vært her så lenge at vi vet hvor vi har henne!)

samtidig håper vi at du skal kunne være med å påskynde og bidra til at forandringene blir bare positive for alle parter.

vi tror du kan skaffe oss alle de ressursene vi har behov for, enten det dreier seg om penger til sosial trening, ferieturer, kurs, fester, høyere lønn osv. – eller det gjelder nye stillinger eller fagfolk til å dekke disse stillingene, eller utbygging.

vi tror du skal løse alle konflikter ved hele Psykiatrisk Senter, sørge for godt samarbeide og gode arbeidsforhold på alle nivåer i organisasjonene – og også med pårørende og de 11 forskjellige kommunene vi skal forholde oss til. dette var jo ikke så mye, men vi kommer nok på noe mer etter hvert... vi regner med at du vil trenge litt tid til å sette deg inn i arbeidet her, så vi skal prøve å være tålmodige et par dager..

OG I HVERTFALL; DU ER VEL IKKE I TVIL OM AT DU ER VELKOMMEN!

(Ukjent forfatter)

Institusjonen fungerte som langtidsinstitusjon fram til begynnelsen av 1990-tallet. Da begynte utskrivelsen av beboerne som fortsatt ble karakterisert som kroniske langtidspasienter. Den planlagte utskrivelsesprosessen nevnes ikke i diktet over, men i en prosjektrapport fra 1994 med tittel ”Psykiatrisk senter i Midt-Troms” kan man lese:

Mange av pasientene har vært ved institusjonen siden den ble omgjort til psykiatrisk sykehjem i 1964. Flere av disse har ingen familie lenger, og således i praksis ingen tilhørighet til sine hjemkommuner, og vil derfor av menneskelige og praktiske hensyn måtte være på institusjonen til de dør (s. 13).

Men pasientene ble der ikke til de døde. Utskrivningsprosessen var slik sett vellykket. Hva det innebar for dem som ikke hadde noen å komme hjem til, vet vi lite om. Men ansatte mener å huske at de fleste reiste til alders- eller sykehjem. I den samme prosjektrapporten presiseres det at ved inntak skal ingen langtidspasienter få permanent plass på stedet. Institusjonen utviklet etter hvert et aktivt behandlingsmiljø som blant annet innebar tilførsel av flere fagstillinger.

I 1993 endret institusjonen navn. Det gamle tuberkulosehjemmet ble nå kalt Bo- og behandlingseenhet (BOB), og var en del av Psykiatrisk Senter for Midt-Troms. Diskusjoner i fagmiljøet gikk imidlertid ut på at å bruke ordet ”bo” i navnet var belastende for pasientene som ikke lenger skulle bo der. Navnet ble igjen endret; nå til dag- og døgnenhet. I 2003 ble barne- og ungdomspsykiatrien slått sammen med voksenpsykiatrien. Navnet er nå Senter for Psykisk Helse Midt-Troms og viser et fokus på helse i motsetning til andre sentra som i betegnelsen har fokus på psykiatri. Lokalisert på stedet finnes døgn- og dagtilbud innen psykisk helsevern for voksne. De øvrige tilbudene er plassert utenfor dette geografiske området. Stedet er innlemmet i Universitetssykehuset Nord-Norge og tilhører Helseforetak Nord. Dagens behandling er en kombinasjon av medikamentell behandling, aktiv rehabilitering, miljøterapi, gruppebehandling, fysisk aktivitet og samtaler.

Behandlingstilbudene er identiske med tilbudene i de fire andre institusjonene. Dette blir derfor ikke gjentatt i presentasjonen av de fire neste institusjonene.

På loftet i dagens DPS finnes fortsatt minner fra tidligere tider: spyttekrus i stål, hjemmelaget undersøkelsesbenk i rød skai, blåseapparat og røntgenapparat. Vaktmesteren viste fram innrammede fotografier av de fem første tilsynslegene på stedet. I tillegg finnes en eske med 19 skilt hvor man kan lese navnene på de ulike foreningene som betalte for pasientsengene. Vaktmesteren viste meg også en nål til punktering av lunger:



Lungepunkteringsnålen fra skuffen til vaktmesteren. Denne oppbevarte han sammen med skrujern og annet verktøy.

4.3 Vefsn i Nordland⁶⁰

4.3.1 Vefsn Tuberkulosehjem



Vefsn Tuberkulosehjem, ca. 1918. Kurhallen til venstre⁶¹

Vefsn Tuberkulosehjem, en toetasjes hvitmalt trevilla med skifertak, ble innviet den 23. august 1915. Vefsn tuberkulosehjem på 951 kvadratmeter gulvflate, er tegnet av arkitekt Enger.⁶², ⁶³ Institusjonen tok imot 15 pasienter som ble tatt hånd om av oversøster Aagot Hirsch og dr. Arild Fearnly. Beliggenheten er på Skjervengan i utkanten av Mosjøen, like ved Vefsnelva. Tre år etter innvielsen sto kurhallen ferdig. Videre fulgte nye utbygginger slag i slag. Det ble behov for mer plass, og et tilbygg ble innviet i 1934. I 1937 ble kurhallen

⁶⁰ Opplysningene er hentet fra: 1. Årsrapporter, rapporter til Helsedirektoratet og diverse dokumenter funnet på stedet. 2. Skriftlige dokumenter fra Vefsn museum. 3. Clausen & Myrnes (1989). *Vefsn Sanatorium 1915 – 1985*. 4. Jacobsen, K. & Nyland, K. (2002). *Vefsn sykehus 100 år 1902-2002*. 5. Vefsn sykehus (2004). Lastet ned 29.10.04 fra <http://www.vesyk.nl.no.dps2.htm>.

⁶¹ Fotografiet er utlånt fra Vefsn Museum.

⁶² Vefsn tuberkulosehjem ble på folkemunne kalt Hjemmet og Skjervengan. I 1954 ble det sanatorium.

⁶³ I dokumenter om institusjonen blir arkitekten omtalt med etternavn. I Trond M. E. Dankes bok *Norske arkitekter før 1914* er to personer omtalt med samme etternavn: Martin Oscar Enger 1880-1946 og Arne Enger 1881-1964.

forlenget. Rundt 1950 kom et nytt, stort uthus med plass til lagervarer, likhus, garasje, hønse- og grisehus, kontor for vaktmester og et arbeidsrom. På denne tiden var pasientantallet 32. Fire av dem var barn under 15 år som fikk skoleundervisning av en voksen pasient.⁶⁴ På tuberkulosehjemmet arbeidet en lege, to utdannede sykepleiersker, tre sykepleierskeelever og fem andre funksjonærer. Senere kom diagnosestasjon og nye kontorer. I kjelleren på diagnosestasjonen fikk man et arbeidsrom for menn og et rom som var kombinert bibliotek/leseværelse/peisestue. Så sent som i 1959 ble det bygd ny kurhall. På denne tiden var her plass til 41 pasienter med ulike lungelidelser.

Innkjøp som ble gjort, gir innblikk i livet på stedet. Forretningen Jessen-Hals A/S ga for eksempel i 1933 anbud på ”Dunteppe med 6 poser med stolpevegg, garantert duntett” til kr 35 pr. stk. I 1946 bevilget styret kr 10 000 til gjennomlysningsapparat. I en oversikt over nyanskaffelser ser man at i 1953 gikk institusjonen til innkjøp av 20 kurstoler for til sammen kr 2849,57. Innkjøpene illustrerer både vektlegging av diagnostisering ved hjelp av røntgen og at hvile, uansett vær og vind, var et viktig prinsipp både i 1933 og 1953.

Tuberkuloseforeningens leder, Helga Wikborg Vik (1866-1943), var en ildsjel i kampen mot tuberkulosen. Hun tilskrives æren for at tuberkulosehjemmet ble en realitet. Bygningen var oppført av de lokale tuberkuloseforeningene, og ble drevet som en stiftelse. I oppstarten hadde Nordland fylke og Vefsn herred et visst økonomisk ansvar, samtidig som de ulike kommunene betalte for sine pasienter. Ved senere utvidelser bevilget fylket restoverskuddet fra brennevinssamlaget.

Aktiviteten og interessen fra veldedige organisasjoner vises også gjennom bokgaver til institusjonens bibliotek. I 1948 overrakte for eksempel Hattfjelldal Pinsemenighet boka *Georg Müller: En bønnens mann*. Foran i boka finnes en hilsen fra menigheten med ønske om en velsignet jul til tuberkulosehjemmets pasienter og personale.

I ”Opgave over behandlingen i 1949”, skrevet av dr. Jens Batt, er det nedtegnet hvilke kirurgiske inngrep som ble utført på pasientene. Her finnes også en oversikt over ulike medikamenter brukt i behandlingen. Når det gjelder inngrep er det nevnt pneumothorax og tapninger fra pleura. Det er også oppført at streptomycin ble anvendt 983 ganger på 23

⁶⁴ Rapport fra Vefsn Sanatorium 15.01.54 til Sosialdepartementet.

pasienter, mens P.A.S. ble brukt hele 30856 ganger på 32 pasienter.⁶⁵ I en tilsvarende oppgave fra 1953 ser man at 11 menn og sju kvinner fikk innlagt pneumothorax, og 257 menn og 179 kvinner fikk påfyllninger. Dette viser fortsatt stor aktivitet på kirurgiens område, til tross for de nye medikamentene. Vefsn Tuberkulosehjem endret i 1954 navn til Vefsn Sanatorium. Bakgrunnen for navneendringen var at de behandlingsmessige tilbudene hadde endret seg i tråd med den behandling som foregikk ved sanatoriene i Norge.

I årsrapporten fra 1954 finner vi også eksempler på underholdning som filmaftener, musikkaftener, kåseri og foredrag. Her kan vi også lese at: "Pasientene har egen radiogramfon som ble benyttet til utsendelse av ønskeplater." Sendetiden var ca. fem timer pr. uke. Anlegget ble betjent av en pasient med "arbeidskur." De omtalte arbeidskurene resulterte dette året også blant annet i 200 portemoneer og 150 seddelbøker utført av mannlige pasienter; mens kvinnene eksempelvis strikket 25 lusekofter, 60 grytekluter og 35 par fingervanter.

4.3.2 Overgangsperioden

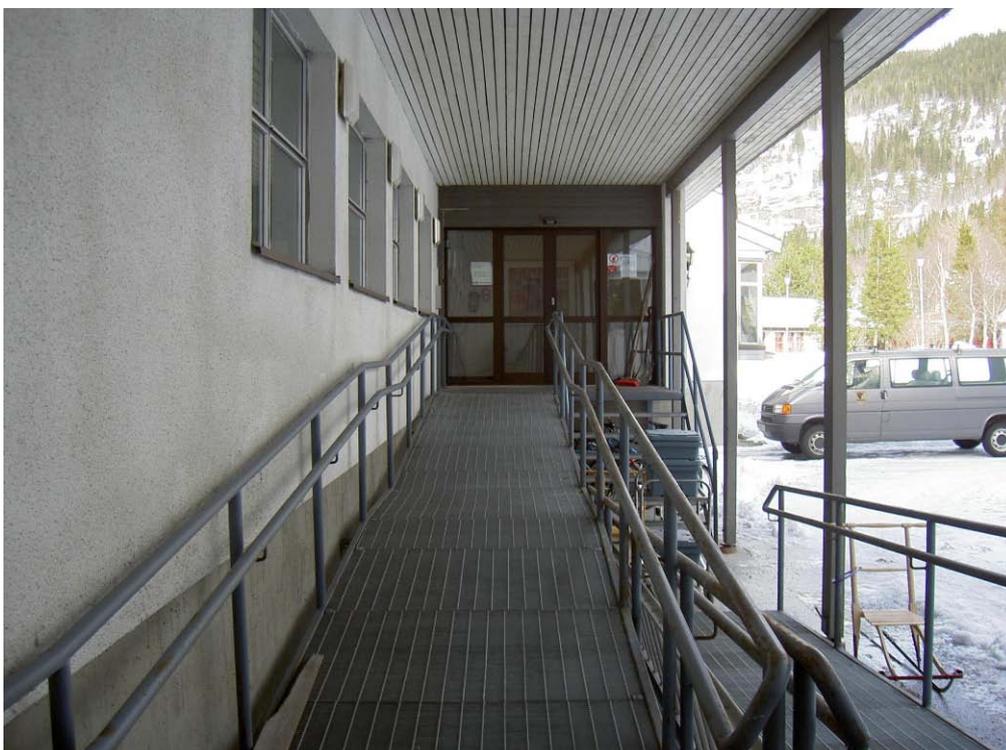
I 1965 hadde institusjonen 67 pasienter med ulike lungesykdommer og psykiske lidelser. I årsrapporten leses følgende: "48 sengeliggende og 19 oppegående. En del trenger daglig pass på grunn av åreforkalkning og sinnssykdom." Men så sent som i 1968 ba Sosialdepartementet i brev datert 16. november, institusjonen telle sine tuberkulosepasienter. Dette indikerer at det fortsatt var noen igjen i institusjonen. Ni år senere huset stedet 70 pasienter som beskrives som en blanding av psykiatriske og vanlige sykehjemspasienter. I 1981 ble stedet definert som psykiatrisk sykehjem hvor det nå bodde 26 mennesker på institusjonen.

⁶⁵ Streptomycin og P.A.S (Paraaminosalicylsyre) er medikamenter brukt i bekjempelsen av tuberkulose fra omkring 1950.

4.3.3 Distriktpsikiatrisk senter, Skjervengan



Tilbygget fra 1989 hvor døgnavdelingen er plassert



Inngangspartiet til døgnavdelingen 2004

Arkitektfirmaet M.N.A.L. Nils Toft tegnet et nytt tilbygg i 1989. I brev fra Fylkeslegen datert 6. mai 1983 til arkitektfirmaet sies det at det særlig er lagt vekt på at det må være en klar

atskillelse mellom rommene for pleiepasientene og de ”lette” pasientene. Dette viser de første tegn til en økt findeling av psykisk lidende mennesker. Nybygget ble oppført rundt 1989 og institusjonens totale areal er nå på 4750 kvadratmeter. Det er en enetasjes murbygning som fra forsiden er helt skjult av det opprinnelige tuberkulosehjemmet. Inngangspartiet er hvitmalt, resten er i teglstein. I disse årene overtok Nordland fylkeskommune driftsansvaret. I 1990 ble stedet distriktpsikiatrisk senter som en avdeling under Vefsn sykehus. I det eldste bygget kom polikliniske tilbud for barn og voksne. I nyere bygninger på området fikk man bokollektiv med fire pasienter, seks vernede boliger, samt døgnavdeling for 15 pasienter. Døgnavdelingen holder til i nybygget, men benytter den gamle finstua og kantinen i gamlebygget. I 2004 gir den allmennpsykiatriske døgnavdelingen tilbud til mennesker med psykiske problemer som befinner seg i en livskrise. Her finnes også et psykiatrisk dagsenter som ikke driver behandling, men legger vekt på aktiviteter og sosialt samvær. Dagsenteret tar imot alle som ønsker å være der. Institusjonen er en del av Helgelandssykehuset og tilhører Helseforetak Nord.

Stedet har beholdt stua fra tuberkulosestiden med møbler fra tidligere pasienter. På dagsenteret har de tatt vare på en gammel symaskin og pusset opp stoler og skap fra sanatorietiden. Vefsn Museum har spytteflasker og blåseapparat fra Vefsn Sanatorium. I kjelleren finnes fortsatt barnebekken som tegn på at også barn har vært innlagt her.



Finstua ca. 1960⁶⁶



Finstua 2004

⁶⁶ Fotografiet er utlånt fra Vefsn Museum

4.4 Bjørkelid⁶⁷

4.4.1 Bjørkelid Tuberkuloseheim på Voss



Bjørkelid Tuberkuloseheim i 1930 med dr. Birger Lærum senior og medisinerstudent Birger Lærum junior sammen med styrerinne Ranveig Skjeldal.⁶⁸

I 1904 ferdigstilte byggmester Daniel Christensen Bjørkelid Tuberkulosehjem. Det hvitmalt sveitserhuset, som har verandaer og skifertak, ligger forholdsvis nær Voss sentrum. I nærheten, men litt mer oppe i høyden, finner vi en kurhall. Også denne er i tre og hvitmalt. Ved åpningen hadde tuberkulosehjemmet plass til 12 pasienter. Personalet bodde på loftet. I 1946 hadde pasientantallet fordoblet seg.

⁶⁷ Opplysningene er hentet fra: 1. Norske Kvinners Sanitetsforening (1970 og 1971). *Folkehelsen* 55(10) og 56(5). 2. Gamalt frå Voss: *Lækjærar på Voss i eldre tid*. Av Birger og Ole Didrik Lærum. 3. Gamalt frå Voss: *Minne frå lækjarpraksis og helsestell*. Av Birger Lærum. 4. Hordaland blad (2004). *Dødens venterom*. Av Nils Kvamsdal. Samtaler med Ole Didrik Lærum våren 2004. 5. Norske kvinners sanitetsforening, Lastet ned 29.10.04 fra <http://www.bjorkeli.no/omoss.html>. 6. Skriftlig materiale fra Bygningsrådet på Voss. 7. Norske Kvinners Sanitetsforening (1998). *Jubileumsskrift. Bjørkeli Voss Psykiatriske Senter 25 år 1973-1998*. 8. Norske Kvinners sanitetsforening: Årsmeldingene 1992-2002. Helse Vest, Lastet ned 29.10.04 fra <http://www.helse-vest.no/sw1232.asp>.

⁶⁸ Bildet er utlånt av dr. Ole Didrik Lærum.

Initiativtaker til opprettelsen av "Tæringsheimen" var dr. Halvor Gjestland som det er reist en bauta av i hagen utenfor hjemmet.⁶⁹ Senere hadde blant annet to generasjoner Lærum det medisinske ansvaret. Birger Lærum d. y. fortsatte som tilsynslege fram til 1972, altså etter at tuberkulosehjemmet hadde endret sitt pasientbelegg. Han så tidlig at tuberkulosepasienter lett kunne bli sosiale kasus etter utskrivelse fra institusjonen. Derfor satte han i gang arbeidstrening i samarbeid med attføringsinstituttet i Bergen. Dette foregikk i verkstedbygningen. Verkstedet er også bygd i tre. Birger Lærum skriver i 1956 til kommunens bygningsråd:

I Bjørkeli er plass for 39 pasienter med lungetuberkulose. Foruten den medisinske behandling under oppholdet, må det sørges for sysselsetting og arbeidstrening så de, når deres sykdom er helbredet, igjen er skikket til å oppta plass i arbeidslivet. Opplegget i denne verkstedbygningen er utarbeidet i samarbeid med fylkeslegen i Hordaland og på grunnlag av en samlet plan for attføring av tuberkulose i Hordaland.

Men ved åpningen i 1904 fantes ingen behandling. Pasientene som ble innlagt på den tiden, fikk utdelt hver sin bibel med beskjed om at håpet fantes i det skrevne ord.

Bjørkelid Tuberkuloseheim ble bygget av midler fra Hordaland krets av Norske Kvinners Sanitetsforening og fra ølsamlaget.⁷⁰ Hjemmet var opprinnelig en stiftelse.

4.4.2 Overgangsperioden

Før stedet begynte å huse psykisk lidende mennesker, fungerte det under krigen som militærpsykiatri. Senere, fra tidlig på 1970-tallet, ble det sykehjem for senil demente. I en overgangsperiode var senil demente pasienter der sammen med psykiatriske pasienter. Først i 2000 ble de siste plassene for aldersdemente nedlagt. Overgangen til psykiatrisk institusjon skjedde offisielt den 12. oktober 1973. Arkitektene Tvilde og Mossige tegnet nybygget på 2500 kvadratmeter. Dette bygget ligger tett opp til gamlebygget, men fremstår i en annen drakt. Det er et tre etasjers hvitt murbygg, hvor det vertikalt mellom vinduene er brunbeiset tre. På den ene endeveggen er her store verandaer i tilknytning til hver etasje. Her flyttet 52 psykiatriske langtidspasienter inn. Nybygget fikk navnet Bjørkeli I. Bjørkeli II er det gamle tuberkulosehjemmet hvor det var plass til 30 pasienter. Til sammen hadde Bjørkeli sjukeheim

⁶⁹ Bjørkelid Tuberkuloseheim hadde mange navn. Det ble blant annet kalt tæringsheim, pleieheim, Voss pleieheim for tuberkulose og Bjørkeli Sjukehus.

⁷⁰ Rusdrikkloven av 1927, § 33 gjaldt også ølsalg.

nå 82 innlagte. Initiativtakere til et nybygg for psykiatriske pasienter var sanitetskvinnene Berta Dolve, Alfild Kvamme og Goro Lærum. Fotografier av disse kvinnene henger i dag i vestibylen i nybygget. Hordaland krets av Norske Kvinners Sanitetsforening hadde allerede overtatt som eiere rundt 1970, og de inngikk samtidig driftsavtale med Hordaland Fylkeskommune.

I 1998 var ”nye” Bjørkeli 25 år. I et jubileumsskrift, utgitt av Norske Kvinners Sanitetsforening, forteller tre veteraner blant de tidligere ansatte om institusjonen i overgangsperioden. De er blant annet blitt kritiske til å samle pasienter med ulike diagnoser på sammen avdeling:

I byrjinga var det heller lite differensiering av pasientane, så det var mange ulike pasientgrupper samla på ein stad. Det var fleire pasientar på kvart rom, så plassen var liten og sengene dårlege å håndtere.

De forteller om 12 timers nattevakt med stellerunder på 1-2 timer. Engangsbleier og hansker ble ikke brukt. På badedagene var det rengjøring av pasienter på løpende bånd. Veteranene beskriver også bruk av belter, tvangsmating, tvangsmedisinering og stort medisinforbruk.

4.4.3 Bjørkeli Voss Psykiatriske senter



Bjørkeli Voss Psykiatriske senter, 2004

I jubileumsskriftet fra 1998 vises det til stedets endringsprosesser. Her finnes et dikt om et gammelt rom som lenge hadde stått tomt og nå var i ferd med å bli pusset opp. På den ene siden personifiseres rommet, på den andre siden viser diktet hvordan ansatte påvirker det bygde:

Det sto der så grått og venta
Før Sigur'en verktøyet henta
Spikar for døra som skulle bli vegg
Og Aslak han tape rundt kanalane legg.
Pussar og tørkar, få flatene glatt
Med målekosten er det no å ta fatt.
Masse flott maling i ein liters spann
Fra Tvilden til "venterommet" vegen fann.

Rulla kom fram og fargen seg sette
På veggen som no kom heilt til sin rette
Rommet blei så forandra med eitt
Maling rann og Aslak så sveitt.
Varm og lun den nye kulør
Som slo seg ned mellom vindu og dør
Dette blir ei fin lita stove
Vera her saman og ikkje "sove".
(ukjent forfatter)

Bygningsmessige endringer skjedde altså i denne perioden. Diagnosestasjonen, eller røntgenbygget som det også kalles, ble omgjort blant annet til fem botreningsleiligheter i 1993. Den gamle tuberkuloseheimen ble på samme tid endret til aktivitetsavdeling, og tilbød ulike aktiviteter som håndarbeid, snekring og data. Utegruppa her hadde, og har fortsatt, tilbud om svømming, skiturer gymnastikk og trimturer. En gang i uka drives det kafé.

Den psykiatriske institusjonens navn har også vært gjenstand for endringer. I 1991 het stedet "Bjørkeli, Voss Psykiatriske Senter". I 1992 var navnet "Bjørkeli – Fristed for Pasienter med Psykiske Lidelser". Begrunnelsen for navneskiftet kan leses i årsmeldingen for 1992:

Vi ønsket å endre navn på institusjonen for å markere endringene som hadde skjedd. Fristed er et sted der mennesker med psykiske lidelser kan få et pusterom og bli tatt vare på i en kritisk fase av livet – for kortere eller lengre tid.

Allerede året etter ble den offisielle betegnelsen "Psykiatrisk institusjon ved Voss Psykiatriske Senter". Hvorfor dette navnbyttet skjedde så fort er ikke nevnt, men det kan tenkes at de også på denne institusjonen ville bruke en nasjonal betegnelse. Bjørkeli er i dag en del av et psykiatrisk senter hvor det polikliniske tilbudet er lokalisert utenfor denne institusjonen. Bjørkeli Voss psykiatriske senter inngår i Helseforetak Vest. Institusjonen har nå to avdelinger med til sammen 22 pasienter. Den ene avdelingen er for pasienter med angst- og depresjonsproblematikk, den andre har tilbud til pasienter med psykose.

Kurhallen ble rehabilitert omkring 1990 i regi av fylkeskonservatoren etter initiativ fra Birger Lærum d.y. Slik er den blitt bevart og omgjort til et lite tuberkulosemuseum under Voss Folkemuseum. På veggene finnes fotografier fra Bjørkelid og andre tuberkuloseinstitusjoner. Dette gir et godt, historisk innblikk i tuberkulosestiden. I tillegg er her utstilt kursenger, kurposer og dr. Dettweilers spytteflaske. En gammel sveivegrammofon står plassert ved en av

sengene. Legens kontor er gjenskapt og innredet med både røntgenapparat og annet medisinsk utstyr.



Kurhallen (2004) med en del av det tidligere kapellet foran.

4.5 Preståsen⁷¹

4.5.1 Preståsen Tuberkulosehjem



Preståsen Tuberkulosehjem, ca. 1935, med kurhallen til venstre⁷²

Den 27. september 1930 skrev *Sandefjords Blad* følgende: ”Preståsen Tuberkulosehjem er planlagt mer i sanatoriestilen”.⁷³ Dagen etter ble ”hjemmet” innviet. Avisen fortsatte: ”[...] og hjemmet lå der omgitt av trær, nymalt og velstelt [...]”. Videre siteres dr. Norum som var stedets lege:

Det hjelper imidlertid lite hvis ikke pasientene selv vil bli friske. Der må vises gjensidig tillit og kjærlighet. Vi vil derfor arbeide i kjærlighetens ånd og de syke vil ikke bli behandlet bare som pasienter, men som mennesker [...]. Og hvorfor de [sanitetskvinnene] har påtatt seg dette veldige arbeidet? Jo, av kjærlighet til de syke. Jeg har oppfattet dette arbeidet som et fredelig arbeide for fedrelandskjærligheten [...]. Håpet er at hjemmet skal bli til gagn for de sykes kropp og sjel (*Sandefjords Blad*, 28. september 1930).

Legen understreker pasientenes egen innsats, sammen med nestekjærligheten til de ansatte, som avgjørende i behandlingsprosessen. På stedet skulle de 30 pasientene behandles med

⁷¹ Opplysningene om institusjonen er hentet fra: 1. Ulike artikler fra *Sandefjords blad* fra 1958-2003, Søndre Vestfold DPS’ hjemmeside på internett: http://www.piv.no/filer/inter_svdps.html. 2. Fylkesarkivet i Vestfold. 3. Samtale med leder Aslaug Ellefsen i Sandefjord Sanitetsforening våren 2004. 4. Norske Kvinners Sanitetsforening (1996). *Norske Kvinners Sanitetsforening 100 år*. 5. Informasjonsbrosjyrer og foldere om institusjonen.

⁷² Fotografiet er utlånt fra Sandefjord Sanitetsforening

⁷³ Med dette viser *Sandefjord Blad* på bakgrunn av intervju med overlegen, at pasientene skal få behandling, og ikke bare et sted å være til de dør.

luftekur, hvilekur, bevegelseskur og ernæringskur. Allerede året etter åpningen steg pasienttallet til 40.

Denne hvitmalte trebygningen, som i likhet med Gibostad tuberkulosehjem ble tegnet av arkitekt Lilla Hansen, har en grunnflate på 390 kvadratmeter i tre etasjer.

Tuberkulosehjemmet ligger på Preståsen i utkanten av Sandefjord sentrum med utsikt over byen. Tomta på litt over åtte mål, er utgått fra gården Gogstad.

Institusjonen ble oppført med bidrag fra distriktets sanitets- og tuberkuloseforeninger, Forsvarsfondet, Riksforeningen, Vestfold Fylke og Sandefjord og Sandherred kommuner. To engasjerte og aktive sanitetskvinner kan nevnes i forbindelse med planlegging og drift av tuberkulosehjemmet, Erica Zimmermann og Elvira Bonde (omtales også som fru Prost Bonde). I 1957 opphørte virksomheten som tuberkuloseinstitusjon, og de siste 12 pasientene ble overført til Rove Tuberkulosehjem.

4.5.2 Overgangsperioden

På bakgrunn av tegninger fra arkitektfirmaet Midttun & Skottun ble stedet ombygget. Den 18. juni 1959 var det klart til å ta imot 30 kvinner med senil demens. Stedets navn ble nå Preståsen psykiatriske sykehjem for senil demente kvinner. *Sandefjords Blad* var igjen tilstede ved innvielsen og siterte fra åpningstalen til dr. Gustav Amli. Han hadde vært lege ved Preståsen Tuberkulosehjem siden midten av 1930-tallet: ”Måtte den gode ånd som har hersket her på Preståsen og som har festnet seg i veggene, aldri gå ut.” (*Sandefjords Blad*, 19. juni 1959).

Legen hadde tro på at det satt noe i veggene, og navnga flere personer som har ”bygget den gode ånd” Videre i avisartikkelen kan man lese at det nå er vaskeservanter på alle rommene, og at det er malt og hengt opp gardiner. Det står også at rominndelingen er betydelig forandret:

I første etasje er der plass til 8 pasienter i de to firesengsrommene. I tillegg to isolater med plass til to i hvert rom. I tredje etasje som er for betjeningen er der foruten seks betjeningsrom, bestyrerinnens hybelleilighet, tekjøkken, fellesstue, vaskerom med bad og toaletter (*Sandefjords Blad*, 19. juni 1959).

Etter hvert ble de senil demente kvinnene overført til sine hjemkommuner. Institusjonen fortsatte som sykehjem for psykiatriske pasienter. Norske Kvinners Sanitetsforening var eiere og drev institusjonen fram til 1979. Da overtok fylkeskommunen driftsansvaret mens Sanitetsforeningen fortsatt var eier.

4.5.3 Søndre Vestfold DPS, Sandefjord



Søndre Vestfold DPS (ca. 1995) med ett av de to nybyggene til høyre⁷⁴

Etter en periode med psykiatriske langtidspasienter fikk stedet i 1989 navnet ”psykiatrisk senter”. Samtidig begynte planleggingen av flere bygningsmessige endringer. Den gamle hovedbygningen ble totalrenovert innvendig. To nye bygninger ble plassert på hver side av hovedbygningen. Resultatet ble omtalt som utradisjonelt i psykiatrisk behandlingssammenheng, sannsynligvis fordi utvidelsen besto av to atskilte enheter som gjorde det mulig å skille og differensiere ulike pasientgrupper. Nybyggene har to etasjer med fem pasienter i hver av etasjene. I sentrum av byggene er fellesarealer som kjøkken, oppholdsrom, kontorer og vaktrom. Under innvielsen av dette ”nye” stedet kan man lese om beliggenhet og ønske om holdningsendring:

Preståsen Psykiatriske Senter ligger innpakket i naturskjønne omgivelser. Omkranset av store trær med høstgule blader står hovedbygningen og skinner i den lave høstsolen [...]. Nå vil senteret slå opp dørene, bryte ut og fjerne alt av gamle myter om mystikk

⁷⁴ Fotografiet er utlånt fra Sandefjord Sanitetsforening

og hemmelighetskremmeri. Senteret vil bli alminneliggjort, utadvendt og ønsker å ta i mot publikum på en helt annen måte enn tidligere (*Sandefjords Blad*, 22. oktober 1994).

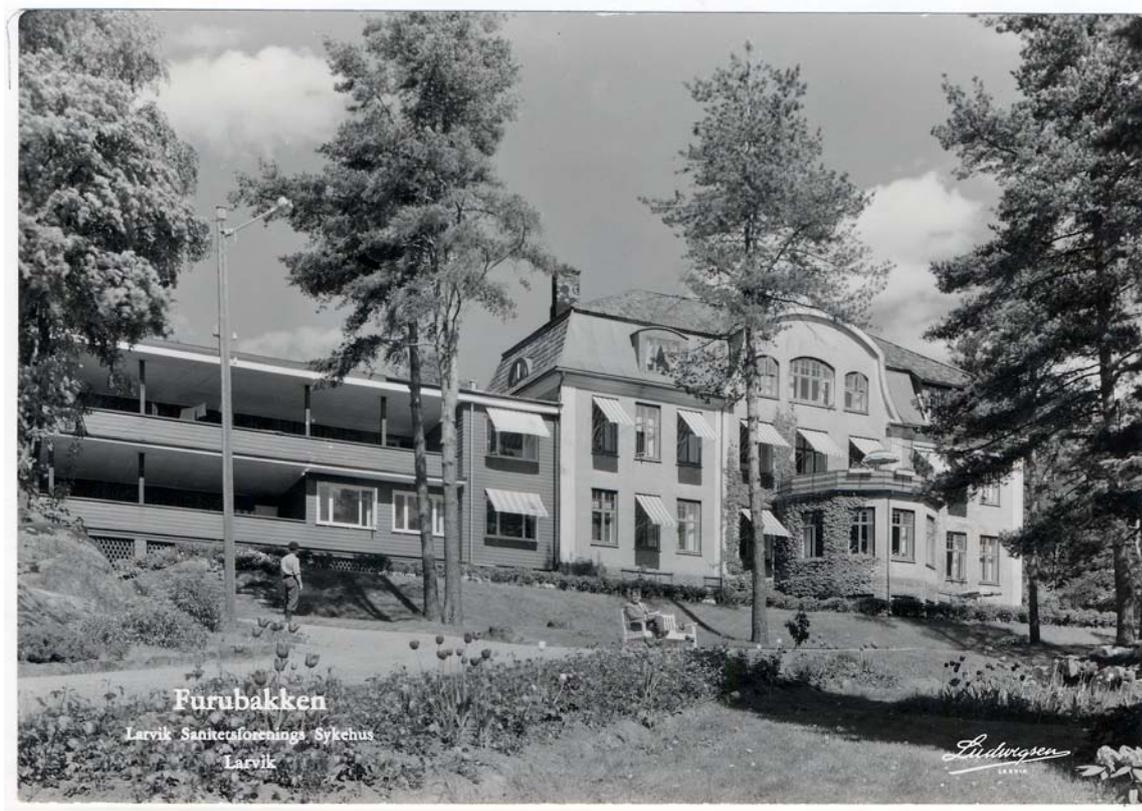
Å bryte fordommer og fremme åpenhet er i tråd med *St. Meld. 25* som fremmer forslag om åpenhet og helhet innen hele behandlingsskjeden i psykisk helsearbeid. I 2000 inngikk Preståsen i Søndre Vestfold DPS sammen med to andre distriktpsikiatriske sentra i fylket (blant annet Furubakken som omtales i neste kapittel) i Helseforetak Sør.⁷⁵ Selve stedet huser nå psykiatrisk poliklinikk, rehabiliteringspoliklinikk, dagbehandlingsenhet og døgnbehandlingsenhet for psykose-/schizofreniproblematikk. I 1984 hadde institusjonen 42 psykiatriske pasienter. I 2004 er 20 pasienter på korttidsopphold i døgnbehandlingsenheten, og stedet har 26 stillinger.

Rester fra tuberkuloseperiodens interiør finnes i den nåværende kantine som består av to rom; den tidligere spisesalen og den tidligere dagligstua. Her finnes gamle malerier på veggene samt noen få møbler.

⁷⁵ Helse Sør er fra 2007 slått sammen med Helse Øst og den nye betegnelsen er Helse Sør-Øst.

4.6 Furubakken⁷⁶

4.6.1 Furubakken Tuberkulosehjem



Furubakken Tuberkulosehjem (ca. 1930) med kurhallen til venstre⁷⁷

Furubakken Tuberkulosehjem – en stor, hvitmalt murbygning i jugendstil sto ferdig den 4. juli 1917. Her flyttet 22 tuberkulosepasienter inn. Bestyrerinnen på den tiden var Kathrine Bentzen. Beliggenheten er omtrent en kilometer fra Larvik sentrum. Tomten var en gave fra godseier Treschow og frue. Tuberkulosehjemmet ble ved innvielsen også kalt B-sykehus for tuberkulose, mens den offisielle betegnelsen i 1933 var Larvik Sanitetsforenings tuberkulosehjem. På denne tiden var 30 pasienter innlagt.

⁷⁶ Opplysningene er hentet fra: 1. Søndre Vestfold DPS' hjemmeside: http://www.piv.no/filer/inter_svdps.html, 2. Fylkesarkivet i Vestfold, 3. Avisartikler fra Østlandsposten 1970 og 1992. Sistnevnte artikkel er skrevet av Eli Evensen. 4. Diverse dokumenter fra Larvik Sanitetsforening. 5. Opplysninger fra informasjonsbrosjyren til Psykiatrien i Vestfold, Søndre Vestfold DPS om behandlingstilbud pr mars 2004.

⁷⁷ Utlånt av Larvik Sanitetsforening

4.6.2 Overgangsperioden

I *Østlandsposten* 7. november 1992 står følgende:

Riktignok er Furubakken privilegert i forhold til mange andre fylkeskommunale anlegg. Larvik Sanitetsforening er årsaken. Foreningen står fortsatt som eier av stedet. Første del ble bygget i 1918, for tuberkuløse.⁷⁸ Fra 50-tallet ble Furubakken B-sykehus. Midt på 60-tallet ble det bygget ny avdeling. Furubakken har også vært etterbehandlingssted i samarbeid med kysthospitalet, og da det i begynnelsen på 70-tallet ble mye fokusering på aldersdemens, var sanitetsforeningen igjen tidlig ute og etablerte et psykiatrisk sykehjem (*Østlandsposten*, 7. november 1992).

I mars 1974 sto et nybygg ferdig. Stedet hadde nå plass til 40 senil demente pasienter. Nybygget ble tegnet av arkitekt Arne Bruun-Trulsen. Bygningen er i to etasjer i rød teglstein med hvite markeringer under vinduene. I en periode var stedet både en institusjon for somatiske og psykiatriske/senil demente pasienter. På slutten av 1970-tallet ble Furubakken etablert som en langtidsinstitusjon for psykisk lidende mennesker, blant annet for å ta imot pasienter fra distriktet som hadde vært på Lier sykehus ved Drammen.

4.6.3 Søndre Vestfold DPS, Larvik



Nybygget fra 1974

I 2000 ble Furubakken innlemmet i Søndre Vestfold DPS, sammen med to andre distriktpsikiatriske sentra i fylket (blant annet Preståsen som ble omtalt i forrige kapittel), en del av Helseforetak Sør. Aktivitetsavdelingen ble nedlagt og aktivtørene overflyttet til

⁷⁸ I andre dokumenter er innvielsesåret 1917

døgnpostene. Selve stedet rommer nå psykiatrisk poliklinikk, rehabiliteringspoliklinikk og to døgnbehandlingssenheter plassert i nybygget. Post C gir tilbud til 13 mennesker i psykisk krise. Post D er for pasienter med psykose-/schizofreniproblematikk. Både Post C og D samarbeider med pårørende, fylkesdekkende avdelinger, øvrige enheter i avdelingen, primærhelsetjenesten og andre tilbud i kommunen.

I kjelleren på nybygget finnes ulike plakater som tidligere har hengt på veggene i det gamle bygget. På en kan man lese:

Gå stille, tal lavt.

På en annen: *Besøkende utenom visittiden må
henvende seg til søstrene*

På en tredje: *Furubakken sykehus
Visittid kl. 14.30-15.30*

Plakatene viser til regulering av både av atferd og av besøk av familie og venner. De illustrerer tidligere behandlingssideologiers forestillinger om nødvendigheten av en regelmessig livsførsel og ro og hvile.

4.7 Fem ulike institusjoner med mye felles

Etableringen av de fem institusjonene skjedde i perioden 1904-1930. Tuberkulosen avtok, men det meldte seg nye behov. Pasienter med senil demens og psykiske lidelser ”erstattet” tuberkulosepasientene, og skiftende forestillinger om behandling og pleie nedfelte seg også i disse stedenes materialitet og behandlingsopplegg.

Alle institusjonene har et fellesskap i sine mangetydige språk både når det gjelder utforming og materialvalg. Utspring og buer har fått følge av rette linjer uten dekor, og trevirke har fått følge av stein og betong.

De ulike periodene navngir institusjonene ulikt. Opprinnelig var stedene ”hjem”, nå er de alle ”sentra”. I overgangsperioden ble stedsnavnene gjenstand for debatt og hadde ikke felles betegnelser, slik det var i oppstarten og slik det er i dag. Diskusjoner om stedenes navn kan

tyde på usikkerhet i forhold til hva som egentlig skulle foregå der. Skulle navnet uttrykke ro og hvile eller mer aktive behandlingsformer? På Gibostad har det vært diskusjoner om å bruke ordet "bo" i navnet kunne være belastende for pasienter, som nå skulle ha korttidsopphold. På Bjørkelid ønsket de å uttrykke sin ideologi med å benytte ordet "fristed", men gikk bort fra dette etter kort tid. Den samme usikkerhet kan man finne igjen i stedenes årsrapporter. Skal man drive pleie, omsorg eller aktiv behandling – eller en kombinasjon? Statlige føringer i dag navngir aktiviteten i DPS'ene som "aktiv behandling", og denne betegnelsen erstatter pleie- og omsorgsbegrepene i de fleste presentasjoner av de psykiatriske tilbudene.

Stedene har også mye til felles når det gjelder pasienter og ansatte. Da kommunehelsesloven av 1984 fastslo at langtidspatientene var kommunenes ansvar, tok institusjonene imot psykiatriske pasienter i poliklinikken eller på korttidsopphold i døgnavdelinger. Frem til i dag har pasientene i stor grad bodd i institusjonene. Nå er de blitt brukere som bor i sine egne hjem, men som fra tid til annen benytter seg av tilbudene som finnes i DPS'ene.

Ulike pasientgrupper synes å ha behov for ansatte med ulik fagbakgrunn. De fleste ansatte i tuberkulosehjemmene hadde lite utdanning, og frivillige organisasjoner var på denne tiden sterkt representert. I dag er de frivillige organisasjonene borte, institusjonene drives i offentlig regi og det satses på ansatte med høy faglig kompetanse. Men utviklingen viser ikke klare brudd. Så vel pasienter som personell har hele tiden overlappet hverandre i den forstand at tuberkulosepasienter har vært sammen med psykisk lidende mennesker. Mens ansatte med kort utdanning har fortsatt fordi det ikke har vært nok personer med høy fagkompetanse til å erstatte disse, eller fordi de har gått over i andre stillinger i institusjonen. Hele tiden har bygningene ment for tuberkulose vært rammen omkring omsorg og behandling, selv om disse etter hvert har fått påbygg eller tilbygg. I alle fem institusjonene med sine materielle tvetydigheter, oppholder forskjellige pasienter og ansatte seg. Hvordan institusjonene erfares, blir presentert i neste kapittel.

5 TILSTEDEVÆRELSEN



Fra dagligstua i en av døgnavdelingene.

Stua på bildet har olivengrønne skinnmøbler og reproduksjoner av kjente 1800-talls kunstnere på veggene. Det er teppe på gulvet, stearinlys i lysestakene og fruktfat. I denne stua fant pasientene seg til rette. Mange pasienter fortalte at det var godt å *komme innenfor* når de følte seg *utenfor*. En ung mann uttrykte at da han kom, var han ”utenfor seg selv”. I stua, i fellesskap med medpasienter og personalet, fikk han hjelp til å komme ”på plass”. De materielle omgivelsene alene hadde liten betydning, sa han: ”Menneskene betyr mer, og det er sosialt samvær som må til for å bli frisk”. I stua ble også personalet personlige, de ble ”menneskelige” sa en annen pasient. Da fortalte de om seg selv og lyttet til pasientene. Dette ble beskrevet som ”å bli tatt inn”.

Selv trivdes jeg godt i disse rommene. Det overrasket meg, fordi jeg synes oppholdsrommene i de ulike institusjonene var upersonlige. De hadde en innredning som minnet meg om det vi ser i møbelkataloger, og så vel møblene som gjenstandene var svært forskjellige fra hva jeg selv ville valgt. På den ene siden kan dette handle om smak og behag. Pasientene finner seg kanskje til rette fordi de liker innredningen. Eller de føler seg ”tatt inn” i noe som kan oppfattes som en felles materialitet i det norske samfunnet, noe som skaper en god ramme for sosialt samvær basert på likeverdighet. På den andre siden kan materialiteten alene ha liten betydning. Om atmosfæren i stua hadde vært preget av manglende samhold og ansatte som var upersonlige, ville kanskje oppholdsrommene blitt erfart annerledes. Først når menneskene inntar rommene vil tingene få verdi avhengig av hvem disse menneskene er. Men det kan kanskje også være motsatt.

I dette kapitlet presenteres pasientenes og ansattes beskrivelser av institusjonene relatert til hovedtemaene og undertemaene (om hvordan jeg kom fram til disse temaene se kapittel 3.4).⁷⁹

Det er mange motsigelser mellom pasientenes opplevelser av gode steder å være når de har det vanskelig, de ansattes meninger om pasientenes beste og de føringer for praksis som legges fra sentralt hold innen psykisk helsearbeid. *Opptrappingsplanens* intensjon om mest mulig poliklinisk behandling i nærheten av de lidendes egne hjem, står i klar motsetning til pasientenes bestemte meninger om at det er godt å komme bort fra hjemmene sine når de får det vanskelig. Det første hovedtemaet er derfor:

⁷⁹Når jeg henviser til pasienter, ansatte eller egne observasjoner, er det den skrevne teksten jeg tar utgangspunkt i.

1. *Å komme bort for å få det bedre*

Pasientene opplevde å være plassert utenfor nabolaget, de plasserte seg selv utenfor og hadde en indre opplevelse av å være *utenfor steder*. Derfor ble hjemmesituasjonen fremmed og vanskelig å håndtere. En psykiatrisk institusjon fikk betydning som en kontrast til den problematiske verden *der ute*. De foretrakk steder som var plassert borte fra nærmiljøet, men som samtidig hadde bygninger som var tilpasset syke mennesker. Følgende undertemaer ble konkretisert:

- *Å være utenfor i nærmiljøet*
- *Å være utenfor i forhold til seg selv*
- *Beliggenhetens betydning*⁸⁰
- *Bygningens betydning*

Pasienter og ansatte hadde ulike meninger om betydningen av det hjemlige. Pasientene ønsket institusjoner med et hjemmelig preg. Ansatte mente at det hjemlige ville bidra til å forlenge institusjonsoppholdet. Det andre hovedtemaet ble:

2. *Å føle seg hjemme på vei hjem*

Det hjemlige handlet både om det hverdagslige samværet menneskene i mellom, og om rom som førte pasienter og ansatte tettere sammen. På samme tid som vaktrommet bidro til å skille de to gruppene fra hverandre, ble det forbundet med et sted hvor pasientenes beste ble ivarettatt. Rommet var en selvfølgelig del av institusjonen og bidro kanskje derved til at pasientene følte seg hjemme. Jeg formulerte disse undertemaer:

- *Hverdagslig samvær*
- *Hjemmelig materialitet*
- *Vaktrommet som hjemlighetens motpol?*

Til tross for iherdige forsøk fra ledelsens side på å kvitte seg med tradisjoner fra tuberkuloseperioden, inngikk stedenes historie som en vesentlig del av dagens praksis.

⁸⁰Jeg skriver om institusjonenes beliggenhet i to betydninger: 1. Beliggenhet i landskapet. 2. I forhold til hjemmet (avstand).

Beskrivelser av livet i DPS'ene ble ofte perspektivert av hvordan det hadde vært før. På den måten ble historien en del av dagens praksis. Det tredje undertemaet ble derfor:

3. *Historien i det nye*

Materialet viser at dagens praksis var farget av så vel tradisjonsbærere som av materialiteten og behandlingssideologien fra tidligere perioder. Tuberkulosepasienter og pasienter fra overgangsperioden hadde, sammen med ansatte, blitt værende selv om institusjonene hadde fått nye oppgaver. De brakte med seg erfaringer fra tidligere. Tradisjoner ble i tillegg beskrevet som *materialisert*: noe ”satt i veggene” eller institusjonene hadde ”sjel”. Historien var også representert ved gamle gjenstander. De vekket minner og bidro til fellesskap mellom de to gruppene. Behandlingspraksiser fra tuberkuloseperioden kunne også tydelig gjenfinnes i måtene dagens pasienter ble behandlet på. Undertemaene til *Historien i det nye* er:

- *Erfaringskunnskapens plass i DPS'ene*
- *Hus med sjel*
- *Minneting*
- *Hygiene i mentalhygiene*

De foregående temaene er framkommet fordi jeg ble overrasket over så mange divergerende oppfatninger mellom pasienter og personale. Men ett karaktertrekk syntes konstant: Ingen psykiatrisk behandling uten medikamenter. Det siste hovedtemaet er derfor:

4. *De selvfølgelige medikamentene*

For pasienter og ansatte var medisineren en opplagt del av veien til et bedre liv når noen hadde fått en psykiatrisk diagnose. Medikamentene ga håp. De ble sortert og oppbevart i dosetter som var selvfølgelige gjenstander i DPS'ene. Dosettene symboliserte en regelmessighet som laget struktur på dagene. Følgende undertemaer ble relevante:

- *Håpets kjemi*
- *Dosettens karakter*

Hensikten med tolknings- og refleksjonsprosessen er ikke å entydiggjøre hvert enkelt tema, men å vise mangfold, variasjoner og spenninger som naturlig oppstår i møte mellom

mennesker og materialitet. Både tematiske kontraster og overensstemmelser fremgår av materialet. De ulike temaene overlapper hverandre og dermed tydeliggjøres også en rekke relasjoner som har oppstått mellom mennesker og bygde steder.

5.1 Å komme bort for å få det bedre⁸¹

I utgangspunktet skulle arbeidet mitt handle om DPS'er der bygningene, sammen med utearealet, ville danne en tydelig og naturlig avgrensning. I møte med pasientene forsto jeg at de relaterte sine opphold i institusjonene *også* til egne hjem og nabolag. Allerede før innleggelsen, var de i tankene et annet sted. En type sted enkelte pasienter ønsket seg til, var psykiatriske institusjoner. På den måten eksisterte institusjonene som en form for mentale kart ute i kommunene, fordi pasientene, og menneskene rundt dem, tenkte på sykehus når noen fikk det vanskelig. Institusjonene inngikk derved i en utvidet kontekst hvor omgivelsene rundt den lidende, og det å ha en psykisk lidelse i seg selv, fortalte at det var viktig å komme bort for å få det bedre. En institusjon syntes å passe til den tilstanden pasientene var kommet i. Informantenes erfaringer i nærmiljøet bidro til å gi slike steder betydning. På ulikt vis fortalte de om hvor viktig det var å komme bort. En mannlig pasient i 70-årene beskrev det på denne måten:

Fikk kollaps i nervene. Måtte bort fra hjembygda mi for der så alle på meg som noe ufyselig. Reiste til en hytte. Det var redningen i den situasjonen jeg var i. Jeg reiste fra det liksom. Etterpå fikk jeg et hjem [hans eget]. Det var redningen. Jeg var mye rundt. Problemene tårnet seg opp igjen. Men så kom jeg hit [til institusjonen]. Vandringer er sluttet. Kjærligheten fra først til sist handler om at denne plassen skal hjelpe meg. Og det er her jeg skal returnere hvis jeg ikke klarer livet (pasient/mann/70/I).

Han viser tydelig at det var nødvendig å komme en annen plass, men plassen trengte nødvendigvis ikke å være en institusjon. Da det likevel var slik at han kom til det distriktspsykiatriske senteret, opplevde han å komme til et sted som kunne hjelpe ham når livet ble vanskelig. For ham dreide det seg om å komme bort *fra* noe og *til* noe annet.

⁸¹ I det videre presenteres hovedtemaene som hovedoverskrifter (eksempel 5.1), og undertemaer som underoverskrifter (eksempel 5.1.1).

5.1.1 Å være utenfor i nærmiljøet

Mange av pasientene ga uttrykk for at deres psykiske problemer førte til at de ikke fant seg til rette i sitt nærmiljø. Som psykisk lidende opplevde de at naboene ikke ønsket å være sammen med dem. Men de plasserte også seg selv utenfor fellesskapet.

Pasienter og ansatte snakket på ulikt vis om hvordan psykiske lidelser førte til at pasientene følte seg utenfor. To kvinnelige pasienter i 40-50-årene fortalte hvordan de opplevde ikke å være integrert i nabolaget. Den ene beskrev hvordan hun ”snudde døgnet” for å unngå naboenes blikk. Opplevelsen av å bli sett på som annerledes, var så sterk at hun ikke holdt ut følelsen av å bli lagt merke til. Derfor sov hun om dagen og var våken om natten. Hun plasserte seg selv utenfor, og understreket at hun var en ”outsider”. Denne kvinnen fortalte hvordan naboene fant sin tilhørighet, og hvordan hun selv ikke gjorde det:

[...] folk er forutinntatte fra generasjoner av. Og jeg ser virkelig at mennesker blir stigmatisert. Det er liksom klikksystem. Noen jobber innenfor helsesektoren, og de holder i lag. Og så har du for eksempel arbeidsfolka. De har sitt liv. Og så er det liksom de andre (pasient/kvinne/45/N).

En annen fortalte at hun bodde i et lite samfunn hvor miljøet var gjennomskiktig. Besøkene fra hjemmesykepleieren bidro til at hun følte seg plassert utenfor av naboene. Derfor ville hun heller ikke fortelle til noen at hun skulle innlegges i institusjon:

Alle vet hvem du er. Og alle vet hvem som kommer på besøk til deg. Det har vel vært en av de tingene [...] At jeg følte det lettere å komme hit og få jobbe i fred. Eller at alle skulle vite at ”nå går den psykiatriske sykepleieren inn til henne”. Det er et stigma med en psykisk lidelse (pasient/kvinne/55/D).

I en dagligstue snakker tre kvinnelige pasienter om å ha en diagnose:

- Kari: Jeg synes det er vanskelig hele tiden å måtte late som jeg er frisk når jeg ikke er det. Det går liksom ikke an å fortelle at jeg har en psykiatrisk diagnose. Jeg tror folk ville sett rart på meg.
- Lise: Det har *jeg* opplevd. Jeg fortalte det til en jeg trodde var all right. Men etter det så holdt hun seg unna. Jeg tror hun plapret om det til alle, for jeg følte blikkene samme hvor jeg gikk.
- Gunnhild: Det er jo ikke så rart, de tror vel vi er mordere eller kriminelle. Vi er jo gale (feltnotater/N).

En mannlig psykiatrisk sykepleier i 30-årene tok selv kontakt fordi han ønsket å dele sine tanker om institusjonen med meg. Dette var det eneste stedet han hadde arbeidet etter at han

var ferdig med utdannelsen. Både pårørende og pasienter hadde fortalt at institusjonens beliggenhet og historie formidlet at syke mennesker burde bort fra nærmiljøet:

Og hele tiden har jeg hatt en sånn der [...] egentlig et sånt inntrykk av ”tilbaketrukket fra resten av samfunnet- sted”. Og det henger vel litt sammen med de stedene de la tuberkulosehjemmene også, ikke sant? Ja, for det er noen som tenker i de baner. På det at det er et bortgjemt sted som vi gjemmer bort sønnen vår på. Og det er et håpløshets sted på en måte. Et sted hvor man ikke kommer ut fra [...] Det tror jeg henger sammen med historien (psykiatrisk sykepleier/mann/30/S).

Svært mange av pasientene fortalte også om stigmatiserende holdninger ute i samfunnet. Holdningene beskrives som om de nærmest sitter i vårt genetiske materiale og er utenfor vår kontroll. Opplevelsen av å være utenfor i nærmiljøet, handler både om lidelsen i seg selv, om innleggelse i institusjon og om fordommer knyttet til det faktum at institusjonen opprinnelig var et tuberkulosehjem.

En del pasienter og ansatte var opptatt av institusjonenes historie. Tuberkelbasillen hadde tatt livet av mange unge mennesker. Smittebærende personer i et nabolag skapte frykt. Derfor skjulte mange mennesker at de var smittet for å unngå innleggelse og dermed muligheten til å tjene til livets opphold; med andre ord for å unngå å bli stengt ute fra nærmiljøet. Lovgivningen krevde jo innleggelse for å beskytte den friske befolkningen. Beskrivelsene viser at selv om institusjonen har gjennomgått mange forandringer, kan erfaringene med en smittsom sykdom brukes som eksempel på hvordan ”avvikende personer” generelt er blitt holdt utenfor og betraktet som urene. Man kan derfor anta at tuberkulosehjemmets materialitet har overlevert en tenkning om urenhets som er gjort gyldig også for psykiatriske pasienter, deres pårørende og de ansatte. Disse erfaringene har tatt bolig i samfunnet der ute, og dagens pasienter erfarer fortsatt at de forbindes med frykt selv om de har andre lidelser. De kan ikke smitte den friske befolkningen med tuberkelbasiller, men de opplever at folk i nabolaget stenger dem ute fordi de betraktes som farlige på andre måter.

Slik jeg fortolker *St. meld. nr. 25* signaliserer den i tittelen *Åpenhet og helhet*, at stigmatisering og utelukkelse av psykisk lidende mennesker ikke skal forekomme.

Innledningsvis gir meldingen en beskrivelse av ”Holdningsrevolusjonen – fra besatt til syk” (s. 8). Det gjennomgående trekk er ”[...] en radikal utvikling fra institusjon og avsondring til integrering og innlemmelse.” (s. 9). Det gjennomgående trekk i følge mine informanter, er at psykisk lidende mennesker *ikke* er integrert i samfunnet. Dermed blir det et gap mellom

idealer og realiteter. At psykisk lidende fortsatt føler seg utenfor i nærmiljøet, kan skyldes en generell sammenkopling mellom sykdom og isolasjon. Og før man fant tuberkelbasillen som årsak til ”den hvite pesten”, og før «galskap» ble en sykdom, var de lidende i *begge* gruppene sett på som urene og utenfor (Hermundstad, 1999; Skogheim 2001). Politikernes ønske om integrering innebærer riktignok en endret forståelse av psykiske lidelser. Men denne forståelsen synes å ha trengt lite igjennom fordi pasientene selv, ansatte og menigmann fortsatt ser på psykisk lidende mennesker som noen som ikke passer inn noe sted.

5.1.2 Å være utenfor i forhold til seg selv

Å være lidende ble ofte knyttet til rom og sted. Når pasienter beskrev seg selv, eller ble beskrevet av andre, med uttrykk som handlet om å fjerne seg fra steder, var de blitt syke:

Som du ser så er det veldig få [av medpasientene] som er veldig oppegående. Måten de spiser på og [...] Når du først har lært deg en uvane, så hadde det ikke vært på et blunk å vende av de den måten de spiser på, eller oppfører seg på [...] Jeg har ikke roen i meg, jeg vil av sted. Noen ganger fungerer jeg som propell (pasient/mann/45/S).

Denne mannen opplevde at hans medpasienter ikke var til stede i de sosiale rom på en måte som han fant akseptabel. Å spise annerledes enn andre, beskrives som ”å ikke være oppegående”. Medpasientene ble betraktet som utenfor et sosialt fellesskap og dermed utenfor stedet. Han forsto også seg selv som utenfor og som en som ikke klarte å være til stede i eget liv. Han fjernet seg ufrivillig fra steder. Han hadde fått diagnosen manisk-depressiv sinnslidelse, og beskrev det å være manisk som manglete tilstedeværelse og dermed manglende kontroll over eget liv.

På vaktrommet ble deprimerte pasienter ved flere institusjoner omtalt som personer som hadde ”gått i kjelleren”, ”møtt veggen” eller ”murt seg inne”:

Men vi anbefalte henne å være her ute for å hindre at hun murte seg inne (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/40/D).

Hjelpepleieren beskriver en pasient som lukker seg inne på sitt enerom, og som sannsynligvis også lukker seg inne i seg selv. Innelukketheten beskrives som selvpåførte murer. Å være innenfor murer kan tolkes som et sterkere uttrykk enn å være innenfor vegger. Mur kan forbindes med festningers forsvarsverk. Hjelpepleieren tror ikke det er godt å være alene, og

mener at isolasjon vil hindre pasienten i å få det bedre. En ytre isolasjon vil kanskje bidra til at pasienten i enda større grad kan oppleve en indre isolasjon. Hun tror derfor at en stedsendring kan føre til at pasienten kommer seg. Derfor ønsker hun å hjelpe pasienten *bort* fra rommet hennes, *til* et rom med felleskap. Stedsendring inne i institusjonen handler også om hjelp til å få det bedre.

Stadig ble stedsbeskrivelser brukt om lidelsesopplevelser. Noen pasienter opplevde å være ”for høyt oppe” eller ”for langt nede”. En fortalte meg at han hadde ”gått i taket” da han var hjemme. Av den grunn måtte han innlegges. Pasientene erfarte altså en form for ufrivillig stedsendring, og de ble også forstått slik av de ansatte. Personalet snakket om at pasientene ”gled ut” dersom de var vanskelige å få kontakt med. Selv uttrykket ”å stå på stedet hvil”, var en betegnelse på en tilstand som ikke var ønsket fordi det ikke var noen fremgang å spore.

Om respondentene i sine hjem ”murte seg inne”, ”var i kjelleren” eller ”i taket”, ja selv om de ”sto på stedet hvil”, var de utenfor. De ønsket ”å komme på plass”, men klarte det ikke på egenhånd. På samme måte som respondentene følte at de ikke passet inn i nabolaget, følte de seg fremmede i forhold til seg selv. En slik indre fremmedhet kan også være medvirkende til at de ønsket seg bort. Når pasientene opplevde *en indre stedsendring*,⁸² ble de fremmede i forhold til naboene. ”Å stå på utsiden” var en språkliggjort sykdomserfaring.

Selvforholdet og identiteten blir endret når psykisk lidende mennesker opplever å være for høyt oppe eller langt nede. De forstår seg selv fra et annet perspektiv, og orienterer seg på nye måter. Man kan muligens fortsette å ønske å være ”høyt oppe”, eller man ser ikke muligheter til å komme ned, eller opp fra kjelleren. Det kan derfor hende at man opplever å være både et indre og ytre sted det er umulig å komme bort fra, selv om mulighetene egentlig er der. Man blir værende i *sykdomsrommet*.

Kjelleren illustrerer et ikke ønsket oppholdssted. Kjelleren kan være et rom som er mørkt, kaldt, fuktig og kanskje trangt. I mørket mister man kontakten med omgivelsene. Å ikke se, kan være skummelt. Man blir fratatt kontrollen og blir redd. Man føler seg mistilpass. På tuberkulosens tid var det jo nettopp boforhold som kan sammenliknes med kjelleratmosfærer

⁸² Når jeg i dette kapitlet introduserer metaforer som ikke er informantenes, presenteres de i kursiv.

som dannet gode vekstvilkår for bakterier og dermed dårlige livsbetingelser for de som ble smittet. Tuberkulosesmittede måtte derfor ut av de kalde og fuktige rommene og til lysere steder i håp om å gjenvinne helsen. De måtte bort (se kap.4.1.1). Det samme gjaldt for dagens pasienter. De opplevde at de måtte et annet sted for å komme seg.

Pasientene så institusjonsopphold som en løsning. De kom til en et sted hvor beliggenheten utenfor allfarvei passet til erfaringene med å være utenfor seg selv. Ved å endre de ytre rom, så det ut til at de også tenkte at de ville bli i stand til å endre sine indre rom. I tillegg unngikk de naboenes blikk når de kom seg vekk. Ble det da slik at institusjonene representerte ”det kjente” når nabolaget ble fremmed? Pasientene søkte noe som stemte med den tilstanden de var i.

5.1.3 Beliggenhetens betydning

Institusjonene representerte nabolagets motpol. Beliggenheten borte fra nærmiljøet hadde betydning for pasienter og ansatte. En ung mann som var innlagt i døgnavdelingen for første gang, fortalte om beliggenheten på denne måten:

Det er en stor fordel at huset ligger forholdsvis øde. Man får tid på seg her til å bli frisk på en ordentlig måte. At man slipper å stresse. Også kan du slippe – når du går tur – å møte naboer eller andre kjente. Det er veldig stille her. Det er en skole i nærheten, men jeg ser ikke på det som noe problem. Og [...] det er greit og åpent her. Noen trenger en institusjon, og noen trenger det ikke. Meg passer det meget bra å ha en institusjon å komme til for å slappe av og komme seg. Rekreasjon, en slags ferie, men på en annen måte. Man kunne ikke dradd til Syden, for der slapper man bare av fysisk. Her slapper man av psykisk. Det er en stor forskjell. For i Syden må du stresse rundt fra strand til strand og fra plass til plass. Mens her [...] siden det er så veldig lite å gjøre, så blir det veldig mye avslapping av det (pasient mann/20/D).

Noen av de samme poengene illustreres også av en kvinnelig pasient i en annen institusjon. Hun sa at hun var åpen omkring sin psykiske lidelse, men opplevde det nødvendig å komme bort. Hun fortalte:

Og det [bygget] ligger i fine omgivelser og det ser veldig tiltalende ut. Jeg bor seks mil unna her. Her får jeg være mer i fred [...] Det har ingenting å gjøre med at jeg ikke ønsker å bli assosiert med denne plassen. Jeg er ganske åpen sånn sett. Men jeg vil ha fred til å ta vare på meg selv. Jeg vil ikke ha folk rennende innom her og stadig få besøk. Jeg vil ha fred til å bli frisk (pasient/kvinne/35/S).

Institusjoner som ligger øde har ofte den fordel at de er omgitt av naturskjønne og stille omgivelser. En øde beliggenhet med naturen nært innpå, hadde en helbredende virkning i seg selv, mente både ansatte og pasienter. En pasient i 70-årene viste meg et maleri som forestiller mennesker ute i naturen:

Har du lagt merke til et bilde nede i korridoren? Det er en reproduksjon av Gude. 'Kvile ved bekken'. Dette er et slikt sted. På vei mot et mål kan man finne den hvile man trenger. Skjønner du det (feltnotater/I)?

På bildet er det mennesker på vei mot setra. De tar seg en rast og samler krefter til turen videre. Pasienten er på vei ut i verden igjen. Institusjonen representerer hvilen han trenger for å bli frisk.

En psykiatrisk sykepleier som hadde vært ansatt i 16 år, fortalte:

Jeg mener at for meg spiller omgivelsene en rolle. Og når det er sånn for meg, så er det sikkert sånn for pasientene også, selv om de kan være psykotiske og ikke ha det samme bevisste forhold til det. Furutrær og utsikt er bra. Jeg opplever fred og ro når jeg går opp bakken her (psykiatrisk sykepleier/kvinne/40/10/E).⁸³

En psykiatrisk hjelpepleier, derimot, var mer usikker i forhold til beliggenhetens fordeler i dag. Institusjonen hun arbeidet i, hadde planer om å flytte i nybygg mer sentralt. På den ene siden mente hjelpepleieren at naturen hadde betydning, på den andre siden var en sentral beliggenhet praktisk i forhold til kommunale tjenester. For hennes egen del ville den optimale beliggenhet handle om kortest mulig arbeidsvei:

Det er en fin plass med naturen rundt, og det er nært butikk. Jeg tror natur er veldig viktig. Men jeg kunne tenke meg å flytte til byen. For meg så ville det bli mye kortere arbeidsvei. I forhold til pasienter så er jeg mer usikker. Sånn som her så er du jo mer anonym. Det føler jeg. Men det er klart – for dem kan det være positive ting [med å flytte mer sentralt] med at de kommer lettere til kontorer og sånn. Når de skal på trygdekontor og sosialkontor. Og kontakt med leger og psykologer. Kanskje de kan få litt mer hjelp. Men det er et sånn "touchy" tema her på jobb. For noen [av de ansatte] ønsker å flytte og noen ikke. For det er klart at for de som bor langt ut i den veien [...] vil jo ikke at denne arbeidsplassen skal bli nedlagt. Og det forstår jeg jo. Så det er ikke noe vi sitter og prater veldig mye om (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/50/D).

⁸³) 10 indikerer at denne psykiatriske sykepleieren har vært ansatt mer enn 10 år.

En samtale jeg hadde med to hjelpepleiere på vaktrommet i samme institusjon som over, illustrerer at personalets egne behov kan legge føringer på å se fordeler med en sentrumsnær beliggenhet for pasientene:

- Jeg: Hvordan ser dere på å kanskje skulle legge ned dette stedet om noen år?
- Wenche: Det er helt topp. Jeg får mye kortere reisevei. Jeg kan stå opp en halv time senere om morgenen. Og når jeg har senvakt må jeg overnatte her. Det trenger jeg ikke når vi flytter.
- Pia: Og vi kan få gjort noen innkjøp i pausen og etter jobb også.
- Jeg: Og for pasientene da?
- Pia: Det er selvsagt bra for dem å være her ute, men jeg tror det er mest praktisk å være nærmere byen. Det er alltid så mye å ordne med sosialkontoret og trygdekontoret.
- Wenche: Ja, også kan de lettere få sosial trening med å gå på kafé og i butikker (feltnotater/D).

Når pasientene ønsket seg bort fra nabolag, var det fordi institusjonens øde beliggenhet syntes å utgjøre en beskyttelse mot omverdenen. Hvordan pasientenes egne nabolag ser ut, har jeg ikke undersøkt. Tettheten kan sikkert variere fra sted til sted, men uansett ble institusjonen et sted som representerte en forskjell fra det å bo ”ute i samfunnet”. Avstanden til hjemmet hadde betydning for ro og hvile. Avstanden bidro til pasientenes anonymitet og hindret stempling i nærmiljøet.

Den øde beliggenheten hadde flere fordeler. Naturskjønne omgivelser syntes å hjelpe pasientene ”tilbake på plass”. Med naturen så nært, så de ansatte mulighetene til å gjøre noe meningsfullt sammen med pasientene. Det handlet om turer i skog og mark, og om å bruke utearealet til kaffekos og ballspill. Flere av personalet fortalte at de likevel ikke var flinke nok til å bruke naturens muligheter i behandlingssammenheng, men skulle ønske de var det.

I tuberkulosens tid var formålet med institusjonens avsondrethet å hindre smittespredning i befolkningen. Men plasseringen skulle også ha en helbredende virkning. Rolige omgivelser bidro til at de tuberkuløse fikk den hvile de trengte for å mobilisere kroppens helbredende krefter. Det ble lagt vekt på et bestemt og avpasset forhold mellom hvile, bevegelse og hyppige opphold i frisk luft (Boserup Sanatorium, 1901-1926, s. 25; Hansen, 1898, s. 18; Skogheim, 2001).

Pasientenes positive opplevelser med å komme bort for å få det bedre, sto noen ganger i motsetning til de ansattes praktiske behov, men også til politiske føringer som vektlegger brukernære og desentraliserte tilbud. Behandlingen skal ut til pasienten i stedet for at pasienten skal komme til behandling (St. meld. nr. 25 1996-97; St. prp. nr. 63 1997-1998). I *St. meld. nr. 25* leser man følgende:

Dagens institusjoner er bygget med utgangspunkt i gårsdagens behandlingsfilosofi. I dag er det ikke ønskelig å avsondre pasienter med psykiske lidelser fra samfunnet for å gi dem ro (og ”skåne” de friske) – tvert imot, det er ønskelig at de også under behandlingen får leve mest mulig normalt, nærmest mulig der hvor de bor, mest mulig innlemmet i samfunnet (s. 24).

Føringene vektlegger at psykisk lidende mennesker vil ha det bedre om de oppholder seg innenfor sine kjente rammer som er hjemmet og nabolaget. Men på samme måte som pasientene erfarte stigmatisering ute i samfunnet, snakket ansatte om at institusjonen i sin materialitet representerte det samme. Noen av dem så en sammenheng mellom en øde beliggenhet og stigmatisering. Pasientene ble ”gjemt bort”. Beliggenheten signaliserte at psykisk lidende ikke bare var utenfor seg selv, men også utenfor resten av verden. Slike forhold kan derfor snarere forsterke pasientenes opplevelser av å være utenfor, enn det motsatte. Personalet snakket om pasientene som en ny og marginalisert gruppe, fordi de sannsynligvis skilte seg ut i et vanlig bomiljø. I institusjonene skilte de seg ikke ut. De fikk være syke. De fikk være pasienter.

Om psykisk lidende mennesker opplever å bli forstått som utenfor i nærmiljøet, vil denne opplevelsen lett kunne forsterkes av de forestillinger som handler om institusjoner som steder hvor man gjemmer bort mennesker som er uønsket. En psykiatrisk sykepleier beskrev jo også institusjonene som ”håpløshetens steder”. Dette spennet mellom håp og håpløshet er viktig å sette spørsmålstegn ved. Er beliggenhetens ”ro og hvile” så betydningsfull at mange pasienter vil komme seg? Eller kan noen ha en ”tatt-for-gitt-kunnskap” om seg selv som håpløse, og derfor ubevisst søker mot steder som bekrefter håpløsheten? Da ligger det en fare i at institusjonens beliggenhet bidrar til å forsterke opplevelsen av å være fremmed i forhold til seg selv og andre.

5.1.4 Bygningenes betydning

Bygningene er konstruert for syke som trenger hjelp, samtidig danner de en beskyttende ramme som lukker samfunnet ute. Institusjonene har gjennom de ulike periodene representert et vern mot manglende integrering av syke mennesker i samfunnet. Institusjonsbygningene står for noe annet enn dagens eneboliger eller leiligheter i et lokalsamfunn. Her følger tre beskrivelser av bygningene. En pasient beskriver den eldste bygningen:

Da jeg kom hit så visste jeg jo litt. Jeg var veldig fascinert av bygningen. Det er et fint bygg. Jeg husket bare det gamle bygget som var her. Jeg gikk forbi det hver dag da jeg gikk til arbeid. Så for meg er det et tiltalende bygg. Og det ligger i fine omgivelser. Men jeg visste ikke at det hadde vært tuberkulosesanatorium. Jeg trodde det var et eldre hjem eller et eller annet, at det var en institusjon. Det er et fint bygg i alle fall (pasient /kvinne/35/N).

Under forteller en ung, psykiatrisk sykepleier om den samme bygningen:

[...] det er en litt spesiell plass fordi at det er liksom et gammelt hus som det har knyttet seg en historie til. Så etter hvert som du hører de her historiene så får du en slags identitet med plassen [...] Altså den her plassen har jo vært sykehjem før. Så det var jo litt som hang igjen i utformingen. Men jeg så jo at det var [...] de hadde gjort det sånn for å få det mer som en psykiatrisk institusjon. Men den gamle, sånn når jeg drar forbi, så ser jeg jo at det er en flott bygning. Gammel og ærverdig liksom. Ja (psykiatrisk sykepleier/kvinne/30/N).

En aktivitør snakket om de to ulike bygningsuttrykkene i en annen institusjon på denne måten:

Og den nye [...] det er jo en sånn typisk 70-tallsbygning. Det var vel mer firkantet i den perioden. Det var nok ikke veldig mange som tenkte sånn i 1970 tror jeg. Som å ta vare på tidligere byggestil. På en måte så liker jeg godt det gamle huset og dårligst det nye. I hvert fall nå som de har ivaretatt det, så synes jeg det. Det er litt mer mektig. Og tidligere så har det hengt mye i veggene. Men det er nok på vei ut. Og det er jo det at det kommer stadig inn nye mennesker og nye trender, vet du og. Men tidligere var det nok en spesiell ånd her (aktivitør/kvinne/50/E).

Et gjennomgående trekk var at informantene i de ulike institusjonene presiserte at den gamle bygningsmassen hadde noe godt ved seg. Både pasienter og ansatte likte for eksempel bedre den sveitserliknende stilen enn den funksjonalistiske. Flere uttalte at de gamle husene utstrålte en form for verdighet. En aktivitør omtalte en av bygningene som ”en koselig bygning – mer mektig”. En av pasientene syntes den liknet ”en kjempestor villa”, en annen ”en rikmannsvilla” og en psykiatrisk sykepleier snakket om ”en staselig bygning”.

At det var de eldste bygningene som hovedsakelig ble tillagt verdighet, gir grunnlag for refleksjon. Informantenes beskrivelser kan forstås med bakgrunn i tidsepoken de ble bygd i. De eldste stiluttrykkene, og til dels materialvalget, varierte fra sted til sted.⁸⁴ Denne variasjonen kom ikke fram som ulikheter i hva informantene mente om arkitekturstilen. Den gamle stilen ble et fellestrekk i seg selv. Det spesielle med de gamle bygningene var at de først og fremst var bygget for tuberkulosepasienter som hadde dårlige utsikter til helbredelse. Institusjonene ble derfor betraktet som hjem som skulle verne og beskytte pasientene. Ordet ”hjem” understreket dette. At tuberkulosehjemmene i tillegg liknet på ”rikmannsvillaer”, gjorde at det hjemlige og staslige sannsynligvis talte til dagens pasienter og ansatte på en annen måte enn de nyere bygningene.

Så vel pasienter som ansatte beskrev gjennomgående påbyggene og tilbyggene i mer negative ordelag. De ble oppfattet som ”ikke noe fine” og ”sterile”. Aktivitøren, referert ovenfor, likte ikke den nyeste bygningen, og fikk assosiasjoner til 70-tallet som en ”firkantet” periode. Praktiske og rasjonelle løsninger innen funksjonalistisk arkitektur var sterkt influert av stram økonomi, noe som også kunne ha bidratt til en mindre fleksibel praksis i møte med pasientene. På den andre siden kan det tenkes at de funksjonalistiske byggverkene representerer fremskritt og utvikling for noen, og dermed håp om helbredelse.

De eldste husene formidler sanitetskvinnenes målsettinger om nestekjærlighet og omsorg (se kapittel 4.1). Kanskje disse verdiene fortsatt ”sitter i veggene”? Som jeg har vært inne på var tuberkulosehjemmene bygget eller delfinansiert av frivillige organisasjoner.⁸⁵

Sanitetskvinnene fremhevet i sitt arbeid kjærligheten til den syke som hovedmotiv.

Foreningens verdigrunnlag blir uttrykt slik:

Kjærlighet og oppfinnsomhet gjør at vanskeligheter er til for å overvinnes.
Sanitetsforeningen er alltid parat til hjelp, har alltid våken samvittighet [...] og
står alltid klar for nye løft for de som trenger nestekjærlighet og omsorg.⁸⁶

Foreningen har som motto for sin virksomhet valgt tre korte appeller:

⁸⁴ Furubakken er som kjent mer i jugendstil og oppført i mur.

⁸⁵ Sanitetsforening var, som vist i kapittel 4, byggherre og eier av tre av institusjonene. I de to siste hadde sanitetsforeninger bidratt med innsamling av penger til oppføringen, og senere med gaver til inventar og til atspredelser for pasientene.

⁸⁶ I taler, årsrapporter og lignende finnes dette sitatet og mottoet under. For eksempel i Norske Kvinners Sanitetsforening: *Kristiansand Sanitetsforenings klinikk for nervøse 25 år 1959-1984*.

I små ting frihet.
I store ting enighet.
I alle ting kjærlighet.

Det kan tenkes at sanitetskvinnene hadde en bevisst kjærlighetstanke bak selve det arkitektoniske uttrykket. Det kan også tenkes at bygningene hadde visse likhetstrekk med sanitetskvinnenes egne hjem. Særlig lederne av disse foreningene tilhørte den øvre middelklasse eller overklassen.⁸⁷ På den måten utgjorde institusjonene en motvekt til små, fuktige, mørke og sykdomsfremkallende boliger. Tidlig på 1900-tallet hadde sanitetskvinnene i samarbeid med arkitektene (og muligens også distriktslegen), en dominerende rolle i å bestemme disse bygningenes stiluttrykk.⁸⁸ Deres nestekjærlighetstanke og ”villastilen” bidro kanskje til å gi bygningene et verdig uttrykk. Det kan imidlertid selvsagt også handle om en generell oppfatning av at gamle bygninger har sjel. Å assosiere institusjoner med nestekjærlighet kan forklare at pasientene fortsatt ønsker å komme til steder hvor de blir forstått som syke og møtt med respekt. Den 70-årige mannen jeg siterte innledningsvis i dette kapitlet, presiserte at det også for ham var kjærligheten fra først til sist som skulle hjelpe.

Men hva da med de nyere bygningene? Er det slik at de kan være til hinder for verdigheten og kjærligheten? Eller er dette knyttet til en generell oppfatning om at nye bygninger har et annet språk enn gamle? Eller kan det være slik at menneskene tar med seg kjærlighet og verdighet inn i nye bygninger slik dr. Amli ønsket da han innviet den nye institusjonen med å si: ”Måtte den gode ånd som har hersket her på Preståsen og som har festnet seg i veggene, aldri gå ut.” (*Sandefjords Blad*, 19. juni 1959. Se også kapittel 4.5.2).

Uansett bygningsuttrykk passet institusjonene som helhet for pasientene. Bygningen representerte en annen form for integrering enn det man vanligvis forstår ved ”integrering” ute i samfunnet. Følte informantene seg utenfor i nabolaget, var det godt å komme til noe gjenkjennelig, og som bekreftet den syke personen han eller hun opplevde å være. Som syk ble pasienten møtt av bygninger konstruert for å romme noen som trengte hjelp. På samme tid kunne forventningene om tilpasning til et nabolaget stenges ute. Pasientene trengte ikke lenger bruke krefter på å unngå naboer og kjente. De kunne lukke dørene etter seg. Ved å

⁸⁷ Sanitetskvinnene ble for eksempel omtalt som fru prost Bonde og fru dr. Lærum (Norske Kvinners Sanitetsforening (1896-1946).

⁸⁸ Som vist i kapittel 4 var kvinnelige arkitekter i langt større grad involvert i oppføring av omsorgsinstitusjoner enn i annen byggevirkosomhet på den tiden. Den kvinnelige dominans kan være et poeng her fordi omsorgsfunksjoner i større grad kan tenkes å bli ivaretatt av kvinner.

stenge seg selv inne, stengte de også noe ute. De kunne konsentrere seg om sine problemer, hvile seg og arbeide for å bli friske i bygninger som utstrålte verdighet.

Aktivitøren fortalte at ”den gamle ånden” var på vei ut, og at nye trender overtok. Flere av de ansatte som hadde arbeidet lenge i institusjonen (mer enn ti år), var opptatt av det samme. Det kan innebære at verdigheten forsvinner, og rasjonaliteten dominerer de ansattes arbeidsoppgaver. Det kan derfor være problematisk når ansatte sier at det nye fortrenger det gamle, fordi de gamle bygningene fortsatt står der. De ulike stiluttrykkene kan vise seg å være på kollisjonskurs. Kanskje de forstyrrer hverandre på den måten at pasienter som mener at ro og hvile er til hjelp, vil oppleve at ansatte resonnerer motsatt. Slike kontraster kan tenkes å bli forsterket av motsetningene i bygningsmassen. Det verdige stiluttrykket kan for eksempel ødelegges av det ”mer firkantede” som kan knyttes til en spesialisert og mer rendyrket medisinsk tankegang som mange ansatte betraktet som en viktig del av korttidsbehandlingstilbudet.

Fortellingene om verdige, gamle bygninger kan være fremkommet på bakgrunn av min interesse for ”det gamle i det nye”. Da alle mine informanter på forhånd visste at jeg undersøkte hvilken betydning tidligere tiders stedsbruk hadde for psykiatriske praksiser, er det ikke usannsynlig at mine forventninger har innvirket på deres beskrivelser. Samtidig finner jeg det interessant at så mange setter pris på de gamle bygningene, og det i en tid med ønske om å være moderne. Hadde jeg lagt føringer på hva som var å foretrekke, hadde dette vært forståelig. Men slik jeg ordla meg, kunne svarene, kommentarene og mine observasjoner sannsynligvis like gjerne vist det motsatte. Informantene kunne i større grad ha fremhevet betydningen av ”å kvitte seg med gamle tradisjoner”, slik en av lederne var talsmann for.

5.2 Å føle seg hjemme på vei hjem

På samme tid som pasientene fortalte at de ønsket en institusjon å komme til, presiserte de at et institusjonspreg ikke var ønskelig. Pasientene foretrakk institusjoner med en hjemlig atmosfære. En ung pasient beskrev det hverdagslige på denne måten:

Det er så sosialt. Vi sitter i en stor ring for å si det sånn. Vi kan sitte og se på hverandre mens vi prater og forteller om følelsene våre og åssen vi har det. Vi får ikke lov å snakke om sykdommene våre, men vi kan jo snakke om hverdagslige ting, og det er jo noe i seg sjøl. Det blir nesten som en kveld på puben hvor en kan

diskutere alt mulig rart mellom himmel og jord. Og så er der folk i alle aldre så man får det spekteret og. Det er to forskjellige måter å bli frisk på. Det er sånn at i stua så er det sosialt samvær som må til for å bli frisk. Mens legen mener at medisiner og et lengre tidsperspektiv skal være det som trengs. Selv mener jeg det er viktig med en kombinasjon. Og det ser ut til å funke (pasient/mann/20/D).

I institusjonene hadde deler av de fysiske omgivelsene et hjemlig preg. Andre hadde motsatt effekt. En ung kvinne uttalte:

[...] men jeg synes sånn innvendig så er jo stua, når man orker å være der, det er hyggelig å være der. Det er jo blomster og fine planter. Det er kanskje en fordel at stua er forholdsvis liten. Det bør ikke være for stort for da blir det fort litt ukoselig egentlig [...] Men en del rom er vanvittig kjedelige, sterile liksom. Det er det verste. Skulle ønske en institusjon som ikke var steril. Mange er jo her over en ganske lang periode, det er jo en del av livet liksom. Man bør jo prøve – ikke akkurat hjemmekoselig – men at man prøver å ikke få det til å se for sykehusaktig ut (pasient /kvinne/20/D).

Pasientene generelt knyttet trivselen til samvær mellom mennesker, romstørrelse og interiør. De opplevde at det hverdagslige hadde helsebringende virkninger. Mindre fellesrom syntes lune og beskyttende og skapte en hjemlig og trivelig atmosfære. Personalet mente at sykdomsprat ødela trivselen, og dette ble derfor stoppet. Rom som ikke var trivelige, var de større rommene som ble kalde og upersonlige, i følge pasientene. Det er lett å assosiere kaldt og upersonlig med nøytralitet og distanse. Slike rom bidro *ikke* til at pasientene følte seg hjemme.

5.2.1 Hverdagslig samvær

I fellesrommene i de ulike døgnavdelingene så jeg at pasienter og ansatte drakk kaffe, strikket og snakket sammen. Mange fant mening i denne formen for uformelt fellesskap hvor de delte noe av privatlivet med hverandre. En kvinnelig pasient opplevde at det hverdagslige samværet skapte god kontakt mellom de to gruppene:

Og det er helt forferdelig hvis de [ansatte] ikke kan være private på jobben. For det kan skape avstand. Det var en som fortalte at hun var sammen med mannen sin på Europris. Det viser bare det at vedkommende er et menneske og har en mann. For at hvis ikke behandleren eller kontakten eller de vi prater med kan være på samme nivå som deg, så blir det helt feil. Men man vet jo aldri hva som bor i et menneske, så jeg synes man skal være litt reservert, men samtidig vise at man er menneske [...] Når ansatte røyker og ikke får vise det, så skaper det et irritasjonsmoment. For det kunne skapt en større nærhet – et større fellesskap mellom pasient og ansatt. Jeg synes det er sykt at de ikke får lov til det [...] Men de må bruke litt skjønn fra situasjon til situasjon. Noen ganger er det all right å gi

en klem. Men det er forskjell på det, og at man ikke hele tiden skal stryke eller ta på. Og så må man bruke de sosiale antennene man har (pasient/kvinne/35/N).

Diskusjoner om strikkeoppskrifter, nyheter, vær og vind gjorde pasientene til personer med meninger. Hverdagssamtalene fikk dem til å tre fram som mer enn bare "den syke". Jeg skrev:

Stua er liten. Ansatte og pasienter sitter i en grønn sofagruppe rundt et ovalt bord. De sitter tett. Alle sitteplassene rundt bordet er opptatt. Kari [en pasient] sier henvendt til Lise [en sykepleier]: "Hva er det du strikker?" Hun bøyer seg over Lises strikkesøy og betrakter det nærmere. Lise forteller om sønnen hennes som har vokst så i det siste at han nesten ikke har klær igjen. Hun strikker en genser til ham fordi han snart skal på leirskole. Inger [en pasient] kommenterer at hennes sønn også har vokst. Samtalen fortsetter mellom disse tre og to pasienter og en ansatt til. De snakker om motekrav og hvor dyrt det er å ha barn. Wenche [en psykiatrisk hjelpepleier] forteller at hennes mann i går hadde funnet en virkelig flott skidress på salg på Intersport (feltnotater/D).

En psykiatrisk sykepleier fortalte om hvordan han brakte med seg erfaringer fra uformelle sammenhenger inn i behandlingssituasjoner. Han satt et skille mellom hverdagslig samvær og behandling, og viser på den måten at han ikke ser på det dagligdagse som behandling i seg selv:

For meg som ansatt så er stua det viktigste rommet. For det er et rom hvor jeg kan møte pasienten [...] altså maktrelasjonen er mye mindre der enn på de andre rommene. Det er det stedet hvor vi på en måte kan være mest like. Enten vi spiller ludo eller ser på nyheter eller [...] Jeg skaper en relasjon i det rommet hvor jeg er mest mulig lik pasienten. Som jeg kan bruke når vi går inn på pasientens rom for å ha en samtale. Hvor jeg er sykepleieren eller behandler og hvor pasienten er pasient (psykiatrisk sykepleier/mann/30/S).

Både i tuberkuloseperioden og overgangsperioden var de fleste yrkesgruppene med på ulike sosiale aktiviteter i institusjonene. For eksempel hadde kokker og rengjøringspersonell (servicepersonell) som hadde vært på stedene over lengre tid, tidligere vært mye sammen med pasientene. Nye behandlingssideologier tillot ikke dette, og mange av servicepersonalet savnet det uformelle samværet de hadde hatt med pasientene. En kokk fortalte om livet i institusjonen tidlig på 1970-tallet:

Vi høstet jo poteter. I hvert fall fire tonn om året. Og det gjorde vi sammen med pasientene. Alle som klarte å komme seg i åkeren med grev. Det var jo sosialt. Kaffe og mat, og det var jo trivelig og. Vi gjorde en jobb som sagt. Men vi hadde jo poteter hele året ut av den grøden som vi fikk opp. Og hvert år i februar var det karneval. Før så var vi med. Blant annet St. Hans aften så dro vi til hytta til ho Line. Der hadde vi kaffe. Kokte rømmegrøt. Vi var borte hele dagen. Vi dro mye

mer på tur før. Vi stengte hele butikken. Nå setter vi bare maten i vogna og så går vi hjem igjen (kokk/mann/55/D/>10år).

Et ledd i den nye behandlingssideologien var også nedleggelse av aktivitetsavdelingene. I tre av de fem institusjonene var dette skjedd. I disse avdelingene hadde de tidligere brukt mye tid på hverdagslig samvær. Aktivitørene var nå en del av pleiepersonalet. En av dem undret seg over nedleggelsen:

[...] det blir i hvert fall ikke lagt vekt på aktiviteten. Men de sier at på sikt så er det behov for aktiviteten i posten. Det er der det tverrfaglige kommer inn. Det er stadig mangel på folk her. Men det er klart at det er jo sykepleierne de satser på. Sånn har det vært i alle år at papirer har mest å si. Jeg har fortsatt aktiviteten i meg, men det var bare ikke godt nok å være aktivtør (aktivtør/kvinne/50/E).

En leder fortalte at omleggingen av tjenesten hadde ført til at denne typen tilbud skulle være den kommunale helsetjenestens ansvar. Aktivitørene ble derfor forflyttet til døgnpostene. Som en del av den samme politikken ble sanitetskvinnene skjøvet ut på sidelinjen. En sanitetskvinne fortalte at de nå var uønsket i institusjonene:

Jeg gikk opp dit med julestjerner. Det hadde jeg gjort mange ganger. Pasientene satte så pris på det. Men jeg ble stoppet på dørstokken. Der sto jeg med 25 planter og måtte bare snu igjen. Jeg fikk beskjed om at det ikke var ønskelig at jeg kom med julestjerner til pasientene ved juletider. Hun [en sykepleier] sa også at vi ikke lenger trengte å lage selskapeligheter for dem (feltnotater/E).

Ved flere anledninger hørte jeg en leder presisere nødvendigheten av å kvitte seg med gamle tradisjoner. Han fortalte om musikkorpset som tidligere besøkte institusjonen på 17. mai, om sanitetskvinnene som hadde arrangert hyggekvelder, og ufaglærte og hjelpepleiere som hadde vektlagt å utforme institusjonen som et hjem. For det første kunne besøk av frivillige oppfattes som en stigmatisering av dagens pasienter. For det andre manglet ansatte med lavere utdanning kunnskaper om effektiv behandling. Lederen mente at for å få til noe nytt, så måtte man ta avstand fra det gamle:

Jeg tenker på oppgavene våre. De tjenestene vi skal gi befolkningen i dette fylket er viktigere enn bygninger og nesten 100 år gamle tradisjoner. Forventninger fra sentrale myndigheter og fra befolkningen, forhåpninger om helbredelse i psykiatrien. Det er noe annet enn det som var allmennpsykiatri for mange, mange år siden, for å trekke de linjene. Og det er også noe som handler om å kvitte seg med tradisjoner [...] Vi arbeider for å få opp den faglige standarden. Færre hjelpepleiere. Snille, hyggelige, omsorgsfulle mennesker. Til sykepleiere, masse kompetanse, psykologer, flere leger. Og det er noen som har kapasitet til faktisk å ta en etterutdanning. Til å ta en ny utdanning og være med. Så en hjelpepleier med

menneskelig innsikt vil kunne gjøre mange gode ting, nyttige ting overfor pasienter. Og pasienter vil sikkert føle at de får masse igjen for å snakke med en hjelpepleier. Derimot sitter en psykolog med en faglig tyngde og innsikt i sykdom som en hjelpepleier ikke gjør. Vi skal prioritere de sykeste pasientene. OK. Hvem er de sykeste? Og hva slags kompetanse trenger vi for å hjelpe de sykeste (leder/mann/45/E)?

Sitatene over viser store forskjeller i meninger om et hverdagslig samvær. Et gjennomgående trekk var at pasientene ønsket ansatte som var på deres eget nivå for at de skulle føle seg hjemme. Likeverdighet og nærhet blir stikkord for dette nivået. Pasientene viste til flere forhold som var en trussel for fellesskapet. Røykeloven var en av dem. Selv observerte jeg at pasientene oftest røykte på institusjonenes verandaer, mens dette var forbudt for ansatte. Ansatte som røykte, måtte gå utenfor institusjonens område. Et annet forhold som hindret likeverdighet, var ansatte som ikke ville fortelle noe om seg selv. En kvinnelig pasient fortalte at hun hadde spurt en sykepleier hvor hun bodde. Da hadde sykepleieren blitt "helt fastlåst", og forsvunnet uten noen forklaring på hvorfor det var galt å stille et slikt spørsmål.

Ansatte som forteller om seg selv, bidrar til en god og hjemlig atmosfære. Pasientene presiserte at det likevel gikk en grense for hvor private personalet burde bli. Ønske om et fellesskap mellom de to gruppene utelukket ikke at det også var en forskjell.

Samtaler om strikketøy forsterket fellesskapet. I eksemplet om strikketøyet blir alle mødre med felles interesser. På den måten trer de ansatte tilbake som fagpersoner. Når ansatte viser sine personlige sider, blir det vanskelig å skille pasienter fra ansatte. I slike situasjoner hørte jeg flere ganger ansatte som sa: "Nei, nå må vi se å gjøre noe fornuftig", for så å gå inn på vaktrommet og noen ganger fortsette med hverdagslige samtaler der. Dette kan tyde på at fellesskapet med pasientene skaper forvirring i forhold til ansattes forståelse av seg selv og de andre. Av den grunn trekker de seg kanskje ubevisst unna det dagligdagse samværet i fellesrommene. En sammenblanding av person og profesjon synes i lengden vanskelig å håndtere.

Mange ansatte syntes ikke å se på det sosiale samværet i seg selv som behandling. Først når de tar et skritt tilbake og betrakter samværet på avstand sammen med pasienten, kan det betraktes som behandlingssamtaler. Dette står i kontrast til pasientene som mener at uformelt, sosialt samvær er behandling i seg selv. Ansatte synes å bruke de hverdagslige samhandlingene i fellesrom som en observasjonspost, og et nyttig verktøy for å hjelpe

pasientene videre i livet. Dette kan være i tråd med dagens ideologi om aktive behandlingsformer. Enhver situasjon har på den måten et formål.

Nye krav til kompetanse har økt avstanden mellom ansatte med høyere og de med lavere utdanning. Kokker, rengjøringspersonell, hjelpepleiere og aktivitører har fått nye oppgaver, fordi personell med høyskole- og universitetsbakgrunn er et politisk mål (St. meld. nr. 25 1996-97, ss.123-125). Hverdagslige aktiviteter har ikke lenger plass i spesialisthelsetjenesten.

Særlig lederne var opptatte av at dagens psykiatritjeneste skulle oppgraderes. Det måtte derfor gjøres noen grep i forhold til tidligere personalsammensetning. Høyt utdannede mennesker blir nå betraktet som mer "lønnsomme", fordi den kunnskapen de har vil fremskynde helbredelsesprosessen. Å satse på hverdagslig samvær kan forstyrre effektiviteten. Ansatte og frivillige som tidligere var mye sammen med pasientene i mer uformelle sammenhenger, er borte eller på vei ut. Men dette truer det betydningsfulle med å føle seg hjemme.

5.2.2 Hjemlig materialitet

Motsatsen til institusjonspreget ble av de fleste pasientene beskrevet som de små stuen. Slike stuer førte ansatte og pasienter tettere sammen. En kvinnelig pasient fortalte om trivselen i små rom:

Men ellers er huset inni veldig all right. Med små rom, og litt lune rom. Jeg synes stua er akkurat passelig. De [ansatte] sier jo det selv at den kunne jo gjerne vært litt større. Men jeg synes den er passelig. For skulle den vært større, så ville det bli sånn institusjonspreg. Jeg føler vi får mye nærmere kontakt når den ikke er så voldsomt stor. Jeg synes alle rommene er passelig store. Farger og alt. Jeg trives veldig godt. Det er liksom ikke noe asylpreg over det [...] hvite vegger og trange korridorer (pasient/kvinne/55/D).

Mitt materiale viser sammenfall med denne pasientens erfaringer om at ansatte ønsket større rom. Men en psykiatrisk hjelpepleier hadde en annen oppfatning:

Da jeg jobbet på natt så satt vi der [i stua] en masse de første åra. Pasientene kom hvis de var våkne. Da hadde vi oversikt over den ene gangen som vi hadde flest pasienter. Vi så på TV, og da satt også pasientene der. Så vi satt der i lag med dem. Strikket og så på TV og leste avisa. Og det er kanskje fordi stua er så liten at den blir koselig. Hadde den vært stor, hadde den kanskje vært upersonlig og [...]. Det hender vi har noen som ikke klarer å sitte i lag med andre. Da må de jo få sitte for seg selv [...]. Og så tenker jeg at man kanskje kunne ha flere sånne småstuer.

Jeg synes det er veldig praktisk sånn som vi har det nå. Sånn at vi har to TV-stuer på en måte (psykiatrisk hjelpepleier /kvinne/45/D).

Et gjennomgående trekk i alle institusjonene var at ansatte snakket om pasienter som ikke tålte nærhet. De fleste ønsket av den grunn store fellesrom. En aktivitør fortalte om sine erfaringer med rommene i aktivitetsavdelingen. Før hadde rommene vært små, men nå hadde de utvidet:

Da vi kom inn hit, og vi satt i det store rommet her, var vi så lykkelige for vi hadde fått en sånn fin arbeidsplass. Så var det et par stykker [pasienter] som sa ”Å husker du når vi satt i det der lille rommet? Vi satt så tett. Vi hadde så liten plass. Det var så nært”. Men jeg synes det er bedre å ha litt plass og flere rom å fordele de på. Den stua der inne er alt for liten. Når vi blir så mange, så sitter vi nesten oppå hverandre. Men jeg har egentlig aldri hørt de har klaget på det. Men vi fikk jo litt styr når vi hadde [pasienter fra] dagsenteret. For vi måtte bære ekstra stoler og bord dit [...] Men det er jo mange som ikke tåler så mye nærhet; men likevel. Og vi har et sånt rom her som vi bruker til spiserom. Det er ikke mange kvadratmeter. Og der satt vi altså så tett rundt det store bordet. Og det var ingen som klagde (aktivitør/kvinne/50/N).

En psykiatrisk sykepleier snakket både om romorganisering, romstørrelse og den problematiske nærheten på denne måten:

Jeg synes for personalets del så er det veldig lite oversiktlig. Ja, det synes jeg. For hvis alt var på en flate [...] jeg personlig ville føle at jeg hadde mer oversikt. Men på den annen side så er det alt for lite og for trangt for pasientene her. Vi har jo mest schizofreni her [...], og de klarer ikke den nærheten. Og hvis det blir for tett inne i stua, så kan det bli uro. Så jeg synes ikke det er noe ideelt. Jeg ønsker meg større rom og litt lange ganger. Det ønsker jeg (psykiatrisk sykepleier/kvinne/60/S>10 år).

Jeg observerte også andre divergerende oppfatninger mellom pasienter og ansatte om det hjemlige. De ansatte var engstelige for at en hjemlig atmosfære i seg selv kunne forlenge institusjonsoppholdet. Dette illustreres på denne måten av en psykiatrisk hjelpepleier som hadde vært ansatt i om lag 30 år:

Vi har jo diskutert litt det der med hjemlig atmosfære, vet du. Så jeg skjønner jo at en sånn type institusjon ikke skal bli for personlig. Man skal ikke ta tingene sine med fra leiligheten og rigge seg til. Men jeg tenker andre rom også. Ja, hvis vi kan ta 17. mai for eksempel. I fjor kom vel kanskje det som jeg reagerte sterkest på. Hvor det ikke var kjøpt inn noen blomster. Ikke var det forberedt noe som helst. Og jeg kom på senvakt den 16. og fikk jo helt noia. Jeg tenker at selv om du er til behandling et sted, så skal du vel ha det hyggelig på sånne dager som 17. mai. Da føler jeg at det på en måte blir sånn misforstått. For det er jo en del av

rehabiliteringen det også, tenker jeg. Hvordan man feirer 17. mai. Hvordan man feirer jul. Og du er i en behandling. Og du må være der i den tiden. Så jeg synes vel kanskje til tider at det har blitt mye av det at det liksom ikke skal være hyggelig. Den har jeg følt litt på. Men enkelte har nok lett for å gro litt fast. Og da er vi igjen tilbake til det jeg sa i sted om at ting ikke skal være for, misforstå meg riktig, men det bør ikke bli for hjemlig og for koselig. Jeg har jo tro på at dette må til. Jeg tror det blir veldig farlig hvis du kommer inn i avdelingen hvor det blir hjemlig – det blir et hjerte. Så er du med på å kanskje forlenge tiden inne. Hvis du skjønner hva jeg mener? (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/50/E>10 år).

Det foreligger altså ulike meninger om romstørrelsens betydning. Pasienter med og uten psykoseproblematikk hevder at de er personer som trenger små rom. Praten går lettere og de får fram sine personlige sider. Intime rom forsterker kontakten mellom menneskene og øker trivselen. Det hjemlige har betydning. Små rom støtter opp om den personlige kontakten med personalet, og forsterker likheten mellom de to gruppene. Pasientene er syke, men de blir også noe mer. Personalet er fagpersoner, men også de blir noe mer. De små rommene med et hjemlig interiør, innbyr til de betydningsfulle samtalene om ”løst og fast”. En pasient fortalte at små rom gjorde det lettere for henne å slappe av og åpne seg. Det samme syntes å gjelde for de ansatte. Denne form for åpen kommunikasjon blir slik sett en ønsket situasjon for pasientene, mens ansatte er mer tvilende.

Flere av miljøpersonalet mente at små rom med en hjemlig atmosfære kunne forlenge pasientenes opphold i døgnavdelingene. At mennesker med psykoseproblematikk ikke tålte nærhet, synes som en udiskutabel sannhet; ”pasientene blir urolige av tette relasjoner”. I små rom eller poster med to etasjer, mister i tillegg personalet oversikten over pasientene. På den måten blir de ansatte også urolige. En institusjon med alt på en flate, sammen med større rom og lange korridorer, vil i så måte gi bedre overblikk og tryggere personale. Sett fra personalets side bidrar store rom til å gjøre arbeidssituasjonen enklere, samt til å hjelpe pasienter med psykoseproblematikk.

Personalet understreket at pasientene gjenvant en manglende kontroll i større rom. Store rom bidrar til at pasientene i sitt eget tempo kan nærme seg det sosiale liv i institusjonen, og videre komme til friheten utenfor. De ansatte var på den måten opptatte av at ”det sykehusaktige” er til hjelp. Store rom betraktes som terapeutiske virkemidler som letter oversikten og roer pasientene. På tilsvarende vis blir da det hjemlige en trussel for tilfriskningsprosessen.

Men ønske om store fellesrom kan også handle om personalets egne behov. Små rom visker ut forskjellen mellom ansatte og pasienter. Den tette og fysiske nærheten som slike rom krever, bidrar til å usynliggjøre og vanskeliggjøre profesjonaliteten til fordel for hverdagssamtalene og kaffekosen.

Flere av de ansatte henviste til diskusjoner som hadde vært i avdelingen. De forstår et DPS som et sted hvor det ikke skal være for personlig, hjemlig og koselig, fordi pasientene kan gro fast. Samtidig finner vi en tvetydighet i personalets holdninger, slik som eksemplet med markering av nasjonaldagen. Hovedinntrykket er likevel at det hjemlige blir en trussel sett i relasjon til ideologien om kortvarige opphold og effektiv behandling.

5.2.3 Vaktrommet som hjemlighetens motpol?

Personalet hevdet at de gikk til vaktrommet for ”å gjøre noe fornuftig”. Det peker mot at sammenblandingen av person og profesjon ble oppfattet som lite hensiktsmessig.

Hva var det som foregikk på vaktrommet? En psykiatrisk sykepleier beskrev de ulike funksjonene på denne måten:

[...] selvfølgelig så setter vi oss på vaktrommet av og til og snakker om pasientene og eget privatliv og løst og fast. Det gjør vi jo. Og det er litt godt. Mens vi synes at vaktrommet det trenger vi veldig, for der kan du trampe i gulvet, der kan du skrike, der kan vi ta den der lattersalven vår. Vi trenger å få utblåst følelser når vi er på jobb. Vi kan ikke gå hjem [...], hvordan skulle du da [...]. Vi vil ikke ha noen plass så pasientene kan se oss fra gangen. For vi trenger faktisk et avlukke som er vårt. Ja, for å ta vare på hverandre. Men pasientene kan jo alltid komme og banke på. Og jeg vil jo si det sann at hvis pasientene ikke er i stand til å gå og banke på en vaktromsdør når vi er på jobb [...]. Ute i verden må de jo banke på arbeidsgivers dør. De må banke på sosialkontordøra, på trygdekontordøra. Veldig mange plasser må de selv ta initiativet til å gjøre noe med sin situasjon. Så hvis du ikke kan banke på en vaktromsdør, ja – så. Men uten vaktrom, hvordan skulle man få ting til (psykiatrisk sykepleier/kvinne/55/N)?

Til tross for at personalet også snakket om privatlivet sitt inne på vaktrommet, fremsto vaktrommene utad som fagrom hvor de ansatte helst ikke skulle forstyrres, men hvor pasientene kunne (lære seg å) banke på. En psykiatrisk hjelpepleier reflekterte over vaktrommets betydning:

På et vaktrom der skjer det mye. Det er på en måte hjertet i avdelingen. Tror du ikke det er noe gammelt som ligger i ordet vaktrom? Det er vel fordi der har du jo basen. Det er jo der man henvender seg. Det er jo der alle telefonene kommer inn.

Det er der du dokumenterer. Men hva er det med det vaktrommet da? Er det trygt og godt der da? Har det skjedd så mye inne på vaktrommet at vi føler oss [...], at det blir utrygt å flytte seg til et annet rom [...] Men det er jo det at der inne finner jeg jo det jeg trenger for å gjøre jobben min. Altså, det er der jeg henter all informasjon. At det er samlet på et sted. Jeg kan gå *dit* og så finner jeg *det* der, og så kan jeg gå *dit* og så finner jeg *det* der. Og skal jeg gi rapport så vet jeg at det er der. Og så tar jeg noen telefoner. Så det er klart, kontorfunksjonen er viktigst. Men hva er det som gjør at det betyr så mye sånn sosialt sett? Det er vel litt sånn pulserende. Altså folk flyr ut og inn [...]. Og så trenger vi et sted hvor vi kan være privatpersoner. Jeg tror ikke vi hadde greid å jobbe i psykiatrien sånn som vi gjør, hvis vi ikke hadde det. Det må være rom for begge deler [...]. Blodomløpet blir jo der. For meg som personal så er vaktrommet hjertet. Og jeg må jo gå ut i fra det (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/50/E>10 år).

Pasientene, derimot, hadde et mer problematisk forhold til vaktrommet. Til tross for at de presiserte at det var viktig med rapporter, mente flere at dette rommet bidro til å skape avstand:

[...] jeg er klar over at det må rapporter og møter til for at det skal fungere i avdelingen. Men samtidig så er det veldig klar sånn utestegning. For ikke er det noen glassvinduer der [...] det er et helt lukket rom. Og vi får knapt nok lov til å sette vår fot over dørstokken der inne når vi skal hente medisiner og sånn. Så for min del føler jeg det som en veldig stor avvisning. Jeg har prøvd og latt være å tenke på hva de sier om meg der inne. Men jeg har forstått at jeg har vært samtaleemne. Ellers så har det plaget meg lite. Jeg er klar over at det er en del av opplegget at informasjonen må gå fram og tilbake hele tiden. Jeg har ikke mistro til dem i så måte. Men det vaktrommet, og den døra der, kan være en stor bøyg. Det er sikkert sånn at de sitter og skriver rapporter, går jeg ut i fra. Men de er veldig lite tilgjengelige. Det oppleves som veldig frustrerende. [...] å åpne opp det vaktrommet litt mer, at det ikke var så hemmelig liksom (pasient/kvinne/45/N).

Vaktrommet bringer fagfolkene nær hverandre, samtidig som det stenger pasientene ute. Den psykiatriske hjelpepleieren beskrev det som et pulserende rom. Hun brukte livgivende begreper og gjorde på den måten rommet vitalt. Rommets funksjoner var flere. For det første ble kontorfunksjonen og rapporteringen beskrevet som de betydeligste oppgavene på vaktrommet. For det andre var det stedet hvor følelsene fikk utløp. For det tredje ble manglende tilgang for pasientene betraktet som et ledd i opptrening av sosiale funksjoner. For det fjerde brukte ansatte rommet til å snakke om privatlivet sitt.

Selv om personalet bruker vaktrommet til å snakke om privatlivet, er det der de blir tydelige fagpersoner. På rapporten beskriver de tilstanden til den enkelte pasient, og diskuterer hvordan de på best mulig måte kan hjelpe pasienten videre. Fagfellesskapet om pasientens beste blir fremtredene. På vaktrommet blir pasientene noen - *de der ute*, og de ansatte noen -

vi her inne - som har fagkunnskap om dem.⁸⁹ Vaktrommet blir fagrommet hvor fornuften styrer over følelsene (men det blir også et rom hvor følelsene kan få overtaket). Vaktrommene er, med alle sine funksjoner, rom hvor personalet befester sin identitet som fagmennesker. På den måten bidrar disse rommene også til å understreke pasientidentiteten. Pasientene blir igjen de syke med en psykiatrisk diagnose. De sår ingen tvil om nødvendigheten av å ha et vaktrom. Dette viser at pasientene betrakter seg selv som personer som har bruk for fagpersoners vurderende blikk. Kontor- og rapporteringsfunksjonene er ”tatt-for-gitt” av pasientene. De forstår at personalet må snakke om dem uten at de selv er til stede.

Utblåsing av følelser foregår på vaktrommene. Ansatte snakket om pasientene som personer som fylte dem med mye frustrasjon som det var nødvendig å kvitte seg med. Det var slitsomt å bære andres sorg og smerte, og det var viktig å ha et sted hvor de kunne avreagere. Både for å beskytte pasientene for disse utblåsningene, og for å unngå at avreagering skjer etter arbeidstidens slutt, tar de en pause. Det kan synes som om ansatte føler seg invadert av pasientene på samme måte som de ansatte mener at skjer med pasientene om de oppholder seg i *for* små fellesrom sammen med mange mennesker.

Adgangen til vaktrommet blir sammenliknet med adgangen til offentlige kontorer. Den lukkede døra blir av personalet betraktet som trening i å forsere barrierer, og henvendelser et ledd i behandlingen. Vaktrommene har ikke lenger glassvegger ut mot korridoren, som de hadde i den perioden det var psykiatrisk sykehjem. Noen har i dag dører uten vinduer, noen har valgt å ha vindu i døra. De som har vindu begrunnet dette med at det er viktig å følge med ute i avdelingen, og at pasientene ble tryggere av å kunne se personalet. De ansatte som ikke ønsket å bli sett, forklarte det med at vaktrommet er personalets territorium, og at pasientene måtte lære seg til å respektere at personalet ikke alltid er tilgjengelig. Derfor *skulle* terskelen være høy. På én vaktromsdør hang en plakat hvor det sto: ”Kun for personalet!”, på en annen dør: ”Vær vennlig å respektere rapporttidene”. Som et ledd i opptreningen er også varslingsanleggene borte.

⁸⁹ Arkitekt John Pløger (2001) understreker i sin bok, *Byens språk*, at man får problemer med identitetsdannelse uten den fremmedes eksistens (ss. 105-105).

Flere så det som vesentlig av å ha rom hvor de kunne være privatpersoner i fred for pasientene. Vaktrommet er *pusterommet* hvor ansatte får pasientene på avstand. På vaktrommet ble det lest aviser og tilbudsannonser. Her snakket de om privatlivene sine, om barnas skolegang og selskaper de hadde vært i. Ansatte tok del i hverandres sorger og gleder. De ble kjent med hverandre som mer enn fagpersoner. Selv opplevde jeg det godt å være sammen med dem på vaktrommet. De viste interesse for hvem jeg var utover forskeren. Jeg slappet mer av, og fortalte hvor jeg kom fra og om barna mine.

Både i tuberkulose- og overgangsperioden hadde pasientrommene ringesnorer for å kunne tilkalle personalet. Vaktrommenes funksjon ble på begynnelsen av 1900-tallet hovedsakelig brukt for å overvåke pasientene. Personalet kunne kontaktes via varslingsanlegg. Innretningene besto av snorer over pasientenes senger slik man fortsatt ser det i somatiske sykehusavdelinger. Dro man i snora kunne personalet fort oppsøke den pasienten som hadde tatt kontakt. I tuberkulosestiden var et prinsipp blant sykepleierne ”anything you want” (Bang, 1951, s. 22). Og når pasientene den gang tilkalte personalet, sprang de ansatte til for å hjelpe. Det er i hvert fall slike inntrykk man får ved å snakke med dem som den gangen arbeidet i institusjonene. De sykeste tuberkulosepasientene skulle helst hvile så mye som mulig. I dag har pasientene andre typer sykdommer der ro ikke inngår i behandlingsopplegget. Pasientene er syke, men personalets arbeidsro skal respekteres. Det er spørsmål om personalets egne behov for arbeid, hvile og privatliv blir omskrevet til terapeutiske prinsipper i form av trening i å oppsøke offentlige kontorer. På den andre siden kan manglende tilgjengelighet gi personalet arbeidsro og pasientene terapi.

Å føle seg hjemme handler om å være i rom som fremmer nære relasjoner mellom pasienter og ansatte. Men det kan også tenkes at rom som tydeliggjør forskjellene, gjør rommene gjenkjennelige for de syke og dermed bidrar til trygghet og en *slags* hjemlig atmosfære. Pasienter som har fått en psykiatrisk diagnose får gjennom vaktrommet bekreftet sin sykdom. Her tar ekspertene ansvaret for å ordne opp. Av den grunn viser pasientene forståelse for at personalet også må snakke om dem i lukkede rom. Slik sett kan opplevelsen av å være hjemme handle om å være på steder hvor pasientens selvforståelse blir bekreftet. Det handler om å være syk og å bli tatt vare på, men det handler *også* om å være en person som har mye til felles med de friske. På samme måte trives også personalet bedre om de får være både fagpersoner og privatpersoner. Det skulle innebære at pasienter og ansatte har mye til felles selv om de har ulike oppgaver i institusjonen.

Pasientene så betydningen av å bli møtt som mer enn *de syke*. Ansatte så betydningen av å uttrykke seg som mer enn fagpersoner, men da hovedsakelig sammen med hverandre. De hverdagslige samtalene på de små vaktrommene synes for dem like viktige, som den hjemmelige atmosfæren pasientene opplevde i de små stuene. Slik viser begge grupper at de trenger tette rom hvor de kan føle seg hjemme. For personalet blir hjemligheten, fellesskapet og rapportene forstyrret dersom pasientene banker på døra. For pasientene blir hjemligheten og fellesskapet forsterket om personalet kommer og setter seg sammen med dem.

5.3 Historien lever i det nye

I tolkningene og refleksjonene som er gjort til nå, synliggjøres forsøk på å kvitte seg med tradisjoner for å få til en ny og moderne praksis. DPS'er skal representere noe annet enn tuberkulosehjem. Personalet har tatt avstand fra ro og hvile i en hjemlig atmosfære som et fornuftig behandlingsprinsipp. Også veldedighetsprinsippet, som for eksempel sanitetskvinnenes frivillige innsats og praksis, er ikke lenger ønsket. I diskusjonene om det nye, snakket ansatte både om *nå* og *før*. På den måten blir historien fortsatt en del av nåtiden.

Til tross for ideen om endrede pasientgrupper og nye faggruppesammensetninger i de ulike periodene, er likevel tidligere pasienter blitt værende selv om de ikke lenger tilhører den rette pasientkategorien. Ansatte som ikke lenger var kvalifisert, er også blitt igjen. De er tradisjonsbærere, på samme måte som den gamle bygningsmassen, en del av rommene og gjenstandene støtter opp under vaner som ble etablert tidligere.⁹⁰

En psykiatrisk hjelpepleier gjør seg sine refleksjoner over det nye, og hva hun tenker er i ferd med å forsvinne:

Det har vært omlegginger og omstruktureringer hele tiden, men da i forhold til differensierte diagnoser og behandling; at en har angst og depresjonsbehandling mer i den der avdelingen [...] Men pasientene trenger ikke bare tilbud. De trenger ro og hvile og. Men jeg forholder meg lojalt til det som er nedfelt og bestemt. For tross alt, når en jobber nær en pasient eller bruker, så observerer en. Jeg tenker de er raske med utskrivninger. Og dette med omsorgsbegrepet, det var mye inne før. Nå blir det knappst definert som behandling (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/50/I).

⁹⁰ Mennesker og ting (bygninger, rom og gjenstander) samhandler som *aktanter*, det vil si at materielle og sosiale forhold betraktes som en enhet, for eksempel jegeren og geværet (Latour 1999).

I en annen institusjon fortalte lederen om sine reaksjoner på det hun beskrev som ”den gamle omsorgen”:

Da jeg kom på 90-tallet så var det noen sykemeldte. De hadde nok lagt ned veldig mye av sjela si i huset og – det var mye av den gamle omsorgen – disse turene og den slags. Men de klarte ikke å henge med i forhold til den nye tenkningen [...]. Jeg ble overveldet av pasientene. Det handlet nok om at jeg så hvor dårlige mange av dem var. Jeg reagerte veldig på at de var så passive. Tilsynslegen kom bare hver 14. dag, sant? Og da ble det bare snakk om medisiner. Jeg tror folk ga omsorg og var snille og greie. Det var et slags matriarkat. Jeg følte jeg var plassert inn i noe. Og det var sånn at kommer du innenfor gjerdene her, så kommer du ikke ut igjen. Det var de holdningene de hadde. Så da tenker jeg at disse fordommene er ganske sterke. Det at du kom hit til du døde i tuberkulose-tiden, det var et stempel for de pasientene som var her. De kom jo som unge og skulle ha en fremtid. Det var forferdelig (leder/kvinne/45/D).

Mens lederen over var bekymret for at det gamle hadde slått rot i institusjonen, hadde en psykiatrisk sykepleier et annet syn på historiens betydning:

Møblene er jo gamle. Men merkelig nok så liker jeg de møblene. Jeg er litt opptatt av historien og gamle ting. For den er blitt vekk. Og så har det blitt opprydding, har jeg sett [...]. Noe er falmet og ødelagt og sånn. Men det er jo liksom litt synd, for du trenger litt gammelt. Og du trenger litt historie i det nye. I en strømlinjeformet behandling skal dette vekk. Og det flotte er vel og bra, men så er det kanskje noe som er vekk. Ja, det tenker jeg (psykiatrisk sykepleier/kvinne/40/E).

Det gamle, som en del ansatte mente skulle bort, var forhold som lederen beskrev som ”den gamle omsorgen”. Dette var en omsorg som kunne være overbeskyttende og bidra til å holde pasientene ”innenfor gjerdene”. Enkelte mente at denne ”omsorgen” både satt i institusjonens vegger og i befolkningens sinn. Disse forholdene ble betraktet som gammeldagse og til hinder for et moderne psykisk helsevern, ofte omtalt som ”strømlinjeformet” og ”ren psykiatri”. På samme tid understreket noen ansatte at man trengte ”litt historie i det nye”.

5.3.1 Erfaringskunnskapens plass i DPS'ene

Jeg har tidligere vært inne på at tuberkulosepasienter som ikke hadde noen steder å dra, ble i institusjonene sammen med pasienter fra overgangsperioden. En kvinne jeg intervjuet hadde vært ansatt i institusjonen i alle periodene. Minnene var blitt en del av henne, og synes instinktivt å prege hennes forståelse av psykisk lidende mennesker:

Jeg begynte i bestyrerjobben på 60-tallet. Og da var det blitt en blanding av tuberkulosepasienter og eldre. Jeg tror en sju-åtte av dem var psykiatriske pasienter. Og jeg husker ei lita jente. Ho sa bare ”mamma, mamma” til meg hele tiden. Vi hadde et barnerom ja. Men det var jo mange som døde ut av tuberkulosepasientene. Men det var mange som ble helt friske og (tidligere sykepleier og senere styrer/kvinne/85/N).

Det neste eksemplet fra en tidligere pleier viser tydelig hvordan pasienter som ikke hadde steder å reise til, ble værende:

I -76 var det demente. De senil demente ble værende for de hadde såpass med psykiatriske diagnoser at de passet liksom inn her uansett på en måte (pleier og senere renholdsarbeider/kvinne/55/I)10 år).

Denne kvinnens erfaring med pleie av senil demente mennesker, ble ikke betraktet som verdifull når psykisk lidende mennesker ankom institusjonen. Av den grunn fikk hun arbeid som renholdsarbeider. På sammen tid ble ”uegnede pasientgrupper” værende fordi deres atferd liknet på atferden til de psykisk lidende.

Følgende eksempel er illustrerende for at ansatte hadde erfaringer med andre pasientgrupper:

I en periode var det mest demente pasienter. Det var noen dagpasienter som var mer ren psykiatri. Noen var også påbegynnende demens som ikke hadde utviklet det fullt ut liksom. Og oppe i 2. etasje var vel en schizofreniavdeling den gangen også, med mer kronikere. Etter hvert flyttet vi de senil demente over i skjermede enheter på sykehjemmene. Så det ble en mer ren psykiatriavdeling. Og etter en 7-8 års periode så sendte de alle kronikerne inn i en liten enhet for 6-7 pasienter. Etter hvert skulle de ut i kommunen og klare seg selv, og funksjonsnivået var jo lavt på de fleste [...]. Egentlig så tror jeg ikke den pasientgruppa, som er her nå har noe utbytte av at sanitetskvinnene kommer oppom med vaffelsteking og sånn. Her er det såpass mye gjennomtrekk og såpass annen type pasienter (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/40/E).

Institusjonen ble ryddet for å gi plass til korttidspasienter som ikke hadde bruk for det man kan kalle hverdagshygge utført av frivillige organisasjoner, eller gammeldags omsorg med ro, fred og hverdagsprat. De fleste hjelpepleiere og aktivitører opplevde at deres kunnskaper ikke lenger holdt mål. De beskrev seg som ”en utdøende rase”. De visste at dersom tilgangen på ansatte med høgskole- eller universitetsutdannelse ble større, ville de ikke lenger være ønsket i DPS’ene. For å få til ”rene” psykiatriavdelinger måtte enten pasientene utskrives eller justeres.

På samme måte er det blitt fortalt at ansatte har blitt sykemeldt eller har sluttet fordi deres kunnskaper ikke lenger egnet seg. Andre ansatte tilpasses institusjonens nye tenkning. Flere av pleierne fra tuberkulose tiden fortsatte å være i institusjonene også etter at endringene hadde skjedd. Pleiere uten utdanning gikk over i serviceyrker, andre utdannet seg som hjelpepleiere i overgangsperioden og ble på den måten tilpasset denne tiden. Da hjelpepleieryrket ikke lenger var godt nok, utdannet enkelte seg som sosionomer eller sykepleiere. Overlappingen fra epoke til epoke kjennetegner menneskene på stedet. Slik sett har det alltid vært mennesker som har båret tradisjonene videre. Et sted begynte til og med en tidligere tuberkulosepasient å arbeide i institusjonen etter at hun ble frisk.

At tilpasningsforsøkene må ha virket inn på den enkelte, er sannsynlig. Pasienter som kanskje har forbundet institusjonsoppholdet med en viss langvarighet, blir forvirret av korttidstilbudene. Det de møter, stemmer ikke lenger med hva de føler de har behov for. Hjelpepleiere som tidligere hadde mye ansvar for pasientene, forteller om sorg og fortvilelse over å ikke lenger å være til nytte. Dette må også utvilsomt ha fått innvirkning på deres selvforståelse, og hvilken tillit de har til egen kunnskap.

Til tross for endrede kompetansekrav, er ansatte uten den ønskede kompetansen fortsatt i institusjonene. Deres erfaringskunnskap kan tenkes å forstyrre fagspråket knyttet til diagnoser, behandling og ideen om korttidsopphold. Fortsatt diskuterer de betydningen av det hjemlige og verdien av ro og hvile, men understreker samtidig at dette vil forlenge innleggelsene. De befinner seg i spennet mellom det gamle og det nye, men viser at de følger med i tiden.

5.3.2 Hus med sjel

Overraskende mange informanter tilla de eldste bygningene sjel. Institusjonens særpreg ble satt i forbindelse med ”det som sitter i veggene”. Pasienten sitert nedenfor knyttet dette til mennesker som hadde levd og dødd i institusjonen. Hun opplevde en stemning som fikk henne til å slappe av. Sjelen i selve bygningen hadde inntatt rommene, som hun uttrykte det:

Jeg tenker at det er en bygning med sjel. Det har vært mange gode sjeler som har vandret her, som har avsluttet livet sitt. Jeg synes liksom det er fred over hele

huset. Det er noe godt med huset. Det er sjel i hvert rom (Psykiatrisk pasient/kvinne/55/D).⁹¹

En psykiatrisk hjelpepleier snakket om en god ånd i institusjonen, en ånd som betydde mye for trivselen på jobb. Det var viktig at noen hadde vært ansatt lenge, slik at de kunne bringe denne ånden videre fra generasjon til generasjon, og på den måten holde det trivelige arbeidsmiljøet i hevd. Hun mente at en god atmosfære også kunne gjøre mindre pene hus attraktive:

[...] vi har hatt en veldig fin ånd. Og det har vært et veldig sterkt ønske om å kunne føre den videre [...] Dette bygget [nybygget] er ikke pent. Men samtidig så har det vel vært så mye godt her at det på en måte blir litt pent og. Og gamlebygget er jo et sjarmerende hus. En gammel mann jeg kjenner på 90, han fortalte jo om sin mor som bodde her. Han fortalte så mye om det stedet (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/50/E/10 år).

En eldre, psykiatrisk hjelpepleier snakket om dagens institusjon, men fikk hele tiden assosiasjoner til tuberkuloseperioden. Hun hadde vonde minner:

Jeg likte ikke den store bygningen som minte meg faktisk om tuberkulosen. Det dystre huset med den porten der borte. Jeg har bestandig tenkt på det som fengsel. Ja, for vi var veldig mye her oppe da vi var barn. Vi lekte på området og plukket hvitveis. Og da gikk vi rundt her og så på det som et stort fengsel [...]. For da jeg var elev her i psykiatrien, da var jeg der. I det store bygget. Og det gjorde noe med meg altså, og noe så inderlig og. Og det var alle de smårommene i den kurhallen. Jeg kjente liksom dragning til den. For der hadde min tante fortalt at hun var pasient og lå i kurhallen. Der lå hun på en seng på formiddagen og fikk sol på seg. Og jeg måtte liksom ned der og sitte. Og så tenkte jeg på dem som hadde ligget der og sånne ting. Jeg var veldig glad da jeg var ferdig med elevtiden. Jeg skyndte meg ut da jeg var ferdig. Å ja, jeg trives veldig i jobben min. Men det huset, jeg vet ikke [...]. Det har vel noe med at når vi var her og lekte som barn, så fikk vi aldri nærme oss her oppe. Det henger noe igjen. Det var så dystert. Og når jeg går i kjelleren i hovedbygget, kjenner jeg litt det der dystre. Med alle de dørene som jeg ser og [...]. Da begynner jeg å tenke på det som har vært. Det har vært veldig mye lidelse i det huset. Og så, ikke nok med det, her som dette huset [nybygget] står, har vi fått beskjed om at her har stått et kapell. Så det er av og til jeg sitter inne på vaktrommet, særlig om vinteren når det er mørkt, så da tenker jeg litt på det. Det var jo en del unge mennesker her som døde (psykiatrisk hjelpepleier/kvinne/60/S/10 år).

Sjelen, ånden, ”det som sitter i veggene” er uttrykk for at materialitet og liv ikke kan skilles ad. Det metafysiske konkretiseres både i gode og mindre gode praksiser. De ansatte forteller om den gamle omsorgen som en motsetning til den rene og strømlinjeformede behandlingen.

⁹¹ Sitatet er det samme som er presentert først i innledningskapitlet (kapittel 1).

Den gamle omsorgen er for de fleste preget av godt stell og stabilitet. Stabiliteten kan settes i forbindelse med to forhold. Tuberkulosepasientene var alle innlagt over lang tid – enkelte nesten over et helt liv. Også de ansatte var der lenge. Den gode omsorgen handler derfor for mange om at huset har en god sjel. Denne sjelen gjør at dagens pasienter finner ro og fred i egen sjel, og den virker også positivt inn på arbeidsforholdene til de ansatte. Den gode tonen som betjeningen beskriver, handler om et åpent, trygt og tillitsfullt forhold dem imellom.

Men det som ”sitter i veggene” handler også om det motsatte av god helse og et godt liv. Det sitter smerte i veggene. Sorgen over unge menneskers lidelse og død formidler *ikke* håp om helbredelse. Hele tiden ligger utryggheten på lur. Omsorgen kan bli kvelende og kan dermed holde dagens pasienter fast i lidelsen (Larsen, 2001). Mange ansatte i tuberkulose tiden ble selv smittet. De ansatte levde med en frykt. Kvitter man seg med omsorgstenkningen, kan det bety at man samtidig tror man kvitter seg med det som forbindes med den. Barn, ungdom, langvarig behandling og likevel en dødelig utgang, handler om håpløshet. Alt som vekker slike minner, må derfor bort for å gjeninnføre håpet.

Institusjonene startet som tuberkulosehjem. Byggherrene hadde et ønske om å hjelpe barn, unge og voksne som var alvorlig og livstruende syke. Bygningen tok i mot pasienter og ansatte, men menneskene tok også i mot bygningene. Det gikk begge veier.

Den ene veien handlet om at de første byggherrene og arkitektene ga husene ”sjel”, i den forstand at de materialiserte omsorgs- og beskyttelsestenkningens verdi. Tenkningen synes sterkere og mer kraftfull enn menneskene som i ettertid forsøker å sette sitt preg på stedene (Larsen, 2001, 2006). Noen av betingelsene for husets indre liv i dag, var derfor allerede tilstede på planleggingstidspunktet. Omsorgstenkningen som flere forbinder med den gode sjel, kan også knyttes til sanitetskvinnenes kjærlighetstanker (se kapittel 5.1.4). Omsorg og ivaretagelse kjennetegner i tillegg livet i et hjem, og de eldste bygningene likner da også på privatboliger. Slik kan byggestil og filosofien bak disse byggverkene, fremme og forsterke god omsorg.

Da nye pasientgrupper inntok bygningene, fortsatte mange ansatte. Dette er den andre veien. En annen tid og en ny stil begynte sammen med de funksjonalistiske bygningene. I overgangsperioden var byggverkene fortsatt ment for mennesker som skulle bo i institusjonen. Omsorgstenkningen var på dette tidspunkt ikke så ulik den på tuberkulosens tid,

fordi pasientgruppene nå ble omtalt som kronikere. Pasienter med kroniske lidelser skulle mest trolig også være der livet ut. Men da stedene ble DPS'er, overtok korttidsbehandlingen.

Korttidsbehandlingen finner nå sted i bygninger hvor det tidligere var mer ivaretagelse og omsorg enn behandling. Siden omsorgsbegrepet ikke lenger benyttes i beskrivelser av institusjonenes tilbud, tyder det på at omsorg hindrer en mer aktiv behandlingsform. Dette kommer fram som usikkerhet og diskusjoner i forhold til hva pasientene kan ha nytte av. Men aktiv behandling og omsorgstenkning kan gå hånd i hånd og befrukte hverandre, på samme måte som de funksjonelle bygningene ble omtalt av en ansatt som pene fordi det hadde skjedd så mye bra der.

Tuberkulosehjemmene kan betraktes som nybyggenes motpol, slik omsorgen blir behandlingens motpol. Om nybyggene dominerer, og man har kvittet seg med historien, får kanskje funksjonene overtaket. Idealet blir å behandle pasientene mest mulig rasjonelt og effektivt i bygninger som ikke inneholder unødvendige detaljer. Når funksjonene skal handle om sykdom og behandling, må derfor bygningene bære preg av det. Det bør se ut som et moderne, somatisk sykehus.

Til tross for funksjonalismens kjennetegn het institusjonene fortsatt "hjem" i overgangsperioden. Betegnelsen kan ikke entydig knyttes til en enkelt tidsperiode. Virkelige hjem ute i samfunnet ble også i større grad i etterkrigstiden bygget etter funksjonalismens idealer. Nye ideer om effektivitet i familie- og arbeidsliv fant her sitt arkitektoniske uttrykk (Schiøtz, 2008).

I dr. Nordrums åpningstale om Preståsen tuberkulosehjem i 1930, sier han at ved tuberkulosehjemmet skulle det arbeides i kjærlighetens ånd (se kapittel 4.5.2). 29 år senere holdes det en ny åpningstale i forbindelse med innvielsen av institusjonen som hjem for senil demente. Dr. Amlie, som nå er blitt stedets lege, håper at den gode ånd som forhåpentligvis "sitter i veggene", føres videre.⁹² Som mange informanter fortalte, virker det i stor grad som disse legene har fått sine ønsker oppfylt. Ikke bare på Preståsen, men også ved de andre institusjonene, fortalte både pasienter og ansatte om den gode sjelen som satt i veggene. Gamle hus preget menneskene, det gjorde også gjenstandene inne i dem.

⁹² *Sandefjords Blad* henholdsvis 28. september 1930 og 19. juni 1959.

5.3.3 Minneting

En pensjonist som tidligere hadde arbeidet som sykepleier og senere styrer, fortalte om overgangen fra tuberkulosehjem til psykiatrisk sykehjem. Det hadde vært mange diskusjoner om hvilke gjenstander de fortsatt skulle bruke, og hvilke de skulle kvitte seg med. Hun fortalte følgende:

Men på veggene ute i avdelingen var det bilder og malerier. De var gitt av tuberkuloseforeningen og forskjellig sånt. Så det var jo veldig mye fint på veggene. Så vi brukte det gamle fra "hjemmet", for å ta vare på det. Og på den finstua borte i gamlebygget, der var jo en del ting som tuberkulosehjemmet arvet etter pasienter. Den ovnen der pusset dagsenteret opp (tidligere sykepleier og styrer/kvinne/80/N).

En ettermiddag var jeg sammen med ansatte og pasienter i finstua.⁹³ Her var kaffe og kake og praten gikk livlig om den samme ovnen som var restaurert:

Pasient 1:	Den gamle ovnen der, kan den brukes tro?
Psykiatrisk sykepleier:	Det hadde vært koselig med noen vedkubber der. Har du sett at den har vært i bruk noen gang? [Hun henvender seg til en hjelpepleier som har arbeidet der i om lag 20 år].
Hjelpepleier:	Feieren sier vi må ligge lavt, det er visst en sprekk i den. Men den er helt fra tuberkulosen. Det er jo forresten den sofagruppen også.
Pasient 2:	Faktisk så kan det være at bror til mamma har sittet i den. Han hadde tuberkulose. Han overlevde, men det var så vidt. Han var innlagt her i årevis.
Hjelpepleier:	Det var min mor også. Før jeg ble født.
Pasient 1:	Jeg trodde ingen overlevde i den tiden jeg (fra feltnotater/N).

På samme måte som strikketøyet bidro til å oppheve skiller mellom ansatte og pasienter, syntes samtalen om interiøret å gjøre det samme. Sofagruppen og ovnen vekket minner om familiemedlemmer som hadde overlevd en alvorlig sykdom.

⁹³ I to av institusjonene hadde de stuer som hadde bevart mye av særpreget fra tuberkuloseperioden. I den ene institusjonen kalte de stua bestestue, i den andre finstue. I den ene institusjonen hadde de peis, i den andre jernovn. Av anonymitetshensyn lar jeg begge institusjonene ha finstue med jernovn.

Tingene fra tuberkuloseperioden representerte en tid, et sted og en stemning. Møblene passet til de gamle bygningene. I tuberkulosehjemmet, i omgivelsene rundt og i interiøret, skulle pasientene finne atspredelse og hvile.

Flere pasienter fortalte at tingene skapte kontakt på en annen måte, og de syntes det var morsomt med minnene de vekket. Tingene fikk pasienter og ansatte til å fortelle om familie og kjente som hadde vært innlagt eller arbeidet ved institusjonen i gamle dager. På den måten glemte de hverdagen for en liten stund til fordel for tidligere tider. Tingene satt dem inn i en annen tid, men også i egen tid. Noen minneting kommuniserte at en vanskelig periode var over. Man kunne glede seg over at tuberkulosehjemmene var en saga blott. Samtalen om de gamle gjenstandene gjorde kanskje pasientene oppmerksomme på at det også i dag fantes muligheter. Penicillinets effekt og bedre levekår hadde gjort institusjonene overflødige for tuberkulosepasientene og dette håpet ble overført til egen sykdom og medisinerings av denne (se kapittel 5.4.1).

5.3.4 Hygien i mentalhygien

DPS'enes beliggenheten er ikke gjenstand for et bevisst valg. Den er gitt når man først har bestemt at den gamle bygningen skal bevares. Bygningen ble opprinnelig plassert der ut fra overbevisningen om omgivelsenes gunstige virkning på tuberkulosepasienter og for å hindre smittespredning.

Men skillene mellom de to praksisformene, behandling av tuberkulose og av sinnslidelse, er kanskje ikke så merkbare som det er vanlig å tenke. Jeg vil derfor vise hva pasienter og ansatte forstår med behandling i DPS'ene, og gjøre en sammenlikning med behandlingen i tuberkuloseperioden. En pasient beskriver dagens praksis:

Samtalene med pleiepersonalet og psykologen går jo over i hverandre. Jeg har tre kontakter (fra pleiepersonalet) for at det skal være mest mulig kontinuitet. Og noe av det går på det samme. Men så blir det ofte mye mer med det praktiske. Som i hvert fall jeg ofte har følt at det ikke er tid til å ta opp med psykologen. Der må vi jobbe litt annerledes. Man må gå i dybden (pasient/kvinne/45/N).

”Å gå i dybden” var et gjennomgående uttrykk om samtaler med ansatte, særlig med psykolog og psykiater. Da handlet det som regel om at pasientene hadde fått hjelp til å sette ord på forhold i barndommen som de ikke var seg bevisst, og som man tenkte hadde betydning for at

de skulle bli bedre.⁹⁴ På et behandlingsmøte snakket de ansatte om en pasient som begynte å komme seg. Psykologen sa:

Pasienten har sagt at hun ikke vil ha flere barn og at hun innser at hun aldri vil bli bestemor. Dette er tegn på at hun rydder bakgården før hun rydder fronten. "Inngangspartiet" er sønnen. Dette kommer som neste utvikling. Stemmen hennes har forandret seg. Er blitt tydeligere (feltnotater/N).

Pasienten blir omtalt som en som er i ferd med å ta tak i eget liv. Sammen med psykologen har hun begynt et oppryddingsarbeid. Ved å rydde opp i det som ikke synes for alle og enhver, blir det mulig for pasienten å utvikle seg. Hun har fått hjelp til å "gå i dybden".

Til alle tider har man hatt ulike måter å gjøre det indre landskap rent på – katharsis.⁹⁵ Da jeg selv arbeidet i psykiatrisk praksis, var et vanlig uttrykk "å få ting ut" eller "å tømme seg". Når noen har "fått ting ut", er det blitt satt ord på mørke, tunge og kanskje skitne følelser som er "skjult i menneskers indre" og som det tidligere ikke ble snakket om. Når man har kvittet seg med det vanskelige, er man ren og lettere til sinns. "Verbalisering" er et kjent egostyrkende prinsipp hvis hensikt er å hjelpe pasienter til nettopp å sette ord på det problematiske. Men verbalisering er ikke nok. Å sette ord på vanskeligheter fordrer at noen tar i mot. "Containing function" er et annet egostyrkende prinsipp som innebærer at behandleren tar i mot og rommer den smerten som pasienten verbaliserer (Strand, 1990). Fagfolk blir på den måten "containere" for psykiatriske pasienters vanskelige følelser.

På tuberkulosens tid brukte man spyttekrus og flasker som containere for smittsomme bakterier:

Disse stålkoppene på en halv liter. De hadde alle på bordene. De var til å spytte i. Så hadde vi en stor stålkjele på skyllerommet som vi kokte alt spyttet [stålkoppene] i. Spyttet på bunnen, og alle koppene oppå. Vi skulle koke de i 2 timer. De som gikk oppe og spaserte hadde en liten stålflaske med til å spytte i. Det var ikke lov å spytte annet enn i spytteflaskene og koppene (tidligere sykepleier/kvinne/85/I).

⁹⁴ Dette illustrerer en psykodynamisk forståelse av psykiske lidelser.

⁹⁵ Begrepet "katharsis" stammer fra gresk og betyr renhet og renselse. På 1900-tallet ble det adoptert av moderne psykoterapi (<http://en.wikipedia.org/wiki/Catharsis>). I boka *Underteksten* omtales 1880-90-årene som kartarsisperioden hvor tilbakeholdte affekter ble sett på som hovedårsaken til den hysteriske lidelse (Gullestad og Killingmo, 2005, s. 36).

Alle informantene fra tuberkuloseperioden fortalte om strenge regimer for oppbevaring av spytt og rengjøring av gjenstander. En pleier husket rensligheten som et viktig tiltak:

De fikk ikke noe særlig behandling de første åra. De fikk nå renslighet og forsiktighet på grunn av smittefaren (tidligere pleier og senere kokke/kvinne/85/D).

Denne pensjonisten minnes at arbeidet besto i å ta hygieniske forholdsregler. De skulle kvitte seg med bakteriene slik at de ikke spredte seg. Hensikten var å bli kvitt sykdommen og få en ren og smittefri kropp. Bakteriene skulle ikke hvor som helst, de hadde sine faste rom.

Psykisk lidende mennesker skal ikke snakke om det som er vondt og vanskelig i fellesrom (se kapittel 5.2). Sykdomsprat skal også foregå et sted hvor du er alene med primærkontakten eller terapeuten. På den måten har de vonde og vanskelige tankene også egne materielle rom. Det kan være pasientenes soverom, kontoret til behandleren eller et samtalerom.

I tuberkulosens tid var et rent hus også et sunt hus, på samme vis som en kropp fri for bakterier var en sunn kropp. I våre dager betraktes det rene og lyse, som bedre enn det skitne og mørke. Dette gjenspeiler seg for eksempel i at nedtrykte pasienter opplever ”å gå i kjelleren” (se kapittel 5.1.2). Lyse og rene omgivelser er omgivelser som gjør mennesker godt. Det er omgivelser med muligheter, de åpner opp. Mørke omgivelser kretser rundt problemene. Renhetens effekt kjennes igjen fra tuberkuloseperioden. Den ble forsterket av hvitmalte rom. Tidligere fjernet man uønskede bakterier, hoste, spytt og blod, nå fjerner den tanker og handlinger som ikke passer inn. På den måten bidrar individualsamtalene til renselse.

En psykiatrisk pasient ser alternativer til individualsamtaler:

Den nytten jeg kan få av en samtale med psykologen, den får jeg like gjerne med å gå en tur i sola altså. Det gjør meg like godt. Gå en fin tur i sola. Det gir meg akkurat det samme. Faktisk (pasient/mann/45/S).

Institusjonene viser gjennom ukeprogrammene betydningen av å være utendørs. Samtidig oppfordrer sparker, sykler, gåstaver og ski pasientene til å komme seg ut i frisk luft. Under en rapport presiserte en sykepleier at psykologen hadde sagt at pasienten *skulle* gå lengre turer.



Gåstavene i denne institusjonen oppfordrer til turer i frisk luft

Fotografiet viser en korridor som er alt annet enn hjemlig. Kombinasjonen av skapet til brannslangen, oppslagstavla, potteplantene og turutstyret gir et noe kaotisk inntrykk, samtidig som gåstavenes og ryggsekkens dominerende plassering er en tydelig oppfordring til å bruke kroppen utendørs.

En del fysiske aktiviteter foregår innendørs. Regelmessig morgentrim og faste tilbud om svømming i offentlige svømmehaller og/eller bruk av treningsstudioer står på programmene. I en institusjon var det innredet treningsstudio i et loftsrom, en annen hadde ergometersykel i korridoren. At det å bevege kroppen gir god helse, er et prinsipp som gjelder. Ved to institusjoner blir fysisk aktivitet presentert i informasjonsbrosjyrene som en del av behandlingstilbudet.

Slik har opphold i frisk luft og fysisk aktivitet vært viktige prinsipper gjennom de ulike periodene. *Sandefjords Blad* intervjuet den nyansatte legen, dr. Nordrum, ved Preståsen Tuberkulosehjem ved åpningen i 1930.⁹⁶ Legen fortalte at stedets behandlingsprinsipper var fastsatt i kurreglene. Kurreglene er gjengitt i avisa. To av dem lyder som følger:

- Luftekuren: Den består i at tilbringe hele dagen i frisk luft – enten ute eller indendørs – for åpne vinduer. Jo kaldere det er ute, dess mindre behøver vinduet at staa aapent for luftvekslingen er da livligere. Hjemmet oppvarmes til en temperatur som er noget lavere end den man er vant til fra det daglige liv.
- Bevegelseskuren: Ved denne oppnaaes at træne patienten – at øke motstandskraften, fremme blodcirkulasjonen, dermed stofsiftet. Denne træning faaes ved systematiske spaserture og senere ved arbeide (*Sandefjords Blad*, 28. september 1930).

Luftekuren og bevegelseskuren er presist beskrevet i motsetning til liknende behandlingsprinsipper i dag. Det kan tyde på at tilsvarende tiltak i DPS'ene er så selvsagte at man ikke anser det nødvendig å gå i detalj. Slik sett har "kurene" overlevd fra generasjon til generasjon og er blitt en selvfølge. Aktiviteter i frisk luft har institusjonenes naturskjønne omgivelser også invitert til. Hvilekuren derimot, finnes det ikke spor av i DPS'enes presentasjonsbrosjyrer eller dagsprogrammer. Om hvilekuren skrev *Sandefjords Blad*:

Hvile er nødvendig ved de fleste sykdomme og spesielt ved tuberkulose. Har pasienten feber forordnes et mer eller mindre strengt sengeleie. Eftersom sykdommen kommer mer til ro, kan man tillate patienten at komme op av sengen, men selv om man er i full "kur" vedblir de regelmessige liggetider at være et fast ledd i kuren (*Sandefjords Blad*, 28. september 1930)..

Som jeg har vært inne på hadde mange psykisk lidende behov for hvile under institusjonsoppholdet, mens flere ansatte anså ikke det som behandling (se kapittel 5.1.3). Men dette var ikke entydig blant personalet. I en institusjon snakket lederen om dagens behandlingstilbud på denne måten:

Og når det gjelder behandling så tenker jeg vel at pasientene kommer inn til behandling og så reiser de hjem igjen til sitt eget. Og da skal det være en behandling [...] et sted hvor de kommer for å få hjelp og så reiser de hjem igjen. Men samtidig så tenker jeg at vi ikke skal være sånn effektivt "inn-ut". Pasientene skal få ro og få lov til å være her og komme seg. Det er en trend. Så litt av den rolige og gode atmosfæren, det har jeg tro på. Vi tenker vel det at det skal være mer behandling. Og det der med omsorg det har på en måte blitt en sånn ullen [...] og det er vel kanskje det vi har gitt mest før, eller vi har gitt masse der. Og det er klart det er viktig. Men det er kanskje ikke det som vi vil ha i målsettingen. Det er klart at omsorgen er en del av behandlingen. Men ellers så tenker jeg at

⁹⁶ Avisutklippet er udatert og lånt fra Norske Kvinners Sanitetsforening i Sandefjord.

behandlingen er medisiner, samtaler - fysisk aktivitet det har vi jo. Og det å hjelpe pasientene til å mestre ting selv. De lærer å gå ut, handle, gå i banken (styrer/kvinne/50/I).

Pasientene opplevde institusjonene som fredelige steder med fin natur der de fikk den hvilen de sårt trengte. De mente at hvile ga dem mulighet til å tenke over livet, og dermed også å kunne gjøre noe med problemene. Ansatte ønsket derimot at pasientene skulle være aktive:

Men det hender at en innsøkende innstans sier at pasienten er så sliten og trenger hvile. Og da sier vi at de kan leie seg inn på hotell. Men er det en skikkelig sykdom som ligger [...]. Men skal de ha skikkelig utbytte av et miljøterapeutisk opplegg så må de jo delta. For her er det ikke kost og losji. Og når vi ser at de får det til i miljøet. Det er godt for oss. Men det er jo ikke bare dette som kan gjøre at folk greier å utvikle seg. De må gå noen bratte bakker og bli frustrert og (psykiatrisk sykepleier/kvinne/55/N).

Dagens behandling innebærer at pasientene var aktive og ikke lå på latsiden. Dette kan relateres til vonde erfaringer med hvilekuren fra tuberkulosens tid. En tidligere sykepleier minnes:

Før vi fikk medisin var det bare å hvile – nei – det var så sørgelig. De lå nå til sengs mye. De skulle ligge og hvile oppe i kurhallen. De som var begynt med det, lå der i 20 kuldegrader. De hadde veldig godt på seg. Det var to doble ulltepper. Men det ble mye bedre miljø da vi begynte å få medisin. For det var ungdommer som kom inn – på knapt 20 år. Å, det var så trist (tidligere sykepleier/kvinne/85/N).

Medisiner omtalt som det som ga håp, er et gjennomgående tema fra tuberkuloseperioden. Behandlingen *før* medisinene, ble etter hvert betraktet som ikke-behandling og ofte død. Kanskje er det av den grunn blitt viktig for mange av dagens ansatte å ta et skritt bort fra behandling som likner på den som var i tuberkulosehjemmene før penicillinet? Dagens pasienter fortalte at de likevel hvilte. De slappet av på rommene sine, på røykeverandaene, i stuene eller utenfor i hagen. De slappet av i samtalene med hverandre, mens de strikket og mens de spilte spill. Slik sett trengte ”hvilekuren” seg på, selv om den ikke var et ledd i behandlingen, og selv om ikke atspredelsene i en hjemmelig atmosfære ble presisert i programmene.

Bekymringer i forhold til dagens psykiatriske praksis handlet for flere ansatte om effektiviteten. Uavhengig av institusjon, ble dagens tilbud sammenliknet med ”7-Eleven”. Denne butikkjeden kjennetegnes av effektiv handling i døgnåpne butikker. Her er inntjeningen det viktigste momentet. Ved én institusjon snakket de derimot om en

ventemodusstemning som gjorde at ”folk kunne gå og stange hodet i veggen”. Både når personalet snakket om effektiviteten og stillstanden, tydet det på at de ennå ikke helt hadde fått tak på hva et DPS skulle representere. De forsto ikke det nye innholdet, og derfor visste de ikke hvordan de skulle forholde seg.

Kurregimene i tuberkulosestiden var obligatoriske, og kombinasjonen med kirurgi og medikamenter utgjorde behandlingstilbudene sist i perioden. Verdt å merke seg er at sinnssykeasylene drev etter tilsvarende kuringsprinsipper. Hvilekurer var for eksempel velkjente, og ble etter hvert kombinert med lobotomi og medikamentell behandling (Bøe, 1994; Hermundstad, 1999).⁹⁷

Også i dagens praksis kombineres ”kurene” med medikamenter. Kirurgien er borte, men noen pasienter får ECT-behandling mens de er innlagt.⁹⁸ Strenge behandlingsregimer ble vektlagt før, og vektlegges i dagens DPS’er. De strenge regimene vi kjenner fra tuberkulosestiden, er ikke like synlige, men de er der. De er nærværende ved at programmet eksisterer, og at det forventes at du deltar. Jo mer du deltar, jo nærmere er du målet om å kunne reise hjem og være aktiv i et åpent samfunn. Men programmet er ikke rigid. Om pasientene er betraktet som svært syke, får de av og til slippe hele, eller deler av programmet. Noen ganger stiller mange pasienter opp på morgenmøtet og morgentrimmen, andre ganger er få til stede. I institusjonene oppfordres pasientene til å delta, men manglende deltakelse respekteres stort sett. Ansatte som har sterk tro på struktur, passer på at programmet følges av alle. Noen få ganger gir manglende deltakelse grunnlag for sanksjoner, i verste fall i form av utskrivelse.

5.4 De selvfølgelige medikamentene

I alle døgnpostene fikk pasientene medikamenter. Om pasientene snakket om medisinene de brukte, var det som regel i forhold til hvilken dose de hadde nytte av, og ikke i forhold til bruk eller ikke bruk. Pasientene mente at de trengte medikamentell behandling:

⁹⁷ Lobotomien i Norge ble utkonkurrert av andre behandlingsformer på slutten av 1950-tallet, og lobotomerte pasienter er i ettertid blitt tildelt billighetserstatning av den norske stat på grunn av de plagene en slik operasjon påførte dem (Hermundstad 1999, ss. 141-162).

⁹⁸ ECT er en forkortelse for Electro Convulsive Therapy, og benyttes i dag som behandling mot depresjon (se Roar Verde (2006): *ECT: Teori og praksis*).

Behandlingen? Ja, det er jo samtaler med legen. En gang i uka skal det være. Men det kan hende det ikke blir så ofte. For man får jo medisin og den må jo virke (pasient/kvinne/55/D).

En del ansatte beskrev medikamentene som det viktigste tiltaket i behandlingsopplegget.

Denne psykiatriske sykepleieren er representativ for de som var medisinansvarlige:

Den aktive behandlingen er først medikamentell. Det er jo en legejobb. Men en må observere virkning og bivirkning. Tett samarbeid om hvordan pasienten føler det (psykiatrisk sykepleier/kvinne/40/E).

Så vel pasienter som ansatte plasserte legen øverst i behandlingshierarkiet fordi han eller hun var den medisinske ansvarlige. Sykepleierne plasserte seg selv under ham, og som pasientens samarbeidspartner og observatør av medikamentenes virkning.

5.4.1 Håpets kjemi

I DPS'ene var alltid en sykepleier ansvarlig for utdeling av medisinene og for å vurdere effekten.⁹⁹ Den enkelte pasient hadde en dosett hvor medisinene som oftest ble fordelt for en hel uke av gangen. Dosettene hadde sitt eget rom – medisinrommet. Den lille dosetten med alle medikamentene representerte rutiner som var ufravikelige.

Et gjennomgående trekk var at pasienter fortalte om en hverdag som hadde vært uutholdelig uten medisiner. Derfor var de profesjonelles kunnskaper om denne behandlingsformen, avgjørende.

Pasientenes diagnoser kunne leses av innholdet i medisindosetten. Dersom det lå et medikament med navnet *Seroxat* i boksen, kunne man slutte at han eller hun som inntok preparatet sannsynligvis hadde en depressiv lidelse.¹⁰⁰ Fant man *Leponex*, innebar det at pasienten hadde en schizofrenidiagnose. Innholdet hadde en lindrende effekt, i den forstand at det bidro til at mennesker med depressive lidelser ble mindre depressive, og at de med psykoser for eksempel fikk færre vrangforestillinger. Medikamentene tok slik sett bort tunge tanker eller kaotiske ideer og ordnet opp i tilværelsen. Når pasientene var bedre, hadde

⁹⁹ Sosialdepartementet ga i Rundskriv 01.09.91 vernepleiere myndighet til å administrere forordnede medikamenter, med unntak av akuttpsykiatrisk behandling. I de institusjonene denne avhandlingen tar utgangspunkt i, ble det ikke observert at vernepleiere hadde dette ansvaret.

¹⁰⁰ Legemidlet forordnes også til mennesker med tvangslidelse, panikklidelse med og uten agorafobi, angstlidelse/sosial fobi, generalisert angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse (<http://www.felleskatalogen.no/>)

medikamentene gjort dem i stand til å fungere ute i samfunnet igjen. En vernepleier understreket imidlertid at hun syntes at medikamentene fikk for stor oppmerksomhet:

Av og til så føler jeg at dette med tablettar blir litt for mye. Det er liksom sånn hokus pokus. For når du får tablettar, så er alt bra. Og det gjelder spesielt deprimerte. For da har psykiateren sagt det, og det er liksom en lov. At pasienter settar veldig lit til den medisinen, i forhold til å gå inn i problematikken og kjenne på følelsene og gjøre noe med det. Det er vel kanskje noe med psykiatrien [...] at de burde se på hva som virker og ikke virker. Hvilke andre muligheter har vi (vernepleier/kvinne/40/I)?

Vernepleieren sammenliknet troen på medisinenes effekt med et trylleformular hvor målet er å få folk til å tro på noe som ikke er virkelig. Informanten mente at psykiaterens syn på medikamenter er nedfelt som en ufravikelig sannhet, selv om det sannsynligvis også er andre behandlingstiltak som kan hjelpe.

Legen eller psykiateren var ikke mye til stede i avdelingen. Likevel ble det stadig referert til hva han eller hun hadde sagt. Og fordi medisinenene var et markant innslag i postene, ble legen på den måten i rommene selv når han ikke var fysisk til stede. I feltnotatene skrev jeg om planlegging og gjennomføring av et behandlingsmøte:

I dag skal det være behandlingsmøte kl 13.00. Sykepleieren sitter på vaktrommet og går gjennom medisinarkene og pasientrapportene. Hun forbereder møtet hvor legen skal være til stede. Hun sitter dypt konsentrert. Hun forteller senere at hun må finne ut av hvilke pasienter som får medikamenter som har effekt, hvem som trenger å øke eller redusere, og hvem som har bivirkninger. Hun forteller at dette arbeidet tar om lag to timer, men er verd det fordi det ellers bare vil bli rot på møtet senere på dagen.

På selve møtet hvor to sykepleiere, en lege og undertegnede er til stede, gjennomgår en av sykepleierne den enkelte pasient og hvilke medikamenter han eller hun bruker. Legen bestemmer om medisineringen skal fortsette eller om det trengs endringer. Sykepleieren noterer endringene som blir vedtatt (feltnotater/S).

Medisinene fikk stor oppmerksomhet på behandlingsmøtene. Det kan dreie seg om å benytte psykiaterens spesialkunnskap når han først er til stede i institusjonen. Det kan også handle om at pasientenes mangetydige og varierte væremåter blir vanskelig å konkretisere og ta opp til drøfting. Da blir medisinerings noe håndfast som man lettere kan forholde seg til.

Det overrasket meg at medisinene dominerte så mye. Er det fordi denne behandlingen *er* mer effektiv enn andre tiltak i institusjonene, eller er det fordi man *tror* den er det? Eller handler det kort og godt om tid- og personalmangel eller manglende kunnskaper?

Medikamentenes betydning ved behandling av psykiske lidelser kan også sees i sammenheng med den betydning medikamenter fikk for tuberkulosepassaserte i 1950-årene. En tidligere tuberkulosepassasert illustrerer dette:

Men så kom det medisin fra Amerika som de fikk tak i via slektninger. Det var det som reddet livet mitt. Den fikk jeg da jeg var 18 år. Medisinen som kom var streptomycin. Jeg fikk to sprøyter hver dag. Jeg husker de ga noen smerter i muskulaturen. Også mistet jeg søvnen. Jeg så dobbelt. Jeg fikk forklart at det måtte være slik, og godtok det. Jeg mistet hukommelsen delvis. Men den har nå kommet igjen. Jeg var den første i landet som fikk streptomycin. Jeg fikk mer fra Amerika enn jeg kunne bruke. Så de ble brukt på andre pasienter på Hjemmet. Det var dyrt. Vi måtte betale selv (tuberkulosepassasert/mann/75/I).

To tidligere ansatte beskriver det livreddende penicillinet på denne måten:

Og så ble det jo siden P.A.S. De ble jo friske når de fikk medisiner (tidligere pleier og senere kokke/kvinne/85/D).

I motsetning til luftekurene fortalte denne pensjonisten at medikamentene var en behandlingsform som hadde effekt. Dette understreket også en annen pensjonist:

De drev med thoracoplastikk. De fjernet noen av ribbenene. Og de ble friske av operasjonen. Og så kom jo den nye medisinen. Både streptomycin og P.A.S og Isocotin tror jeg det heter. Det var liksom helbredelsens tid for å si det sånn. Og de hadde kuring to ganger for dagen (tidligere sykepleier og bestyrer/kvinne/85/N).

Kirurgi hadde altså effekt. Samtidig forteller den tidligere sykepleieren at det var medikamentene som førte til helbredelse. Til tross for medikamentenes fortreffelige egenskaper, fortsatte tuberkulosepassasertene med hvilekurer.

På samme måte som penicillinet i tuberkulosestiden gjorde underverker, forteller dagens pasienter og ansatte at ulike typer antipsykotiske eller antidepressive medisiner gir resultater. Informantene var stort sett enige om dette.

Antibiotikakurene har bidratt til å bekjempe tuberkelbasillen. Uten bakterier ble pasientene smittefrie og friske. I prinsippet kunne de vende tilbake til samfunnet og fungere som før.

Nevroleptikakurene virker også i menneskenes kropp. Indre biologiske prosesser endres slik at følelser, tanker og væremåter blir til å leve med både for pasientene selv og menneskene rundt. Vonde følelser og tanker kan forsvinne og føre til at de igjen blir i stand til å virke ute i samfunnet. Da man fikk nevroleptika på midten av 1900-tallet ble det beskrevet som en revolusjon og et langt skritt framover for den medisinsk-psykiatriske behandlingen (Kelstrup 1977).

Ideen om legemidlenes betydning for helsen synes å være en vesentlig del av institusjonens indre liv og historie. På samme måte som mange forbinder institusjonen med ”håpløshets sted”, så forbant de medikamentenes inntog med det motsatte av håpløshet. På det viset kan troen på kjemiens muligheter ha fått et sterkt feste i institusjonens sosiale og fysiske rom på 1950-tallet, og ble etablert som en ”sannhet” som fortsatt gjelder til tross for at pasientene har andre diagnoser i dag. I våre dager kan man si at medisinenes betydning kommer til uttrykk i dosetten de oppbevares i. Boksen er blitt medikamentenes materielle medium.

5.4.2 Dosettens karakter – ”orden i kaoset”

Dersom pasientene og de ansatte snakket om ting som betydde noe for dem, hørte jeg aldri at dosetten var et tema.¹⁰¹ Det kan synes underlig, men også forståelig. Dosetten med sitt innhold hørte til i DPS'enes døgnavdelinger. I produktbeskrivelsen fra firmaet som produserer dosetter, kan man lese at ”dosett gjør livet lettere” fordi den skaper orden i kaoset. Kaoset er ulike medikamenter i forskjellige innpakninger, orden er når den rette doseringen er kommet på plass i dosetten.¹⁰²



¹⁰¹ Et sted brukte de ikke dosett til medikamentene, men medisinbrett. I denne forbindelse lar jeg dosett og medisinbrett være synonyme betegnelser for å illustrere ting til oppbevaring og sortering av medikamenter for den enkelte pasient.

¹⁰² http://www.dosett.com/sv_dosett.htm

Dosettens funksjon er å oppbevare og sortere medisiner for den enkelte pasient. Formen er rektangulær. Materialet er av rød plast. Inne i dosetten finnes fire rom for alle de syv dagene i uka. Det innebærer 28 rom med plass til medikamenter som er synlige gjennom plastluker. Lukene kan åpnes en for en. Medikamentene i dosetten kan ha forskjellige farger og fasonger, men de fleste er runde og hvite. På undersiden av hver boks kan pasientens navn leses, og de medikamentene han eller hun bruker, er notert på et skjema som man kan skyve inn under et plastikklokk som dekker selve den røde bunnen. Sykepleieren trenger ikke lure på om pasientene har fått riktige medikamenter til rett tid. Er det rette rommet tomt, innebærer det at sykepleierens oppdrag er utført.

Boksens form likner på de funksjonalistiske bygningene – ingen unødige detaljer. Dosetten støtter opp under deler av institusjonenes formspråk. Boksen er en pekepinn på at noen er syke. Personene som har sine navn på dosetten, har fått stadfestet en identitet. Kjennetegnet er sykdom og diagnose. Innholdet i dosetten karakteriserer den som har sitt navn på boksen, og den karakteriserer vedkommende som bærer den.

Sykepleierens kunnskaper om medikamenters virkninger og bivirkninger gjør han eller henne i stand til å ta ansvaret med å fylle dosetten etter legens anvisninger. Selv om boksen er en ting og et fragment, representerer den både et fagspråk og en fagpraksis. Dosetten kan knyttes til medisinfaget og inngår da i noe større. Den symboliserer den medisinske psykiatri, og representerer kunnskap og praksis i konsentrert form.

Dosetten blir betydningsfull fordi innholdet kan gjøre pasientene i stand til å dra tilbake til sine hjem. Slik sett kan den også forbindes med håp.

Dosetten kan ses som en ”rød tråd” i dobbelt forstand. Fargen er rød, og boksen sørger for kontinuiteten. Dosetten var der morgen, formiddag, middag og kveld. *Før* andre gjøremål, måtte den bæres rundt og medisinerne deles ut til nøyaktige tider. Ingen av respondentene nevnte den. Den bare var der, lavmelt, men til stede. Etter hvert begynte jeg å legge merke til den hele tiden. Den representerer en viktig rutine som ikke må brytes. På den måten tar den mye av ansattes tid. Sykepleieren med ansvar for dosetten kunne for eksempel noen ganger ikke bli med på tur, fordi dosetten skulle fylles eller innholdet i den deles ut. Flere ganger måtte planer avlyses fordi dosetten hadde forrang.

Dosettens regelmessighet synliggjør en sterk vektlegging av den medisinske psykiatri. Den er et tydelig bevis på diagnosen som legen har stilt og den tilhørende medikamentforordning. Dens regelmessighet kan gi trygghet og forutsigbarhet. Pasientene vet de er syke, de vet hva de har å forholde seg til. Deres forståelse av seg selv og sykepleieren blir bekreftet og støttet av dosetten.

På den andre siden blir dosetten en hemsko for fleksibiliteten. Skulle pasientene ut av institusjonen, måtte dette planlegges i forhold til medisintidene, eller de måtte passe på å få med seg det innholdet fra de rommene som stemte med den tiden de var borte. Hele tiden minner den pasienten på at han eller hun er syk. Det å være en person med navnet på en rød dosett, bidrar kanskje *for* sterkt til en selvforståelse som syk. Kanskje noen *blir* sykere enn de egentlig er, fordi dosetten konstruerer en selvforståelse som ikke er reell. Spissformulert kan man si at dosetten tildeler mennesker en hjelpeløs tilværelse overlatt i ekspertisens forvaring – symbolisert ved små røde rom.

5.5 Oppsummering: De like variasjonene

Avhandlingens hovedproblemstilling er todelt. Derfor vil jeg avslutningsvis i dette kapitlet starte med å knytte funnene til første ledd i problemstillingen: *Hvilken betydning har det distriktpspsykiatriske senterets materielle utforming for pasienter og ansatte?* Dernest knytter jeg funnene til andre ledd i problemstillingen: *Hvordan påvirker pasienter og ansatte det bygde sted?* Til sist drøfter jeg funnene samlet.

5.5.1 Hvilken betydning har det distriktpspsykiatriske senterets materielle utforming for pasienter og ansatte?

Funnene dokumenterer at materialiteten preger pasienters og ansattes liv på en gjennomgripende måte, men på ulikt vis. Allerede før innleggelsen i DPS'ene, så de kommende pasientene på institusjonsopphold i døgnavdelinger som en løsning på problemene sine. Institusjonenes beliggenhet borte fra samfunnet for øvrig, ga dem beskyttelse mot omverdenen, samtidig som de opplevde at naturen hadde helbredende krefter. De gamle tuberkulosebygningene uttrykte en "god sjel" som hjalp pasientene "på plass". Små dagligstuer formet pasienter og ansatte som mer like, og dette kom til uttrykk i likeverdige dialoger om dagligdagse hendelser. Likeverdigheten ble forsterket av dialogen som

”minnetingene” oppfordret til. Naturskjønne omgivelser borte fra allfarvei, gamle bygninger, små rom og gamle gjenstander ga pasientene den fred og ro de trengte for å få det bedre.

Pasientene beskrev de betydningsfulle døgnavdelingene som steder hvor materialiteten førte til at de følte seg hjemme. De tok avstand fra ”det sykehusaktige”, selv om de beskrev seg som syke. Selv om pasientene ikke helt likte vaktrommet, ble det betraktet som en viktig del av DPS’enes materialitet som ga dem mening fordi de var syke. Sykdomsforståelse tilsa at ansatte trengte egne fagrom hvor de kunne diskutere pasientenes beste på avstand. På samme måte understreket dosettens gjentakende tilstedeværelse at pasientene var syke og at medisiner kunne lindre eller kurere lidelsene.

Ansatte mente at institusjonens beliggenhet stigmatiserte pasientene, fordi menneskene ute i samfunnet fortsatt forbandt stedet med manglende helbredelse. Flere erfarte at de gamle bygningene hadde en ”sjel” som formidlet at tuberkuloseperiodens sorg, smerte og hvilekurer fortsatt ”satt i veggene”. Hjemlig materialitet og små stuer var ikke av det gode fordi ansatte mente at det kunne bidra til at pasientene ”grodde fast”.

Store stuer, i følge de ansatte, var derimot til hjelp for pasienter med psykoseproblematikk. De lettet oversikten for dem og tydeliggjorde skillet mellom pasienter og personale. Vaktrommet forsterket ytterligere skillet mellom de to gruppene, men understreket fellesskapet mellom ansatte. Vaktrommet, sammen med dosetten, formet fagidentiteten. Betydningen av den materielle utformingen var mer mangetydig for ansatte enn for pasientene. Om beliggenheten innbar kort arbeidsvei, hadde det positiv betydning. Ansatte la også ulike betydninger i hjemlig materialitet og gamle gjenstander. De med lavere utdanning mente i større grad at det hjemlige støttet opp om bedringsprosessene, ansatte med høyere utdanning tok mest avstand.

5.5.2 Hvordan påvirker pasienter og ansatte det bygde sted?

Pasienter og ansatte tildelte ”det bygde sted” betydninger, men på ulikt vis. Når pasientene opplevde ”manglende tilstedeværelse” ute i samfunnet, omskrev de erfaringen til sykdom. Som syke var de forskjellige fra de friske. De oppsøkte institusjonen og viste på den måten at døgnavdelingene i DPS’ene fortsatt hadde sin berettigelse. Pasientenes sykdomsforståelse opprettholdt også skillene mellom dem selv, og de som skulle hjelpe. Derfor var materielle skiller som tydeliggjorde forskjellene (for eksempel vaktrommet og dosetten), en selvfølge.

Men pasientenes sykdomsforståelser var knyttet til mer enn lidelsen. I hverdagslige samtaler med ansatte i små, hjemmelige rom medvirket pasientene til å legge inn en forståelse i rommene som *både* handlet om å være forskjellige fra de ansatte, men som *også* handlet om å ha mye til felles med dem.

Ansatte forsto seg selv som noen som inngikk i en ny, aktiv behandlingsform hvor pasientene var syke og hjelpen var spesialisert og tilpasset diagnosene. Derfor trengte de syke medikamenter, og derfor var det viktig å delta i avdelingens fastlagte dagsprogram. Deres forståelse av hva som hjalp pasientene, ble plassert i vaktrommets materialitet. Ved å gjøre dette rommet mindre tilgjengelig, fikk pasientene trening i å oppsøke offentlige kontorer. Siden stedet nå var blitt et DPS, ble institusjonen behandlingsplassen hvor hjemlighet og hvile var gammeldags og til hinder for at pasientene kom seg. "Det nye" innebar å ta avstand fra "det gamle", og følgelig påvirke ved å plassere andre ideer inn i gamle bygninger og rom. Én tenkning som skulle plasseres i DPS'ene var spesialiserte oppgaver tilpasset den enkelte, diagnostiserte pasient. En annen tenkning handlet om at pasientene ikke lenger skulle være sammen med ikke-spesialiserte. Stenging av dører skulle hindre at kontor-, kjøkken- og rengjøringspersonell, og frivillige organisasjoner skulle komme i kontakt med pasientene.

5.5.3 Refleksjoner over funnene

Selv om institusjonene var plassert ulike steder i Norge, og selv om de materielle stiluttrykkene og menneskene varierte, var mye likt. Hovedinntrykket av de fem institusjonene var som om de var én enkelt institusjon. De hadde en felles innramning, selv om én institusjon skilte seg noe ut.

Det mest karakteristiske og stabile kan beskrives som en kamp mellom ulike uttrykk i form av ulike ytringer og ulike meningskonstruksjoner. Stedene bar på sterke spenninger. De kom til syne i forhold til hvilken betydning institusjonenes materielle utforming hadde for pasienter og ansatte, og hvordan de to gruppene fortolket og brukte institusjonen.

Pasientene la vekt på å komme *bort* fra nærmiljøet *til* naturskjønne omgivelser, hjemlig materialitet og ansatte som var personlige. Da ble de bedre, hevdet de. Disse forholdene hadde mye til felles med den tenkningen som lå til grunn for bygging av tuberkulosehjemmene. Ansatte, derimot, var mer usikre på om dette var i tråd med moderne, psykiatrisk behandling,

og om det bidro til en raskere bedringsprosess. Jo mer utdanning de ansatte hadde, jo sikrere var de på at hjemligheten hindret pasientene i å bli bedre. De best kvalifiserte var opptatt av ”den rene psykiatrien” hvor hvilekurer og uformelt samvær ikke hørte hjemme. Disse ansatte gjorde derfor både materielle og sosiale endringer for å kvitte seg med historien. For å bli moderne DPS’er, ble derfor adgangen til institusjonene og rommene endret. Endringene handlet om å velge pasienter som hørte til den rette kategorien og personell med spesialisert kunnskap om disse pasientene.

Kampen mellom de ulike meningsuttrykkene ble forsterket av de gamle og nye bygningenes stiluttrykk – mellom ”Hjemmet” og ”Senteret” – mellom det som ville ta tid og det som burde gå fort.

Det håp som både pasienter og ansatte knyttet til medisinerings, var det mest stabile trekk etter at penicillinet ble introdusert i tuberkuloseperioden. Begge gruppene oppfattet lidelsen som ”noe indre” som *også* trengte medikamentell behandling. Selv om legen var lite til stede i døgnpostene, ble han eller hun av alle informantene betraktet som hovedansvarlig for pasientenes helsemessige status. Dermed ble institusjonene gitt et medisinsk innhold, og materialiteten tolket i dette perspektivet.

De samme spenningsforholdene fantes i institusjonen som skilte seg ut, men samtidig oppdaget jeg der en større grad av fleksibilitet fra personalets side. Stua var for eksempel et rom hvor de ansatte tillot pasientene å hvile. I stedet for å be dem sette seg ordentlig, fikk pasientene lov til å ligge på sofaen. Urolige og utrygge pasienter fikk sitte sammen med de ansatte på vaktrommet, som for øvrig hadde vindu i døra, mens planleggingsmøtene tok form som en dialog omkring dagens gjøremål hvor pasientene deltok på lik linje med personalet. Dialogen førte derfor i langt større grad til at pasientene fikk uttale seg om hva som hjalp dem best. Noen dager ønsket de en spasertur, andre dager ville de se sport på TV. Noen ønsket å være med i gruppeterapi, andre ønsket kun individualsamtaler. Det er også å bemerke at i denne institusjonen deltok rengjøringspersonalet på rapporten, og søndagen ble markert ved å dekke på med finserviset til kaffen. Beliggenheten var også i større grad en del av et vanlig nabolag med bolighus og skole nært innpå.

I de fire institusjonene tyder det på at en ny og overordnet tenkning hadde tatt bolig. Hva kunne ”avviket” skyldes? For det første var institusjonen som skilte seg ut den eneste som var

bygd som privatbolig. Den var ment å skulle være et ”virkelig hjem”. For det andre hadde den gjennom alle år hatt en svært tett kontakt med den lokale sanitetsforeningen. I motsetning til de andre institusjonene som ønsket å fjerne seg fra tradisjoner i form av kontakt med sanitetskvinnene, fortalte lederen at de ønsket denne kontakten. Hun beskrev hvordan foreningen helt fram til for kort tid siden hadde vært aktivt med på planlegging og utforming av institusjonens innredning, men at et lederskifte i sanitetsforeningen hadde endret på dette. Styreeren savnet samværet med sanitetskvinnene og deres innsats for å fremme trivselen for pasienter og ansatte.

For det tredje var det i overgangsperioden nære familiære bånd mellom et aktivt medlem i sanitetsforeningen og tilsynslegen. Disse familiebandene strakk seg også bakover i tid, da denne legen igjen var sønn av en lege som også hadde arbeidet ved tuberkulosehjemmet. Familien hadde gjennom sitt engasjement preget institusjonen gjennom tre generasjoner. På den måten ble lokale tradisjoner overlevert fra generasjon til generasjon. Familien hadde også en levende interesse for institusjonens historie. Dette kan tyde på at stedets særegenheter i større grad hadde slått rot. Den sterke stedstilknytningen fremmet et tettere fellesskap mellom pasienter og ansatte, og bidro til større forståelse for pasientenes ønsker om å føle seg hjemme. Sanitetskvinnenes overordnede kjærlighetstanker kan knyttes til *å føle seg hjemme* og har derfor fått bedre fotfeste i denne institusjonen. Det hjemlige fortrenget noen av de standardiserte forståelsene, og institusjonen synes derfor mindre styrt av normerte føringer fra sentralt hold.

Dette utelukker selvsagt ikke at nestekjærligheten var å finne i de andre institusjonene. Men det synes som at jakten etter innholdet i den spesialiserte, aktive behandlingen, som ble omtalt som ”strømlinjeformet”, ”ren psykiatri” og ”differensiert”, kunne ha gått på bekostning av kjærlighetstanken. Heri lå det en fare for å kvitte seg med forhold ved historien som kunne være verd å ta vare på.

I *Opptrappingsplanen* er brukerrettethet satt i system. Dette innebærer at pasientens meninger skal ”komme først”. Variasjon må bli resultatet, ja, man kan gjerne si at brukerrettethet innebærer variasjoner satt i system. Døgnpostenes behandlingstilbud kan med andre ord ikke fastspikres etter en målestokk som skal hjelpe alle og enhver. Da risikerer man at behandlingstilbudet formes som et behandlingsspåbud. Brukerrettethet innebærer snarere å betrakte behandlingsformene som en meny man kan velge fra, utelukke eller tilføre noe nytt.

Om pasienten får være i sentrum, forutsetter det å bry seg om den enkeltes meninger, tanker og følelser. Brukerrettethet og nestekjærighet kan derfor ha mye til felles fordi begge deler handler om å ta den enkeltes oppfatninger på alvor. Forstått på denne måten åpner de politiske planene for å gjeninnføre nestekjærighetstankegangen.

Samtidig fremgår spesialiseringstenkningen i de samme planene. Mine funn viser at standardiserte behandlingsprinsipper relatert til en diagnose, står i en motsetning til *Opptrappingsplanens* brukerrettethet. På hvilken måte kan man *se* den andre, dersom ideen om en bestemt (medisinsk) standard, er den som får dominere?

Opptrappingsplanen satser *både* på pasientene i sentrum *og* på spesialisering, men i fire av mine fem institusjoner er prinsippet om brukermedvirkning vanskelig å oppdage. Dette kan handle om de fortolkninger av planen som personalet legger til grunn. Denne spesielle fortolkningen, kan tyde på at maktstrukturene ikke har endret seg. Fortsatt dominerer den medisinske kunnskapen om diagnoser og medikamenter. På den måten overskrider en spesiell tenkning det som kunne vist seg som variasjoner mellom institusjonene, og dermed hvilken betydning ulik beliggenhet og forskjeller i de materielle uttrykkene, kunne gjort ulike inntrykk på pasienter og ansatte.

De sentrale funn kan oppsummeres slik:

1. Pasientene mener at stedsendring gir bedre helse.
2. Pasientene mener at institusjoner med en *hjemlig atmosfære* gir bedre helse.
3. Ansatte mener at en *hjemlig atmosfære* kan gi dårligere helse.
4. Pasientene mener at deler av behandlingssideologien fra tuberkuloseperioden gir dem bedre helse. De trenger ro og hvile og har derfor nytte av institusjoner som ligger utenfor nærmiljøet, som har naturskjønne omgivelser og verdige bygninger.
5. Ansatte med høy utdanning mener at de må kvitte seg med tradisjoner for å kunne hjelpe pasientene til bedre helse.

6 TILBAKETREKKINGEN

I dette kapitlet grupperes funnene presentert i forrige kapittel i to temaområder. Disse drøfter jeg i forhold til Norberg-Schulz' og Foucaults tenkning:

1. Å føle seg hjemme
2. Tradisjoners betydning

I særlig grad relaterer jeg temaene til begrepene *stedstap*, *å bo*, *identitet*, *disiplinering*, *selvdisiplinering* og *subjektivering* (se kapittel 2).

Med utgangspunkt i Norberg-Schulz' stedsforståelse drøfter jeg allmennmenneskelige sider vedrørende temaet *å føle seg hjemme*. Jeg diskuterer hvorvidt psykisk lidende menneskers manglende identifisering med sine omgivelser føles som et stedstap, og hvorvidt det å ha en lidelse fører til at de ikke lenger *bor* i sine egne hjem. Jeg drøfter også på hvilken måte institusjoner som er ment å huse mennesker med psykiske problemer kan være steder hvor pasientene finner tilhørighet fordi stedets språk stemmer med den de opplever å være.

Med Foucaults kunnskaps- og maktperspektiv diskuterer jeg det samme temaet, men nå relatert til betingelsene for pasientenes opplevelser av tilhørighet eller ei: Jeg drøfter hvorvidt og hvordan den medisinske kunnskapen kan ha disiplinerende, selvdisiplinerende og subjektiverende egenskaper, og om denne kunnskapen konstruerer sykdomsidentiteter med det resultat at lidende søker seg *bort fra* nærmiljøet og *til* fagpersoner og faginstitusjoner.

Videre vil jeg med Norberg-Schulz drøfte allmennmenneskelige sider ved temaet *tradisjoners betydning*. Jeg diskuterer hvorvidt nestekjærlighetstanken fra tuberkulosehjemmene lever med i dagens DPS'er, og om dette i så fall får betydning for pasientens identitet som *mer enn* den syke. Jeg reflekterer også over om pasientene står i fare for å bli objekter for de ansattes blikk dersom nestekjærlighetstanken historien ignoreres.

Foucault gir anledning til å diskutere det samme temaet knyttet til hvorvidt DPS'ene inngår i et kunnskaps- og maktnettverk hvor tuberkulosehjemmenes ideologi og materialitet kan være konstruerende for pasientenes og personalets oppfattelser av seg selv og hverandre.

Ved hjelp av Norberg-Schulz og Foucault vil jeg derfor utdype hvilken betydning steds materialitet har for pasienter og ansatte, og på hvilke måte pasienters og ansattes perspektiver på helse og sykdom fører til at de påvirker det bygde sted. Spørsmålene jeg drøfter kan sammenfattes på denne måten:

1. Hvilke sammenhenger kan det være mellom pasientenes opplevelser av manglende tilstedeværelse i nærmiljøet og erfaringene med å føle seg hjemme i DPS'ene – og dermed å bo?
2. Hvordan kan manglende tilknytning til et nærmiljø, og opplevelsen av å bo i institusjonen, knyttes til en medisinsk tankegang?
3. Hvilken betydning har tradisjoner for pasientenes erfaringer om hva som bidrar til bedre helse eller ei?
4. Hvordan bidrar tuberkulosehistorien til disiplinering og selvdisiplinering av pasienter og ansatte?

Spørsmål 1 diskuterer jeg i kapittel 6.1.1 og 6.1.2. Spørsmål 2 blir diskutert i kapittel 6.1.3 og 6.1.4. Videre drøftes spørsmål 3 i kapittel 6.2.1 og 6.2.2, og det siste spørsmålet drøfter jeg i kapittel 6.2.3 og 6.2.4. Spørsmålene 1 og 3 har relevans i forhold til steder som grunnleggende i menneskers liv. Her diskuterer jeg med Norberg-Schulz. Spørsmålene 2 og 4 har betydning i forhold til at steder blir gitt karakterer på bakgrunn av den kultur de inngår i. Her diskuterer jeg med Foucault.

6.1 Å føle seg fremmed i nærmiljøet og hjemme i DPS'ene

Pasientenes ønsker om å komme bort når de fikk det vanskelig, handlet både om å være utenfor seg selv og utenfor i nabolaget. Hjemlige institusjoner representerte stedet hvor de kunne få det bedre. Men, som jeg har vært inne på, mente personalet at hjemligheten kunne forlenge oppholdet. Med utgangspunkt i denne motsetningen kan vi derfor spørre med Norberg-Schulz: Inngår pasientenes egne hjem og DPS'ene i en helsefremmende prosess, eller gjør de det motsatte?

Pasientene erfarte de psykiske lidelsene som manglende tilstedeværelse, og de oversatte selv disse opplevelsene til diagnostiske betegnelser. Jeg tolker oversettelsen som en selvdisiplinering, styrt av medisinsk kunnskap. Mine data gir også grunnlag for å begrunne at

pasientene føler seg hjemme i institusjoner, fordi samfunnet som helhet er sterkt influert av den medisinske kunnskapstradisjonen. Med Foucault kan vi spørre på hvilke måter medisinsk kunnskap blir disiplinerende og selvdisiplinerende for pasientenes søken etter institusjoner, og for hvordan de *finner seg til rette* i institusjonene?

6.1.1 Stedstap og dårlig helse

Opplevelsen av *manglende tilstedeværelse* er smertefull og kan gi dårlig helse. Slike erfaringer kan betegnes som *tap av sammenheng*, *tap av mening* eller *stedstap*.

Metaforene som pasientene bruker, illustrerer at de både forstår og erfarer lidelse i relasjon til stedlige omgivelser. Det ”å føle seg utenfor”, ”å være i kjelleren”, ”stå på stedet hvil” eller ”å møte veggen”, viser tydelig at menneskene ikke lenger opplever tilhørighet. De plasserer seg selv utenfor. Slike romlige orienteringer angir at lidende mennesker føler seg alene selv om de har mennesker rundt seg.

”Folk er forutinntatte fra generasjoner av”, uttalte en pasient som følte seg utenfor. Tap av sammenheng handler også om å bli plassert utenfor av andre. Både pasienter og ansatte beskriver det som stigmatisering. Pasientene erfarer å være objekter for nabolagets fortolkende blikk. Dette er forhold som må tas alvorlig, selv om materialet mitt ikke viser hvordan naboer, familie og venner selv ville ha kommentert slike påstander. Stadige oppslag i media om naboprotester i forbindelse med oppføring av omsorgsboliger for psykisk lidende eller rusmisbrukere, viser at folk flest er skeptiske til slike institusjoner. Mennesker som føler seg utenfor ønskes ikke velkomne i vanlige bomiljø. Utelukkelse fra fellesskapet blir resultatet. På den måten forsterkes opplevelsen av å ikke være tilstede. Dette påvirker helsen i negativ forstand.

Individer som opplever manglende tilstedeværelse, kan ha et annet språk og en annen atferd enn de som opplever *tilstedeværelse*. Dette får konsekvenser for kommunikasjonen mellom lidende og ikke lidende. Den lidendes språk blir preget av opplevelsen av å være utenfor i dobbelt forstand. ”Å ha gått i kjelleren” er et språklig uttrykk som beskriver en indre opplevelse av å være utenfor, og dette påvirker individets forhold til seg selv og andre både verbalt og atferdsmessig. Språket harmonerer ikke med omgivelsene rundt. Dermed oppstår

både et *indre* og et *ytre* stedstap. Det er ikke lenger forbindelse mellom hjemmet, omgivelsene rundt og den man opplever å være. Man *bor* ikke lenger.

Norberg-Schulz fremhever stedstilknytning som et allmennmenneskelig fenomen som har betydning for selvforståelsen. Den man erfarer å være, handler om identitet og blir et bindeledd mellom individet og stedet. Om man ikke er til stede i eget liv, og heller ikke har kontakt med familie, venner eller naboer i ens nærmiljø, er viktige forbindelser brutt. Brudd mellom personer og steder synes å skape identitetsforvirring. Identiteten som nærmiljøet bidrar til, kan bli en identitet knyttet til å skille seg ut. Det blir vanskelig å kalle det en manglende identitet, slik Norberg-Schulz ville gjort, men det handler om en selvforståelse som kan knyttes til annerledes kommunikasjon med omgivelsene. Da inngår man ikke lenger i meningsfulle sammenhenger, og hvem man *er* forbindes med *å være utenfor*. Det allmennmenneskelige grunnspråket er borte og sammenhengen er oppløst. Språket som er forsvunnet, er det som ikke gjør forskjell på mennesker om de er psykisk lidende eller friske (se kapittel 2.1.3.1 om grunnspråket). Livet finner ikke lenger sted. Betegnelsen *omverdenskrise* handler om at mennesker generelt synes å ha mistet sitt psykiske fotfeste. Da inngår ingen i et større fellesskap. Omsorgen for hverandre, og omgivelsene rundt, blir preget av dette. Steder som prøver å skyve mennesker, som allerede opplever å være utenfor, enda lengre bort, kan synes å forholde seg til psykisk lidelse som ikke-eksisterende eller som noe som skal fjernes fra stedet. Da blir nærmiljøet et ikke-sted i fenomenologisk forstand (Norberg-Schulz, 1996, s. 19). På den ene siden synes slike steder uten ryggrad og karakter. Få står fram og taler de lidendes sak. De som lider, ekskluderes. På den andre siden kan steds karakteren knyttes til et oppløst samfunn hvor ingen inngår i en større sammenheng. Et spørsmål som ikke utdypes her, er om det i det hele tatt er fellesskap i moderne bomiljøer. Dette spørsmålet reises heller ikke i *St. meld. 25* og *Opptrappingsplanen*. Her beskrives ideologien bak desentraliseringstanken kun i positive termer som handler om inkludering i familie og nærmiljø, samt leve et godt liv og å være innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av (St. meld 25, 1996, s. 24).

På et ikke-sted skjer det brudd mellom det som burde vært forbindelser – mellom stedets verbale og materielle språk. Det innebærer selvfølgelig ikke at mennesker i et nabolag har brutt all kontakt med hverandre. Og det betyr heller ikke at de forskjellige husene nødvendigvis har formspråk som ikke kommuniserer. Tvert i mot forteller pasientene at det blir dannet mindre steder på stedene hvor de som opplever å ha noe til felles, søker sammen.

”Det er liksom klikksystem. Noen arbeider innen helsesektoren, og de holder i lag. Også har du for eksempel arbeidsfolka. De har sitt liv. Også har du liksom de andre,” fortalte en pasient. Det er også slike mekanismer som gjør at noen lidende i et lokalmiljø finner sammen fordi språkene deres harmonerer. Da skapes, eller opprettholdes, forbindelser, og mindre steder med likesinnede blir dannet. Det er jo også dette som er ideologien og erfaringene med de kommunale dagsentrene for psykisk lidende, og treffstedene for grupper av pårørende, som etter hvert har sett dagens lys (Backe, 2007, s. 293; St.prp. 63 1997-98, s. 13). Slike steder vil ikke være identitetsløse, men bekrefte de lidendes identitet. Samtidig er stedene ment å skape fellesskap og bedre helse. Da kan nærmiljøets karakter være tydelig og klar fordi den tildeler ulike grupper egnede områder. De som opplever et indre stedstap bruker ett område, andre grupperinger oppholder seg andre steder. Men slike brudd mellom mennesker kan også forsterke de ulike språkene, fastslå at noen er *utenfor* og dermed ikke fremme folks helse.¹⁰³ Et stedstap i et nærmiljø kan forklare at pasientene ikke finner seg til rette, føler seg utenfor og dermed ønsker seg bort fra hjemstedene sine. Oversettelsen fra indre stedstap til sykdom gjør hus for syke til steder med håp. Institusjoner innen psykisk helsevern representerer steder med en karakter som kan romme de som føler seg utenfor i samfunnet og samtidig hjelpe med å héle et indre stedstap. Situasjonen den lidende er i, gjør institusjoner til velkjente hus.

6.1.2 Helsebringende institusjoner?

Innen stedsfenomenologien er et grunnvilkår for menneskers liv at steder skal få dem til å føle seg hjemme og derved bo. At pasientene foretrakk hjemlige institusjoner viser nødvendigheten av å drøfte hvilke materielle og verbale språk i institusjonen som hjelper pasientene til å bo. Men også hvilke som bryter med dette, nettopp fordi pasienter og ansatte hadde ulike meninger om betydningen av det hjemlige.

Bobegrepet er som vist tvetydig. Det handler om beskyttelse (trygghet) og utfordring (Norberg-Schulz, 1978, ss. 21-22). Hva er det i dagens praksis som uttrykker disse to sidene ved å bo?

Når pasientene føler seg stigmatisert søker de beskyttelse et annet sted. ”Det er en stor fordel at huset ligger forholdsvis øde. Man får tid på seg her til å bli frisk på en ordentlig måte,” sa

¹⁰³ I boka *Relocating madness. From the Mental Patient to the Person*, presiserer forfatterne Barham og Hayward (1995) at tidligere psykiatriske pasienter er blitt en ny, marginalisert gruppe etter at de ble forsøkt integrert i det engelske samfunnet.

en pasient. Nettopp fordi pasientene føler seg fremmede ett sted, opplever de å være hjemme ett annet sted. De finner fram til steder hvor den de opplever å være står i forbindelse med omgivelsene rundt. Beskyttelsen i institusjonen knyttes til beliggenhet, natur, gamle bygninger og hverdagslig samvær i små rom. Stedenes naturlige omgivelser og de gamle bygningene ivaretar pasientene med respekt. Bygningene passer inn i landskapet og aksepterer (og representerer) at pasientene trenger å vernes mot samfunnet utenfor. Deler av stedet synes å inngå en stillestående beskyttelsesavtale med pasientene.¹⁰⁴

De eldste bygningene letter orienteringen for pasientene som bruker stedene. Sammenhengen mellom beliggenheten, de tidligere tuberkulosehjemmenes utforming og behandlingssideologien fra den tiden, gir mening fordi disse forholdene understreker betydningen av å komme bort. Forbindelsene mellom natur, materialitet og behandlingsskilt formidler en tenking som knytter dagens pasienter til det de mener er viktige sider ved livet som lidende: komme bort fra nærmiljøet, hvile og oppholde seg i naturen. Den gamle stilen stimulerer til hvile. Slik sett er landskapet oversatt i bygd form (se kapittel 2.1.1 om *Genius loci*).

Mitt materiale viser at de små fellesrommene i DPS'ene understreker behovet for ivaretagelse og fellesskap. En aktivtør husker at pasientene snakket om et lite rom: "Vi satt så tett. Vi hadde så liten plass. Det var så nært." Materialiteten fører menneskene sammen uten å gjøre særlig forskjell på pasienter og ansatte. I disse rommene finnes også gjenstander som opphever skiller mellom gruppene: aviser, spill, strikketøy. Så vel pasientene som personalet får være subjekter. Det er likheten mellom gruppene som blir meningsfull og skaper trygghet. I disse rommene går det fellesmenneskelige utover fastsatte behandlingsprinsipper og forankrer menneskene i noe de er sammen om.

Pasientene opplever å bo i institusjoner med små, lune rom som fører dem tettere sammen med personalet. "Jeg føler vi får mye bedre kontakt når stua ikke er så voldsomt stor," fortalte en pasient. De orienterer seg derfor etter situasjoner hvor deres erfaringer finner gjenklang i arkitekturen. Pasientene plasserer seg slik sett inn i en form for helhet, og prøver på samme tid å stenge ute det som opprettholder uønskede skiller. De skaper sine egne meningsfulle sammenhenger ved å bruke stedet på sin måte. Forhold som gir bedre helse knyttes

¹⁰⁴ Jeg er fullt klar over at jeg står i fare for å romantisere det fortidige, men pasientene var ganske entydige i så måte.

hovedsakelig til det som *ikke* inngår i institusjonenes fastlagte program, det vil si til trygghet – den ene siden av det å bo.

Fellesskapet i små rom, eller stillheten i naturen, er eksempler på noe som gir pasientenes liv mening. En ung pasient sa at ”meg passer det meget bra å ha en institusjon å komme til for å slappe av og komme meg – rekreasjon.” Det meningsfulle knyttes med andre ord til spørsmål som handler om hvile og samvær menneskene i mellom. Den hjemlige atmosfæren utgjøres av sammenhengen mellom *deler* av materialiteten og menneskene. På den måten skaper pasientene selv en betydningsfull tilhørighet. De bruker rommene på en måte som er til hjelp for dem. De *bygger* de selv meningsfulle rom. Miljøpersonalet bidrar i denne skapelsesprosessen. De inngår i fellesskapet ved for eksempel å bruke stua på samme måte som pasientene og ved å dele felles interesser med dem. I følge Norberg-Schulz er det opplevelsen av tilhørighet som gir mennesket styrke til å dra andre steder (Norberg-Schulz, 2000a, s. 49). Pasientene opplever å *komme på plass* på steder som verner og beskytter dem. Det synes ikke som om de savner utfordring. Når personalet fortalte at de brukte den lukkede vaktromsdøra i terapeutisk øyemed, opplevde pasientene ikke denne utfordringen som meningsfull. En fortalte at ”det kan være en stor bøyg å gå og banke på den døra hvis du har behov for hjelp. De er veldig lite tilgjengelige.” Pasientenes ønsker om lettere tilgang på kontakt med personalet kan innebære en fare for å bli stående *på stedet hvil*, fordi de ikke ser nødvendigheten av denne utfordringen. Selv viser de ingen bekymring for å gro fast. Mens de er innlagt snakker de om oppholdet som midlertidig, og mange setter pris på å kunne dra hjem på permisjoner til familien. Det eksistensielle fotfeste de søker i institusjonen, handler ikke om å stå stille, men å finne en indre stabilitet som fremmer mot til å møte verden igjen. Det kan synes som om korttidsbehandlingens intensjon er utfordring nok i seg selv, fordi de vet at ingen opphold skal vare mer enn høyst noen måneder.

De deler av materialiteten som kan knyttes til sykdom og til spesifikk behandling, og til forskjellen mellom ansatte og pasienter, utelukkes på ingen måte i pasientenes omtale av stedene. De inngår ofte som forstyrrende elementer i beskrivelsene av gode steder. Pasientene mente at lange korridorer, store fellesrom og nøytrale ansatte i lukkede vaktrom, er negativt. Slike forhold bryter med den hjemlige opplevelsen og blir til hinder for vern og beskyttelse. Grunnspråket, det tidløse språket som ikke gjør forskjell på pasienter og ansatte, blir forstyrret.

De ansatte i de fem ulike institusjonene, derimot, vektlegger ikke beskyttelsesaspektet i samme grad som pasientene når de beskriver gode institusjoner. Om institusjonene blir hjemlige, låses pasientene fast i institusjonstilværelsen. ”Sykehusaktige” bygninger og rom som ikke er hjemlige, vil fremskynde utskrivelsesprosessen og hjelpe pasientene til selvstendighet. Strengere skiller mellom pasienter og ansatte, mellom syke og friske, mellom mennesker med ulike diagnoser, mellom ansatte med høyere og lavere utdanning, gjør institusjonene mer oversiktlige, ”rene” og effektive. Utfordringen ligger i selve korttidsbehandlingens ideologi som understrekes av en psykiatrisk sykepleier som sa at ”de skal ikke ta inn på hotell.” Å utfordre pasientene stemmer med ansattes syn på helsebringende steder. Pasientene skal trene seg på situasjoner de vil møte ute i samfunnet. På tilsvarende måte som pasientene understreket betydningen av beskyttelse, understreket de ansatte betydningen av utfordring. Slik sett forholder personalet seg i langt større grad til den andre siden av bobegrepet. Det som skaper trygghet hos pasientene, bekymrer personalet. Ansatte vektlegger forhold som de mener vil hjelpe pasientene raskt tilbake til samfunnet igjen. Mange mener derfor at beliggenheten og de gamle bygningene ikke stemmer med korttidsbehandlingens filosofi. Både avstanden til nærmiljøet og den eldste bygningsmassen snakker språk som handler om å bli værende, snarere enn å komme tilbake til egne hjem. ”Det er et håpløshets sted på en måte. Et sted man ikke kommer ut fra,” som en psykiatrisk sykepleier uttrykte det. På den måten kan en *for* hjemlig atmosfære bidra til en negativ beskyttelse. Personalets kunnskap om faren ved lange opphold, gjør deres utfordringer meningsfulle.

Om ”form follows function” kan man hevde at de mer funksjonalistiske bygningene formidler en praksis som støtter opp om personalets utfordringsprinsipp (den ene siden ved bobegrepet). Disse bygningene forteller om effektivitet, og dermed blir hjemlig stabilitet et forstyrrende element. Bygningene har forskjellig formspråk og viser at de er bygd på ulike tidspunkt. Formspråket knyttes til byggeskikk og trender, og viser til endring og utvikling (se kapittel 2.1.3.2 om formspråk). De nyere bygningene bryter med formspråket fra tuberkuloseperioden, og synes i større grad å vise til forskjeller mellom gruppene fordi det er funksjonene som gjelder. For å få til en mer funksjonell og utfordrende praksis understreker ansatte betydningen av store, oversiktlige fellesrom og vaktrom hvor de kan identifisere seg som fagpersoner. Slike rom gjør pasientene til objekter som kan observeres, klassifiseres, plasseres og utfordres. Plassen pasientene får, er bestemt av personalet, materielle innretninger og deler av politiske føringer. Deler av institusjonens formspråk forsterker

forskjellene mellom pasienter og ansatte – de som blir bestemt over, og de som bestemmer. Og de som bestemmer, utfordrer.

På samme måte som man kan hevde at menneskers nærmiljø er utsatt for stedstap, kan man forstå splittelsen mellom bygningsuttrykk, meningsuttrykk og hvordan pasienter og ansatte tolker det betydningsfulle. Manglende sammenheng kan også her tolkes som stedstap. Slike splittelser gjør det problematisk å bo og manglende forbindelser kan hindre pasientene i å finne seg til rette. Deres ønsker om beskyttelse blir møtt av personalets ønsker om utfordring, og understrekes av ulike byggeskikker og spenningen mellom en fenomennær lidelsesforståelse og en medisinsk sykdomsforklaring.

I institusjonene er det tydelige meningsbrudd mellom de to sidene ved å bo. Likevel oppholder menneskene seg på stedene, samhandler med hverandre og beveger seg i bygningenes ulike rom. Institusjonene kan derved betraktes som ikke-steder, fordi pasienter og ansatte har tatt avstand fra *ett* av aspektene ved tilstedeværelsen. Om pasientene først og fremst ønsker et tilfluktssted, og ikke tar i mot de utfordringer som livet gir, *bor* de ikke. Norberg-Schulz skriver at "[...] life still takes place, but the place is no longer a world, but only a refuge, without any matrices of significance." (Norberg-Schulz, 2000b, s. 33). Institusjonen fremmer i så fall ikke helse.

Likevel tar pasientene til seg de forhold i institusjonen som har betydning for at de skal komme seg. Tidligere beskrev jeg det som at de dannet sine egne meningsfulle sammenhenger. Samtidig godtar de det som hindrer, men som de plasserer utenfor disse sammenhengene. De forhold som har betydning for dem kan knyttes til et fellesmenneskelig grunnspråk. Å bruke steder på denne måten stemmer dårlig med den helheten Norberg-Schulz er opptatt av. En institusjon med så mange tvetydigheter i materialitet og mentalitet blir i så måte et *ikke-sted* hvor formspråket får dominere. Da vil stedene gjenspeile "sykdomsdelen" – og ikke hele personen.

Til tross for spriket i oppfatninger om hva som hjelper, medfører kanskje likevel kombinasjonen av de ulike meningsuttrykkene og de arkitektoniske uttrykkene at det blir lettere å bo fordi de eldste husene beskytter, mens de nyere husene utfordrer. Om beskyttelse og utfordring spiller på lag, blir tilhørigheten til institusjonen en tilhørighet som kan handle om å komme videre i livet. Evner man å kombinere det hjemlige og det effektive, vil det

kunne vise seg å få betydning for pasientenes helse. Hvilken, sammen med de programfestede tilbudene, kan resultere i at den lidende kommer på plass og får styrke til å reise til sine egne hjem.

Splittelse mellom pasientenes søken etter vern og beskyttelse og ansattes ønsker om ”å få pasientene opp og stå” i bygninger som ikke er for hjemmekoselige, kan indikere at det blir vanskelig å bo fordi beskyttelse og utfordring ikke forenes. Da blir beskyttelsen satt på prøve av uenigheten om den beste behandling. Erfaringspråket, fagspråket og arkitekturspråket er ikke på bølgelengde. Da blir både ansatte og pasienter usikre på hvor de hører hjemme, og opplevelsen av tilhørighet og identitet blir truet for begge gruppene.

DPS’enes grunnspråk og formspråk representerer uttrykk for det livet som finner sted. Stedet tar på den ene siden vare på grunnvilkår for menneskelig eksistens, samtidig som det forholdsvis klart og konsist viser at stedet er ment for syke mennesker. På den måten bekrefter både materielt og verbalt språk *hvem* pasientene er, fordi det handler om *hvor* de er. Institusjonene fremstår som betydningsfulle fordi pasientene er syke, men også fordi stedene ivaretar pasientene som *mer* enn de syke. På tilsvarende måte bekrefter stedet de ansatte. Hvem *de* er som fagpersoner knyttes til deres forståelse av pasientene som syke som trenger utfordringer for å klare seg ute i samfunnet igjen. Slike forhold kan også forstås på bakgrunn av de kunnskaps- og maktrelasjoner institusjonene inngår i.

6.1.3 Å gå i kjelleren oversettes til depresjon

Pasientene plasserer seg selv når de oversetter manglende stedstilhørighet til sykdom, men er også plassert av andre innen et spesielt tankesystem. Fenomennære opplevelser innskrives som psykiatriske sykdommer i et diagnostisk system. På den måten har pasientene ofte allerede før innleggelsen tatt til seg en tenkning. ”Å gå i kjelleren” blir forstått som unormalt. Å være unormal forbindes med å være syk. Slik setter de seg selv utenfor det normale, og blir også plassert der av omgivelsene – en gjensidig prosess. Medisinen, som et moderne prosjekt, har til hensikt å effektivisere ved å skille. Pasienten som ”snudde døgnet” inngår i prosjektet fordi hun forsto handlingen som en del av sykdommen. Slik tilpasser lidende seg en spesiell normalitetsorden, nettopp fordi de plasserer seg utenfor. Oversettelsen til diagnostisk terminologi foregår på ulike måter – hvordan?

Blikkene i nabolaget er, i følge pasientene, tilpasset en normalitetstenkning. Blikkene disiplinerer. Mennesker som for eksempel ”snur døgnet”, opplever at naboene ser på dem som syke. Dette understrekes i media når naboer protesterer mot å ha psykisk lidende mennesker i sitt nærmiljø. Det samme skjer når noen gjør en kriminell handling. Media stiller spørsmål om vedkommende er psykiatrisk pasient. Væremåter som betraktes som avvikende forbindes med syke handlinger utført av syke personer. Medisinsk kunnskap benyttes som en selvfølgelig forklaringsmodell når hendelser er uforståelige og ikke likner på hva vi selv kunne gjort. Kunnskapen synes å ha trengt inn i hver krok i samfunnet og styrer menneskenes blick. Det unormale får en årsaksforklaring og gir makt til å plassere mennesker på egnede steder.

Pasientene har på den andre siden tatt opp i seg blikkene fra den medisinske forklaringsmodellen. Blikkene, som sier at ”nå går den psykiatriske sykepleieren inn til henne”, er internalisert og kroppen kontrolleres etter hvert innenfra. Når psykiatriske sykepleiere besøker pasienter som opplever ”å være i kjelleren”, blir blikket endret. Pasientene ser på seg selv som forskjellige fra de andre i nabolaget. Naboene er ikke ”i kjelleren”. Derfor er den kommende pasienten ikke lenger som de andre. Oversettelsen til sykdom handler om en form for selvdisiplinering som benytter flere ulike metoder. Det første som skjer er å bekjenne lidelsen for seg selv. Da er man ikke lenger ”i kjelleren”, men har fått en depresjon. Opplevelsen av å ikke være en vanlig samfunnsborger er omskrevet til sykdom. Dette medfører at personen tar kontakt med hjelpeapparatet og bekjenner seg til profesjonelle. Vedkommende får bekreftet sin diagnose eller får en annen diagnose. Selvforståelsen som syk understrekes og blir kanskje forsterket. Personen plasserer seg selv blant de syke, og utenfor den friske del av befolkningen. Vedkommende hører ikke lenger til i nabolaget. Identiteten som syk er blitt et faktum. Det syke subjekt har konstruert seg selv til et objekt ved hjelp av et oversettelsesarbeid som er blitt kroppsliggjort.

Et slikt ytre og indre disiplineringsarbeid handler, i følge Foucault, om å skape orden. Pasientenes bekjennelser til profesjonelle viser at de inngår i et lønnsomt ordenssystem. Ved å forstå seg selv som forskjellige fra friske og nyttige individer, plasserer de seg et sted hvor de ikke skaper uorden, men hvor de likevel inngår i denne ordenen. Det syke individet skaper orden ved å konstruere seg selv som sykt individ når de bekjenner sin annerledeshet.

En videre selvdisiplinerende handling som naturlig følger er å søke steder som bekrefter sykdomsidentiteten. På den måten understreker pasientene at de har forstått systemet. Når

den syke ønsker seg en behandlingsinstitusjon, har personen bekjent sine problemer for seg selv, familien, primærlegen og kanskje for nabolaget, og dermed underkastet seg en medisinsk praksis. Sammenhengen mellom syke mennesker og hus for syke synes så nedfelt i våre kropper at de kommende pasientene forstår og handler på bakgrunn av denne sammenhengen. Har det først skjedd en klassifisering og diagnostisering, innretter individet seg etter denne plasseringen. DPS'et blir et sted som passer, for her møter de legen som "kan bestemme om man skal være friske eller ei," slik en pasient uttrykte det. På den måten befinner pasienten seg i et maktfelt hvis mål er å skape orden ved hjelp av en medisinsk målestokk.

Kunnskapen hos den syke selv, i nabolag og media skyver den syke inn i institusjonene.¹⁰⁵ Og institusjonene, presentert og representert ved personalet (men også av familie, venner, naboer osv.), innskriver pasientene i en meningsfull praksis. Kunnskapen om det syke individ former ytre og indre bilder av hva som er naturlig og unaturlig. Sykdomskulturen har mye energi, overbevisningskraft og dermed mye makt. Ekspertisen, her representert ved DPS'ene, bruker sitt panoptisk blikk til å kontrollere og dele opp befolkningen. På samme tid er dette blikket blitt et allment blikk. Da handler det ikke nødvendigvis om at få ser mange, men heller om at de mange ser de få. En ny type gapestokk synes innført og har overtatt for det panoptiske blikk (se kapittel 2.2.2). For å unngå å oppholde seg for lenge i gapestokken, søker man institusjonens trygge rammer. Med en diagnose *blir* nærmiljøet fremmed og institusjonen *blir* noe kjent.

6.1.4 Depresjon og hus for syke passer sammen

Pasienter føler seg hjemme i institusjoner bygget for syke mennesker og deres behandlere. Ulike former for disiplinering og selvdisiplinering kan ha konstruert pasientenes følelsesliv slik at de opplever å være hjemme selv om de ikke *bor* i fenomenologisk forstand. På hvilke måter bidrar materialitet og mennesker i denne formingsprosessen?

Det første pasientene møter når de kommer til DPS'et er bygninger som er plassert utenfor lokalsamfunnet. Beliggenheten i seg selv taler et disiplineringsspråk. Den konstruerer, eller støtter opp under, selvforståelser som handler om å være forskjellige fra andre. Institusjonsbygningene gjør det samme. Selv om deler av den ytre materialiteten minner om private villaer, viser størrelsen, de ulike byggeskikkene og opplysningskiltet ved

¹⁰⁵ Institusjonene kan være poliklinikker eller døgnavdelinger som gir psykiatriske behandlingstilbud.

inngangspartiet om at dette er en institusjon, til denne forskjellen. Beliggenheten og bygningene sorterer de syke fra de friske ute i samfunnet. Institusjonen styrer gjennom de grensene den setter. Og sorteringsmekanismene synes mer og mer finmasket jo lenger inn i husene man kommer. Pasientens diagnose bestemmer hvilken post som egner seg. Den deprimerte pasient passer i posten for de med angst og depresjonsproblematikk, den psykotiske pasient et annet sted. I den rette posten får han eller hun sitt navn på en dosett og medisineren fortsetter å disiplinere under den medisinske psykiatris kommando: Dosetten representerer sykepleieren, sykepleieren representerer legen, legen representerer kunnskap om farmakologi og medikamenter, medikamentene representerer medisinfirmaer og medisinfirmaene representerer legevitenskapen som igjen gir kunnskap om rett medisin til rett pasient. Dosetten er en viktig detalj og et holdepunkt for kunnskaps- og maktutøvelse. Dosetten gir anvisninger på det rette selvforhold og innehar en kraft i seg til å opprettholde et system. Den inngår i maktnettverket (se kapittel 2.2.1). Sykdommen er et faktum, og muligheten for helbredelse ligger i kjemiens natur. Pasientene blir formet til å forstå seg selv som hjelpeløse mennesker i ekspertenes varetekt hvor ”legen bestemmer om de skal være friske eller ei”. Å være i noens varetekt kan være trygt, godt og kjent. Dosetten kan derfor understreke opplevelsen av å være beskyttet. Det blir av den grunn trygt og hjemlig. Men det hjemlige er konstruert av en meget streng disiplin – en kjemisk disiplin.¹⁰⁶

Også rommene disiplinere. ”Da jeg så rommet mitt, var jeg ikke i tvil om at jeg kom her og var syk,” fortalte en annen pasient. Senga, vasken og nattbordet forteller at den syke personen er forskjellig fra de friske ansatte. Sorteringen kommer også til syne i rommene som er ment for personalet. Vaktrommets disiplin blir en fagdisiplin som tildeler personalet sin status som fagpersoner. For å ta vare på fagidentiteten, forflytter de seg derfor *fra* de hverdagslige samtale i fellesrommene og *til* fagrommene. På vaktrommet skal kunnskapen tilpasses den enkelte pasient på avstand. Panoptismen gjør seg gjeldende fordi pasientene vet at det blir snakket om dem og forstår at det må til. På vaktrommet bekjenner personalet seg til en tenkning hvor legen har det overordnede ansvaret. På rapportene blir det mangfoldige og kompliserte individ forsøkt entydiggjort og presisert ved å knytte pasientenes væremåter til deres diagnoser for i neste omgang å finne tiltak for å endre væremåtene. På samme tid inngår vaktromsdøra i disiplinen som skal hjelpe pasientene tilbake til samfunnet. Når personalet

¹⁰⁶ Jeg uttaler meg ikke her om den faktiske nytte mange kan ha av medikamenter, men tar et disiplineringperspektiv for å vise at man *også* kan forstå medisineren som en normaliserende strategi relatert til kunnskaps- og maktforhold i samfunnet.

forteller at de bruker den stengte døra slik at pasientene kan få trene seg på å komme ut i samfunnet igjen, lar de døra opptre på vegne av offentlige kontorer. Den stengte døra disiplinere pasientene til å bli nyttige og klare seg på egen hånd.

Å akseptere medisinen kunnskapsgrunnlag er selvdisciplinerende i seg selv. Før innleggelsen har individet allerede konstruert seg som syk. Tenkningen er internalisert og finner bekreftelse i deler av institusjonens fysiske og sosiale rom. I stor grad innretter pasientene seg etter fastlagte program, tar medikamentene som forordnes og respekterer de ansattes behov for lukkede fagrom. Å innordne seg institusjonens system er en strategi som viser at pasientene har tatt opp i seg "sannheten" om seg selv. Kunnskapsmakten er blitt en selvfølgelig del av deres tanker og følelsesliv som illustrerer en vilje til viten. Pasientene har underkastet seg kunnskapen som er blitt til et selvforhold. Biomakten gjør seg gjeldende. Pasientene er ledet til å lede seg selv (Foucault, 1995).

Tiltross for mange uenigheter mellom pasienter og personalet blir det trygt for pasientene å komme til et sted som bekrefter deres egen selvdisciplin. Depresjon (og psykose) og hus for syke passer sammen fordi pasientene er fortrolige med den medisinske kunnskapen som institusjonen representerer. Det handler om det kjente og det de er vant med – da føler de seg hjemme. Oversettelsen til sykdom innebærer en tilpasning til den samme samfunnsorden som de friske. Ved å plassere seg selv i sykdomsgruppen, blir de fortsatt en del av samfunnets orden, men på samme tid utenfor denne ordningen.

Gruppering av mennesker viser seg som mange og ulike disiplinerings- og selvdisciplineringsstrategier som henger sammen med hverandre. Kunnskapen som grupperer, er den som disiplinere. Den forvaltes av fagfolk med sine institusjoner, lærebøker og tradisjoner. Og den forvaltes av pasientene selv. Med en diagnose blir de atskilt fra de friske, men også fra de med andre diagnoser. Diagnosen forteller i tillegg personalet noe om hvilke type rom som er bra for den enkelte. I fagmiljøene blir det, som jeg har vært inne på, understreket at store rom egner seg for mennesker med psykoseproblematikk. Psykiatrisk sykepleier Liv Strand understreker dette når hun skriver at "et psykotisk menneske har mangelfullt opptrukne grenser om sitt ego." (Strand, 1990, ss. 81-82). Hun siterer psykiater Svein Haugsgjerd (1983) som skriver:

Materialet fra superego og id ”strømmer” inn og skaper en kaotisk opplevelse og følelse av identitetstap. Ego klarer ikke å beskytte seg mot inntrykk fra omverdenen, og trusselen om ”invadering” og utslettelse er ikke bare en *opplevelse*, men i psykologisk forstand reell nok. Dette kan føles som en angst for å brenne opp, ”ikke ha noen hud som kan regulere ens indre tilstand, men gjør en til et hjelpeløst offer for innflytelse utenfra (s. 83).

Innen psykodynamisk forståelse (en menneskevitenskap i følge Foucault) finner de ansatte støtte i at psykotiske mennesker trenger store rom rundt seg. Å satse på nærhet i små rom blir feil, i følge teorien, når mennesker med psykose betraktes som sårbare og hudløse.

Å følge denne tanken kan medføre at det produktive samfunnet kan unngå den uorden mennesker med psykiske lidelser skaper når sykdommen gjør dem *lite* produktive eller *for* produktive. Med riktig diagnose i en post hvor rommene er tilpasset den konkrete sykdommen, vil pasienten få rett hjelp og kunne bli nyttig for samfunnet igjen. Og er man på rett sted, føler man seg kanskje hjemme. Pasientene blir møtt med en disiplin som passer deres virkelighetsforståelse som syke mennesker: De møter fagpersoner som argumenterer for store og oversiktlige rom, de får medikamenter. Da kan det tenkes at de kan vokse og gro (utfordres). Men veksten kan handle om å vokse og gro etter en normalitetsnorm som er formet av medisinsk psykiatri.

Det allmennmenneskelige boforhold synes foretrekket til fordel for en kulturbestemt opplevelse av at depresjon og hus for syke passer sammen. For pasientene synes det tilstrekkelig å være i hus som var bygget for tuberkulosepasienter, selv om deprimerte (eller psykotiske) mennesker tilhører en annen spesialitet enn tuberkulosepasientene gjorde. Av den grunn konstruerer personalet en psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som er ren og ikke forurenset av ideer fra tidligere tider. På den måten gjøres samtidig et forsøk på å skape en effektiv praksis (dette utdypes i kapittel 6.2.4).

En allmennmenneskelig opplevelse av å bo kan også knyttes til historiske forhold som for eksempel handler om de spor sanitetskvinnene har satt, og ansattes ønske om å kvitte seg med tradisjoner kan innebære en trussel mot noe som er av stor betydning for pasientene.

6.2 Det allmennmenneskelige og kulturbestemte med tradisjoner

Pasientens forståelse av seg selv som *mer* enn syk, ble bekreftet i materielle og sosiale rom. Denne forståelsen ble også uttrykt i sanitetskvinnenes motto om frihet, enighet og kjærlighet. Når personalet ønsket å kvitte seg med tradisjoner (hvor sanitetskvinnene inngikk), kan det innebære at det som betyr mye for pasientene forsvinner. Spørsmål å stille med Norberg-Schulz blir hvorvidt tidligere tiders stedsbruk fortsatt er en del av institusjonens grunnpråk, og om sanitetskvinnenes motto derved er videreført i DPS'ene? Eller har ideologien bak den nye og spesialiserte praksisen fortrent tradisjoner som kunne hjulpet pasientene til å få det bedre?

Pasienter og ansatte viser at de både er disiplinert til, og har tatt opp i seg, selvforståelser som kan knyttes til en generell, medisinsk kultur. Flere behandlingssideer, beregnet på tuberkuløse, kunne oppspores i DPS'ene. Her gir Foucault grunn til å drøfte hvorvidt og hvordan forståelse, beskrivelse og behandling av tuberkuløse kan "sitte i veggene" og disiplinere dagens pasienter og ansatte?¹⁰⁷ Foucault inspirerer også til spørsmål om hvordan tuberkulosehistorien kan være konstruerende for meninger og væremåter som handler om å ta vare på tradisjoner eller kvitte seg med disse, fordi det hersker tvil blant personalet om hva et moderne, distriktpspsykiatrisk senter egentlig handler om.

6.2.1. Den identitetsskapende historien

Inngår så sanitetskvinnenes ideologi i stedets og menneskenes identitet? Kunnskap og åpenhet om tidligere tider gir institusjonen en tydeligere karakter, i følge Norberg-Schulz (1996). Erindring, gjenkjennelse og identifikasjon er nødvendig for at mennesker skal finne fotfeste og bli i stand til å gå nye veier. Det innebærer at pasientene først identifiserer seg med institusjonenes arkitektur når de har forstått at de gamle bygningene før har rommet folk med andre lidelser enn dem selv. Kunnskap om tidligere tider gir pasientene frihet til å velge sider ved historien som skaper mening, og samtidig kan de velge bort det som ikke betyr noe. De forhold som pasientene identifiserer seg med i DPS'ene beskrev en pasient ved å si at "kjærligheten fra først til sist handler om at denne plassen skal hjelpe meg."

¹⁰⁷ "Å sitte i veggene" er ment i bokstavlig og symbolsk betydning.

Dette vil jeg diskutere i forhold til sanitetsforeningens motto og verdigrunnlag: ”Kjærlighet og oppfinnsomhet gjør at vanskeligheter er til for å overvinnes.” Det konkretiseres i tre appeller om frihet, enighet og kjærlighet i møte mellom mennesker (se kapittel 5.1.4). Dette har noe til felles med hva Norberg-Schulz skriver om ekte møter (true encounters) med steder: ”An encounter does not necessarily imply an agreement, but rather an array of possibilities that open out, permitting choices, therefore comprising of freedom.” (Norberg-Schulz, 2000b, s. 36). Videre påpeker han at ”Community means sharing a certain number of things in common, in other words, that choice has become an agreement.” (Norberg-Schulz, 2000b, s. 36).

Sanitetskvinnenes første appell, ”i små ting frihet”, viser til et ønske om å beskytte mennesker som lider mot for mange krav. Beliggenheten og bygningene verner mot samfunnets utfordringer. I så måte oppfordrer stedene til hvile fra verden utenfor. Friheten innebærer at pasientene får fred fra samfunnet, men likevel frihet til å bestemme noe over eget liv inne i institusjonen. Men det handler ikke om en total frihet. Ved å utfordre pasientene vil personalet bedre hjelpe dem til *à bo*. Å kun søke beskyttelse, trenger ikke å være helsefremmende på sikt. Derfor kan personalet hjelpe best om de evner å balansere mellom beskyttelse og utfordring. For eksempel kan de bidra til å bryte pasienters selvpåførte grenser: ”Vi anbefalte henne å være her ute, for å hindre at hun murte seg inne,” sa en psykiatrisk hjelpepleier. I slike tilfeller ser kanskje personalet muligheter som pasientene selv ikke ser.

Den andre appellen, ”i store ting enighet”, kan tolkes som at hjelpen må være et samarbeidsprosjekt hvor pasientenes ønsker, om eksempelvis en hjemlig institusjon, blir imøtekommet av de ansatte (brukerperspektivet). Enigheten kan knyttes til det bygde sted. Beliggenheten, bygningene, rommene og tingene trenger da ett formspråk som fremmer et fellesskap mellom pasienter og ansatte. Fellesskapet og enigheten kommer til uttrykk i de små stuen hvor det finnes gjenstander som skaper samhold (eks. strikketøy, aviser, spill, minneting). Slike rom appellerer til pasientene fordi grunnspråket som angår alle, spiller på lag med det hjemlige formspråket i institusjonen.

På samme tid har institusjonen et annet formspråk som viser til forskjellen mellom gruppene: at noen bestemmer og noen blir bestemt over. Når personalet bestemmer, kan pasientene se muligheter de ellers ikke hadde sett. De kan oppdage at en lukket vaktromsdør kan gi dem god trening i å møte samfunnet igjen. Men døra kan også gi en følelse av manglende frihet og

utestengning fra fellesskapet: ”Og vi får knapt nok lov å sette vår fot over dørstokken der inne når vi skal hente medisiner og sånn,” uttalte en pasient om vaktrommet. ”I store ting enighet” innebærer at forskjellen mellom pasienter og ansatte ikke blir *for* stor. Ved tydelige materielle og sosiale utelukkelse vil formspråket som understreker forskjellene, få overtaket og identiteten som mer enn *den syke*, bli truet.

”I alle ting kjærlighet” er sanitetskvinnenes siste motto og understreker det overordnede prinsippet om kjærlighetens livgivende og identitetsskapende kraft. De gamle bygningen og de små stuene har en tale som den lidende trenger og forstår. Det samme har ansatte som er personlige. Språket handler om beskyttelse og felleskap, og kjærlighetens vesen er nettopp dette (og beskyttelsen er en del av det å bo). Men kjærlige handlinger kan, som vist, være å opptre på vegne av pasienten eller å utfordre ham eller henne. Det handler om ”å bruke litt skjønn fra situasjon til situasjon [...], bruke de sosiale antennene,” slik en pasient beskrev den viktige kontakten med personalet. Da går handlingene veien om personalets hjerte; ikke bare veien om en oppskriftsmessig kunnskap. For blir fagkunnskapen forstått som ”sannheten”, kan man risikere å overse det som betyr noe for pasientene. Ferdige meninger kan være et hinder for å se den andre. Dette trenger nødvendigvis ikke dreie seg om en medisinsk fagkunnskap. Alle kunnskaper som blir formidlet som sannheter kan være krenkende. Da ser man ikke den andre, og derved blir sanitetskvinnenes kjærlighetstanker ekskludert.

Spørsmålet er om kjærlighetstanken og ansvaret for et medmenneske kan forenes med formspråket som kun er rettet mot det syke individ? Kjærligheten som et grunnvilkår for den menneskelige eksistens gir pasienter og ansatte mulighet til å oppleve tilstedeværelse. Om grunnspråket har autoritet, vil dikotomiene mellom de syke og de friske være underordnet. Da bekrefte en identitet hvor lidelsen blir en del av livet. Mangfoldet blir viktigere enn fastlagte prosedyrer som formidler ”sannheter” om hva som hjelper. Formspråket kan likevel formidle ulikheter mellom pasienter og ansatte. Noen trenger hjelp, andre er der for å hjelpe, og trenger noen de kan hjelpe. Likevel må identiteten som stedet uttrykker, bekrefte det allmennmenneskelige *før* det bekrefte det som kan knyttes til en sykdom – ”i alle ting kjærlighet” blir overordnet friheten og enigheten. Om grunnspråket kommer til sin rett, vil formspråket minne pasienter og ansatte på at de også har ulike oppgaver i DPS’et.

Identiteten knyttes i så fall ikke til formspråket alene, men plasserer pasientene midlertidig et sted hvor sykdommen inngår i livet som helhet. Det mest permanente blir derfor de delene av

fysiske, mentale og sosiale rom som ivaretar grunnspråket. Det foranderlige blir det som kan knyttes til ulike sykdomsforståelser (tuberkulose, senil demens og psykiske lidelser). Det innebærer at noe har overlevd til tross for de mange forandringer som finner sted. Uttrykket ”constancy and change” viser til hvordan historien alltid vil inngå i samfunnets skiftende tider (Norberg-Schulz, 2000b, s. 8).

Pasientene knytter til seg det som *generelt* dreier seg om å føle seg hjemme og å oppleve kjærlighet (eks. fellesskap og hverdagslig samvær i små rom). Andre former hjelper pasientene til å føle seg hjemme på bakgrunn av den *spesielle* situasjonen de er i (eks. vaktrommet, dosetten). Sammenhengen mellom grunnspråk og formspråk er avgjørende. Noe blir likt, samtidig som det ikke er identisk. Forbindelsen mellom sanitetskvinnenes kjærlighetstanker og medisinsk kunnskap medfører at pasientene kan finne en midlertidig tilhørighet i DPS’ene – de kan *bo*. Å inngå i en sammenheng blir forsterket av vissheten om det livet som har vært. ”Jeg tenker at det er en bygning med sjel. Det har vært mange gode sjeler som har vandret her, som har avsluttet livet sitt,” fortalte en pasient. Historien blir på den måten en del av denne pasientens identitet som syk pasient. Å ignorere historien, slik mange ansatte vil, kan true stedenes identitet og dermed pasientenes muligheter til å *komme på plass* (Norberg-Schulz, 2000b, s. 31).

Men historiens budskap om alvorlig sykdom og død kan også holde et krampeaktig grep om pasientenes sykdomsopplevelser. Kjærligheten i veggene formidler omsorgen for den alvorlig syke som en beskyttelse for dem det ikke er håp for. Dagens pasienter kan på den måten bli isolert i sin egen håpløshet, og veien tilbake til samfunnet blir lang og kronglete. Å kvitte seg med historien, slik mange ansatte ønsker, blir i så fall en god og kjærlig handling som vil kunne hjelpe pasientene videre i livet.

6.2.2 Tradisjonsløshet og dårlig helse

Steder består av det mer permanente og det mer foranderlige. Det mest permanente er de gamle tuberkulosehjemmene, gjenstandene og minnene fra samme tid. Å ignorere dette, sammen med sanitetskvinnenes kjærlighetstanker, kan gjøre stedene tradisjonsløse. Norberg-Schulz (2000b) understreker at ved å kvitte seg med historien mister steder sin identitet. Tradisjonsløshet innebærer *stedstap*.

I institusjonene blir det gjort forsøk på å bryte med det som, i følge Norberg-Schulz (2000b), burde vært forbindelser – sammenhengen mellom historien og nåtiden. DPS'ene skal være noe annet enn tuberkulosehjemmene var. Psykiatrifaget som en egen spesialitet, kommer av den grunn i sentrum. Derfor blir det viktig for en del ansatte å skille lag med fortiden. Rommene og tilgangen til disse endres, og ufaglærte, hjelpepleiere, aktivtører eller sanitetskvinner passer ikke lengre inn. Om de tar farvel med historien, oppløses noen forbindelser (stedstap). Den nåværende og dominerende behandlingssideologien er ikke forenlig med behandlingssideologien fra tuberkuloseperioden, fordi ansatte ikke forbinder aktiv behandling med for eksempel hjemlighet og hvile. En ansatt tydeliggjør dette ved å si at "her er det ikke kost og losji [...], de må gå noen bratte bakker og bli frustrert og." Å bevege seg *fra* noe *til* noe, kan innebære brudd. Bruddet kommer til syne når pasientene vil ha det hjemlig og en del ansatte vil det motsatte, når omsorgstenkningen erstattes med begrepet *aktiv behandling*, når mennesker med psykoseproblematikk skilles fra dem med depresjonsproblematikk og når ansatte med lavere utdanning erstattes med dem med høyere utdanning. Slik stenger man dører, men åpner også nye. Dagens praksis får derved legitimitet av å forholde seg til den gamle som gammeldags og noe som tilhører en annen spesialitet. Styrken søkes i det moderne, og å være moderne handler om å gjøre institusjonen ren for det som hører fortiden til. Kontakten mellom materialitet og mennesker som ivaretar det allmennmenneskelige, må bort. En hjemmelig atmosfære var forenlig med livet i tuberkulosehjemmene, men ikke med dagens praksis. Praksisen spesialiseres, og pasientene blir psykiatriske tilfeller som passer til formspråket i oversiktlige korridorer og store fellesrom som gir observasjonsmuligheter. I en slik kontekst er nestekjærligheten satt på prøve. Oppmerksomheten rettes mot sykdommen, noe som ikke stemmer med pasientenes selvforståelser som *mer enn* syke.

Ansatte som vil kvitte seg med tradisjonene, kan komme til å kommunisere dårlig med pasientene som setter pris på de forhold som kan knyttes til sanitetskvinnenes kjærlighetstanker. Pasienter og ansatte snakker i så fall ulike språk. På samme tid har de to gruppene sykdomsspråket til felles, og sykdomsspråket sitter *også* i veggene og bidrar i så måte til en felles kommunikasjon. Gruppene har noe å enes om. Samtidig kan en sterk sykdomsorientering *også* gjøre institusjonene til ikke-steder. Om den diagnostiserte pasienten får mest oppmerksomhet, vil hans eller hennes friske sider skyves til side.

Allmennmenneskelige problemer står da i fare for å omskrives til psykiatrisk sykdom og entydiggjøre det mangfoldige. Da forsvinner også sammenhengene. Stedstapet blir en realitet.

Ansatte som kunne bidra til å héle pasientens indre stedstap, risikerer i stedet å holde det ved like ved å knytte seg for sterkt til institusjonens tradisjon som steder *kun* for syke. Slik kan pasienter komme til å *føle* at de trenger mer spesifikk, medisinsk behandling i institusjoner uten et hjemlig preg, selv om andre forhold kunne hjulpet dem bedre.

For å kunne ivareta DPS'enes fellesmenneskelige grunnspråk må stedenes kjærlighetshistorie vernes. Å kvitte seg med tradisjoner vil kunne gi dårligere helse. På samme tid kan tradisjonene betraktes som konstruerende for livet som finner sted, og om det ønskes forandring blir det vesentlig å endre konstruksjonene.

6.2.3. Tuberkulosens konstruksjoner

Da tuberkelbasillen ble oppdaget og kunnskap om smittespredning ble kjent, ble den ene tuberkuloseinstitusjonen etter den andre reist. Institusjonene var en del av en overordnet kontroll av befolkningsgrupper, smitteveier og behandling. Kunnskapen kom naturlig nok *før* institusjonene, og den ble bygd inn i materialiteten og menneskene. Institusjonene representerer derved en kunnskap hvis makt skulle hjelpe de tuberkuløse, samtidig som befolkningen ute i samfunnet skulle beskyttes.

I utgangspunktet skulle pasientene, som vist, behandles med nestekjærlighet, atspredelse i form av dagligdagse aktiviteter, hvilekurer og frisk luft. Etter hvert kom kirurgi og senere medikamentell behandling (se kapittel 4.1.3). I starten var det derfor i stor grad det allmennmenneskelige som skulle være til hjelp. Og det allmennmenneskelige var akseptert av medisinen. Senere kom ulike behandlingsteknikker som rettet seg direkte mot den syke lungen eller det infiserte blodet – det konkrete og spesifikke. To kunnskapssyn gjorde seg derved gjeldende i institusjonenes mentale og materielle konstruksjoner. Det første kan knyttes til sanitetskvinnenes kjærlighetstenkning, som nødvendiggjør et helhetlig menneskesyn hvor mennesket er et subjekt med allmennmenneskelig behov. Det andre kan knyttes til en medisinsk tenkning som objektiverer individer med spesielle behov. Hvilke disiplinerende egenskaper disse konstruksjonene representerer, er derfor vesentlig å diskutere.

Igjen er Foucault (1982a, 1982b, 1995, 2001a) til hjelp i diskusjonen om hvordan det moderne mennesket inngår i kunnskaps- og maktrelasjoner som bidrar til å disiplinere og dermed konstruere subjekter. Pasientene så vel som personalet, blir formet av fysiske, mentale og

sosiale rom. De to kunnskapsformene konstruerer for eksempel pasientenes forståelse av seg selv som noen som *både* trenger å ha det hjemlig i møte med ansatte de har mye til felles med, og som noen som trenger ”det sykehusaktige” i møte med fagpersoner som har kunnskaper om deres sykdommer. Denne doble disiplinen viser seg på mange måter slik jeg flere ganger har beskrevet i avhandlingen: Det hjemlige og det sykehusaktige, de små og intime rommene og de store og oversiktlige, hverdagsspråket og fagspråket, likheten mellom pasienter og personalet og forskjellen mellom dem, det personlige og det profesjonelle. De to kunnskapsområdene kan på samme tid forklare den usikkerhet som kommer fram hos en del av personalet i forhold til hva det nye DPS’et egentlig skal være. På den ene siden disiplinierer jo de små fellesrommene personalet til å være mest mulig lik pasientene, på den andre siden oppfordrer vaktrommene dem til å være forskjellige. Tenkningen, som mange av de ansatte ønsker implementert i dagens DPS’er, oppfordrer personalet til å handle på måter som er gjenkjennelige fra den delen av behandlingen som rettet seg mot tuberkulosesykdommen og ikke mot det allmenmenneskelige. Foucault skriver at dette muliggjør en stadig sammenlikning av enhver med alle (Foucault, 2001a, ss. 132-138). En diagnose gir anledning til å beskrive, bedømme og sammenlikne pasientens individualitet med andres. Det blir en type herredømme hvor enhver blir bundet til de egenskaper, mål, avvik og ”karakter” som gjør ham eller henne til et ”kasus” (Foucault, 1999b, ss. 172-173). Den aktive behandlingen synes å indikere at man må kvitte seg med visse konstruksjoner som ikke lenger passer.

6.2.4 Å vedlikeholde eller kvitte seg med konstruksjoner

Både pasienter og ansatte benytter ulike metoder for å ta vare på tradisjoner eller fjerne dem. De to gruppene er formet, og på den måten subjektivert, til å bruke rommene og hverandre på spesielle måter. Spørsmålet blir hva en bør ta vare på og hva en bør kvitte seg med for at pasientene skal få det best mulig på sikt?

Pasientenes selvforståelser og bekjennelser som noen som er mer enn kun *de syke*, medfører at de inntar rommene som gir dem bekreftelse på hvem de opplever å være. Deres væremåter i små fellesrom vedlikeholder noen av de grunnleggende ideer tuberkuloseinstitusjonen var tuftet på. På samme tid fører sykdomsforståelsen til en aksept av seg selv som et kasus, og dermed til at vaktrom, dosett og fagpersoners merkunnskap blir godtatt som selvfølgelig nødvendigheter. I seg selv viser pasientenes søken etter en institusjon når de har det vanskelig, til en selvforståelse som opprettholder etablerte og dominante tanke-systemer. På

den måten blir det fagspesifikke både disiplinerte og selvdisiplinerte, samtidig som pasientene inntar rommene som gjør dem til helere mennesker.

Ansatte med mest offentlig, godkjent kunnskap, og dermed mest makt, har forståelser av pasientene som noen som har en sykdom. Deres identitet som hjelpere er knyttet opp mot dette. De bekjenner seg derfor til de rommene som gir dem bekreftelse på at de har rett. En selvdisiplinerte væremåte er for eksempel å gå fra det lille fellesrommet til vaktrommet – fra den ”ufornuftige” hverdagspraten til den ”fornuftige” fagpraten. På den måten forsøker de å rive konstruksjonene fra tuberkulosens første tid, og vedlikeholder forhold som direkte kan knyttes til medisin og biomedisin. Idéen er å gjøre de ulike delene av institusjonen mest mulig ”rene”. En slik rengjøringsprosess innebærer å kvitte seg med ansatte uten den aksepterte, medisinske fagkunnskapen og gjøre rommene mer oversiktlige. På den måten kan observasjon, diagnostisering og behandling rettes direkte mot det syke individ.^{108, 109}

Begge gruppene medvirker i det bygde sted. Men de medvirker på ulike måter. Pasientene gir makt til de romlige og menneskelige relasjoner som bekrefter de sidene ved institusjonen som de mener hjelper dem best, og som i hovedsak er å finne representert i de eldste mentale og materielle konstruksjonene. Ansatte tildeler makt til andre konstruksjoner: De som bekrefter at pasientene tilhører en spesialisert, psykiatrisk praksis med dertil tilhørende fagidentitet.

Dette medfører to ulike forsøk på å skape orden. Pasientene skaper en orden hvor det hjemlige får forrang. Ansatts orden knyttes i større grad til et ønske om en konkret og fagspesifikk praksis hvor psykiske lidelser er noe som eksisterer inne i pasienten og som møtes med ulike former for ytre tiltak. På den måten har de to gruppene formet seg til subjekter. Pasientene vedlikeholder noen av tradisjonene fra tuberkuloseperioden, personalet vedlikeholder andre sider av historien, selv om ansatte mener at de har tatt avskjed med tidligere tider. Men mens pasientene godtar personalets ordenssystem, finner ikke personalet pasientenes orden nyttig i helsemessig betydning. Pasientenes selvforståelser passer ikke inn i en ny og strømlinjeformet psykiatrisk praksis, og av den grunn kvitter man seg med det som forstyrrer de rette linjene: Sanitetskvinnene, ansatte uten den rette kompetansen, pasienter uten de rette diagnosene og forhold som gjør institusjonene hjemlige. Pasientene lager uorden for personalet i den

¹⁰⁸ Slike renselsesprosesser pågår både på det kunnskapsteoretiske og praktiske plan. Se Bruno Latour (1999) *Pandora's hope* og Mary Douglas (1997) *Rent og urent*.

¹⁰⁹ Jeg tar ikke her stilling til de fordeler en medisinsk, psykiatrisk behandling har for pasientene, men viser at tenkningen får konsekvenser på mange plan.

forstand at deres selvdisciplin *både* er knyttet til variasjonene *og* til det strømlinjeformede. De innordner seg personalets orden, men klarer samtidig å trekke personalet ut av deres egen selvdisciplin. De benytter seg av væremåter for å få fram deres private sider. De spør for eksempel etter de ansattes barn eller hvor de bor. Personalet med mest kompetanse skaper på samme tid uorden for pasientene ved å ta avstand fra de hjemlige situasjonene og deres behov for hvile. Makten og motmakten kjemper hele tiden om hva som gir best mulig levekår for pasientene og på den måten opprettholdes de to perspektivene.

Det sterke ønsket om å kvitte seg med tradisjoner har mange implikasjoner. Å bli en strømlinjeformet praksis handler om den effektivitet som forbindes med korttidsinstitusjoner. I et effektivt system må menneskene være like funksjonsorienterte som de funksjonalistiske bygningene oppfordrer til. Derfor har man for lengst kvittet seg med liggehaller og kurstoler hvor hvilen og de lange oppholdene var ment å ha stor helsemessig betydning. I dag passer treningsøkter i helsestudioer eller svømmehaller bedre enn hvile og langsomme spaserturer i frisk luft. Og går man på tur, kan man økonomisere ved hjelp av gåstaver som gir økt forbrenning og økt styrke i skuldre, armer og rygg. Det er viktig å få opp tempoet, og dermed pulsen, som på samme tid kan måles med en pulsmåler. Gåstavene er et nytt, materielt innslag i DPS'ene, men representerer på samme tid et samfunn som generelt søker effektive metoder for å få hjulene til å gå fortere rundt: Helsen er også ute i verden spesialisert, og er å finne igjen i institusjoner og gjenstander. Samfunnet generelt er blitt mer effektivisert, og fremskrittene som har fått fotfeste der ute slår på ny rot inne i DPS'enes mennesker og materialitet. Sykdommen blir forsøkt rendyrket og spesialisert, det samme gjør veien til et bedre liv.

6.3 Avsluttende diskusjon

I den avsluttende diskusjonen synliggjøres bidraget til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.¹¹⁰ Jeg starter med en diskusjon relatert til de fire spørsmålene jeg stilte først i dette kapitlet, og fortsetter å diskutere mine funn relatert til de ønskede endringsprosesser som *Opptrappingsplanen* legger opp til. Jeg reflekterer også over konkrete måter å innrede en institusjon på, sett i lys hva pasientene selv mente om helsefremmende institusjoner. Dernest

¹¹⁰ I media markeres nå et skille mellom begrepene psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. *Psykisk helsevern* knyttes til den statlig styrte praksis hvor institusjonene inngår, *psykisk helsearbeid* er betegnelsen for den kommunale praksisen.

presenterer jeg hvilke nye forskningsspørsmål avhandlingen inspirerer til, knyttet til hva arbeidet ikke har gitt svar på. Til sist tar jeg med et kort tilbakeblikk på selve avhandlingen.

6.3.1 Avhandlingens bidrag til psykisk helsevern

Først og fremst bidrar avhandlingen til å rette oppmerksomheten mot samspillet mellom materialitet og mennesker. De *steds-* ord og uttrykk som beskriver smertefulle liv, understreker at det finnes sterke bånd mellom mennesker og steder. Psykisk smerte blir forstått og erfart som manglende romlige orienteringer. Språkforskerne Lakoff og Johnsen ville kalle uttrykket ”å gå i kjelleren” for en orienteringsmetafor som både har grunnlag i vår fysiske og kulturelle erfaring (Lakoff & Johnsen, 1999, s. 166). Dette er en vertikal dimensjon hvor du har lang vei å gå for å komme ut av den (Lakoff & Johnsen, 1999, s. 180). Også horisontale orienteringer knytter pasientene til lidelsesopplevelser og viser hvordan steder inngår i menneskers eksistens: ”Å komme for langt ut”, ”å møte veggen” eller ”å være på sidelinjen”. Disse formuleringene viser at psykisk lidelse er innvevd i materialiteten og omvendt.

Arbeidet viser at pasienter og ansatte i fem ulike DPS’ ikke eksisterer uavhengig av de omgivelsene de ferdes i. Avhandlingen bidrar til å sette søkelyset på de helsemessige gevinster det kan gi om pasienter ute i kommunene, eller innlagt i institusjonen, får oppleve å *bo* i fenomenologisk forstand. Spørsmålene jeg diskuterer forstyrrer også tenkingen om at psykisk lidende hører til innenfor den ”medisinske psykiatris vegger”. Arbeidet viser hvordan medisinske kunnskaps- og maktrelasjoner kan gjenkjennes i materialitet og mennesker og være en bremsekloss for ønskede endringsprosesser.

Hvilke sammenhenger kan det være mellom pasientenes opplevelser av manglende tilstedeværelse i nærmiljøet og erfaringene med å føle seg hjemme i DPS’ene – og dermed å bo? I diskusjonen har jeg ved hjelp av Nordberg-Schulz vist at det er problematisk for psykisk lidende å bo ute i kommunene. Jeg finner derfor en klar sammenheng mellom deres manglende opplevelse av tilstedeværelse i nærmiljøet, og pasientenes identifisering med DPS’ene.

Med Nordberg-Schulz forstår jeg pasientenes tilknytning til institusjonene som avgjørende for opplevelsen av *tilstedeværelse*, fordi stedene stemmer med den de opplever å være. Den tyske

filosofen Martin Heidegger skriver at man ikke kan gå et sted om man ikke allerede er der (Heidegger, 2000, s. 49), og bygger opp under mine funn om at institusjonene allerede før innleggelsen var avmerket på pasientenes mentale kart. Det viser at lidende ikke bare er i DPS'ene når de er fysisk tilstede, men også når de er ute i samfunnet.

Når DPS'enes materialitet og mennesker evnet å skape en følelse av tilhørighet og en opplevelse av *å bo*, ga dette pasientene den indre styrken de trengte for å gå ut i verden igjen. Dette skjedde ved at de selv (men også sammen med ansatte) skapte meningsfulle steder i institusjonene. Dette viser at *både* rom og mennesker i relasjon med hverandre, hjalp dem videre i livet.

Allan Topor (2003) har i intervjuer med tidligere psykiatriske pasienter funnet ut hvordan de kom seg etter at de hadde vært psykisk syke. En av hans respondenter beskriver en liten krok i avdelingen hvor hun fikk være mye sammen med en ergoterapeut. Hun betegner det som en "oase" som var avgjørende for at hun fikk det bedre (s. 205). Men det var ikke bare det lille stedet i seg selv som var avgjørende, det var en annen der. Ergoterapeuten skapte et rom på stedet som under tiden utgjorde et sted på stedet (Topor 2003, s. 207). Nærheten til ergoterapeuten ble understøttet av den lille kroken de hadde for seg selv. Dette poengteres også av den britiske arkitekten, Bryan Lawson, som skriver at "buildings can fail to speak the language of space properly as much as people can" (Lawson, 2001, s. 8). Slik følger funksjon også form, ikke bare omvendt (Lawson, 2001, ss. 200-201).

Mine funn, sammen med Topors og Lawsons, viser at mennesker selv danner betydningsfulle steder på stedene. Dette betyr at brukere av psykisk helsevern bør delta i planlegging, bygging, eventuell bruksendring og innredning av offentlige byggverk beregnet på psykisk lidende, og på den måten gi sitt bidrag til hvordan betydningsfulle steder bør være. Dette indikerer at institusjonens grunnspråk, formspråk og verbalt språk nødvendigvis ikke trenger å harmonere totalt sett, slik Norberg-Schulz mener er avgjørende. Det vesentligste er at pasientene må få mulighet til å bruke stedene på måter som gir mening for dem. Likevel kan Norberg-Schulz' tanker om sammenheng, brukes til å forstå de verdifulle forbindelsene som oppstår når steder blir betydningsfulle. Pasientene kan finne bekreftelse på hvem de er i noen rom, mens andre rom ikke gir slike bekreftelser.

Menneskene synes sterkere enn materialiteten, fordi pasientene oppsøker de rommene som har helsemessig betydning for dem. Men det forutsetter likevel at deler av omgivelsene må imøtekomme grunnleggende behov for den nærhet og tilhørighet som har betydning for deres identitet som "hele" mennesker. Uten slike muligheter vil det være umulig å bo. Det var de allmennmenneskelige forhold ved materialitet og mennesker som hadde betydning for at pasientene kom seg. Slike forhold ivaretok pasientene som *mer enn* de syke og hindret sykeliggjøring. Om det medisinske formspråket får overtaket, vil dette språket kunne ta makten fra fellesmenneskelige forhold i institusjonene. Da vil fokuset kun bli på det syke individet, og sykdommen bli bekreftet og opprettholdt.

Hvordan kan manglende tilknytning til et nærmiljø, og opplevelsen av å bo i institusjonen, knyttes til en medisinsk tankegang? I diskusjon med Foucault viser jeg at opplevelsen av manglende tilknytning i nærmiljøet, og opplevelsen av å bo inne i institusjonen kan settes i forbindelse med en medisinsk tenkning. Opplevelsen av å få hjelp og å bli bedre kan være formet av det medisinske blikk. Jeg har vist at opplevelsen av helse kan stå i forhold til en medisinsk norm alle skal tvinges inn i (Martinsen, 2001, s. 184). På den måten er pasientene fortsatt syke, men de har lært seg å komme seg etter en bestemt orden. Med Kari Martinsen (2005) kan man si at mange av tankerommene i institusjonene synes trange. Noen har skaffet seg herredømme over pasientene (s. 25). Øyeblikksrommene skrumper, og romligheten knyttet til forventning og erindring, kan forsvinne. I manglende øyeblikksrom, uten plass til det personlige og private, blir klassifiseringer og standarder dominerende (Martinsen 2005, s. 43). Da forsvinner pasienters og ansattes personligheter. Da blir alle gjennomsnittsmennesker.

På den måten kan man hevde at en medisinsk tenkning synes materialisert i vegger og samfunnsstrukturer, fordi DPS'ene inngår i et nettverk av relasjoner som skaper og opprettholder en medisinsk praksis. Pasientene, støttet av omgivelsene rundt, søker seg bort fra nærmiljøet når de ikke har det bra (Foucault, 1995, 1999b). Med Foucault blir Norberg-Schulz' stedsfenomenologi å forstå som en menneskevitenskap som formidler en "sannhet" om menneskers tilknytning til steder. "Sannheten" handler om steder som grunnleggende, noe som alltid har, og vil komme til å ha, betydning i menneskers liv. For Foucault *blir* steder betydningsfulle og knyttes til kunnskaps- og maktrelasjoner i samfunnet. I stedet for å hevde at pasientene trenger å komme til en institusjon for å få det bedre, kan man forstå det som en selvdisciplin som inngår i et medisinsk kunnskaps- og maktnettverk. Om man vil bygge ned

institusjonene, må man følgelig også diskutere om kunnskapen som plasserer de lidende i institusjonene også må ”bygges ned”.

Med Foucault blir institusjonslengselen å forstå som en konstruert ”sannhet” som formidler at distriktpspsykiatriske sentra har relevant behandling som er bestemt av, og blir utført av, eksperter. Et kunnskaps- og maktperspektiv vil kunne bidra til å endre folks forestillinger om at syke mennesker passer i hus for syke. Om motmakten, representert med nestekjærlighetsbudskapet, får mer makt, kan dette budskapet ”ta over” i DPS’enes materialitet og mentalitet og danne nye kunnskaps- og maktnettverk. Da vil lidende kunne få det bedre i egne hjem.

Å ta et skritt bort fra en medisinsk tenkning innebærer blant annet å unngå den sammenlikningen som ofte gjøres mellom fysiske og psykiske lidelser slik helseforsker Anders J. W. Andersen (2001) viser til i sin analyse av informasjonsbrosjyrer om psykiske lidelser. Sammenlikningen kan forsterke sykdomsopplevelsen og tilpasningen til den medisinske tenkningen.¹¹¹ Å kvitte seg med sykdomstenkningen vil kunne innlemme psykisk lidende mennesker som en naturlig del av livet i et lokalsamfunn, fordi oversettelse til sykdom, med påfølgende plassering i institusjon, ikke lenger vil være aktuell.¹¹²

Hvilken betydning har tradisjoner for pasientenes erfaringer om hva som bidrar til bedre helse eller ei? Norberg-Schulz og Foucault har gitt innfallsvinkler til å ta steders historie på alvor, men på ulikt vis. Stedsfenomenologisk kan man forstå sanitetskvinnenes nestekjærlighetstenkning som en tradisjon som lever med i stedene. Bidraget til psykisk helsevern blir å være oppmerksom på at historiske forhold ”lever” i materialitet og mennesker. Noen forhold er viktige å bevare, noen å kvitte seg med. Men først når historien taes i betraktning, vil man kunne velge.

Forhold knyttet til nestekjærlighetstanken hadde stor betydning for at pasientene kom seg og fikk det bedre. Grunnspråket, som Norberg-Schulz skriver om, har fokus på likheten mellom pasienter og ansatte. Likheten blir utfordret av ansatte som ønsker en mer spesialisert praksis

¹¹¹ En tidligere pasient, Patricia Deegan (1993), beskriver hvordan helsepersonell fortalte henne at det var like viktig å ta nevroleptika for en som var psykotisk, som det var å ta insulin om du hadde diabetes. Dette fikk henne til å føle seg som et kasus det ikke var håp for. Arnhild Lauveng (2005) forteller om den smerten som fulgte av beskjeden om at hun hadde en livslang sykdom som medførte at hun alltid måtte ta medikamenter.

¹¹² Slik deler av *Opptrappingsplanen* søker å initiere, og slik det skjedde i Italia for over 30 år siden.

renset for historiske forhold. Når målet er å bli stadig mer spesialisert, ville mange av de ansatte rydde bort det som ikke er forenlig med aktive behandlingsprinsipper. Psykisk helsevern synes i denne sammenheng å stå foran en diskusjon om det er mulig å forene disse to kunnskapsområdene.

Hvordan bidrar tuberkulosehistorien til disiplinering og selvdisiplinering av pasienter og ansatte? Ved å drøfte med Foucault kan man forstå psykisk helsevern som et nettverk av kunnskap og makt, som inngår i mange relasjoner utenfor den enkelte, konkrete institusjon. Det som skjer inne i DPS'ene står i forbindelse med verden utenfor. Det blir derfor viktig å være klar over at mennesker kan handle på bakgrunn av historiske tanke-systemer som man trodde man hadde forlatt. Disse kan stå i relasjonen til ideologien bak tuberkulosehjemmene, og de lovgivende og rådgivende organer som inngikk i forståelse og behandling av de tuberkuløse. De eldste bygningene inngår i det samme maktnettverket og overleverer også en tenkning. Bygningene skulle opprinnelig kontrollere smittespredning og kan i dag inngå i en mer ubevisst form for disiplinering og selvdisiplinering.

Drøftingen med Foucault får fram hvordan en generell, medisinsk tenkning, representert ved tuberkulosehistorien, har disiplinerende og selvdisiplinerende krefter. I DPS'ene er hele tiden forskjellige kunnskapsområder på spill og i spill med hverandre: Den spesialiserte og den erfaringsbaserte. Den medisinske representerer makten, den erfaringsbaserte (representert ved nestekjærlighetstanken), representerer motmakten. Motmakten kan også leses i de delene av *St. Meld. 25* og *Opptappingsplanen* som eksempelvis handler om at psykisk lidende har det best i egne hjem.

Funnene er også et bidrag til å forstå den endringsprosessen som *Opptappingsplanen* legger opp til. Det tydelige skillet mellom pasientenes egne opplevelser av hva som hjelper, og personalets fortolkninger av den beste praksisen, viser at brukervedvirkningsperspektivet ikke inngår i personalets forståelser av den "nye praksisen".¹¹³ Det samme skillet finnes også i de statlige føringene. I *St. meld. 25* understrekes prinsippet "Pasienten først":

¹¹³ Solfrid Vatne (1998) viser i boka *Pasienten først. Om brukervedvirkning i et omsorgsperspektiv*, at brukerstemmene har liten plass innen psykisk helsevern. Hun påpeker bl. a fram til at hjelperen hadde monopol på pasientens problemer, og at medvirkning var en form for behandlingstriks.

Det er brukernes behov som skal avgjøre hva slags tilbud som gis. Tjenestene skal ha tilfredsstillende kvalitet, og skal gis som individuelt tilpassede tilbud. Det må foretas en helhetlig vurdering av pasientenes behov, og tiltakene må planlegges i samråd med pasienten selv og pårørende (s. 26).

På samme side kan vi også lese følgende:

Institusjonsopphold har en rekke negative virkninger – passivisering, minsket selvstendighet, økt avhengighet av hjelp – særlig når de blir langvarige. Derfor bør behandlingen uten innleggelse være regelen [...] Behov for pleie og omsorg er ikke god nok grunn [...] (s. 26).

Det fastslås at det er brukerne selv som skal avgjøre hva som skal foregå. I så måte blir det viktig å satse på hjemlige institusjoner hvor pasientene kan finne ro og hvile i en periode av livet. Når personalet ikke er enige i dette, er det fordi de oppfatter pleie og omsorg som lite hensiktsmessig. En moderne, psykiatrisk praksis skal framstå som målrettet og effektiv. At ansatte tar avstand fra hjemlige institusjoner viser at de har bekjent seg til prinsippet om at langvarige opphold kan være skadelige. Derfor tolker de *St. meld. 25* og *Opptappingsplanen* i lys av en medisinsk forståelse, og utelukker det mangetydige og kompliserte. Avhandlingens funn viser at hjemlige institusjoner vanskelig lar seg forene med dagens medisinske standard for god behandling, fordi en medisinsk standard ikke rommer det fellesmenneskelige. Da blir en sykdomsmodell ikke nødvendigvis et fremskritt, noe som flere forskere påpeker (Martinsen, 2000; Seikkula, 2000; Seikkula & Arnkil, 2005; Wifstad, 1997). Av den grunn bør man stille spørsmål om det er mulig å kombinere de to ulike perspektivene?

Funnene viser at en medisinsk tankegang har fått et selvfølgelig fotfeste i vår kultur. Sosial- og helsedirektoratets evaluering av opptappingsplanen i 2006 understreker at målene om brukermedvirkning fortsatt ikke er nådd (Rapport 04/2006). Dette kan handle om at medisinsk psykiatri ikke er forenlig med variasjoner satt i system (brukermedvirkning). Muligens er tiden inne til å erkjenne at vi har kommet for langt inn i et patologisk, språklig, kunnskapsteoretisk og byggeteknisk univers. Å skape et annet univers kan innebære å gi styrke til kjærlighetstanken igjen. Da blir det en selvfølge å satse på de forhold som pasientene mener vil hjelpe dem. Utfordringen kan ligge i å oversette bakover – fra depresjon og til ”å være i kjelleren” – og begynne her. Men da innebærer det på samme tid at man ikke tar høyde for det oversettelsesarbeidet pasientene selv foretar, men forstår det som en konstruksjon som kan forstyrre muligheten til selvstendige valg. Selv om det diagnostiske begrepsapparat er å

betrakte som konstruksjoner, betyr det ikke at lidelser er konstruert. Likevel kan man, ved å betrakte diagnosene som mentale reisverk, få innsikter som gjør det mulig å komme bak det konstruerte. Om pasientene ønsker å bli møtt som syke med en diagnose, kan ansatte dekonstruere diagnosen sammen med dem, gå tilbake til opplevelsen av manglende tilstedeværelse og deretter undersøke hvilke steder som gir mening for dem når de lider. Hjelpen bør derved fokusere på hvilke materielle og sosiale rom som bidrar til tilstedeværelse og dermed bedre helse. Da kan også hjelpen finnes utenfor det etablerte psykiske helsevesenet.

Til alle tider har mennesker søkt til steder for å få det bedre. Vi drar bort for å slappe av, vi reiser til andre steder på kurs, vi søker nye kulturer for å lære og utvikle oss. I *Galskapens historie* viser Foucault til at man allerede i antikken hadde tro på at det kunne hjelpe å komme bort for å få det bedre. Han beskriver en situasjon hvor en langvarig båtreise virket direkte inn på tunge tanker hos en mann, fordi landskapets variasjoner løste opp hans melankolske fiksering. Han henviser også til Antoine le Carnus som hevdet at hjernen slappet av med spaserturer, reiser, rideturer, øvelser i frisk luft og andre former for atspredelse.¹¹⁴ På den måten kom folk på avstand fra de stedene som vekket erindringer om deres lidelser, og det forrykte sinn kunne igjen innhentes av verden (Foucault, 1999a, ss. 150-152).

Mennesker som opplever et indre stedstap trenger også å komme andre steder for å få det bedre. Men stedene må representere mentale og materielle strukturer som ivaretar pasientenes egne ønsker om hva som er best for dem. Hvordan skulle slike plasser i så fall se ut?

Beliggenheten må gi pasientene den nødvendige avstanden til deres opprinnelige hjem slik at de selv kan regulere den kontakten de ønsker å ha med naboer og kjente. Samtidig må lokaliseringen gjøre det mulig å gi pasientene nærkontakt med naturen. Avstand og naturlige omgivelser må til sammen bidra til at pasientene får den hvile de presiserer at de trenger. Bygningene må på samme tid understreke at dette er et sted for vern og beskyttelse. På slike steder vil derfor materialiteten åpne opp for stedsbrukerne – de må kjenne seg velkomne. På den andre siden vil arkitekturen lukke dem inne og understreke nødvendigheten av å komme bort. Respekten for menneskets mangfold uttrykkes også i slike steders formspråk.

¹¹⁴ Noe som også er påvist i nevrobiologisk forskning. Se for eksempel Egil W. Martinsens (2004) bok *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*.

Inne i bygningene understrekes variasjonene, samtidig som det blir viktig at materialiteten styrker samværet mellom pasienter og ansatte. Fellesskapet mellom gruppene kan synliggjøres i mange mindre enheter hvor pasienter og ansatte kan ta disse rommene i bruk alt avhengig av hva de kan ha nytte av: Fellesskap eller å være alene, hvile eller aktivitet. På de nye stedene har man kvittet seg med vaktrommet, fordi dette rommet understreker de forskjellige pasientene vil bort fra. Og det er faglig forsvarlig at personalet er personlige og private. Møbler og gjenstander skal understreke behovet for hvile og for sosialt samvær.¹¹⁵

Formspråket må med andre ord markere det allmennmenneskelige grunnspråket og behovet for å bo selv i en kortere periode av livet. Under korttidsopphold vil vern og beskyttelse få et sterkere innslag enn utfordringer. Da vil beliggenheten, bygningene, rommene og tingene formidle muligheter og håp om *å komme på plass*. Stedene vil dermed fremme helse. Da er dikotomiene mellom det syke og det friske, mellom kropp og sjel, mellom mennesker og bygninger, opphevet. Lidelsen blir en del av livet og gjelder alle.

Ved å bygge nye, mentale strukturer blir det kanskje ikke nødvendig å rive den delen av materialiteten som representerer et medisinsk reisverk. Når noe bevarer sin identitet gjennom tidene, handler det ikke om at det er identisk med en historisk praksis, men det understreker snarere selvforståelser om at livet er mulig å forandre. Da vil både pasienter og ansatte vise at de kan ta til seg deler av stedene som støtter opp under kjærlighetstanken, og samtidig legge denne forståelsen inn i de rommene som ikke fremmer slike verdier. Det handler om å rive, bevare eller bygge vegger, åpne eller stenge dører – både materielle, sosiale og mentale.

En ung, kvinnelig pasient, som beskriver sin drømmeinstitusjon, og har gitt sitt bidrag til psykisk helsevern på denne måten:

Drømmestedet mitt når jeg er dårlig? Det ligger passelig langt hjemme i fra. Ja – passe avstand når det gjelder langt borte og nært. Jeg kan kjøre hjem til ungene mine. Jeg kan ta permisjon i helgene hvis jeg vil. Jeg føler at jeg har fått en veldig god start her. At alt stemmer. Naturen er selvfølgelig viktigst i omgivelsene. Jeg vil gjerne ha natur rundt meg. Jeg har vært heldig og vokst opp med mye natur rundt – så flyttet jeg til en større by – jeg merket jo det. Jeg savnet fjell – ikke bare være i en park – men ha skog [...] ikke sant [...] Og det er noe som jeg synes ser veldig koselig ut sånn institusjonsmessig. Det er trebygninger – eldre – det ser

¹¹⁵ Jaakko Seikkula (2000) understreker poenget med å oppheve dikotomiene i praksis, og viser til at fellesskapet og dialogen i seg selv er avgjørende for å få til en endringsprosess. Da er det viktig at personalet tar i bruk alle sine ”stemmer”, også de private og personlige.

veldig idyllisk ut [...] Litt tettere bygg inne også. Som et samlingspunkt. Men hvor du samtidig ikke er nødt til å gå og være utsatt for andres øyne hele tiden. Så det blir en sånn avveining. Naturlige ting – ikke så mye plastikk og sånne kunstige artikler. Jeg ville aldri hatt skinnsofa til min egen stue, men det er fordi jeg ikke bruker skinn selv. Det kan bli litt hardt. Det ville bli mer koselig med noe ensfarget grovt stoff. Ikke sånn typiske hyttemøbler – men noe helt rent og pent liksom. Jeg er ikke så glad i det ene bordet heller – det som står nærmest døra – sånn her type tre [laminat]. [...] Altså at du har muligheten til å trekke deg tilbake og være privat. For deg selv. Det her med enerom er forferdelig viktig for meg. Så det er bra at det har blitt mer og mer ut av det etter hvert. Men samtidig må du ha muligheten til å gå inn i fellesskapet og ta del i ulike gjøremål og være sammen med de andre uten at lista blir så høy. Jeg tror at å få oppleve menneskelighet, at noen tar deg inn, at noen kan gi en klem, noen kan lytte, noen kan gi deg følelsen av at du får lov [...] at du er akseptert sånn som du er. Akkurat sånn som det er nå, så er dette en drømmeinstitusjon for meg (pasient/kvinne/35/N).

6.3.2 Nye forskningsspørsmål

Å undersøke sammenhengen mellom materialitet-liv i psykisk helsevern innebærer ikke at det er gitt et totalt bilde av psykiatrisk praksis i DPS'enes døgnavdelinger. Det er mange spørsmål som er ubesvart.

Jeg har hevdet at nabolag generelt kan være utsatt for stedstap. Dette vil være av interesse å undersøke nærmere. Spørsmål om det finnes lokalmiljøer hvor psykisk lidende mennesker opplever å være integrert, selv om de føler et indre stedstap, blir i denne sammenheng vesentlig å stille. I så måte må man studere på hvilke måter psykisk lidende menneskers egne hjem og nabolag kan fremme møter mellom mennesker gjennom fysisk planlegging, opparbeidelse og tiltak i et nærmiljø slik at omgivelsene støtter opp under helsefremmende prosesser.

Når det gjelder den betydning stedenes materialitet har for pasienter og ansatte, kunne det vært interessant å få mer detaljkunnskaper om rom og gjenstander. Når det snakkes om små versus store rom, ville oppmålinger av disse rommene vært nyttige. Datagrunnlaget sier ikke noe om rommenes faktiske størrelser. Kanskje de ikke er så forskjellige som hva respondentene gir inntrykk av, men at opplevelsen av nærhet i større grad er skapt av samværet og fellesskapet i seg selv.

Hvilke møbler og gjenstander som bidrar til det hjemlige er heller ikke spesifisert. Her kunne flere detaljer blitt vektlagt for på den måten å få kunnskap om hvilken betydning form,

tekstiler og farger har for de som bruker stedene.¹¹⁶ Jeg har også i stor grad utelukket beskrivelser av kjøkken, pasientrom og samtalerom. Her vil det være av interesse å få kunnskap om hvordan disse rommene er innredet og på hvilken måte de støtter opp under, eller protesterer mot helbredende prosesser som ikke inngår i en medisinsk forståelse.

Hvordan pasienters og ansattes forståelse av seg selv og hverandre påvirker det bygde sted kunne vært undersøkt nøyere ved å kartlegge hvordan de bruker kjøkken, pasientrom og samtalerom. Er kjøkkenet for eksempel et sted som benyttes for å understreke en hjemlig atmosfære? Bruker pasientene sine egne rom på en måte som gjør at de kommer seg, eller bruker de rommene slik at de finner bekreftelse på at de er syke? Er samtalerommene steder som taes i bruk av pasienter og ansatte på en måte som fremmer kjærlighetstanken og brukerperspektivet? Eller søker begge gruppene bekreftelse etter en sykdomsnorm? Eller er det også i disse rommene divergenser mellom pasienters og ansattes oppfatninger? Slike spørsmål kunne undersøkes like nitid og kontrollert som man utvikler og tester nye medikamenters virkninger i laboratorier, i både dyr og mennesker.

Jeg har også diskutert om det er mulig å kvitte seg med en form for medisinsk tenkning for å bli i stand til å hjelpe psykisk lidende mennesker på andre måter. Da blir det vesentlig å undersøke hvordan man kan bygge kunnskap og institusjoner som fremmer andre forståelser av psykiske lidelser enn den som kan knyttes til medisinfaget. Slik blir det også relevant å finne ut om det er mulig å hjelpe de som lider økonomisk og praktisk, uten at man nødvendigvis må være avhengig av et medisinsk-diagnostisk system for å få tilgang til disse godene.

Til sist leder også avhandlingens funn om at ledere og ansatte med høyere utdanning er opptatt av å kvitte seg med det hjemlige, til spørsmål om innholdet i de høyere utdannelsene. Utdanning og kompetanse handler om å tilegne seg kunnskap og å formidle den. Slik kan tankerom skape materielle rom. Da kan det være viktig å undersøke om ansatte med den tidligere videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie, hvor fokuset i stor grad ble rettet mot pasientene som diagnostiserte enkeltindivider, har andre måter å arbeide på enn de som har en tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Sistnevnte studium har som mål å

¹¹⁶ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007) har, på oppdrag fra Norsk Form, gjort en kartlegging av forskning på helseeffekter av arkitektur og design og fastslår at dette kan måles gjennom kontrollerte forsøk. De har ikke med kvalitative studier i denne kartleggingen.

lære studentene flere ulike perspektiver på beskrivelse, forståelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser, samt utdanne dem til relasjonskompetanse hvor brukerperspektivet skal være i fokus.¹¹⁷ Blir denne gruppen, på samme måte som ansatte jeg har henvist til, farget av den medisinske psykiatri slik at det er denne kunnskapen som står tilbake som det mest meningsfulle? Eller har andre konstruksjoner begynt å reise seg?

6.3.3 Avsluttende refleksjoner

Funnene er fremkommet på bakgrunn av feltforskning og illustrerer klare fordeler i forhold til for eksempel prekodete spørreskjemaer hvor svaralternativene er produsert av forskeren. Innen feltforskning vil informantene sørge for at forskeren hele tiden må endre spørsmålsstillinger og det blir i langt større grad informantene selv som kommer med svaralternativene. I denne avhandlingen er DPS'ene fremstilt mest mulig slik informantene ser dem, men også ved mitt og kameraets blick. Sammenhengene mellom mennesker og materialitet tydeliggjøres, og likheter og variasjoner hos respondentene får et uttrykk. Det mest interessante denne metodiske tilnærmingen har bidratt til, er at den har fått fram divergensen mellom pasienters og ansattes meninger om fysiske og sosiale rom. Hadde jeg *kun* intervjuet en av gruppene, hadde bidraget til å forstå psykisk helsevern blitt svært annerledes enn hva denne avhandlingen viser.

Å kun presentere pasientenes og personalets meninger og kunnskaper om stedene er ikke tilstrekkelig for å få en helhetlig forståelse. Mine data viser at det også er helt nødvendig å ta med både de materielle og ideologiske rammene som danner forståelser om og for både pasienter og personalet.

Avgrensning og streng fokusering er ofte applaudert innen forskning. Av den grunn kan det skje uheldige utelatelser som forvrenger bilder av for eksempel institusjoner. Selv om ikke funnene mine er entydige, ville likevel innhenting av data fra kun pasientene, ført til at institusjonsplanleggere kunne ha tolket funnene som et råd om å bygge hjemlige institusjoner – særlig dersom planleggerne var opptatt av brukemedvirkning. Om informasjonen hadde kommet kun fra ledere og ansatte med høyere utdanning, hadde anbefalingene kunnet oppfattes i motsatt retning – særlig om planleggerne var opptatt av en spesialisert praksis.

¹¹⁷ Se Sosialdepartementet (Helsedirektoratet). *Forskrifter om offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie*, 1980 og Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. *Videreutdanning i psykisk helsearbeid. Rammeplan og forskrift*. 1997 ajourført 18/12 –98.

Fordi forskningen har funnet sted i flere DPS'er, er funnene mer generaliserbare. Jeg har vist at praksisene i den enkelte institusjon ikke er unik, men har tatt opp i seg en tenkning som kommer utenfra og som har forbindelser til tuberkuloseperioden.

Resultatene viser at psykisk helsevern fortsatt står ovenfor komplekse og interessante oppgaver i planleggingen av behandlingstilbud og hvilke type kunnskap som trengs for å hjelpe psykisk lidende mennesker.

Til sist vil jeg knytte en liten kommentar til fotografiene jeg har brukt i avhandlingen. Disse er ikke bare illustrasjoner som underbygger teksten, men har åpnet for en utvidet forståelse av relasjonene mellom materialitet og mennesker innen psykisk helsevern. I ettertid ser jeg at jeg i langt større grad kunne visualisert institusjonene og dermed bidratt med ytterligere kunnskap relatert til avhandlingens problemstillinger. For eksempel sier kanskje følgende fotografi fra en av institusjonene mer enn mange ord om hjemlighet og disiplin?



LITTERATUR

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och refleksjon. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen, A. J. W. (2001). *Den lukkede åpenheten. En diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis*. Hovedoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag pedagogikk/fagdidaktikk, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Andersen, T. (1996). *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Andreassen, T. (1997). *Legene og tuberkulosen. Faser og forutsetninger for tuberkuloseloven av 1900*. Hovedoppgave, Historisk institutt, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Anker, J. (1950). *Vejleffjord Sanatorium gjennom 50 år*. København: Engelsen & Schrøder.
- Backe, C. C. (2007). Vi tar utgangspunkt i brukernes friske sider. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 4(3), 293-301. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bang, S. (1951). *Erindringer om tuberkulosebekæmpelsens barndom i Danmark. Sanatoriebehandlingsens begrundelse og rækkevidde*. København: Særtryk af biblioteket for læger.
- Barham, P. & Hayward, R. (1995). *Relocating madness. From the Mental Patient to the Person*. London: Free Association Books.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiske utflykter*. Göteborg: Daidalos.
- Bjarnar, O. (1995). *Veiviser til velferdssamfunnet. Bind II*. Oslo: Norske Kvinners Sanitetsforening.
- Blom, I. (1998). *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900-1960*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borchrevink, O. F. (1906). Ibestad tuberkulosehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 17, 763-764.
- Borchrevink, O. F. (1908). Ibestad tuberkulosehjems regnskap for 1907. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 19, 497-498.
- Brekke, N. G., Nordhagen, P. J. & Lexau, S. S. (2003). *Norsk arkitekturhistorie. Frå steinalder og bronsealder til det 21. hundreåret*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bøe, J. B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn. Linjer i sinnssykepleiens historie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Clausen, R. & Myrnes, P. (1989). *Vefsn Sanatorium 1915 – 1985*. Mosjøen: Stiftelsen Vefsn Sanatorium.
- Cullberg, J. (1994). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* (4. utgave). Oslo: Tano
- Cusack, D. (1964). *Si nei til døden*. Bergen: John Griegs Forlag.
- Dancke, T. M. E. (2000). *Norske arkitekter før 1914*. Oslo: Norsk Arkitekturmuseum.
- Day, C. (2002). *Spirit & Place*. Oxford: Architectural Press.
- Deegan, P. (1993). Recovering Our Sense of Value After Being Labeled Mentally Ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4), 7-11.
- Deegan, P. E. (2000). Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose? *Dialog*, 10(2-3), 96-103.
- Dingstad, P. E. (2005). Foucault i dag. Den intellektuelle som “fryktløs taler”. *Sosiologi i dag*, 35(2), 3-8.
- Dosett (2007). *Dosett gör livet lättare*. Lastet ned 09.08.07 fra http://www.dosett.com/sv_dosett.htm
- Dotremont, C. (1989). *Stenen og hovedpuden*. Valby: Borgen.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent. En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax Forlag.
- Ellis, A. E. (1959). *Pinebenken*. Oslo: Gyldendal.
- Elstad, I. & Hamran, T. (2006). *Sykdom. Nord-Norge før 1940*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, T. H. & Frøshaug, O. B. (1998). *Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Esaisson, B. (1994, 22.10). ”Nye” Preståsen Psykiatriske senter. *Sandefjords Blad*.
- Evensen, E. (1992, 07.11). Furubakken – ei hand å holde i. *Østlands-posten*.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Felleskatalogen (2007). Lastet ned 10.10.07 fra <http://www.felleskatalogen.no/>
- Findal, W. (1996). Kraftfull arkitektur – kvinnelige arkitekter. Om hovedstadens kvinnelige arkitekt pionerers vilkår og betydning de første tiårene av dette århundre. *Byminner*, (3), 36-51.
- Fossåskaret, E. (1997). Har kunnskap sin egen rett? Ethiske utfordringer ved å distansere seg fra det nære. I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad, O. & T. H. Aase, (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (ss. 257-273). Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1982a). The subject and power. I P. Rabinow & N. Rose (2003). (Red.), *The essential Foucault*. (ss. 126-144). London: The new press.

- Foucault, M. (1982b). Space, knowledge and power. I P. Rabinow (1991). (Red.), *The Foucault reader. An introduction to Foucault's thought.* (ss. 239-256). London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1995). *Seksualitetens historie I. Viljen til viten.* Gjøvik: Exil.
- Foucault, M. (1997). Andre rum. *Slagmark*, 27, 87-96.
- Foucault, M. (1999a). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (3. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1999b). *Overvåkning og straff. Det moderne fengsels historie* (3. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske. Den totale institusjon sosialt sett.* København: Paludan.
- Greve, A. (1998). *Her. Et bidrag til stedets filosofi.* Doktoravhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Gullestad, S. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten.* Oslo: Universitetsforlaget
- Gulløv, E. (2004). Institusjonslogikker som forskningobjekt. I U. A. Madsen (Red.), *Refleksjoner over feltbasert viden. Pædagogisk antropologi.* (ss. 53-76). København: Hans Reitzel.
- Gupta, A. & Ferguson, J. (1997). Discipline and Practice. "The Field" as Site, Method and Location in Anthropology. I: A. Gupta & J. Ferguson, (Red.). *Anthropological locations. Boundaries and grounds of a field sciens.* (ss. 1-46). Berkeley: University of California Press.
- Hammersley, P. & Atkinson, M. (1996). *Feltmetodikk.* (2. utgave). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hamsun, K. (1976). *Siste kapittel.* Samlede verker bind 9. Oslo: Gyldendal.
- Hansen, K. (1898). *Om tuberkulose.* Kristiania: Alb. Cammermeyers Forlag.
- Hansen, L. (1932). Om Tolga sykehus og tuberkulosehjem. *Byggekunst*, (4) 73.
- Harbitz, F. (1922). *Om oprindelsen til og utviklingen av de tuberkuløse sykdommer.* Kristiania: Den Norske Nasjonalforening mot Tuberkulosen.
- Hastrup, K. & Ramløv, K. (Red.). (1989). *Kulturanalyse. Fortolkningens forløb i antropologien.* København: Antropologisk forlag.
- Haugen, P. H. (1968). *Anne.* Oslo: Det Norske Samlaget.
- Haugsgjerd, S. (1983). *Psykotterapi og miljøterapi ved psykoser.* Oslo: Universitetsforlaget.

- Heggdal, E. (1993). *Lys i mørket. Reknes sanatorium i kampen mot tuberkulose*. Hovedoppgave, Institutt for kulturstudier og kunsthistorie, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Heidegger, M. (2000). *Sproget og ordet*. København: Hans Reitzel.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. ved sykehus og andre helseinstitusjoner*. Folkehelseavdelingen. FOR-2001-12-18-1576: 4.
- Helsedirektoret (1985). *Nye alternativer i psykiatrien*. Rapport.
- Helse Vest (2004). *Bjørkeli Voss Psykiatriske senter*. Lastet ned 29.10.04 fra <http://helse-vest.no/sw1232.asp>.
- Helsinkideklarasjonen (1975). Lastet ned 10.11.07 fra <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Holmboe, N. (1901). Om pleiehjem for tuberkuløse, særlig i landdistrikterne. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 12(1), 1-15.
- Hydle, I. (2001). *Murder without motive. An anthropological study of a criminal case*. Doktoravhandling, Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Jacobsen, K. & Nyland, K. (2002). *Vefsn sykehus 100 år 1902-2002*. Mosjøen: Helgelandsykehuset HF.
- Jakobsen, K. (2006, 23.06-29.06). Bildet beveger seg. *Morgenbladet*. 26-27.
- Jensen, A. F. (2005). *Mellom ting. Foucaults filosofi*. København: Det Lille Forlag.
- Jönsson, L. (1998). *Det terapeutiske rummet. Rum och kropp i svensk sinnssjukevård*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (1997). *Videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Rammeplan og forskrift. 1997 ajourført 18.12.98.
- Kelstrup, A. (1977). Sosial kontroll av sinnssyke. Fra dårekiste til psykokjemi. I E. Kringlen (Red.), *Psykiatri og historie*. (ss. 87-100). Oslo: Cappelen.
- Kjeldstadli, K. (1997). Å analysere skriftlige kilder. I Fossåskaret, E, Fuglestad, O. L. & Aase, T. H. (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (ss. 207-233). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den engang var. En innføring i historiefaget*. (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kreftsykekassens Landsforening. (1933). *Fortegnelse over Sykehus, Sanatorier, Tuberkulosehjem, Rekonvalescenthjem og Kur-Badesteder*. Oslo: Sem & Stenersen A/S.

- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvamsdal, N. (2004, 24.04). Dødens venterom. *Hordaland blad*. 11-13.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2003). *Hverdagslivets metaforer. Fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax.
- Landsem, L. (1991). *Vensmoen tuberkulosemuseum og dokumentasjonssenter*. Trondheim: Rapport.
- Larsen, I. B. (2001). *Det tvetydige sted. En beskrivelse av genius loci i et psykiatrisk senter*. Hovedoppgave i helsefag hovedfag, spesialfag sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Larsen, I. B. (2006). Stedets disiplin. Fra tuberkulosesanatorium til psykiatrisk senter. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 6(1), 57-68.
- Larsen, K. (2000). *Praktikuddannelse. Kendte og miskendte sider*. København: Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning.
- Larsen, K. (2001). Med arkitektur som læremester. Om praktikuddannelse af sygeplejestuderende. I K. A. Petersen (Red.), *Praktikker i erverv og uddannelse*. (ss. 440-474). Viborg: Akademisk forlag.
- Larsen, K. (2005). Hospitalsarkitektur og social arkitektur. Om klasser af rum, klasser af mennesker og klasser af tanker. I K. Larsen (Red.), *Arkitektur, krop og læring*. (ss. 159-190). København: Hans Reitzel.
- Larsen, Ø. (2000). Sykehuset. I: *Norsk sykehusarkitektur*. (ss. 11-28). Oslo: Foreningen til norske fortidsminnemerkeres bevaring, vol. 154.
- Latour, B. (1999). *Pandora's hope. Essays on the reality of science studies*. Cambridge: Havard University Press.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Lawson, B. (2001). *The Language of Space*. Oxford: Architectural Press.
- Lov 1900-08-05: Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme.
- Lov 1927-05.04: Rusdrikkloven.
- Lov 1984-01-01: Lov om helsetjenesten i kommunene.
- Lov 1999-07-02 nr. 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
- Lund-Johansen, F. & Lund-Johansen, P. (1960). *Lyster sanatorium. 2. november 1902 – 30. september 1958. En epoke i kampen mot lungetuberkulose i Norge*. Bergen: Eget Forlag.
- Lærum, B. & Lærum, O. D. (1980). Lækjærer på Voss i eldre tid. *Gamalt frå Voss*. (12). 5-25.

- Lærum, B. (1981). Minne frå lækjarpraksis og helsestell. *Gamalt frå Voss. (13)*. 5-25.
- Lærum, O. D. (2004). *Legen og politikeren Klaus Hansen og Miljøet hans*. Særtrykk av gamle Bergen årbok.
- Løchen, Y. (1965). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. En sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mann, T. (2002). *Trolldomsfjellet*. Oslo: Gyldendal.
- Marcus, G. E. (1998). *Ethnography Through Thick and Thin*. New Jersey: Princeton University Press.
- Martinsens, E. W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet. I T. Wyller (Red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. (ss. 167-190). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. (ss. 250-271). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. (2. utgave). Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2003b). Disiplin og frihetspraksis. Filosofiske betraktninger omkring noen tekster av Michel Foucault. *Diakoninytt*, 119(1), 14-21.
- Martinsen, K. (2005). At bo på sykehus og at erfare arkitektur. I K. Larsen (Red.), *Arkitektur, kropp og læring*. (ss. 131-157). København: Hans Reitzel.
- Måseide, P. (1997). Feltarbeid i ekspertorganisasjoner. I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (ss. 94-116) Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt Senter for Helsetjenesten (2006). *Arkitektur og design for livskvalitet og helse. En kartlegging av foreliggende forskning*. Rapport nr. 20.
- Norberg-Schulz, C. (1978). *Mellom jord og himmel. En bok om steder og hus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norberg-Schulz, C. (1980). *Genius Loci. Towards a phenomenology of architecture*. London: Academy Editions.
- Norberg-Schulz, C. (1986). *Et sted å være. Essays og artikler*. Oslo: Gyldendal.
- Norberg-Schulz, C. (1991). *Minnesjord*. Oslo: Gyldendal.

- Norberg-Schulz, C. (1996). *Stedskunst*. Oslo: Gyldendal.
- Norberg-Schulz, C. (2000a). *Principles of modern architecture*. London: Andreas Papadakis Publisher.
- Norberg-Schulz, C. (2000b). *Architecture. Presence, Language, Place*. Milan: Skira.
- Nordmark, U. (1994). *Boken om en kurort. Mösseberg*. Stockholm: Norman.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1928). Kretsmøte for Tromsø krets. *Folkehelsen*. (8). 140-141
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1970). Bergen og Hordaland om felles sak. *Folkehelsen*.55(10). 318-321.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1971). En milliongave til Bergen og Hordaland sanitetsforeninger. *Folkehelsen*.56(5). 124-126.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1984). *Kristiansand Sanitetsforenings klinikk for nervøse. 25 år 1959-1984*.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1996a). *Veiviser til velferdssamfunnet. Norske Kvinners Sanitetsforening 1896-1946*. Otta: NKS.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1996b). *Norske Kvinners Sanitetsforening 100 år*.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (1998). *Jubileumsskrift. Bjørkeli Voss Psykiatriske Senter 25 år. 1973-1998*.
- Norske Kvinners Sanitetsforening (2005). *Voss distriktpsikiatriske senter. Døgnavdeling*. Lastet ned 29.10.04 fra <http://www.bjorkeli.no/omoss.html>
- Okley, J. (2001). Visualism and Landscape: Looking and seeing in Normandy. *Ethnos*, 66(1), 99-120.
- Pedersen, L. C. (2005). *Luster Sanatorium – "Harastølen"*. Hovedoppgave, Bergen Arkitektskole, Bergen.
- Pløger, J. (2001). *Byens språk*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Puranen, B. (1984). *Tuberkulos. En sjukdoms förekomst och dess orsaker. Sverige 1750-1980*. Doktoravhandling, Institutionen för Ekonomisk historia, Umeå universitetet, Umeå.
- Puranen, B. & Zetterholm, T. (1987). *Förelskad i Livet. En bok om tuberkulosens historia*. Höganäs: Wiken.
- Remarque, E. M. (1949). *Tre kamerater*. Oslo: Gyldendal.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Sachs, L. (1987). *Medisinsk antropologi*. Stockholm: Liber.
- Sandefjords Blad (1930, 27.09). *Indvies imorgen*.
- Sandefjords Blad (1930, 29.09). *Indvielsen av Prestaasen..* s. 6
- Sandefjords Blad (1959, 19.06). *Preståsen senil hjem – det tredje i Norge og det første i Vestfold*, s. 1.
- Sandmoe, E. (1999). Michel Foucault som maktteoretiker. I F. Engelstad (Red.). *Om makt. Teori og kritikk*. (ss. 79-96). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Schaanning, E. (1993). Michel Foucault (1926-1984). I T. B. Eriksen (Red.). *Vestens tenkere*. (ss. 401-417). Oslo: Aschehoug.
- Schiøtz, A. (2003a). *Doktoren. Distriktslegens historie 1900-1984*. Oslo: Pax.
- Schiøtz, A. (2003b). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003. Folkets helse – landets styrke. 1850 – 2003*. (bind 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2008). De rette linjer og de rene flater. I E. Gjengedal, A. Schiøtz & A. Blystad (Red.). *Helse i tid og rom*. (ss. 58-76). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2005). *Sociala nätverk i dialog*. Stockholm: Mareld.
- Shore, C. & Wright, S. (Red.). (1997). Policy. A new field of anthropology. I C. Shore & S. Wright, *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. (ss. 3-35). London: Routledge.
- Skogheim, D. (2000). Frisk luft og diett. Norske tuberkulosesanatorier. *Årbok / Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring*, 154, 170-184.
- Skogheim, D. (2001). *Sanatorieliv. Fra tuberkulosens kulturhistorie*. Oslo: Tiden.
- Skogheim, D. (2003). Tuberkulose. Den store masse-morderen. I *Det offentlige helsevesen i nord*, (ss. 11-19). (Ottar ; nr. 245). Tromsø: Tromsø Museum - Universitetsmuseet.
- Skålevåg, S. A. (2002). Constructing curative instruments. Psychiatric architecture in Norway, 1820-1920. *History of Psychiatry*, 13(49), 51-68.
- Skålevåg, S. A. (2003). *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*. Doktoravhandling, Historisk institutt, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Sontag, S. (2004). *Om fotografi*. Oslo: Pax.
- Sosial- og helsedepartementet. (1995). *Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner. Somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og psykiatrisk privatpleie*. (NOU 1995:14). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St.meld. nr 25(1996-1997)). Oslo: Departementet.

- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr 63(1997-1998)). Oslo: Departementet.
- Sosial- og helsedepartementet (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport 04/2006
- Sosialdepartementet (Helsedirektoratet). (1980) *Forskrifter om offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie*.
- Stolpe, S. (1942). *I dödens väntrum*. Stockholm: Åhlen & Åkerlunds Förlag.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Sullivan, L. H. (1896). The tall office building artistically considered. *Lippincott's Magazine*. Lastet ned 11.11.07 fra <http://www.njit.edu/v2/Library/archlib/pub-domain/sullivan-1896-tall-bldg.html>
- Sundt, E. (1976/1862). *Om bygnings-skikken på landet i Norge*. Oslo: Gyldendal.
- Sæbø, Ø. (1982). *Tuberkuloseloven av 8/5 1900 og dens forutsetninger*. Hovedoppgave, Historisk institutt, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Søndre Vestfold DPS (2005). Lastet ned 29.10.04 fra http://www.piv.no/filer/inter_svdps.html
- Sørensen, N. Ø. (2006). *I virkeligheten udenfor. Et dobbelt perspektiv på sygeplejerskers arbejde i en psykiatrisk institution. En analyse av magt, styrings- og selvstyringsteknikker*. Doktoravhandling, Insitut for uddannelsesforskning, Roskilde universitetscenter, Roskilde.
- Sørhaug, H. C. (1982). *Ansatte og insatte på et psykiatrisk sykehus. Makt, gjensidighet og Ansvar*. Institutt for sosialantropologi. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Topor, A. (2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reizel.
- Troms Fylkeskommune (1994). *Psykiatrisk Senter i Midt-Troms*. Prosjektrapport.
- Troms Fylkeskommune (1999): *Plan for utvikling av det psykiske helsevern for voksne i de 11 Midt-Troms-kommunene*.
- Turner, B. (Red.). (1995). *Medical power and social knowledge*. (2 utgave). London: Sage.
- Tuxen, A. (1973). *Historien om Vardåsen Sanatorium*. Oslo: Eget forlag.
- Vagstein, A. M. (1999). *Stedet det stemte rom. Sammenheng mellom sted og arkitektur*. Doktoravhandling, Arkitekthøgskolen, Oslo.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vefsn sykehus (2004). *Distriktpsikiatrisk senter Skjervengan*. Lastet ned 29.10.04 fra <http://www.vesyk.nl.no.dps2.htm>.

- Verde, R. (2006). *ECT: Teori og praksis*. Larvik: Søndre Vestfold DPS.
- Wiestad, E. (2002). Stedets betydning. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 37(1-2), 106-115.
- Villadsen, K. (2004). *Det sociale arbejdets genealogi. Om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. København: Hans Reitzel.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wikipedia (2007). *Kartasis*. Lastet ned 11.11.07 fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Katarsis>
- Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Østby, L. (1986) (red). *Norsk kunstnerleksikon* (bind 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Østlandsposten (1970, 16.04). *Larvik Sanitetsforening tar ikke hvilepause – nå er det sykehjem for senil demente som teller*. s. 6.
- Øvergaard, O. (1935). Om Ullern Tuberkulosehjem. *Byggekunst*, 8, 196-200.
- Aase, T. H. (1997). Tolkning av kategorier. I E. Fossåskaret, Fuglestad, O.L. & Aase, T.H. (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (ss. 143-166). Oslo: Universitetsforlaget.

Litteratur med mangelfulle opplysninger:

- Manglende forfatter: *Boserup Sanatorium 1901-1926*. København: Engelsen & Schrøder.
- Manglende forfatter: (1914). Om tuberkulosehjem. Konkurransetkast. *Arkitektur og dekorativ kunst*. 75-87. Kristiania: Den norske ingeniør- og (?) forening.

Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)

Høgskolelektor Inger Beate Larsen
Høgskolen i Agder
Avdeling for helse og idrettsfag
Sykehusveien 4
4809 Arendal

Deres ref.: 04.03.03

Vår ref.: S-03073

Dato: 25.06.03

Fra tuberkolosesanatorium til psykiatrisk senter. En beskrivelse av hvordan tidligere tiders stedsbruk får betydning for psykiatrisk praksis.

Prosjektleder: Psyk.sykepleier Inger Beate Larsen, Høgskolen i Agder, Avdeling for helse og idrettsfag

Vi viser til brev av 15. mai 2003, med vedlegg, og takker for grundig svar på komiteens brev av 08.04.03.

Komiteen behandlet prosjektet på nytt i sitt møte torsdag 19. juni 2003, på grunnlag av svaret.

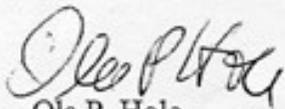
Vedtak:

"Komiteen finner at den har fått tilfredsstillende svar på merknadene i komiteens vedtak av 27. mars 2003, og tilrår at prosjektet gjennomføres."

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
Professor dr.med.
Leder


Ola P. Hole
Avdelingsleder
Sekretær



Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge
Postboks 1130
Blindern
0318 Oslo

Inst. for helsefag
Sykehusveien 4, Serviceboks 604
4809 ARENDAL
Telefon: 37 00 40 00
Telefaks: 37 00 40 01
Direkte innvalg: 37 00 40 30
Org.nr.: 970 546 200 MVA

Deres ref.: S-03073

Vår ref.: 04.03.03

Dato: 13. mai 2003

Fra tuberkulosesanatorium til psykiatrisk senter. En beskrivelse av hvordan tidligere tiders stedsbruk får betydning for psykiatrisk praksis.

Jeg vil videre besvare REK-sørs forskningsetiske kommentarer:

1. **Forstehåndskontakt** (pkt. 8) med tidligere tuberkulosepasienter skal ikke ha utgangspunkt i tidligere journaler eller annen form for skriftlig arkivmateriale. Ideen om å samtale med/intervjue tidligere pasienter på de aktuelle institusjoner, kom i stand i forbindelse med kartleggingsprosessen over psykiatriske institusjoner som tidligere var beregnet på pasienter med tuberkulose. Da snakket jeg med ledere av de ulike institusjonene. To av lederne fortalte om mennesker i distriktet som flere ganger offentlig – i lokalaviser og i foredragsform – hadde fortalt om livet som tuberkulosepasient. Disse lederne foreslo selv å spørre på mine vegne om de var villige til å snakke med meg/la seg intervju. Forstehåndskontakten blir derfor tatt av ansatte ved institusjonene i dag. I tillegg har to tidligere pasienter markert seg offentlig i form av bokutgivelser om samme tema. Dette er Dag Skogheim og Solveig Johansen. Disse er også aktuelle å ta kontakt med. Skulle det bli behov for flere informanter som tidligere har vært tuberkulosepasienter, ser jeg det som aktuelt å sette inn annonser i lokalaviser i de distriktene hvor mine valgte institusjoner er plassert.

2. **Kriterier for utvelgelse** av dagens psykiatriske pasienter (pkt. 8) foregår på bakgrunn av feltforskningens prinsipper. Utgangspunktet er at forskeren oppholder seg i institusjonen hvor hun blir kjent med stedet og menneskene der. I denne forbindelse er det psykiatriske pasienter det er snakk om. Hun følger de pasientene som viser interesse for prosjektets tema omkring i institusjonens fysiske og naturlige omgivelser, og samtaler om deres tanker, refleksjoner og opplevelser omkring institusjonen som sted. I utgangspunktet innebærer det at alle pasientene kan være potensielle informanter. Noen av disse pasientene vil ha mye å fortelle, andre mindre. De som viser et ekstra engasjement i å fortelle om prosjektets tema vil bli spurt om å la seg intervju. Det faglige ansvaret for utvelgelsen vil derfor nødvendigvis ligge hos undertegnede. Denne fremgangsmåten skal forut for feltarbeidet avklares med faglig ansvarlig for de respektive institusjoner slik at pasienter som av faglig ansvarlig vurderes til å ikke egne seg, heller ikke blir med i feltarbeidet.

3. Når det gjelder **sikring av personvern** ved eventuell filming innebærer det at rommet/institusjonen/landskapet filmes samtidig som, mennesker forteller hva de ser/så uten

Avd. administrasjonen	Sykehusveien 4, Serviceboks 604	4809 Arendal	Tlf 37 00 40 00	Faks 37 00 40 01
Inst. for sykepleiefag	Gimlemoen 25 I, Serviceboks 604	4809 Arendal	Tlf 38 14 10 00	Faks 38 14 13 01
Inst. for sykepleiefag	Sykehusveien 4, Serviceboks 604	4809 Arendal	Tlf 37 00 40 00	Faks 37 00 40 01
Inst. for idrettsfag	Gimlemoen 25 I, Serviceboks 604	4809 Arendal	Tlf 38 14 10 00	Faks 38 14 13 01
Inst. for helsefag	Gimlemoen 25 I, Serviceboks 604	4809 Arendal	Tlf 38 14 10 00	Faks 38 14 13 01
Inst. for helsefag	Sykehusveien 4, Serviceboks 604	4809 Arendal	Tlf 37 00 40 00	Faks 37 00 40 01

at de fremtrer på filmen eller at pasienter blir filmet bakfra eller at ansikt blir "sladdet". Dersom dette er et punkt som REK ser mange etiske betenknninger i forhold til, frafaller jeg. Dette var i hovedsak en mulighet jeg ønsket å ha i de tilfeller jeg ville finne at dette ville bidra til utdypende informasjon. I noen tilfeller kan det også være slik at mennesker gjerne vil fremtre på filmen fordi de føler et eierskap og en tilhørighet til det de forteller, og at det å gi fortellingen et ansikt styrker autensiteten.

4. **Livsformsintervjuer** vil være aktuelt i de tilfeller hvor noen pasienter utmerker seg i forhold til engasjement og interesse for prosjektet (se over). Disse vil av undertegnede bli spurt om å fortelle mer, og utdype temaer som er fremkommet i de mer tilfeldige møtene som et feltarbeid resulterer i. Intervjuene vil ha en varighet på maksimum 1,5 time. De temaer som vil være fokus for intervjuene har bakgrunn i hva de valgte informantene tidligere har sagt i de mer uformelle sammenhengene. Temaene vil kunne handle om tanker, minner, følelser og meninger om steders betydning (se forslag til intervjuguide, vedlegg I). Forskeren har med andre ord en åpenhet for informantenes eget ståsted, og søker å unngå å lede informanten i den retning som kan være viktig for forskeren. Dette innebærer at informantene forteller forholdsviss fritt, men at forskeren griper fatt i aktuelle temaer som hun ønsker utdypet. I disse intervjuene er det aktuelt å benytte båndopptaker dersom informanten sier seg enig. Dette blir det også opplyst om i informasjonsskrivet (se vedlegg II)

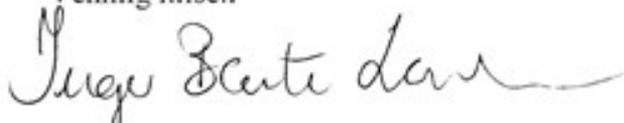
5. **Den etiske belastningen** (pkt. 9) et slikt intervju kan medføre er å betrakte som et tillegg til den etiske vurdering som allerede er gjort i selve skjemaet. Et feltarbeid innebærer å komme mennesker tett innpå livet. Psykiatriske pasienter blir omtalt som en sårbar gruppe. De har søkt hjelp fordi de opplever å ha det vanskelig. I en slik sammenheng kan det å la seg intervjuet bli en ekstra belastning. Å synliggjøre sin sårbarhet overfor en fremmed, innebærer en belastning i seg selv. På den andre siden kan det oppleves som meningsfullt å bli sett på som meningsberettiget i saker som angår dem selv. Det å bidra til en bedre psykiatrisk praksis vil på sikt komme dem selv til gode.

6. Til sist ber dere meg vurdere hvorvidt det er **hensiktsmessig med samme informasjonsskriv** til ulike deltakere. Jeg ser at her finnes ulemper og fordeler med samme informasjonsskriv til mennesker med forskjellig bakgrunn.

Ulempene kan handle om at gruppene pasienter og ansatte er ulike. Det samme kan sies om ansatte og pasienter fra tuberkulosens tid, og ansatte og pasienter fra institusjonen i dag. Slike forhold kunne medføre ulikt språkbruk avhengig av om man informerte *pasienter* eller *ansatte*, og ulik språkbruk om man henvendte seg til mennesker som hadde vært i institusjonen *på tuberkulosens tid* eller *mennesker i dagens psykiatriske institusjon*. Slike forhold har vesentlig betydning da informasjonsskrivets hensikt er å gjøre deltakere i stand til å gi et informert samtykke. Informasjonen må være så tydelig at alle vet hva de samtykker i.

På den andre siden vil jeg argumentere for å gi alle deltakerne samme informasjon. Dette handler først og fremst om at jeg betrakter alle som likeverdige bidragsytere hvor jeg ønsker opplysninger om samme tema fra alle. Det kan derfor muligens oppleves nedvurderende med ulike skriv. Dersom man eksempelvis forenkler språkbruken til pasienter kan det betraktes som et signal om annerledeshet og man vil derfor som forsker bidra til å opprettholde tydelige skiller mellom ansatte og pasienter. Disse skillene er unødvendige å markere i denne sammenheng. Min intensjon er at informasjonsskrivet er mulig å lese for alle aktuelle informanter.

Vennlig hilsen



Inger Beate Larsen
høgskolelektor

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Telt: +47/ 55 56 21 17
Faks: +47/ 55 56 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Inger Beate Larsen
Avdeling for helse- og idrettsfag
Institutt for idrettsfag
Høgskolen i Agder
Sykehusveien 4
4809 ARENDAL

Vår dato: 13.05.2003

Vår ref: 200300264 KJ /RH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.03.2003. Meldingen gjelder prosjektet:

9925 *Fra tuberkulosesanatorium til psykiatriske senter. En beskrivelse av hvordan tidligere tiders stedsbruk får betydning for psykiatriske praksis*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Høgskolen i Agder, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-25 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-25 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- a) førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenter er registrert,
- b) respondenter, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- c) prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- d) det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- e) prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. nsd@uio.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. kyme.svana@sv.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. nsdmaa@sv.uio.no

Ny melding

Der skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

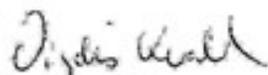
Offentlig register

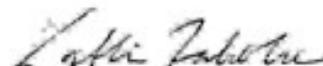
Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, www.nsd.uib.no/personvern/register/

Ny kontakt

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2006, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kathrin Jakobsen

Kontaktperson: Kathrin Jakobsen tlf: 55583348

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

TIL PASIENTER OG ANSATTE VED TIDLIGERE X SANATORIUM OG NÅ X PSYKIATRISKE SENTER

INFORMASJON OM PROSJEKTET:

Fra tuberkulosesanatorium til psykiatrisk senter.
En beskrivelse av hvordan tidligere tiders stedsbruk får betydning for
psykiatrisk praksis.

Jeg holder på med et prosjekt hvor jeg søker kunnskap om hvilken betydning bygninger, rom, interiør og uteareale har for hvem vi er og blir. Blant annet er jeg opptatt av om det betyr noe for mennesker at bygninger har en historie. I denne forbindelse ønsker jeg å vite mer om hvilken betydning det kan ha for dere som er på x psykiatriske senter at stedet tidligere var et tuberkulosesanatorium. For å forstå mer av dette ønsker jeg både å treffe ansatte og pasienter som var her den gang stedet var et tuberkulosesanatorium; men også å treffe ansatte og pasienter som er i institusjonen i dag.

Jeg vil være i institusjonen i perioden (14 dager) . Først og fremst ønsker jeg at dere forteller meg om hvilke opplevelser og tanker dere har i forhold til de ulike rom og hva slags minner de vekker. Jeg kunne også tenke meg å fotografere eller gjøre korte filmopptak av rommene. Men ingen trenger å bli med på bildene eller filmopptakene om det ikke er ønskelig. Det er viktig å presisere at å være med er helt frivillig og at jeg lover å verne om deres interesser slik at alt jeg senere presenterer vil anonymiseres så det ikke kan peke tilbake på enkeltpersoner. Dette er også mulig å gjøre både med fotografi og film.

Jeg er psykiatrisk sykepleier/cand. san. av utdanning og arbeider til daglig som høgskolelektor ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid på Høgskolen i Agder. Prosjektet vil utgjøre en del av en doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen.

Dersom du sier deg villig til å delta, er det nødvendig at du skriver under vedlagte samtykkeerklæring. Her opplyses det at du når som helst kan trekke deg fra å delta, selv om du i første omgang sa deg villig.

Du må gjerne kontakte meg for nærmere opplysninger.

Vennlig hilsen

Inger Beate Larsen

Adresse: Høgskolen i Agder
Avdeling for Helse og Idrettsfag
Institutt for Helsefag
Sykehusveien 4
4809 Arendal

Tlf: 37004030 (arbeid)
37011172 (privat)
97527730 (mobil)
inger.b.larsen@hia.no (E-post)

Fra tuberkulosesanatorium til psykiatrisk senter.

- En beskrivelse av hvordan tidligere tiders stedsbruk får betydning for psykiatrisk praksis.

INTERVJUGUIDE

Om institusjonens omgivelser

- Nærhet til natur
- Nærhet til tettsted/by

Om selve bygningen

- Pen
- Stygg
- Vinduer
- Dører
- Farger
- Inngangsparti
- Vet du hvor gammel den er?
- Vet du hva den ble brukt til før?

Om rommene

- Hvordan er det å være i dette rommet?
- Hva gjør dette til et godt rom å være i?
- Hva gjør dette til et mindre godt rom å være i?
- Hva slags humør kommer du i?
- Hvor slapper du best av?
- Hvor får du inspirasjon?
- Føler du deg hjemme her?
- Pent
- Stygt
- Vinduer
- Dører
- Farger
- Lyder
- Lukter
- Varme/kulde
- Byggemateriale

Om tingene

- Møbler
- Tekstiler
- Planter

Om stedets påvirkning

- ro/hvile
- avslappet
- godt/dårlig humør

Om førsteinntrykket og livet i institusjonen

- menneskene
- rommene
- tingene

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har lest informasjonsskrivet med følgende tittel:

*Fra tuberkulosesanatorium til psykiatrisk senter.
En beskrivelse av hvordan tidligere tiders stedsbruk får betydning for
psykiatrisk praksis.*

Jeg er innforstått med at de opplysninger jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at streng anonymitet er sikret. Jeg vet at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta i prosjektet.

Jeg ønsker å delta i prosjektet:

Underskrift.....

Jeg kan kontaktes på telefonnummer for nærmere avtale.

Sammensetning av informantgruppen

Informantene er delt inn i følgende grupper:	Antall
1. Informanter som ikke lenger er i institusjonen	6
2. Pasienter i dagens psykiatriske sentra	14
3. Ansatte i dagens psykiatriske sentra	22
4. Andre typer samtaler	6
Tils.	48

I den følgende oversikt vises grunndata som kjønn, alder, tilknytning til institusjonen mv.

1. INFORMANTER SOM IKKE LENGER ER I INSTITUSJONEN

Vedlegg 7

Tils. 6 informanter

	ALDER	KJØNN	TIDSRUM I INSTITUSJONEN	Antall år	INSTITUSJON
Pleier/kokke	85	kvinne	1946-1947/1967-1983	17	D
Rundvasker/pleier/hjelpepleier	85	mann	1959-1986	27	D
Pleier	80	kvinne	1962-1990	28	D
Sykepleier/bestyrer	85	kvinne	1944-1996	52	N
Sykepleier/bestyrer	80	kvinne	1957-1999	42	N
Pasient	65	kvinne	1953-1953	1	N
	80			27,83	

2. PASIENTER I DAGENS PSYKIATRISKE SENTRA

Vedlegg 7

Tils. 14 informanter

	ALDER	KJØNN	OPPHOLDETS VARIGHET	ANTALL INNLEGGELSER	INSTITUSJON
Pasient 1	40	kvinne	2	3	D
Pasient 2	20	mann	6	1	D
Pasient 3	20	kvinne	5	1	D
Pasient 4	55	kvinne	5	2	D
Pasient 5	70	mann	4	4	I
Pasient 6	70	mann	3	2	I
Pasient 7	45	kvinne	4	1	N
Pasient 8	35	kvinne	4	1	N
Pasient 9	55	mann	5	3	E
Pasient 10	25	kvinne	3	1	E
Pasient 11	45	mann	12	6	S
Pasient 12	30	kvinne	520	1	S
Pasient 13	40	mann	32	2	S
Pasient 14	25	kvinne	24	3	S
	41		44,93	2,21	

3. ANSATTE I DAGENS PSYKIATRISKE SENTRA

Vedlegg 7

Tils. 22 informanter

	ALDER	KJØNN	ANTALL ÅR ANSATT	INSTITUSJON
Psykiatrisk sykepleier	30	kvinne	3	N
Psykiatrisk sykepleier	60	kvinne	25	N
Psykiatrisk sykepleier	55	kvinne	7	N
Psykiatrisk sykepleier	40	kvinne	16	N
Psykiatrisk sykepleier	50	kvinne	12	N
Psykiatrisk sykepleier	30	mann	7	N
Psykiatrisk hjelpepleier	40	kvinne	6	N
Psykiatrisk hjelpepleier	50	kvinne	30	N
Psykiatrisk hjelpepleier	40	kvinne	17	N
Psykiatrisk hjelpepleier	50	kvinne	28	N
Psykiatrisk hjelpepleier	60	kvinne	41	N
Psykiatrisk hjelpepleier	60	kvinne	11	N
Kokk	55	mann	28	N
Kokk	55	mann	24	D
Leder/psykiatrisk sykepleier	45	kvinne	14	D
Leder/psykiatrisk sykepleier	50	kvinne	14	I
Leder/ikke helsefaglig utdannelse	45	mann	5	S
Pleier/renholder	60	kvinne	28	I
Vernepleier	40	kvinne	9	I
Aktivitør	50	kvinne	21	N
Aktivitør	50	kvinne	10	E
Renholder	60	kvinne	22	D
	49		17,18	

4. ANDRE TYPER SAMTALER

Tils. 6 informanter

	ALDER	KJØNN	TILKNYTTET INSTITUSJONEN
Leder for sanitetskvinnene		kvinne	i 2004, uklart hvor lenge
Leder for sanitetskvinnene		kvinne	i 2004, uklart hvor lenge
Sønn av en overlege ved et tuberkulosehjem		mann	
Pårørende, Bjørkelid	80	mann	1942
Pasient, Bjørkelid	90	mann	1942
Pårørende/sykepleier, Bjørkelid	90	kvinne	1924-1925/1943-1970

Informantene er delt inn i følgende grupper:

	Antall
1. Informanter som ikke lenger er i institusjonen	6
2. Pasienter i dagens psykiatriske sentra	14
3. Ansatte i dagens psykiatriske sentra	22
4. Andre typer samtaler	6
	48,00