

DEN STORE UTESTENGNINGEN

Et blikk på Opptrappingsplanen for psykisk helse

Tonje M. Høgeli



Masteroppgave
Sosialantropologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

November 2008

SAMMENDRAG

Jeg har gjort feltarbeid ved en psykiatrisk institusjon i Norge som har eksistert siden tidlig på 1970-tallet. Stedet var preget av en endringsprosess som følge av implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (OP).

Min hovedproblemstilling er å identifisere og analysere motsetningene mellom på den ene siden OPs målsetninger og på den andre siden konsekvensene implementeringen av dem fikk for brukere og ansatte ved institusjonen. Jeg argumenterer for at disse motsetningene bunner i at OP og brukerne konstruerer "normalitet" ulikt. Innenfor OPs kontekst står den i motsetning til institusjonslivets "avhengighet", som indirekte fremstilles som et avvik, i tråd med nyliberalistiske idealer om det frie individ. Mot dette hevder jeg at brukerne opplever normalitet i kraft av samhørighet og stabile relasjoner ved institusjonen. Disse betraktningene er fundert på innledende kapitler der jeg analyserer denne konkrete institusjonens stedsidentitet, og den historiske og ideologiske bakgrunnen for OP.

Videre ser jeg OP i et maktperspektiv, og analyserer brukernes opplevelse av å bli tvunget ut i uønskede endringer. Her tar jeg i bruk begrepet *governmentality* og foreslår å se sentrale begreper i OP som styringsredskaper. Dette perspektivet underbygger jeg til slutt med en analyse av hvordan motsetningene mellom OPs målsetninger og brukernes opplevelser utfelte seg som personlige dilemmaer for de ansatte: De følte seg fanget i en lojalitetskonflikt mellom OPs endringskrav og brukernes behov. Disse dilemmaene ser jeg også som en konflikt mellom nye styringskrav og tradisjonelle profesjonsverdier.

FORORD

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til brukere og ansatte ved Fredlund for at dere viste meg tillit og lot meg være til stede i hverdagen deres. Det er jeg veldig takknemlig for.

Til min veileder Ida Hydle – takk for at du påtok deg veilederansvaret og dermed gjorde det mulig for meg å gjennomføre dette prosjektet. Takk også for oppmuntrende ord og gode innspill, og for gjestfrihet og opplevelser i magiske Setesdalen.

Takk til Rune Flikke for inspirerende veiledning i begynnelsen av masterstudiene, samt for hjelpsomhet i slutfasen.

Takk til NOVA, som stilte kontorplass til rådighet og gav meg mulighet til å snuse på forskertilværelsen. Og takk til Osloforskning, som gav meg et kjærkomment stipend.

Takk til venner og familie som har oppmuntret meg gjennom studietiden, og som tålmodig har latt meg snakke om prosjektet mitt i årevis. Særlig vil jeg takke Synne Larsen og Tone Maia Liodden for at dere er så bra! Og en stor takk til Ingrid Smette, som trådte til da forvirringen var som størst og én gang for alle beviste at ammetåken bare er en myte.

Til slutt en stor takk til min kone Mie – for alle bidrag til å få masteroppgaven i havn.

Takk for alt du er for meg.

INNHOOLD

INNLEDNING	11
Felt og problemstilling	12
Oppgavens oppbygning	13
Begrepsavklaringer	15
1 METODISKE BETRAKTNINGER.....	17
Sårbarhet og frivillighet.....	17
Tilgangsproblemer.....	18
Datainnsamlingsprosessen.....	19
Begrenset bevegelsesfrihet og innhenting av samtykker.....	20
Fleksibelt forskningsopplegg.....	21
Endring av tema; en etisk utfordring	21
Nærhet og distanse:	
utfordringer ved å gjøre feltarbeid i eget samfunn.....	22
I felten: arenaer, metoder og roller.....	24
Fare for "hjemmeblindhet"	25
Bakgrunnen min var også en fordel	27
Tilnærming, fortolkning og fremstilling av materialet	27
2 STED OG KONTINUITET.....	31
Stedsidentitet.....	32
Fredlund.....	34
Virksomhet og aktiviteter	35

"Her er man mer et menneske, ikke bare pasient"	37
Åpenhet.....	39
Fredlunds sosiale funksjon.....	42
Tidens betydning: kontinuitet og trygghet	44
Rutiner skaper kontinuitet.....	45
Å ha en historie: "Her er jeg noen"	47

3 OPPTRAPPINGSPLANENS

HISTORISKE BAKTEPPE	51
Den store innesperringen	52
Galskap blir sykdom: fremveksten av den psykiatriske vitenskapen	54
Institusjonenes historie i Norge	56
Hundre år med utbygging.....	57
Nye behandlingssidealer: nedbygging av institusjonene	58
Nyliberalismens innflytelse	60
Psykiatrireformer	62
Stortingsmelding nr. 25: svikt i alle ledd	62
Opptrappingsplanen for psykisk helse.....	63

4 INTENSJONER OG OPPLEVELSER:

ET SPØRSMÅL OM NORMALITET	65
Integrering eller utestengning: "ikke mye plass igjen til å leve"	67
Felleskap eller tap: "Å brette ut livshistorien sin for n'te gang"	71
Brukernes normalitet: "På Fredlund er det flere som meg"	76
OPs normalitet: uavhengighet og selvstendighet.....	78
Oppsummering	81

5	OPPTRAPPINGPLANEN SOM GOVERNMENTSTRATEGI.....	83
	Frivillighet.....	85
	Brukermedvirkning i praksis.....	86
	Spørreundersøkelse.....	86
	Samtykkeskjema: "er hun egentlig her for å spionere?".....	87
	Beskyttelse av privatliv: Komplisert kafébesøk.....	88
	Governmentality	90
	Brukermedvirkning som government-redskap.....	93
	Begreper som government-redskaper	94
	Governmentmakt på Fredlund?	96
6	DESENTRALISERING AV DILEMMAER	99
	Fleksible mellomløsninger.....	101
	Dilemmaer blir desentralisert	102
	Motstridende målsetninger.....	103
	"Jeg tar det selv".....	107
	"Det hjalp da jeg trakk det opp på systemnivå".....	109
	Forhandlinger om fremtiden	112
	" Dette kan bli bra på sikt"	113
	Oppsummering	117
	AVSLUTNING	119
	LITTERATUR	123

INNLEDNING

Det er onsdag formiddag og klokken nærmer seg ti. Ute stråler solen fra knallblå himmel, og lyset reflekteres i snøen og får den til å gnistre. Men selv om solen varmer i ansiktet, er det fremdeles bitende kaldt ute, og det er ingen tvil om at vinteren har satt inn for fullt. Jeg har vært en tur på butikken, som ligger en liten spasertur fra Fredlund, og er nå på vei tilbake da jeg hører en stemme rope:

– Hei! Er du på vei til debattgruppen?

Stemmen synes å komme bakfra, så jeg snur meg og ser Gunnar komme småløpende nedover bakken.

– Ja, jeg er akkurat på vei dit nå, svarer jeg.

– Da kan vi kanskje ta følge, spør han.

– Det kan vi godt.

– Brrr. Det er jammen kaldt for tiden, sier Gunnar. – Tidlig i morges var det fjorten minus. Da skal en fyre godt. Jeg har kledd meg i ull fra topp til tå, så meg er det ingen fare med, men jeg møtte Jan nede på busstoppet, og han så ut til å være ganske kald. "Du får ta deg en varm kopp kaffe når du kommer hjem da," sa jeg til ham. Han er glad i kaffe, det vet jeg. Tidligere pleide han jo å være med i debattgruppen, jeg tror vi begynte omtrent samtidig. I -97 var det vel, så det begynner jo å bli noen år siden. Han var liksom fast inventar der, han. Det er i grunnen rart å ikke ha ham der lenger. Han måtte jo slutte der fordi han ble flyttet ut i bydelen. Da fikk han ikke være her lenger. Han ville det ikke selv, det har han fortalt meg. Jeg tror han likte debattgruppen, for han var der alltid. Men nå ser jeg ham nesten aldri, i alle fall ikke her. Jeg spurte ham hva han holder på med for tiden, og da svarte han at han ikke har så mye å gjøre. Han hadde visst vært på en gruppe i bydelen én gang, men han likte seg ikke så godt. Han kjente ingen, sa han. Det er synd, synes jeg, at en må slutte sånn når en ikke har lyst. Men sånn blir det vel med oss alle sammen snart. At vi må slutte, mener jeg.

– Har dere fått beskjed om det?

– De har i alle fall sagt at de tror gruppen skal legges ned. Men jeg tror ikke de vet når. Jeg vet i alle fall at jeg kan være her frem til sommeren. Etter det tror jeg ikke det blir mer. Men kanskje er det like greit, for gruppen har jo forandret seg så mye den siste tiden. Vi blir jo stadig færre fordi mange har måttet slutte. Nå er vi vel

bare fem-seks, tror jeg, mens vi pleide å være godt over ti. Og vi pleide også å få kaffe når vi kom, men det er det slutt på. Den savner jeg. Kaffen. Det blir liksom en helt annen stemning med den. Varmere, på en måte. Skjønner du? Av og til hadde vi kjeks også. Og noen ganger småkaker. Nå får vi bare vann. Det er ikke det samme.

Han sukker tungt før han fortsetter: – Det er så mye som har forandret seg.

Felt og problemstilling

Jeg har gjort et fem måneders feltarbeid ved en psykiatrisk institusjon i Norge som jeg har valgt å kalle Fredlund. Fredlund har eksistert som psykiatrisk institusjon siden tidlig på 1970-tallet, og ved siden av å være bolig for en del mennesker har det vært et lokalt tilholds- og aktivitetssted som mange brukere har vært tilknyttet i lang tid.

Da jeg begynte feltarbeidet, ble det raskt klart for meg at dagliglivet til institusjonens brukere og ansatte var preget av store endringer som skyldtes implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse¹. Dette er den største helsereformen i Norge noensinne, og den medfører betydelige endringer i organiseringen av det psykiatriske helsetilbudet.

Hensikten med OP er å flytte psykisk syke fra sentraliserte institusjoner og ut i lokalsamfunnet, og slik sørge for økt normalisering og integrering i det øvrige samfunnet. For Fredlund innebar OP at en del av aktivitetstilbudet skulle avvikles og erstattes av nye tilbud administrert av bydelene selv. Det betydde at mange av brukerne ikke lenger kunne benytte Fredlund som oppholdssted, og at de på sikt måtte avvikle kontakten med stedet. Gjennom de fem månedene jeg var på Fredlund, ble det gradvis klart for meg hvor sterkt dette påvirket både brukere og ansatte på ulike måter. Som det fremgår av samtalen over, følte Gunnar uro over at hans tilbud snart kom til å bortfalle, mens Jan savnet tiden på Fredlund.

¹ Opptrappingsplanen for psykisk helse blir heretter referert til som OP eller Planen.

Gjennomgående lot det til at implementeringen av OP hadde følger for brukerne på Fredlund som var stikk i strid med OPs intensjoner om normalisering og integrering: Det virket som om mange av de endringene som fulgte med Opptrappingsplanen, var med på å skape økt isolasjon og marginalisering, i alle fall i den overgangsfasen jeg observerte. Hovedproblemstillingen i denne oppgaven vil være å få frem motsetningene mellom OPs intensjoner og konsekvensene av implementeringen av den for Fredlunds brukere. Jeg vil også analysere disse motsetningene og prøve å forklare hvorfor de oppstår. Videre vil jeg undersøke hvordan de ansatte ved institusjonen håndterte disse motsetningene og hvordan de forhandlet sin posisjon mellom direktiver ovenfra (Opptrappingsplanen) og omsorg for brukerne, som var ubekvemme med endringene på Fredlund. I oppgaven vil jeg argumentere for at Fredlund hadde representert kontinuitet og tilhørighet i brukernes hverdag og gitt dem en følelse av normalitet som ble svekket med implementeringen av OP.

Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 redegjør jeg for de metodiske og etiske aspekter ved gjennomføringen av feltarbeidet og datainnsamlingen.

I kapittel 2 beskriver jeg stedet Fredlund og de sosiale relasjonene som utspilte seg der. Jeg viser hvordan selve stedet og menneskene der representerte en viktig trygghet og kontinuitet i livene til brukerne. Her anvender jeg antropologisk teori om sted for å få frem hvordan Fredlund bidro til deres historie om seg selv og til å gi dem en identitet ut over sykdommen. Samtidig var både brukere og ansatte ved institusjonen med på å konstruere stedets identitet, som var blitt gradvis oppbygd gjennom nesten 40 års virksomhet. Et viktig poeng her er at brukerne ikke tenkte på Fredlund som en institusjon eller et sykehus, men som en stabil sosial arena som gav dem en følelse av normalitet.

Kapittel 3 gir et historisk bakteppe for Opptrappingsplanen. De psykiatriske helsetjenestene i Norge har de siste femti årene gjennomgått store forandringer, og OP er

det siste leddet i denne rekken. Dagens praksiser er et produkt av historiske forhold, og dagens endringsprosesser er begrunnet i en kritikk av viktige sider ved både dagens og fortidens psykiatriske behandling. Et historisk og historiografisk tilbakeblikk gjør det lettere å se OP i kontekst.

I kapittel 4 analyserer jeg konsekvensene av implementeringen av OP for brukerne ved Fredlund, og argumenterer for at de for dem innebar et tap av normalitet: Mange av dem opplevde at de mistet både trygghet, tilhørighet, funksjon og deler av sin identitet når de mistet tilgangen til det stedet og de menneskene de var så knyttet til. Dette fikk dem til å føle seg marginalisert. Jeg beskriver disse opplevelsene i lys av OPs intensjoner om å skape integrering, fellesskap og normalisering. Et viktig funn er at OP med sin konstruksjon av normalitet ikke tar lokale hensyn. Den forutsetter at normalitet er det samme for alle, og at normaliteten innebærer uavhengighet i forhold til blant annet psykiatriske institusjoner. Fredlund-brukerne snakker derimot om en følelse av normalitet knyttet til Fredlund som sosialt fellesskap i tid og rom. Jeg argumenterer for at disse ulike konstruksjonene av normalitet forklarer motsetningene mellom OPs intensjoner og brukernes opplevelser.

I kapittel 5 analyserer jeg motsetningen mellom OPs fokus på frivillighet, frihet og brukermedvirkning, og brukernes opplevelse av å bli tvunget ut i endringer mot sin vilje. For å forstå hvorfor denne motsetningen oppstår anlegger jeg et maktperspektiv og trekker frem de normative aspektene ved OP. I lys av Michel Foucaults governmentality-begrep foreslår jeg å betrakte OP som en styringsstrategi. Dette perspektivet gir også en ny innfallsvinkel til å forstå de motsetningene og de ulike konstruksjonene av normalitet som jeg identifiserte i kapittel 4.

I kapittel 6 viser jeg hvilke konsekvenser implementeringen av OP fikk for de ansatte på Fredlund, idet de prøvde å forholde seg både til OPs intensjoner og til brukernes opplevelser. Jeg låner uttrykket "desentralisering av dilemmaer" av antropologen Halvard Vike for å få frem hvordan de ansatte befant seg i en samvittighetskonflikt: På den ene siden måtte de være med på å implementere OP, på den andre siden følte de lojalitet overfor brukere som ikke ønsket noen forandring. I denne analysen trekker jeg

på perspektiver fra forrige kapittel. Jeg søker også å vise hvordan de ansatte på ulike måter utøver en motmakt mot OP, med varierende hell.

Oppgaven er ikke ment som en evaluering av OP som helhet. Jeg analyserer et materiale som er begrenset i sted og tid, og som angår en overgangsfase. Jeg kan derfor ikke trekke slutninger om hvordan OP fungerer som helhet, eller vil fungere i fremtiden.

Begrepsavklaringer

For enkelhets skyld refererer jeg gjennomgående til informantene mine som henholdsvis "brukerne", "de ansatte"/ "personalet". Dette innebærer imidlertid ikke at jeg anser noen av de to gruppene som homogene.

Ordet bruker refererer til en som benytter seg av offentlige tjenester i en eller annen form, i dette tilfellet tjenester innen psykisk helsevern. Det er viktig å påpeke at brukeraspektet og det å være psykisk syk eller psykiatrisk pasient på ingen måte er nok til å gi en utfyllende beskrivelse av et menneske. Et menneske "er" ikke sin diagnose eller for den del utelukkende en bruker av visse tjenester. Siden mitt tema er hvordan endringer i det psykiatriske helsetilbudet påvirket mine informanter, kommer imidlertid deres roller og funksjoner som henholdsvis brukere av og ansatte innenfor dette helsetilbudet til å være fremtredende i analysen.

Begrepet bruker er, som jeg vil komme tilbake til i kapittel 5, et produkt av visse ideologiske føringer som jeg vil stille meg kritisk til. Jeg velger likevel å anvende det, ettersom ordet er innarbeidet i det feltet jeg skildrer, og brukes av informantene selv.

1 METODISKE BETRAKTNINGER

Jeg har i flere år hatt en interesse for psykiatrifeltet, og jeg har selv arbeidserfaring fra psykiatriske institusjoner. Det begynte med sommerjobb ved en eldre institusjon da jeg var sosionomstudent for noen år siden. Jeg hadde lite forhåndskjennskap til feltet, men fra studiene visste jeg at psykiatrien var i ferd med å gjennomgå en omfattende reformering, og begreper som selvstendighet, valgfrihet og brukermedvirkning var i denne sammenheng hyppig anvendt. Denne institusjonen lignet imidlertid ikke beskrivelsene fra pensumet mitt, for stedet virket både gammeldags og skremmende på meg. Beboernes hverdag virket lite preget av selvstendighet og valgfrihet, og personalet på stedet lot til å foreta mange avgjørelser på beboernes vegne. De fleste ansatte hadde vært ved stedet lenge og lot til å videreføre en arv fra en annen tid.

Selv om jeg ble sjokkert over en del av praksisene ved denne institusjonen, bidro dette også til å vekke en fascinasjon i meg over psykiatrien som fenomen. Jeg har siden jobbet ved tre andre psykiatriske enheter som virket langt mer moderne enn den første, og etter å ha opplevd psykiatrien fra "innsiden" som arbeidstager, hadde jeg nå lyst til å utforske feltet både innenfra og utenfra på én gang, med antropologens briller.

Sårbarhet og frivillighet

I valg av forskningstema og problemstilling må forskeren vurdere de etiske implikasjonene av å studere bestemte grupper. Særlig er dette viktig å ta i betraktning hvis menneskene det skal forskes på, er i en belastet situasjon. Man må da vurdere om forskningen kan innebære en ytterligere belastning. De Regionaletiske Komiteene (REK)

er opprettet for å foreta vurderinger av alle undersøkelser som omfatter personrelaterte helseforhold. Jeg måtte derfor begynne med å søke REK om tillatelse til å gjennomføre feltarbeidet. De etiske overveiningene jeg gjorde meg i forbindelse med feltarbeidet, behandles sammen med andre aspekter av gjennomføringen av feltarbeidet. De etiske hensynene hadde så klare praktiske følger at det ikke har noen hensikt å prøve å skille dem fra den øvrige beskrivelsen av de utfordringene jeg møtte.

Tilgangsproblemer

Da jeg startet planleggingen av feltarbeidet, var jeg optimistisk med tanke på å finne en institusjon som ville ta imot meg, men det skulle vise seg at dette bød på flere problemer enn ventet.

Høsten 2006 sendte jeg en skriftlig forespørsel til åtte institusjoner, men det krevde flere hevendelser før det ble klart at de – med ett unntak – ikke ønsket at jeg skulle drive feltarbeid hos dem.² Enkelte lot til å være skeptiske til å ha et granskende ”utenfra-blikk” hvilende på seg, til tross for at jeg påpekte at jeg ikke hadde noe kritisk utgangspunkt for feltarbeidet. De øvrige avslagene ble begrunnet med kapasitetsproblemer, personalmangel, pasientmangel, problemer med taushetsplikt samt en kommentar om at ”det er ikke noe interessant for deg å studere her”.

Parallelt med letingen etter en velegnet feltarbeidsarena forberedte jeg en søknad om forskningstillatelse til Regionaletisk Komité (REK).³ Jeg visste at REK de siste årene hadde blitt meget restriktive med å tillate forskning i institusjon, og søknaden var også svært omfattende og krevde grundige redegjørelser for prosjektets etiske og vitenskapelige sider.

² En av institusjonene stilte seg positiv til forespørselen, men etter en samtale ble det klart at stedet ikke var velegnet for et feltarbeid fordi de fleste av brukerne var borte fra stedet på dagtid. Jeg ville derfor få begrenset kontakt med dem, noe jeg syntes fratok feltarbeidet noe av dets poeng.

³ Forskningsprosjektet ble også meldt til og godkjent av NSD.

Like før jul fikk jeg avslag på min første søknad. REKs viktigste innvending var at min tilstedeværelse kunne sjenere brukerne ved institusjonen. For å unngå dette ville en eventuell forskningstillatelse måtte inneholde flere begrensninger (disse begrensningene blir beskrevet senere). Komiteen syntes også at det var problematisk at de ikke visste nøyaktig hvor jeg planla å gjennomføre feltarbeidet. Endelig dreide REKs innvending seg om manglende helsefaglig kompetanse tilknyttet forskningsprosjektet, og Komiteen anbefalte derfor at jeg skaffet meg en veileder med helsefaglig bakgrunn.

Jeg måtte altså finne en ny veileder, og hadde flaks da jeg raskt ble tipset om Ida Hydle ved NOVA, som både er lege og antropolog. Ting begynte å komme på plass da hun sa seg villig til å veilede meg. Omtrent samtidig fikk jeg kontakt med Fredlund, et sted der de ansatte fra første stund virket positivt innstilt til prosjektet. De syntes det var spennende at det kom noen som kunne se stedet utenfra, og de ansatte lot ikke til å dele REKs bekymring for at min tilstedeværelse kunne virke sjenerende for brukerne.

Jeg sendte nå en revidert søknad til REK, som fant prosjektet betydelig styrket ved ny veileder og en institusjon som var villig til å ta imot meg. Jeg fikk likevel ikke innvilget uinnskrenket forskningstillatelse, og for overhodet å komme i gang med feltarbeidet måtte jeg gå med på REKs restriksjoner: Jeg måtte informere både skriftlig og muntlig om prosjektet og deretter innhente skriftlig samtykke fra samtlige brukere som hadde tilgang til de områdene jeg ønsket å være på. Jeg fikk bare oppholde meg sammen med dem i lukkede fora, der det ikke kunne komme brukere som ikke hadde samtykket. Slik ønsket REK å forsikre seg om at alle brukere hadde fått tilstrekkelig informasjon til at de selv kunne bestemme om de ville samtykke til deltagelse eller reservere seg, og at ingen som ikke hadde samtykket, ville bli sjenert av min tilstedeværelse.

Datainnsamlingsprosessen

I begynnelsen av februar 2007 kunne jeg begynne selve datainnsamlingen. I de neste fem månedene oppholdt jeg meg i snitt fire dager i uken på Fredlund, dels på dagtid og dels

på kveldstid. Den første tiden ble preget av de kriterier og begrensninger som REK hadde satt når det gjaldt deltagelse på ulike arenaer.

Begrenset bevegelsesfrihet og innhenting av samtykker

Institusjonens fellesarealer hadde vært vesentlige i min planlegging av feltarbeidet fordi jeg av erfaring visste at det her ville være lettest å komme i kontakt med folk. Den begrensede forskningstillatelsen medførte imidlertid at jeg ikke hadde adgang til disse arealene, for Fredlund var en åpen institusjon der det alltid kunne komme innom brukere jeg ikke hadde fått innhentet samtykke fra. Derfor måtte jeg begrense meg til å delta i stedets ulike gruppeaktiviteter samt ulike former for møtevirksomhet. Her var det faste deltagere, og det lot seg gjøre å innhente samtykke fra alle som var til stede.

For å kunne delta i gruppene måtte jeg altså først innhente samtykker. Jeg fryktet at dette kunne få uheldige utslag: Det kunne bli vanskelig å få psykisk syke mennesker, hvorav mange i perioder kunne være paranoide, til å undertegne en skriftlig erklæring. Selve erklæringen kunne komme til å gjøre dem skeptiske overfor prosjektets hensikt.

Proessen viste seg også å bli tidkrevende og by på flere utfordringer fordi enkelte brukerne ble mistenksomme. Særlig én episode var direkte ubehagelig (den blir nærmere beskrevet i kapittel 5). Likevel var jeg heldig, for det viste seg etter hvert at de fleste brukerne ikke lot til å ha noe imot å skrive under. Tvert imot lot mange av dem til å synes det var spennende at nettopp deres tilholdssted var gjenstand for forskningsinteresse. I noen av gruppetilbudene på Fredlund fikk jeg derfor raskt tillatelse til å være med, og her begynte jeg å delta etter kort tid. I andre grupper tok prosessen noe mer tid, men det passet fint at jeg ikke deltok i alle på en gang. Alt i alt var det så vidt meg bekjent bare to brukere som var tvilende til å skrive under, men de ble beroliget etter å ha snakket med både meg og enkelte ansatte. De ansattes positive innstilling til prosjektet spilte en viktig rolle i denne sammenheng. Av dem som ble forespurt, i overkant av sytti mennesker, skrev altså alle under på samtykkeerklæringen.

Fleksibelt forskningsopplegg

Et kjennetegn ved kvalitative forskningsmetoder er at de er fleksible. Sosiolog Tove Thagaard (2003: 27–28) fremhever at man i denne type studier kan arbeide med ulike deler av forskningsprosessen samtidig slik at det blir et gjensidig påvirkningsforhold mellom utforming av problemstilling, datainnsamling og fortolkning. De ulike aspektene ved forskningen vil således ofte overlappe hverandre. Antropologen Cato Wadel (1991) påpeker at vår forforståelse og måte å betrakte omgivelsene på vil ha betydning for hva vi ser og hvordan vi fortolker de fenomener vi studerer. Forskeren bidrar på denne måten til å konstruere data. Mens forskeren er i felten, vil hun reflektere over hvordan materialet kan fortolkes, og tolkning og analyse vil gripe inn i hverandre gjennom hele forskningsprosessen.

Wadel beskriver fleksibiliteten i kvalitative forskningsopplegg som en runddans mellom teori, metode og data. Dette innebærer at forskeren kan endre deler av forskningsopplegget underveis. Alt dette står i motsetning til kvantitative forskningsdesign, der man ofte følger en på forhånd fastlagt fremgangsmåte og de enkelte aspektene av forskningsprosessen følger etter hverandre i tid. Her er det for eksempel vanlig at man avslutter datainnsamlingen før man begynner på analysen.

Wadels runddans kan gi seg flere uttrykk. Hvis man for eksempel underveis i datainnsamlingen finner andre data enn forventet, har man mulighet til å endre problemstilling slik at den blir bedre tilpasset datamaterialet. Dette vil igjen kunne få konsekvenser for teorivalg og analyse. Det kan også være hensiktsmessig å endre datainnsamlingsstrategi hvis den planlagte forskningsmetoden skulle vise seg ikke å fremskaffe egnede data.

Endring av tema; en etisk utfordring

Nettopp på bakgrunn av en slik "runddans" endret jeg tema for oppgaven etter at jeg begynte feltarbeidet. I utgangspunktet hadde jeg ønsket å se på ulike forståelser av sykdom, fortrinnsvis i en ungdomspsykiatrisk institusjon. Men da jeg ikke fikk innpass i noen av de institusjonene jeg kontaktet, bestemte jeg for å henvende meg til voksenpsykiatrien, og ble altså ønsket velkommen på Fredlund. Da jeg først presenterte

prosjektet mitt for brukere og ansatte, presiserte jeg at forskningstemaet og problemstillingen kunne komme til å endre seg underveis, siden jeg ikke hadde noen forutsetninger for å vite hva jeg ville oppleve i felten. Og det var nettopp det som viste seg å skje.

Etter kort tid ble jeg nemlig oppmerksom på at Fredlund var midt inne i en omfattende omorganiseringsprosess, som beskrevet i innledningen. Implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse medførte endringer som var merkbare på mange områder, og både brukere og ansatte på Fredlund var preget av denne prosessen. Dette gjennomsyret aktiviteten på stedet i en slik grad at det falt naturlig å gjøre denne prosessen til gjenstand for forskningsprosjektet. Det var tydelig at Fredlund var et viktig sted for mange brukere, og at forandringene fikk store konsekvenser for dem. Dels følte jeg en forpliktelse til å dokumentere det folk faktisk var opptatt av mens jeg var på Fredlund; dels så jeg at et temaskifte ville gjøre forskningsprosjektet mer aktuelt.

Jeg diskuterte dette med flere ansatte og også noen brukere, og de hadde ingen innvendinger. Det var praktisk umulig å diskutere temaendringen med over 70 brukere, og jeg ønsket ikke å skape ytterligere skepsis etter allerede å ha vært igjennom prosessen med samtykkeerklæringene. I samråd med veileder bestemte jeg meg derfor for å endre tema. Ettersom jeg ikke ville komme til å bli mer nærgående overfor brukerne med det nye fokuset enn det gamle, syntes jeg ikke at det var grunn til å tro at temaendringen ville virke negativt på noen. Jeg kan bare håpe at jeg ikke forregnet meg her.

Nærhet og distanse:

utfordringer ved å gjøre feltarbeid i eget samfunn

Når man gjør feltarbeid i eget samfunn, og særlig innenfor et felt som man kjenner fra før, er det nødvendig å gjøre seg noen refleksjoner om hvilke utfordringer dette kan innebære. Antropologen Kathinka Frøystad (2003) blir ofte referert til i denne sammenheng. Frøystad tar utgangspunkt i sin kollega Signe Howell (2001) og hennes kritikk av norsk innenriksantropologi. Howell har merket seg at stadig flere studenter

utfører feltarbeid i det hun kaller "de urbane bekvemmeligheter", og hun hevder at studier i eget samfunn fører med seg betydelige metodiske problemer.

Et av Howells argumenter er at antropologer som gjør feltarbeid i eget samfunn, i mindre grad benytter seg av deltagende observasjon som datainnsamlingsmetode sammenlignet med antropologer som gjør det Frøystad kaller "eksotiske feltarbeid". Her hjemme kan vi ikke forvente å få tilgang til menneskers hjemmesfære utenom avtalte besøk, og antropologen får derfor sjelden anledning til å følge informantene sine på tvers av ulike gjøremål (Frøystad 2003: 157). Dette gjør at feltarbeidet ofte foregår på færre arenaer enn i de tradisjonelle landsbystudiene, noe som kan føre til at kontakten med informantene blir begrenset til selve forskningstemaet. Forskeren får lite samhandlingsdata og må i større grad bygge analysene sine på muntlige utsagn, intervjuer og narrativer.

Antropolog Olaf Smedal (2001) har fremhevet feltarbeidet som antropologiens særlige fortrinn sammenlignet med andre fagdisipliner. Han sier at feltstudier gir oss en unik mulighet til å dypdykke inn i andre menneskers livsverdener, men i motsetning til Howell mener han at dette kan la seg gjøre uansett sted på kloden.⁴ Frøystad på sin side deler Howells bekymring omkring den reduserte bruken av deltagende observasjon som datainnsamlingsteknikk. Samtidig påpeker hun, som Smedal, at det er fullt mulig å foreta gode antropologiske analyser og gi detaljerte empiriske beskrivelser selv om vi i eget samfunn kanskje har mindre kontakt med informantene og færre arenaer å ferdes på. Hun refererer til studier av antropologene Marianne Gullestad (f.eks. 2001) og Marianne Lien som eksempler på gode og fyldige analyser, til tross for at antropologene verken bodde blant informantene sine eller involverte seg dypt i deres hverdagsliv. Frøystad mener at antropologiens tradisjonelle metodologi derfor ikke bør begrense valg av tema og feltsted. I studier av fenomener i eget samfunn er det imidlertid viktig at antropologer beholder deltagende observasjon som datainnsamlingsmetode og at vi "tilstrebe[r] mest mulig deltakelse og styrke[r] våre observasjonsrutiner" (Frøystad 2003: 173).

⁴ Smedal er derimot bekymret for at endringer i fagets rammebetingelser kan føre til forenklinger slik at man ikke lenger vil prioritere satsningen på feltarbeidet.

I felten: arenaer, metoder og roller

Da jeg begynte planleggingen av forskningsprosjektet, var jeg klar over en del av de metodiske utfordringene som kan knytte seg til å gjøre feltarbeid i eget samfunn. Før jeg kom til Fredlund, var jeg derfor særlig oppmerksom på at jeg burde bruke deltagende observasjon på så mange arenaer som mulig under feltarbeidet. Det var derfor veldig skuffende da jeg kun fikk innvilget begrenset forskningstillatelse, for særlig i begynnelsen innebar dette sterke restriksjoner på hvilke arenaer jeg kunne ferdes på.

Likevel opplevde jeg at jeg fikk være med på mye av det som foregikk på Fredlund. I løpet av mine fem måneder der deltok jeg på de fleste av stedets gruppeaktiviteter, og jeg brukte i hovedsak deltagende observasjon som datainnsamlingsmetode. Gruppene jeg var med i, drev med en rekke forskjellige ting, blant annet trening, hagestell, matlaging og turgåing. Andre grupper var mer direkte terapeutisk innhold og gikk inn på mer personlige aspekter ved den enkeltes liv. Én gruppe drev med kunst- og uttrykksterapi, en annen var rettet mot øvelse i samtaleferdigheter, og en tredje hadde fokus på symptomstring. Da jeg var med i disse ulike gruppene drev jeg stort med de samme aktivitetene som brukerne; jeg trente, gjorde hagearbeid, lagde mat, gikk turer, malte, diskuterte og var sosial sammen med dem. Samtidig forsøkte jeg å ha et overordnet blikk på hva som foregikk i de ulike gruppene, og i enkelte sammenhenger var jeg mer observatør enn deltager. Særlig var dette tydelig i tilfeller hvor deltagerne snakket om personlige erfaringer som omhandlet deres psykiske helse og psykiatriske diagnoser. Da var det ikke naturlig at jeg snakket om meg selv, så jeg holdt meg i stedet i bakgrunnen og observerte deltagerne.

I tillegg til deltagelse i disse gruppeaktivitetene fikk jeg etter hvert også mer uformell kontakt med brukerne. Da jeg hadde vært på stedet noen uker og kjente til rutinene, visste jeg hvem som pleide å være hvor på ulike tidspunkter. Med denne kunnskapen kunne jeg begynne å oppholde meg på Fredlunds fellesarealer, særlig i stuen, når det bare var brukere der som hadde underskrevet på samtykkeerklæringen. Hvis det dukket opp ukjente, trakk jeg meg tilbake til jeg fikk avklart om det var i orden for dem at jeg var til stede.

Ved noen tilfeller dukket det opp situasjoner som utfordret den begrensede forskningstillatelsen. Dette vil jeg beskrive nærmere i kapittel 4, men kort fortalt dreide det seg om at brukere ønsket at jeg skulle være sammen med dem på arenaer som også var åpne for utenforstående. Etter å ha overveid de etiske aspektene ved dette i samråd med noen av de ansatte, valgte jeg blant annet å bli med brukerne på den lokale kafeen for psykisk syke. Jeg foretok da ingen bevisst observasjon av ukjente brukere, og har ikke brukt data i denne oppgaven som omhandler brukere som ikke har undertegnet samtykkeerklæring.

Slik kunne jeg etter hvert ferdes på flere arenaer, og jeg ble dermed kjent med stadig flere brukere. Vi snakket om løst og fast, og også om mange ting som ikke hadde noen direkte relevans for prosjektet mitt. Noen av brukerne bodde utenfor Fredlund, men en del av dem bodde i leiligheter i nærheten. De var ofte innom stedet, og jeg opplevde derfor at jeg gjennom å oppholde meg på Fredlund fikk del i brukernes hverdag, til tross for at jeg ikke bodde sammen med dem.

Ikke alle dataene mine ble innhentet i løpet av selve feltarbeidet eller innenfor Fredlunds vegger. Også etter at det var avsluttet, i juni 2007, deltok jeg på flere møter mellom representanter fra det distriktpsikiatriske senteret og kommunen (mellom første- og annenlinjetjenesten). I denne perioden gjennomførte jeg også noen intervjuer, både av brukere og ansatte på Fredlund, og av personale som jobbet i andre deler av helse- og sosialsektoren. Slik fikk jeg en del informasjon om de psykiatriske tjenestene i førstelinjen, altså i lokalsamfunnene.

Fare for "hjemmeblindhet"

Å gjøre deltakende observasjon er bare én av utfordringene ved å studere fenomener i kulturelt nære samfunn. En annen fare er at man kjenner mange av fenomenene så godt at man ikke kommer på å undre seg over hvordan ting henger sammen. Man har ikke nok analytisk distanse og risikerer derfor å bli "hjemmeblind". Derimot vil ofte ukjente steder innebærer en kulturell annerledeshet som katalyserer observasjon og analyse hos forskeren (Frøystad 2003).

Faren for å bli hjemmeblind er en relevant innvending i forhold til mitt forskningsprosjekt, som jo ble utført ikke bare i Norge, men også i et felt som jeg hadde en del kjennskap til fra tidligere. Som beskrevet i innledningen er jeg sosionom og har ved siden av antropologistudiene jobbet som miljøterapeut ved til sammen fire psykiatriske avdelinger. Kan jeg ha oversett viktige ting fordi feltet var så kjent? Førte arbeidserfaringen min til at jeg hadde internalisert mange av psykiatriens funksjoner og virkemåter? Svaret er: Ja, det kan godt tenkes. Når man over lengre tid blir kjent med et felt, vil det unektelig føre til at man blir vant til måten det fungerer på. Og etter hvert tar man ting for gitt som man kanskje ville ha stilt spørsmål ved dersom man hadde større avstand.

Hastrup (i Frøystad 2003) har hevdet at antropologi forutsetter "radikal annerledeshet", men mange har vært uenige med henne i det. Blant andre Halvard Vike har tatt til orde for at man kan gjøre god antropologi i eget samfunn ved å ta i bruk "selveksotifisering", dvs. å øve seg på å observere og beskrive fenomener som om man ikke kjente til dem fra tidligere (*ibid.*).

For å motvirke faren for hjemmeblindhet prøvde jeg bevisst å "nullstille" meg før jeg begynte feltarbeidet mitt på Fredlund. Jeg ville ta i bruk det Wadel kalte "naiv observasjon" – at forskeren forsøker å legge bort sine erfaringer og i stedet aktiviserer "utenfrablikket" (Wadel 1991; Frøystad 2003). Samtidig opplevde jeg jo selve stedet som nytt og ukjent, for jeg hadde aldri vært der før, og det både fungerte annerledes og så annerledes ut enn de psykiatriske enhetene jeg hadde arbeidserfaring fra. Dessuten var selve min rolle som antropolog og observatør med på å "underliggjøre" stedet for meg. Jeg så det annerledes enn jeg ville ha gjort som ansatt.

Når det gjaldt det metodiske, var jeg som tidligere nevnt opptatt av å bruke deltagende observasjon så mye som mulig, og dette synes jeg at jeg fikk gjort. For å aktivisere utenfrablikket var jeg også bevisst på å øve opp observasjonsferdighetene mine slik at jeg ville bli oppmerksom på og beskrive "det usagte, det hverdagslige og det som synes selvsagt" (Frøystad 2003: 175). Jeg brukte derfor mye tid på bare å være til stede i miljøet, og jeg la også vekt på å skrive fylldige feltnotater. Jeg hadde avklart med de ansatte at det var i orden at jeg tok notater når jeg var sammen med dem, så under alle møter noterte

jeg alltid underveis. Av og til merket jeg at dette kunne virke forstyrrende på dem, og da la jeg notatboken bort. Når jeg var sammen med brukere, hadde jeg derimot aldri notatboken fremme. Jeg var redd for at de ville bli ukomfortable hvis jeg skrev i nærheten av dem, så data som var direkte tilknyttet brukere, ble i hovedsak nedskrevet umiddelbart etter møtene og situasjonene.

Bakgrunnen min var også en fordel

I flere tilfeller opplevde jeg at mitt kjennskap til feltet også hadde sine klare fordeler. Dette oppdaget jeg første gang da jeg forsøkte å få brukernes samtykke til å foreta feltarbeid på Fredlund. Flere gav uttrykk for at de følte det trygt at jeg var utdannet sosionom og hadde kjennskap til psykiatrien. En ansatt fortalte at hun ikke trodde jeg ville fått brukerne til å samtykke hvis det ikke var for bakgrunnen min. "Hvis du hadde vært helt utenforstående så ville de nok vært mye mer skeptiske." Under feltarbeidet hendte det dessuten flere ganger at brukerne tok kontakt med meg for å prate, og de begrunnet dette med utsagn som "jeg kan jo snakke med deg, for du vet jo en del om hvordan psykiatrien er".

Bakgrunnen min kan også ha vært en fordel når det gjaldt å få kontakt med de ansatte. En av dem sa at "du er liksom en av oss. Du vet hvordan systemet fungerer og hvordan vi jobber". Jeg fikk være med på de fleste former for møtevirksomhet som foregikk på Fredlund, ikke bare behandlingsmøter (der brukernes behandlingsopplegg ble diskutert) og seminarer og kurs, men også personalmøtene, som de øvrige studentene ikke fikk delta på.

Tilnærming, fortolkning og fremstilling av materialet

Når man forsker på mennesker og deres liv, er det en løpende avveining hvor langt man kan gå i forhold til å stille personlige og nærgående spørsmål (Thagaard 2003: 106). I mitt tilfelle tror jeg at arbeidserfaringen min fra psykiatrien var en fordel, for jeg var ikke

ukjent med å forholde meg til slike problemstillinger. Likevel kan det oppstå vanskelige situasjoner, og det er alltid mulig å ta gale avgjørelser. Under feltarbeidet på Fredlund var jeg derfor hele tiden bevisst på å respektere informantenes grenser og ikke presse dem til å fortelle mer enn de var komfortable med.

Når feltarbeidet er avsluttet og dataene skal analyseres, oppstår det nye utfordringer knyttet til forskerens fortolkning og fremstilling av materialet. Forskerens faglige plattform vil prege hennes forståelse av materialet, og utfordringen er knyttet til å ivareta informantenes perspektiv gjennom analysen og presentasjonen av dataene. Men siden forskeren studerer informantenes situasjon utenfra, vil hennes perspektiv ofte avvike fra informantenes egne opplevelser. Forskeren setter informantenes erfaringer inn i en annen kontekst, noe som kan sies å være hele poenget med forskningen, men som ikke desto mindre kan virke fremmedgjørende på informantene. Det er da viktig at man så vidt mulig skiller mellom informantenes opplevelser og sine egne fortolkninger (*ibid.*: 107, 188).

Dette har jeg forsøkt å gjøre i oppgaven, men det har jeg ingen garantier for at jeg har lykkes med. Og det er ingen enkle måter å forsikre seg om dette på. Jeg kunne ha latt informantene lese og kommentere den ferdige analysen, men det var knapt gjennomførbart i praksis fordi jeg har hatt veldig mange informanter. Dessuten fryktet jeg at en slik forespørsel kunne komme til å skape uro blant brukere, for mange av dem var som sagt allerede blitt litt skeptiske etter prosessen med samtykkeerklæringene.

Som en sikkerhetsforanstaltning har jeg likevel sendt de kapitlene som berører brukerne direkte (2, 4 og 5) til to av de ansatte ved stedet. Jeg ønsket å forsikre meg om at de kjente seg igjen i fremstillingen, og at datamaterialet var tilstrekkelig anonymisert, og jeg ba dem lese særskilt med tanke på dette. Bortsett fra at de påpekte mindre faktafeil, hadde de ingen innvendinger av betydning, og de de hadde, har jeg naturligvis tatt til følge.

Mine informanters synspunkter, eller mine fortolkninger av disse, vil ikke nødvendigvis være representative for alle brukere av eller ansatte ved psykiatriske institusjoner, eller engang ved Fredlund. Studien er kvalitativ, ikke kvantitativ, og jeg har derfor ikke grunnlag for brede generaliseringer. Likevel tror jeg at mine funn gir en generell innsikt i hvordan mennesker kan oppleve store endringsprosesser.

Et generelt problem med fremstillingen har vært hvor nøye jeg skulle beskrive brukerne. Jeg har valgt å være relativt tilbakeholden med ytre skildringer og detaljer om deres personlige historie, dels av anonymitetshensyn, men også dels fordi det er en stigmatisert gruppe jeg omtaler. Ved stadig å gå i detalj om deres utseende, væremåte osv. ville jeg ha kunnet lage en "tykkere" beskrivelse, men dette ville også ha kunnet lede leserens fokus mot "avvikende trekk" som kanskje kunne fremstå som mer kuriøse enn egentlig relevante for mine problemstillinger. Jeg har derfor valgt å snakke mer generelt om brukernes utseende og adferd der det har vært tematisk interessant, og jeg har begrenset meg til å gjengi noen få livshistorier som jeg har vurdert som relativt representative og vanskelige å identifisere. Dette innebærer også at jeg har måttet legge mer vekt på utsagnsdata og mindre på samhandlingsdata en jeg ellers ville ha gjort.

2 STED OG KONTINUITET

Det er skarpt vinterlys ute og den lave solen blender meg nesten. Jeg er på vei til stedet der jeg skal utføre feltarbeid de kommende månedene. Jeg går langsomt, for jeg er tidlig ute. Avtalen er ikke før om ti minutter, så jeg stopper litt opp og kikker meg rundt. Den store bygningen står foran meg, hvitmalt og mektig, og huset er omkranset av en stor, velpleid hage med gamle bøketrær, blomsterbed og prydbusker.

Idet jeg nesten er ved døren, kommer det en høy, middelaldrende mann gående mot meg. Han smiler blidt og sier:

– Hei, er du ny her? Jeg har ikke sett deg her før.

Jeg smiler tilbake og forklarer at jeg ganske riktig er ny, at jeg er student og skal tilbringe de neste månedene på stedet.

– Å ja, svarer mannen, skal du bli sykepleier?

– Nei, jeg studerer sosialantropologi.

– Da kommer du fra universitetet, da. Det er litt annerledes enn vi er vant til. Men det er fint med litt variasjon. Jeg håper du kommer til å trives her, det gjør i alle fall jeg. Det er et godt sted å være. Vi kommer sikkert til å se mer til hverandre etter hvert. Velkommen.

Han smiler igjen og blunker, før han passerer meg og går videre.

Dette var mitt møte med Fredlund da jeg tidlig i februar 2007 begynte feltarbeidet, og førsteinntrykket mitt skulle vise seg å være betegnende for hvordan jeg videre kom til å oppleve stedet. Gjennom mitt kjennskap til psykiatrien hadde jeg hørt at Fredlund var et sted som mange ansatte og brukere hadde vært tilknyttet gjennom mange år, og etter hvert som jeg tilbrakte tid der, ble det lett å forstå hvorfor folk ble værende.

I dette kapitlet vil jeg beskrive det særegne ved Fredlund ved å ta utgangspunkt i hvordan brukere og ansatte opplevde selve stedet, og hvordan Fredlund i sin tur formet deres oppfatning av seg selv. Mange av brukerne hadde tilbrakt store deler av

hverdagen sin der gjennom en rekke år, og derfor følte de sterk tilknytning ikke bare til de ansatte og andre brukere, men også til huset og området. Flere brukere fortalte at Fredlund var den viktigste arenaen i livene deres. For enkelte var Fredlund faktisk det eneste stedet de oppholdt seg, og det var der de følte seg hjemme. Alle de kjente, befant seg der, og de levde livene sine på dette begrensede området. Som en av dem sa:

– Jeg har jo alt her. Jeg trenger ikke noe mer. Jeg vil ikke være noe annet sted.

Stedsidentitet

Fredlund slo meg som et utpreget åpent og varmt sted, og omgivelsene var også sjeldent tiltalende. Jo mer tid jeg tilbrakte på Fredlund, jo tydeligere ble det for meg at disse to tingene hang sammen.

At stedets særegenhet og menneskelivets egenart påvirker hverandre gjensidig, er en tanke som kanskje ikke har en veldig ærerik historie sett med antropologens øyne. Da grunnlaget ble lagt for rasetenkningen, var det nettopp ut fra tanken om at stedet nærmest satte seg i kroppen til ulike folkeslag og gav dem forskjellige egenskaper. Ulike klima og naturforhold gav ulike lynner, kroppstyper og kvaliteter, selvsagt ordnet i et hierarki med den europeiske mennesketypen på toppen.

Omvendt har man også tenkt seg at steder kan uttrykke visse folkelynner: I Nazi-Tyskland hadde man store planer om et nytt Berlin som skulle høve seg for den stolte, germanske rase og demonstrere Det tredje rikets storhet. På mer uskyldig vis har arkitekter engasjert seg i tanken om sammenhengen mellom sted og liv. Le Corbusier ville lage en arkitektur som skulle forme menneskene til en sunn, effektiv og moderne tilværelse. Hans idealhus var derfor "en maskin til å bo i".

Mange har både før og siden interessert seg for sammenhengen mellom menneske og sted. Filosofen Else Wiestad fremhever at alle mennesker lever stedlig og erfarer seg selv og andre i stedssammenhenger. Livet, mener hun, er uløselig forbundet med de steder vi oppholder oss på og har tilknytning til (Wiestad 2002). Den norske arkitekten Norberg-Schulz (1986) hevdet det samme ved å si at vi ikke kan snakke om livet og stedet

uavhengig av hverandre. Mennesket er avhengig av å ha steder å bo og oppholde seg på, og stedene vil ha umiddelbar betydning for hvordan livene våre leves. For å forstå hvordan sted og liv er forbundet, må vi begynne med å studere hvordan steder brukes og oppleves. Vi må gripe stedets særegenhet, dets *genius* (Norberg-Schulz 1986; Larsen 2001).

I nyere antropologisk teori er dette siste en tanke som fremdeles står sentralt. Stedets mening trenger ikke å gå forut for etableringen av stedet, som når en arkitekt tegner en aveny eller et hus med et bestemt formål. Antropologene Setha M. Low og Denise Lawrence-Zúñiga bruker uttrykket *inscribed spaces*, som på norsk kan oversettes til "beskrevne rom"⁵, for å forklare hvordan steder (*places*) konstrueres sosialt, over tid, i fysiske rom (*spaces*) som allerede finnes. Med dette menes at mennesker på en varig måte skriver sin tilstedeværelse inn i eller på omgivelsene (Low & Lawrence-Zúñiga 2003). Stedet går fra å være et "ubeskrevet blad" til å bli "beskrevet". Med "rom" menes en nøytral, objektiv plass som det ikke er mening forbundet med. Først når mennesker knytter betydning og erfaring til et rom, vil dette rommet bli til et "sted". Steder kan derfor sies å være rom som det knytter seg opplevelser og historie til. Mennesker stedliggjør et rom ved å oppholde seg der, bruke det og slik gi det mening.

Når en antropolog eller en annen observatør skildrer steder og aktivitetene som foregår der, kommer det enda et nivå inn i denne meningsdannelsen. Målet er som regel å få frem flere ulike perspektiver på stedet og aktivitetene; å få frem flere av de ulike stedene som forskjellige mennesker ser i det samme rommet. Samtidig danner antropologen seg uunngåelig sin egen oppfatning av stedet som blir den dominerende i hennes beskrivelse av det. I dette tilfellet er "beskrivelsen" helt bokstavelig og får form av en feltrapport. Og

⁵ Verbet *inscribe* kan bety "å innskrive" i den geometriske betydningen av ordet (å "innskrive" en trekant i en sirkel etc.) eller "å inskribere" i betydningen skrive en tekst på noe. Her er det klart at det er "inskribere" som menes: Low og Lawrence-Zúñiga sier tydelig at "humans 'write' in an enduring way their presence on their surroundings" (2003: 13). De snakker imidlertid også om at selve stedet er *inscribed*, det vil si at det er dekket med "tekst", slik for eksempel en steintavle eller en pokal kan være det. På norsk sier vi ikke at en gjenstand er "inskribert med en tekst"; vi sier at den er "gravert", "skrevet på" el. Til gjengjeld har vi det faste uttrykket om et "blad" eller et "ark" som er "beskrevet" eller "ubeskrevet". Denne metaforen handler nettopp om det å ha en historie, og "beskrevet" i denne betydningen dekker godt det Low og Lawrence-Zúñiga mener med "inscribed". De to gir også ordet en dobbel mening idet de snakker om at selve antropologens beskrivelser (*descriptions*) av et sted er med på å gi det mening. Ordet "beskrevet" dekker denne dobbeltheten godt, selv om man kan hevde at vekten forflytter seg noe fra den første betydningen (knyttet til det å skrive) til den andre (knyttet til det å skildre).

språket fanger: I en viss forstand kan ikke et rom beskrives i språk overhodet uten straks å bli et sted, ettersom språket er en meningsbærende struktur. Idet rommet språkliggjøres, stedliggjøres det derfor også; det blir til et beskrevet sted. På denne bakgrunn er det viktig at antropologen også fremhever sin egen rolle og stemme, og at hun skriver seg selv inn i og situerer seg i sin beskrivelse av felten.

Fredlund

Fredlund ligger i et strøk av byen som er dominert av velholdte eneboliger med store eiendommer. Området ligger et stykke fra bykjernen, men i nabolaget er det et nærsenter som inneholder flere butikker, blant annet en matvareforretning. Fredlund ligger bare et steinkast fra det travle nærsenteret, men atmosfæren er likevel svært rolig.

Hovedbygningen er et gammelt herskapshus, omgitt av en stor, noe kupert hage. Også innvendig er bygningen imponerende, med store, luftige rom. I mange av rommene er både vegger og tak ornamentert med utskårne detaljer. Hovedstuen er rommelig og malt i lyse farger. Når man kommer inn, ser man rett ut gjennom store vinduer som vender ut mot hagens åpne gressplen. Stuen er møblert med flere sofagrupper og lenestoler. I det ene hjørnet står det et akvarium, i et annet et eldre piano med et stereoanlegg på. Ved en av veggene står det et settebord med et stort utvalg av dagens og gårsdagens aviser, ved en annen en innebygd bokhylle full av bøker. I taket henger en stor lysekroner, på veggene lampetter.

En bred døråpning fører inn til neste stue. I dette rommet står et langbord med stoler rundt. Fra stuen går en dør som fører ut til en glassveranda med trapper ned til hagen. I sommerhalvåret er denne døren som regel åpen på dagtid slik at brukerne kan bevege seg fritt mellom huset og hagen. I huset er også en tv-stue og et lite datarom som brukerne har tilgang til, og et stort kjøkken med langbord. Ved kjøkkeninngangen går trappen ned til kjelleren, som består av en rekke rom som blant annet benyttes som hobbyrom og matbod. Ute i hagen finnes det i tillegg en velutstyrt redskapsbod.

Denne svært ytre beskrivelsen av huset og omgivelsene kan tjene til å illustrere et teoretisk poeng: Et rom (*space*) får sin mening og blir et sted (*place*) først og fremst fordi det har en funksjon, fordi det foregår visse aktiviteter der og fordi mennesker har meninger om både aktivitetene og rommet. Det gjelder i høyeste grad også rommene i et hus, som jo er konstruert rundt disse funksjonene. Navnene på de ulike rommene – "kjøkken", "datarom", "tv-stue" – taler først og fremst om hvilken praktisk funksjon de har eller hvilken aktivitet som vanligvis foregår der. Dette gjelder ikke bare i slike enkle tilfeller der konkrete rom er knyttet til én aktivitet, men også i tilfeller der stedet er mer komplekst og de meningsdannende aktivitetene flere.

Skal man kunne danne seg noe inntrykk av hva Fredlund som sted betyr for brukerne og de ansatte, er det derfor ikke nok å vite hvordan det ser ut. Man må også vite noe om hva som foregår der, hvilke handlinger som er med på å definere stedet og de ulike meningene det har for dem som oppholder seg der.

Virksomhet og aktiviteter

Da jeg gjorde feltarbeid på Fredlund, hadde stedet både en dag- og en boenhet, noe jeg straks kommer tilbake til. Det fungerte som et samlings- og aktivitetssentrum for dem som bodde der, men også for psykisk syke som bodde i nærområdet. Stedet ble opprettet tidlig på 1970-tallet, og siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble vedtatt (1998), var det blitt definert som en del av et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Opprettelser av distriktpsikiatriske sentre var en av målsetningene i OP, og som en konsekvens av dette har det de siste årene blitt bygget mange DPS'er rundt omkring i hele landet.

DPS'ene er en del av den såkalte spesialisthelsetjenesten, som i tillegg til psykiatriske sykehus har ansvaret for å tilby behandling til psykisk syke (Sosial- og helsedirektoratet 2006b). Disse behandlingsinstansene kalles også "annenlinjetjenesten".

Førstelinjetjenesten består av de psykiatriske helsetjenestene som finnes i kommuner og bydeler, og disse skal yte ulike former for praktisk bistand til psykisk syke i deres nærmiljø, i tillegg til fastlegens medisinske behandling. Som del av et DPS og annenlinjetjenesten var Fredlund altså i utgangspunktet et sted der det foregikk

behandling. Hvor grensene går for hva som er behandling, kan diskuteres, men på Fredlund var i alle fall definisjonen svært vid.

Fredlunds boenhet besto av femten hybelleiligheter, og her fikk brukere mulighet til å bo i en periode mens de fikk hjelp til å trene på praktiske og sosiale ferdigheter. Målet var at de skulle mestre hverdagslige oppgaver slik at de etter hvert kunne klare seg i egen bolig, og de ansatte jobbet med å finne et tilbud tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Stedet hadde også et dagtilbud, som primært skulle drive behandlingsrettet gruppevirksomhet for dem som bodde i området. Dette tilbudet innebar en rekke kurs og aktiviteter som brukerne selv måtte søke om å få delta i. Gruppene møttes vanligvis en gang i uken, og flere av dem var også mer tradisjonelt terapeutiske, som gruppen som tilbød kunst- og uttrykksterapi. Gruppen besto av fem medlemmer som møttes ukentlig over ett semester. Hvert møte hadde et overordnet tema som på ulike måter var relatert til deltagerens livssituasjon, og gjennom kunst- og uttrykksterapeutiske metoder fikk brukerne mulighet til å kommunisere og få utløp for ting på nye måter. På Fredlund ble det også holdt kurs i symptomstring og sosiale ferdigheter, og sammen med ansatte arbeidet brukerne her aktivt for å øke sin forståelse av eget sykdomsforløp og livssituasjon. I tillegg brukte de ansatte mye tid på individuelle samtaler og oppfølging. Men ikke alle gruppene hadde så tydelig terapeutiske funksjoner. Stedet hadde blant annet en temagruppe hvor deltagerne diskuterte selvvalgte emner fra gang til gang. Videre var det grupper som drev med aktiviteter som turgåing, matlaging, hagearbeid og diverse vedlikeholdsarbeid på stedet. På den annen side kan man med god grunn hevde at øvelse i hverdagslige aktiviteter og ferdigheter også er en form for behandling. Og nettopp denne hverdagsligheten var med på å gi stedet mindre preg av institusjon og mer av å være et hjemlig sted der det foregikk huslige sysler.

På mange måter fungerte Fredlund i praksis mer som et uformelt møtepunkt enn som en "ren" behandlingsinstitusjon. En rekke brukere var innom huset daglig, og enkelte av dem som bodde i nærområdet, var der flere ganger om dagen. De gikk litt til og fra etter som de følte for. Noen hadde et konkret ærend eller en avtale med ansatte, mens andre kom innom for å slå av en prat, for å få en kopp kaffe, bruke internett, se på tv eller rett og slett for å få litt forandring fra sin egen leilighet. Noen virket kontaktsøkende og satte

pris på at en satte seg ned og snakket litt med dem, mens andre var mer reserverte og satt for seg selv. Hver dag var det ettermiddagskaffe kl. 17, og i vinterhalvåret ble denne gjerne servert på kjøkkenet. Brukere og ansatte samarbeidet om å gjøre i stand, og de fremmøtte satte seg så rundt langbordet for å drikke kaffe og te og spise kake. Dette var et samlingspunkt som mange lot til å sette pris på. Praten gikk om løst og fast, hva de hadde gjort den dagen, planer for morgendagen og lignende. Og slik gikk tiden – med en jevn strøm av mennesker som hadde ulike formål med å oppsøke huset.

”Her er man mer et menneske, ikke bare pasient”

Både stedets fysiske egenart og de mange hverdagslige aktivitetene som foregikk der bidro til å gi Fredlund en hjemlig atmosfære. Kanskje kan man med Norberg-Schultz si at selve hjemligheten var stedets *genius*. På mange måter var ikke Fredlund det jeg forventet av en psykiatrisk institusjon, det hadde mer preg av et vanlig hjem. Mange brukere gav uttrykk for en lignende oppfatning. Inger sa det slik:

– Fredlund er jo egentlig en institusjon, men jeg tenker likevel ikke på det på den måten. Det er liksom så åpent og fritt her, med stor hage og rolige omgivelser. Selve huset er jo også veldig lite institusjonspreget sammenlignet med mange andre steder jeg har vært i psykiatrien. Det er ganske flott her, vil jeg si. Og mange hyggelige mennesker, ikke minst. Jeg kjenner de fleste godt etter hvert, for vi er jo mange som har vært her lenge. For meg er det et unikt sted.

Inger fremhevet altså både at stedet i seg selv var egenartet og spesielt trivelig til institusjon å være, og at menneskene var hyggelige og rammene stabile. Alt dette var for henne med på å gjøre Fredlund til det hun kalte et unikt sted. Både fellesskapet, tidsaspektet (stabiliteten) og husets og hagens rent fysiske utseende inngikk i hennes forståelse av stedet som sted. Alt trakk i samme retning; det gjorde stedet mindre ”institusjonspreget” enn andre steder hun hadde vært i psykiatrien, og dette lot til å gi Inger en følelse av trygghet og velvære. Andre brukere uttrykte lignende opplevelser, og flere av dem var også inne på at stedet virket tilbake på deres egen selvfølelse og identitet. En av dem, Birgit, sa det veldig klart:

– Jeg kom hit for over 25 år siden. Det begynner å bli lenge siden. Allerede da hadde jeg hatt flere innleggelser i psykiatrien, den første kom da jeg var nitten. Det var skremmende i begynnelsen, for en hadde jo hørt allslags historier om hvilke ting som foregikk på slike steder. Jeg var redd de skulle gjøre meg noe vondt. Etter hvert forsto jeg jo at de gjorde så godt de kunne, men det var ikke alt som var like bra, for å si det sånn. Jeg var lettet da jeg endelig kom hit. Det føltes så åpent og fritt sammenlignet med der jeg hadde vært tidligere. Mye mindre sykehuspreg. Her er man mer et menneske, ikke bare pasient. Da føler man seg mindre syk også.

Birgits uttalelser viser hvordan sted og identitet hang sammen for henne. Som nittenåring, ved sin første innleggelse, var hun redd for å komme til en bestemt type "beskrevet rom" som hun riktignok bare hadde annenhånds beskrivelser av, nemlig "den psykiatriske institusjonen". Hennes egne opplevelser i psykiatrien viste etter hvert at institusjonen og folkene der ikke var helt som hun hadde trodd, men Fredlund oppfattet hun likevel som noe særegent. Fordi stedet var mindre institusjonsaktig og dermed mindre knyttet til de kollektive forestillingene om den psykiatriske pasienten, følte hun seg også mindre syk. Stedet virket altså direkte inn på hennes identitetsopplevelse.

Slik kan man si at stedet og identiteten inngår i et gjensidig påvirkningsforhold. Fordi Fredlund var hjemlig og lite institusjonspreget, følte brukerne seg mindre som pasienter. Og fordi brukerne følte seg mindre som pasienter, fikk stedet mer preg av å være et hjem. En kan si at brukere og sted inngikk i en identitetsdannende sirkel der resultatet var en følelse av normalitet. En av tingene som bidro til å styrke denne prosessen, var at det ikke bare var stedet som ivaretok beboerne; beboerne bidro også til å ivareta stedet, slik vanlige huseiere gjør med hjemmet sitt. Dette er ikke noe man vanligvis ville forvente på en offentlig institusjon, og i alle fall ikke på et sted som skulle ha preg av "sykehus", og der brukerne er "pasienter".

I hele feltarbeidsperioden deltok jeg i en arbeidsgruppe som tok seg av forefallende arbeid og vedlikehold på Fredlund. Gruppen arbeidet både inne og ute. Vi saget ved, slo plenen, lukte og feiet, måkte snø og vasket vinduer. Når hybler ble tomme, var vi med på å flytte ut eller innrede med møbler fra loft og kjeller. Vi pusset kobber og messing,

renset akvariet og tørket støv, og en gang tømte vi en hel bokhylle, rengjorde den og sorterte bøkene. En av deltakerne, Oddvar, sa:

– Det er fint å få jobbet litt, og det virker som de setter pris på det vi gjør. Folkene her, altså. Vi er med på å vedlikeholde stedet.

Oddvar uttrykte stolthet over alle tingene gruppen gjorde, og over hvor velholdt stedet var. Også andre deltakere gav uttrykk for at de likte seg godt i gruppen og at de satte pris på å være med på å holde hus og hage ved like.

Å delta i denne gruppen satte en i spesielt god forbindelse med stedet også på andre måter. Vedlikeholdsgjengen beveget seg mye rundt både i nærområdet og i selve huset, og var derfor godt kjent med menneskene og alle aspekter av dagliglivet på stedet. Dette var med på å øke deltakernes følelse av eierskap i forhold til Fredlund, og deres opplevelse av å være del av en meningsfull sammenheng.

Åpenhet

Ved siden av de kvalitetene som ligger i selve hjemligheten, var Fredlunds åpenhet, i ulike betydninger av ordet, viktig for brukerne. Som nevnt kunne brukerne i stor grad komme og gå som de ville. Den store stuen med akvariet var åpen ikke bare for beboerne, men også for de andre brukerne, som kunne komme dit uten at det var noe program og uten å ha noen avtale.

En morgen tidlig i februar kom jeg til Fredlund ved nitiden. Da jeg kom inn i entreen hørte jeg lavmælt prating fra stuen, og jeg ble litt overrasket over at det var folk her såpass tidlig. Jeg gikk videre inn og fikk se at det satt en middelaldrende mann i den ene sofagruppen. Han kikket opp da jeg kom inn i rommet, smilte forsiktig og nikket mot meg. Jeg sa hei og nikket tilbake, satte meg i en stol før jeg kikket rundt i rommet for å se hvem han hadde snakket med. Jeg stusset litt da jeg ikke fikk øye på noen. Mannen satte i en liten latter. Deretter begynte han å mumle. Så vidt jeg kunne oppfatte, førte han en slags dialog med seg selv hvor han stilte spørsmål, for så å besvare dem. Han virket konsentrert og lot ikke til å bry seg om mitt nærvær. Han fortsatte å småsnakke en stund, før han igjen brøt ut i et stort smil og lo høyt. Jeg ble glad av å se på ham; latteren smittet. Da også jeg begynte å le, kikket han bort på meg, før han selv lo enda høyere.

Slik satt vi da det slo i ytterdøren, og Truls, en annen bruker, kom inn. Han kikket forundret på oss lattermilde, smilte litt og sa:

– Du er alltid i så godt humør, du, Espen. Hva ler du av nå?

Espen smilte mot ham, ristet på hodet og svarte:

– Nei, ingenting. Det var bare noe jeg kom til å tenke på.

Deretter satte han i gang å mumle igjen. Den nyankomne vendte seg mot meg, hilste med et "hei" og gikk bort til akvariet i hjørnet og tappet forsiktig på glasset. En fisk kom straks svømmende mot fingeren hans, og han sa:

– Hei, du der inne, har du fått noe mat i dag, da? Ikke det? Nei, men da er det vel på tide at du får litt.

Både Espen og Truls bodde i leiligheter i nærheten av Fredlund, men kom innom daglig og tilbrakte tid i fellesområdene. Slik var hverdagene i stuen på Fredlund, folk kom og gikk, ofte uten at de hadde noe egentlig ærend. Fredlund var rett og slett et sted der de kunne være, uten å ha noe bestemt å bestille, og uten å måtte føle seg utenfor. Dørene var åpne, og akkurat det var viktig for brukerne. Stein sa at det var godt å ha noe å gå til: "Den verste perioden i mitt liv var da jeg ikke hadde noe å gjøre. Ikke noe sted å være." Bente uttrykte det slik: "Det var først etter jeg kom hit at jeg begynte å fungere."

Mange av brukerne gav uttrykk for at det å ha et uforpliktende oppholdssted som Fredlund gav dem en følelse av tilhørighet. Også for de som bodde utenfor selve institusjonen, snakket om Fredlund som en trygg havn, et sted å søke ly når det røynt på. En del av dem som bodde i nærheten og brukte Fredlund på dagtid, hadde tidligere vært innlagt der, og særlig disse la vekt på at de følte en ekstra trygghet ved at de kunne fortsette å holde kontakten. Jeg opplevde ofte at folk ringte eller stakk innom en time eller to for å få litt støtte. En av de ansatte, Siri, kommenterte det slik:

– Jeg er overbevist om at det bidrar til å forhindre veldig mye at vi er i nærheten. Ofte er det ikke så mye som skal til for at de skal føle seg trygge. For mange er det nok bare å vite at vi er der. Det er ikke sikkert at de benytter seg av oss direkte, men de vet at de kan kontakte oss ved behov. Dette skaper trygghet, og når de er trygge, blir de sjeldnere dårlige. På denne måten kan man egentlig investere lite for å forebygge mye. Denne modellen burde man benytte mange andre steder også, for jeg tror man kunne unngått en del sykdom med relativt liten innsats. Du skjønner, ofte er det ganske små marginer det er snakk om.

Som Siri påpekte, skapte Fredlunds åpne dør trygghet for mange. I denne sammenhengen var det viktig at stedet også var åpent i en annen betydning av ordet: Hit kunne brukerne komme uten å bli målt mot samfunnets normalitetskrav. Fredlund hadde rom for annerledeshet. Espens adferd ville nok ha vakt oppsikt mange steder. På Fredlund gikk den helt upåaktet hen. Folk kjente hverandre og snakket med hverandre, og ingen reagerte dersom noen også snakket med seg selv. For mange av brukerne var dette viktig: På Fredlund fremsto de ikke som unormale, de brøt ikke med de sosiale kodene. Antropologen Tian Sørhaug (2006: 275) definerer normalitet som "en kompleks form for kompetanse", og sier videre: "Å være normal handler om "å kunne" en sosial grammatikk." For Fredlund-brukerne, som lett følte seg annerledes på andre arenaer, var Fredlund også på denne måten et "normaliserende" sted. De følte ikke at Fredlund stilte krav til dem som de ikke behersket. Dette gav de direkte uttrykk for:

- Det er liksom helt greit at jeg er som jeg er. De fleste kjenner meg. Og det finnes jo mange forskjellige folk her, så det skal litt til for å skille seg ut. På en måte så skiller vi oss kanskje ut, alle sammen, men det gjør oss jo også like. Vi er annerledes enn mange andre. Men det gjør ikke så mye. Her kan vi være oss selv.
- Da jeg kom hit så følte jeg endelig at jeg kunne få slippe å prøve mer. Det var så godt. Jeg hadde prøvd så lenge å være som alle andre, men det gikk jo ikke. Og nå behøvde jeg ikke gjøre det lenger. Jeg fikk være som jeg ville.

De ansatte tenkte i samme baner:

- Noen kaller det getto – å ha så mange syke mennesker samlet på et sted. Men vil det bli noe bedre ved å flytte folk vekk fra det stedet de har tilhørighet til? Her er det høyt under taket og toleransegrensen er enorm. Den er så stor at du vil ikke tro det! I perioder kan enkelte være så syke at de sjenerer andre. Bråker, roter, kjefter. Og lukter – for en del er dårlige til å vaske seg, det er ikke uvanlig. Men de som bor rundt dem, tåler det. Folk vet hva de andre sliter med, og det har de forståelse for.

I denne sammenheng var stedets åpenhet ikke bare institusjonell (det at brukerne kunne komme og gå og at døren sto åpen), men først og fremst sosial: menneskene der var tolerante og hadde forståelse for det andre slet med. Noen ville kanskje kalt Fredlund en getto, sier denne ansatte, men for mange av brukerne var nettopp muligheten til å møte andre i en lignende situasjon hele poenget med Fredlund. Mange psykisk syke har lite

eller ikke noe sosialt nettverk, og ensomheten i hverdagen kan være tung. Fredlund tilbød et møtested og mulighet for vennskap og kontakt, både mellom brukerne og mellom brukere og ansatte. Fredlund ble et fristed, ikke bare fra fellesskap det var vanskelig å delta i, men også fra ensomheten hjemme hos dem selv.

Fredlunds sosiale funksjon

For flere brukere var de ulike gruppeaktivitetene arenaer der de ble kjent med andre, og gruppene var derfor viktige møtepunkter. Bjørn sa:

– Jeg ser ofte frem til vi skal møtes. Jeg kjenner de andre i gruppen ganske godt etter hvert, for mange av oss har vært med lenge. Det er hyggelige mennesker. Og når vi er ferdig med jobbingen, spiser vi lunsj sammen. Hver uke. Da smaker det godt med mat.

De organiserte aktivitetene skapte et møtested der poenget var å gjøre noe sammen. For dem som strevde med sosial angst, og det var ganske mange, var det vanskelig å bli kjent med nye mennesker, og det hjalp å ha en aktivitet å samle seg om. Slik er det jo også i livet utenfor institusjonene; vi blir stort sett kjent med folk fordi vi gjør noe sammen med dem, enten det er på skole eller jobb. Fredlund fylte derfor et hull for folk som helt eller delvis hadde falt utenfor disse arenaene.

Også den helt uformelle rammen som Fredlund tilbød, hadde betydning sosialt. Folk ble kjent uavhengig av organiserte aktiviteter. Bare det at de traff på hverandre mange nok ganger på samme sted, enten det var i stuen eller i området for øvrig, gjorde at de etter hvert kom i kontakt med hverandre. Både i gruppene og utenfor oppsto varige vennskap.

– Jeg har blitt kjent med mange her, og særlig har jeg fått en god venninne. Vi ser hverandre flere ganger i uken og går på besøk til hverandre. Vi forstår hverandre, hun og jeg. Vi er ganske forskjellige også, i alle fall kan det virke sånn. Jeg er nok mer utadventt enn henne. Men likevel fant vi hverandre, og jeg klarte liksom å prate med henne uten å skremme henne. Vi er omtrent akkurat like under overflaten. Når vi besøker hverandre, vet vi akkurat hvordan den andre vil ha

det. Det er ikke nødvendig å forklare noe. Da blir det ikke noe ubehag. Det er betryggende.

Brukere som ikke bodde på Fredlund, nøt også godt av stedet som sosial arena. Line og Terje var to av brukerne som hadde hatt Fredlund som fast tilholdssted i mange år. Line bodde i en kommunal leilighet et stykke unna, og i nærmere femten år hadde hun hatt jevnlig kontakt med institusjonen. Terje hadde sin bolig rett i nærheten av Fredlund, og for ham var det naturlig å stikke innom både én og to ganger om dagen:

– Jeg bor jo praktisk talt i området, så jeg er ofte på Fredlund. Nesten mer enn jeg er hjemme hos meg selv, ha, ha. Det er hyggeligere å være der, blant folk, enn å være alene.

Line brukte huset som tilholdssted to-tre ganger i uken, og i tillegg hadde hun avtale om regelmessige individuelle samtaler med en av de ansatte. Det var vanlig at brukere fikk en fast kontaktperson blant personalet som de skulle forholde seg til. Da jeg var på møter med de ansatte, var det tydelig at båndene mellom ansatte og brukere var gjensidige, og at de ansatte ofte følte spesiell omsorg for og tilknytning til "sin" bruker. Line hadde hatt sin kontakt, Eva, i over ti år, og for det meste var det henne Line hadde med å gjøre dersom hun ønsket å snakke om noe. Om forholdet til Eva sa Line følgende:

– Jeg har kjent henne lenge nå, og hun vet det meste om meg og om hva jeg sliter med. Jeg trenger ikke å si så mye, for hun kjenner meg så godt. Og det er godt å ha noen som en kan kontakte når ting er vanskelige. Jeg kan ikke få sagt hvor mye det betyr.

Line og Eva hadde altså kjent hverandre lenge. Som mange andre psykisk syke hadde Line perioder da hun slet mer med sykdommen sin, og da var det særlig viktig for henne at Eva fantes. Eva på sin side visste hvor skoen trykket og hva det var viktig for Line å snakke om. Relasjonens langvarighet var altså en kvalitet i seg selv. De to var blitt godt kjent, og de hadde en historie sammen. Dette skapte trygghet og en følelse av tilhørighet og stabilitet. Tiden hadde i det hele tatt betydning for forholdet mellom brukerne og Fredlund som institusjon. Selve det at institusjonen hadde en lang historie, var med på å forme stedets – og dermed brukernes – identitet.

Tidens betydning: kontinuitet og trygghet

I antropologisk teori om sted har også tiden en viktig plass. Å ha minner om steder og på steder innebærer å ha en historie om seg selv. Ikke bare knytter vi vår egen historie til steder der vi selv har opplevd ting; når et sted er viktig for oss, knytter vi også vår egen identitet til stedets historie lenger tilbake. Stedets historie blir en historie om oss selv, og selve stedet blir et slags minnealbum over vår faktiske og assosierte fortid. Antropologen Trond Thuen (2001) snakker om fortidens mange representasjonsformer i nåtiden: Vi knytter oss til fortiden gjennom identifisering med sted, folk og slekt. Fortiden vil også være innskrevet som materialitet i arkitektur, omgivelser og landskapsformer. Mange kunne ikke tenke seg å selge slektsgården eller hytta de har arvet etter besteforeldrene. Det ville være å selge en del av seg selv.

Det at Fredlund rent fysisk var et gammelt hus med et imponerende eksteriør og et ærverdig interiør, bidro til å skape en følelse av historisk sus hos mange av dem som oppholdt seg der, en følelse av at fortiden var nærværende. En bruker, en ung mann som ikke hadde vært på Fredlund så lenge, kommenterte takhøyden, utskjæringene og de gamle maleriene og sa at han følte at det å komme til Fredlund var "å komme til en annen tid". Han var glad for at det i det minste var tv og pc der, slik at det var noe han følte at han kunne forholde seg til. For ham virket det gamle først og fremst fremmedgjørende, og slik var det sikkert også andre som opplevde det. Men for dem som hadde vært en stund på stedet, talte omgivelsene tvert imot om en etablert stedsidentitet, stabile rammer og felles historie. En ansatt, Terje, sa det slik:

– Vi har eksistert lenge, vet du. Og hvis du ser deg rundt, merker du jo med én gang at det ikke bare er vi som er gamle.

Han flyttet blikket fra meg, kikket rundt seg i rommet og slo ut med armene:

– Se på dette, det er ikke verst, hva? Det er et ganske staselig hus. Og det er gammelt. Det blir en egen stemning i sånne hus, noe helt spesielt. Og vi er vel på en måte blitt en del av inventaret, kan du si. Vi som jobber her, blir værende.

Han så lurt på meg og smilte litt: – Og det kan jo være på både godt og vondt.

En bruker uttrykte omtrent nøyaktig det samme fra sitt perspektiv: – En kan nesten si at det ikke bare er huset som er verneverdig, men også de ansatte.

Om bemanningssituasjonen sa brukeren Line følgende:

– Det er ikke bare huset som er gammelt. De ansatte har jo vært her en mannsalder. Når de først begynner å jobbe her, så slutter de aldri. Vi vet hvor vi har dem, for vi kjenner hverandre godt etter hvert. Sånne ting er blitt en mangelvare i psykiatrien, for andre steder er det ofte mye utskiftninger. Personale slutter og nye kommer. På sånne steder blir det liksom ingen ro. Men det har vi her.

Huset var mye eldre enn Fredlund som institusjon, men husets historie var med tiden blitt Fredlunds historie. I virkeligheten er ikke institusjonen Fredlund spesielt gammel, den har eksistert i snart førti år, og rent formelt har historien heller ikke vært spesielt stabil: Det norske psykiatriske systemet har i perioden gjennomgått mange ideologiske og organisatoriske endringer, og Fredlunds institusjonelle tilhørighet har endret seg med det.

I praksis har stedet likevel forandret seg relativt lite. Mange psykiatriske institusjoner preges av stadige utskiftninger av særlig personale, men også av brukere. Slik har det ikke vært på Fredlund i samme grad. Flere av de brukerne og ansatte som var der da jeg gjorde feltarbeid, hadde vært tilknyttet institusjonen svært lenge, noen helt siden oppstarten. Det betyr at de hadde hatt Fredlund som et av sine viktigste tilholdssteder i nærmere førti år. Som de ovenstående sitatene viser, var det flere, både blant brukere og ansatte, som satte denne sjeldne stabiliteten i forbindelse med selve husets alder og historie. De ansatte var blitt "en del av møblementet" og "verneverdige", ikke bare fordi de hadde vært der lenge, men også fordi huset var gammelt. Man kunne kanskje si at stedet "lånte" institusjonen og menneskene av sin elde og varighet. Rent logisk har man ingen dekning for en slik påstand, men det synes riktig å hevde at stedets "atmosfære" og representasjonene av fortiden var med på å skape både stedets identitet og menneskenes selvforståelse.

Rutiner skaper kontinuitet

For mange av brukerne på Fredlund var kontinuiteten i hverdagen svært viktig. Det gjaldt ikke bare den kontinuiteten som lå i at de selv og de ansatte hadde vært der lenge,

men også den som ligger i faste rutiner og forutsigbare rammer. Mange av gruppene på Fredlund hadde som sagt eksistert i årevis, og i mange tilfeller var det også en fast kjerne av brukere som hadde deltatt lenge. Mens jeg var der, var fremmøtet veldig stabilt i de fleste gruppene, og i kunst- og uttrykksterapigruppen kom alle så å si hver eneste gang. Delvis handlet det om å ha noe å se frem til. En bruker sa at tirsdagen var ukens høydepunkt, for da var det kunst- og uttrykksterapi, og andre sa lignende ting om sine grupper. Men for mange handlet det også om at gruppene strukturerte tiden og skapte et meningsfullt forløp. Slik virker jo rutiner for mange av oss. Men mange psykisk syke er uføretrygdet og dermed ikke i jobb, og fordi de har få faste holdepunkter i hverdagen, kan det føles som om tiden går sakte. Gruppene og de andre faste aktivitetene på Fredlund motvirket denne følelsen.

Mange av gruppene hadde faktisk nærmest rituallignende funksjoner: trimgruppen gjennomførte det samme programmet hver gang, to av gruppene innledet alltid med fysiske øvelser og bevegelser, to grupper spiste felles lunsj ukentlig. Særlig vedlikeholdsgruppens arbeid var sesongbetont og var dermed også med på å markere årstidenes gang for deltakerne. Knut gjorde et poeng ut av dette:

– Vi gjør jo mange av de samme tingene fra årstid til årstid. Om vinteren måker vi snø og strør veiene. Det kommer ofte mye snø her fra januar til mars, og det bor mange mennesker i området som ikke er så gode til beins. Det skulle tatt seg ut hvis de hadde kommet skliende ned bakken her. Nei, det går jo ikke an! Det er best at vi holder veiene i orden. Og nå som våren snart er her, må vi til med å feie bort all grusen som vi har strødd med i vinter. Det er en støvete jobb, kan du tro. Da er det best å ikke kle seg i finklærne.

Han lo høyt og så på meg.

– Ja, du vet jo hvordan det er, du var jo med på det her forleden. Og snart er det tid for gressklipping og lusing, for nå blir det jo vår. Da begynner vi med hagearbeid og sånt. Og et par ganger i året arrangeres det loppemarked her på huset, og da er vi i gruppen med på å samle inn lopper som vi så bærer inn i stuen. Og når det er over, bærer vi det som er til overs tilbake på loftet. Hvis det er tunge ting, er det jeg som pleier å bære. Jeg og Jan. Vi er vant til å bære sammen, vi to.

På Fredlund ble alle høytider behørig markert. Selv fastelavn var inkludert. Da dukket det opp en mengde ris på bordene, og det ble servert fastelavnsboller til lunsj. Til jul ble det pyntet og bakt, og i de gamle stuene ble julestemningen en helt annen enn den ville

ha blitt i linoleumskledde korridorer. En del av brukerne tilbrakte alle høytidene på stedet.

Alle disse rituelle repetisjonene utgjorde et mønster av mening som også knyttet seg til stedet Fredlund. De ble en del av en kollektiv hukommelse om stedet og livet der. Thuen retter fokus mot ritenes og repetisjonenes betydning for følelsen av å stå i forbindelse med fortiden. Merkedagene er også med på å etablere en kollektiv hukommelse (2001: 12). På samme måte som et sted kan tradisjoner representere fortiden og en felles historie. Når ritualene år etter år foregår på det samme stedet, veves ritualenes og stedets meninger sammen. Ritualene er med på å "beskrive" rommet i Low & Lawrence-Zúñigas betydning av ordet, samtidig som stedets historie preger ritualene. Stedet og ritualene styrker hverandres mening som befestes i erindringen til dem som deltar år etter år. For mange av dem som hadde vært en stund på Fredlund, skapte ritualene en følelse av felles historie som gav felles tilhørighet og identitet (jf. også Thuen 2001: 9).

Å ha en historie:

"Her er jeg noen"

Stedet Fredlund fantes selvsagt i flere utgaver for mange ulike mennesker. Men i alle fall for de brukerne – og ansatte – som hadde vært der lenge, var det mange faktorer som virket sammen og skapte en følelse av tilhørighet, ro, trygghet og normalitet. Det var alderdommeligheten som fulgte med selve huset, og det var aktivitetene som foregikk der, den institusjonelle og sosiale åpenheten, kontinuiteten, rutinene og ritualene. Flere brukere understrekte at de følte seg trygge når de var på Fredlund. Trygghet er særlig viktig for mange psykisk syke, for den bidrar til å skape stabilitet i livene deres. En bruker sa det slik:

– Jeg har hatt kontakt med Fredlund i over femten år. Tidligere bodde jeg i egen leilighet i en annen bydel, men når jeg hadde dårlige perioder og trengte skjerming og oppfølging, fikk jeg lov til å komme og bo på et lite rom på Fredlund. Det var så godt og trygt å komme hit da, og jeg behøvde ikke å ta

ansvar for annet enn å holde orden på nattbordet. Alt annet kunne jeg slippe, for jeg visste at de tok vare på meg.

Også de som hadde flyttet ut, la vekt på at de følte seg trygge på at de kunne komme tilbake, eller komme innom, når det trengtes. For Fredlund var fremdeles litt "deres". "Det er dette som er hjemme," sa en av de utflyttede brukerne. Nettopp fordi det fantes et slikt trygt hjem som fremdeles besto og var åpent for ham, ble livet utenfor også lettere å takle. For ham, som for mange andre, var nærheten til Fredlund viktig for å mestre hverdagen. Britt, en av de ansatte, så dette som Fredlunds hovedfortjeneste:

– Hvordan tror du det er mulig å holde såpass mange mennesker flytende? Jo, det skal jeg fortelle deg: Det er fordi vi gjennom mange år har bygd opp tillitsfulle relasjoner til brukerne. De stoler på oss. De vet hvem vi er. Det skaper trygghet, som igjen bidrar til å skape stabilitet i livene deres. Dette er noe som er viktig for oss alle, men for psykisk syke er det ofte enda viktigere. Når de har dårlige perioder, trenger de noen som kjenner dem. Noen som allerede vet hva de sliter med, for i en slik fase er det ikke enkelt å skulle forholde seg til ukjente. Og relasjonsbygging tar tid. Her på stedet finnes det en del strukturer som bidrar til å holde folk oppe. Det sitter i veggene. Og slike ting skal man ikke kimse av!

Også Britt så altså en forbindelse mellom tryggheten og stedet selv: "Det sitter i veggene."

Men Fredlund betydde ikke bare trygghet. Stedet bar også i seg en mening for dem som brukte det; det var med på å utgjøre deres historie om seg selv. Alle forstår vi oss selv i forhold til ulike steder og de ritualene og menneskene som hører til der og gir stedene mening. Skal vi fortelle om oss selv, forteller vi om skole og barndomshjem, og om eget hjem, jobb og hytte, stamkafeen, gatene vi vandrer i, treningsstudioet der vi trener, ja, selv bilen vi kjører i. Til sammen utgjør alt dette vår plass i verden. Jo flere slike steder og tilhørende ritualer og grupper vi er knyttet til, jo flere bein har vi å stå på.

Psykisk syke opplever ofte at de faller utenfor på arenaer som vi andre tar som en selvfølge. Men Fredlund gav sine brukere tilknytning til en historie, det gav dem faste rutiner, det gav dem et sted å være og mulighet for et sosialt nettverk, og det tilbød noe som var større enn summen av alt dette, noe undefinerbart, trygt som "satt i veggene". Et sentralt poeng i dette kapittelet har vært at for brukerne fremsto ikke Fredlund som en

institusjon, men som et hjem og tilholdssted. Dette gav dem en følelse av normalitet og av å ha en identitet som gikk ut over pasientrollen, diagnosen og symptomene. Her hadde de en arena der de opplevde at de fungerte, og der de ikke falt utenfor. For de av brukerne som hadde vært på stedet svært lenge og hadde få andre arenaer de følte at de behersket, var dette helt avgjørende. "Her er jeg noen," sa en bruker. For ham representerte ikke Fredlund ett aspekt av hans historie om seg selv. Det var langt mer: Fredlund var det som gav ham en identitet overhodet. For dem som hadde det slik, ville det å miste Fredlund ikke bare være å miste noe av meningen og kontinuiteten i hverdagen, ikke bare å miste en normaliserende arena, men i ytterste konsekvens å oppleve et fullstendig identitetstap.

3 OPPTRAPPINGSPLANENS HISTORISKE BAKTEPPE

“... langt på vei er psykisk helsevern kneblet av historien. Dagens institusjoner er bygget med utgangspunkt i gårsdagens behandlingsfilosofi, tidligere tiders kultur og oppfatninger. 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 de bor, mest mulig innlemmet i samfunnet” (St. meld. 25 (1996–97): 24, her sitert fra Foss 2008: 213).

De psykiatriske helsetjenestene i Norge er i ferd med å gjennomgå store forandringer som et resultat av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Forandringen består først og fremst i at institusjonene bygges ned, til fordel for et desentralisert psykiatrisk helsetilbud som skal opprettes ute i kommuner og bydeler. Målet er at brukerne skal bo utenfor institusjoner og være integrert i lokalsamfunnet. Dette er et brudd med en svært veletablert tradisjon for håndteringen av mennesker med psykiske lidelser, som helt siden middelalderen har foregått blant annet i egne institusjoner.

Endringene som OP er en del av, har sammenheng med forandringer i organiseringen av velferdsstaten. Men som det fremgår av stortingsmeldingen over, som dannet bakgrunnen for OP, har også et kritisk historisk blick på institusjonene vært med på å drive frem reformen. For å forstå OP i kontekst kan det derfor være nyttig med et overblikk over institusjonenes historie og historiografi: Hva slags institusjoner har eksistert, hva slags legitimering har de hatt, og hvordan er de til ulike tider blitt reformert og kritisert? Dette har variert med hvilket syn man til enhver tid har hatt på ”galskap”.

Det er ikke gitt at det vi kaller psykisk sykdom, må oppfattes som noe medisinsk. Riktignok var det slik allerede innenfor den greske legevitenenskap omkring 400-tallet f.Kr., men både før denne tiden og i senere europeisk historie (og fortsatt i mange samfunn) har man antatt at "galskap" skyldtes djevelbesettelse, demoner eller magiske vesener som påvirket sinnet. Dette perspektivet fikk fryktelige konsekvenser fra ca. 1450 og utover, da hekseprosessene tok livet av et stort antall sinnslidende i Europa (Hermundstad 1999). Andre steder og i andre kulturer har man hatt sjamaner som gjennom spesialiserte ritualer skulle drive ut de onde åndene. Enkelte steder benyttet man såkalt trepanasjon, man boret et hull i kraniet, for å befri åndene som var fanget der inne. I Egypt har man funnet slike kranier som er over ti tusen år gamle. I et krysskulturelt perspektiv kan den psykiatriske behandlingsmetoden lobotomi, der man kutter over en viss forbindelse mellom høyre og venstre hjernehalvdel (anvendt i Norge frem til ca. 1970) sees som et eksempel på en vedvarende tro på kirurgisk behandling av psykisk lidelse (Tranøy 1991).

Den store innesperringen

Den kritikken av psykiatriske institusjoner som ligger bak OP, har sammenheng med mer overordnede endringer i velferdsstaten som jeg skal komme tilbake til senere i dette kapittelet. Men de kan også knyttes til at det siden 1960-tallet har blitt gjort en rekke kritiske analyser av de psykiatriske institusjonenes funksjon og legitimering. Slik blir også historieskrivningen en del av institusjonens historie.

Den fremste representanten for en slik kritisk historieskrivning er Michel Foucault. Med boken *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (2003 [1961]) plasserte han den moderne institusjonens oppkomst midt på 1600-tallet, i en prosess han kalte "den store innesperringen". På denne tiden, hevdet han, ble de gale for første gang plassert i store interneringshus flere steder i Europa. Dette foregikk innenfor en forståelse av galskap ikke som sykdom, som et ordensproblem som måtte begrenses.

Foucaults tese er at de gale ved "den store innesperringen" for første gang ble skilt ut som en egen gruppe, og definert som et moralsk onde. De overtok de spedalskes stilling som samfunnets utstøtte, og behandlingen de fikk, var deretter. Særlig skildrer han de umenneskelige forholdene ved L'hôpital général i Paris: I 1656 ble flere eksisterende institusjoner i byen slått sammen til et enormt interneringshus for fattige, arbeidsløse, forbrytere og gale. Hospitalet fungerte først og fremst som ordensinstans, og det ble tatt i bruk midler som stokker, lenker og fangehull for å disiplinere de internerte (Foucault 2003: 49).

Et premiss for Foucaults analyse er at de gale gjennom middelalderen og i tidlig renessanse ikke ble utstøtt av samfunnet, men ble betraktet med både medynk og fascinasjon. Galskapen ble sett på som en del av livet, og også som en mulig kilde til visdom. Først på 1600-tallet ble galskapen redusert til noe umoralsk på grunn av endrede samfunnsstrukturer; i det etter-føydale samfunnet ble de gruppene som ikke kunne bidra til produksjonen, utskilt som umoralske og ekskludert som de spedalske før dem.

Man kan knytte Foucaults analyse til den analysen antropologen Mary Douglas har gjort av hvordan samfunn behandler sine anomalier. Idet samfunnet forandrer seg, fremstår nye grupper som tvetydige og avvikende, noe som kan fremkalle ulike reaksjoner på individuelt og institusjonelt nivå (Douglas 1997: 54, 180). Én slik reaksjon er klassifisering, en annen fysisk kontroll, en tredje at det avvikende defineres som farlig, en fjerde at man holder seg unna det. Foucaults beretning involverer alle disse reaksjonene: De gale ble definert som et moralsk problem og som farlige, og de ble fysisk disiplinert og isolert fra samfunnet for øvrig.

Det må sies at ikke alle har vært enige i Foucaults fremstilling av galskapens historie. Forskning på middelalderlitteratur har vist at de spedalske sannsynligvis ble bedre behandlet enn det Foucault hevder, mens forholdene for de gale i førmoderne tid sannsynligvis var verre enn Foucault fremstilte dem (Midelfort 1994). Sinnssyke ble ofte innesperret i små fengselsceller. Man kjenner også til asylter fra lenge før 1600-tallet: Allerede i det åttende århundre ble det opprettet slike anstalter i Bagdad og Fez, og Europa fikk sitt første asyl i Bergmani i Italia i 1352. Mer kjent er Bethlem Royal Hospital

i England, som ble åpnet i 1377, og som først og fremst er beryktet for sin brutale behandling av de internerte. Forskning har også vist at det ble etablert flere asyls utover på 1400-tallet, mye tidligere enn Foucault hevdet. Den mengden interneringsanstalter som senere oppsto i Europa, var derfor ikke utelukkende et resultat av 1600-tallets undertrykking. Forskning viser også at det på asylene foregikk forsøk på behandling av de gale, ikke bare disiplinering. Mange ble også sluppet ut igjen hvis de viste tegn til bedring (*ibid.*).

Alt i alt er det grunnlag for å si at det er for mye variasjon innen én periode og for mye kontinuitet mellom periodene til at Foucaults epokebeskrivelser alene kan legges til grunn i en fremstilling av psykiatriens historie. Men Foucault har utvilsomt lagt et viktig grunnlag for et kritisk syn på institusjonene og deres virksomhet. Hans historiske analyser kom samtidig med annen kritikk som ble rettet mot institusjonene, og som fremdeles ligger under de psykiatriske reformene i dag. Jeg vil derfor trekke inn hans perspektiver også senere i kapittelet. Det skal omhandle de to viktigste endringene i institusjonenes liv, nemlig hvordan de på 1800-tallet gikk fra å være oppbevaringsanstalter til å drive med medisinsk behandling, og hvordan de fra midten av 1900-tallet kom under kritikk og etter hvert ble bygd ned, en utvikling som i Norge foreløpig kulminerer i OP.

Galskap blir sykdom: fremveksten av den psykiatriske vitenskapen

Tidlig på 1800-tallet ble psykiatrifaget utviklet som en akademisk vitenskap, og særlig var dette tydelig i Tyskland. I 1808 innførte den tyske medisinprofessoren Johann Christian Reil betegnelsen "psykiatri", sammensatt av de greske ordene *psyche*, sjel, og *iatros*, lege. Helt siden den greske antikken hadde psykologifeltet vært en gren av filosofien, og man hadde vært opptatt av å undersøke menneskets sansning, tenkning, hukommelse og følelser. Men ifølge Reil var dette ikke tilstrekkelig til å undersøke syke

sinn. Han mente at det var behov for en ny betegnelse for diagnostikk og behandling av sjelens sykdommer (Hermundstad 1999: 19).

I 1811 begynte den offisielle undervisningen i faget i Leipzig, og den første psykiatriske avdeling ble opprettet i 1865. Men psykiatrien utviklet seg parallelt også i andre land, og i USA ble flere medisinske behandlingstilstander for sinnssyke opprettet allerede i 1820-årene. Det første private asyl, kalt *Asylum for the Relief of Persons Deprived of the Use of Their Reason*, åpnet i 1817 og ble drevet av kvekerne i Philadelphia. Dette var første gang psykiatrien ble skilt ut som et eget fagområde, noe som etter hvert fikk tydelige konsekvenser for hvordan ulike samfunn kom til å forholde seg til sinnslidende mennesker.

Den franske legen Philippe Pinel er blitt kalt "den moderne psykiatriens far", og han er kjent for sitt sterke bidrag til utviklingen av en mer human behandling av psykisk syke. Han var ansatt ved Bicêtre, en stor psykiatrisk anstalt i Paris, hvor han utviklet en ny psykologisk behandlingsmetode. Denne var basert på tett kontakt med og observasjon av pasientene, og Pinel var nøye med å nedskrive pasientenes livshistorier og sykdomsforløp. Han skrev så en "*Traité médico-philosophique*" om sin psykologiske tilnærming, utgitt i 1801. Denne ble oversatt til engelsk (*Treatise on Insanity*) og fikk siden enorm innflytelse på både fransk og angloamerikansk psykiatrisk behandling.

Foucault var imidlertid sterkt kritisk til at Pinel fikk æren for å ha frigjort de gale fra asylenes lenker (Midelfort 1994). I hans øyne var Pinel og hans kompanjong William Tuke oppfinnere av nok en dehumaniserende behandlingsform. Foucault viste til at Pinels psykologiske behandlingspraksis omfattet brutale metoder som aversjonsterapi, tvangstrøyer og iskalde bad, som ble gjentatt til pasienten fremviste ønsket atferd. Slik Foucault så saken, var ikke dette noe fremskritt. Når legene frigjorde de gale fra fysiske lenker, innførte de samtidig en annen form for underordning: Direkte maktbruk ble bare erstattet av en mer indirekte makt i form av moralsk disiplinering.

Mary Douglas (1997) har gjort seg lignende refleksjoner omkring hvordan forholdet mellom anomalier og normalitet er blitt håndtert i vestlige samfunn etter at det moralske aspektet har blitt tonet ned og et vitenskapelig blikk har kommet i stedet. Hun påpeker at selv om skillet anomali-normalitet fremstår som "nøytralt" og "objektivt" innenfor

spesialiserte kunnskapsfelter, er kunnskapen aldri fullstendig nok til at de symbolske og kulturelle utestengningsmekanismene forsvinner. Med hennes terminologi kan man si at med Reil og Pinel begynte en omklassifisering av anomalien "de gale". De gikk fra å være umoralske til å bli syke, men det innebar ikke nødvendigvis at utdefineringen av dem fra samfunnet og behovet for å kontrollere dem bortfalt: "Kunnskaper er alltid mangelfulle. Tvetydigheten ligger alltid på lur. [...] Vitenskapen har ikke ført til at vi har fått en ny type mennesker som ikke ønsker å dominere hverandre" (*ibid.*: 181).

Institusjonenes historie i Norge

Den større historien jeg her har fortalt, gjenspeiles i den nasjonale. Gjennom middelalderen var det ingen institusjoner beregnet på sinnslidende i Norge, men på 1700-tallet oppsto det også her en idé om å opprette egne interneringssteder for de gale. I 1736 ble det, på grunnlag av et kongelig reskript, bestemt at de såkalte "milde stiftelser", og da særlig hovedhospitalene, skulle innrette noen av sine rom til forvaring av sinnslidende (Retterstøl 1995). Ifølge kriminologen Jane Dullum (2007) ble det derfor opprettet bygninger i tilknytning til allerede eksisterende hospitaler og fattighus hvor de gale skulle bo. Disse stedene fikk betegnelsene "dollhus", "dårehus" eller "dårekister".

I 1777 fikk Norge sitt første rene "dollhus for afsindige" ved Oslo Hospital i Gamlebyen (Abrahamsen 2000; 1988). Dollhuset ble siden et forbilde da Kristiania kommune i 1829 åpnet sin egen avdeling for sinnssyke ved arbeidsanstalten Prinds Christian Augusts Minde. Denne ble i 1835 utvidet til å huse i overkant av tjue mennesker. Dollhusene hadde ingen form for medisinsk behandling å tilby, og drev kun med innesperring og oppbevaring (*ibid.*).

Dette forandret seg imidlertid med utviklingen av psykiatrien som fagområde utover på 1800-tallet. I Norge kom legen Herman Wedel Major til å spille en viktig rolle i denne utviklingen. Han utførte i 1840-årene en stor undersøkelse for å kartlegge pleiesituasjonen og levekårene til de sinnssyke, og presenterte sine resultater i en *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge* i 1846. Major slo fast at sinnssyke i Norge

hadde svært vanskelige livsvilkår. Mesteparten av tiden var de innesperret i usunne lokaler hvor de ikke hadde noe å beskjeftige seg med, noe som gjorde dem passive og innesluttet. Og de som var satt til å passe dem, var ofte såkalte løsgjengere og dagdrivere som hadde adgang til syke av begge kjønn, noe som resulterte i overgrep, mye uro og drikkfeldighet. Major påpekte at man måtte betrakte sinnslidelse som en sykdom og prøve å helbrede den (Retterstøl 1995). Til det formål trengtes det både utdannede leger, annet personale og en annen type anstalter.

Majors rapport var grunnlaget for at det i 1848 ble innført en *Lov om Sindsyges Behandling og Forplejning*. Med denne loven ble omsorgen for dem med de alvorligste psykiske lidelsene en oppgave for det statlige helsevesenet. Dermed ble sinnssyke også skilt ut som en egen gruppe for første gang: behandlingen av dem var ikke lenger integrert i den generelle fattigpleien.

Hundre år med utbygging

I 1855 ble Gaustad sykehus opprettet som det første statlige sykehus i Norge for behandling av mennesker som led av "sindssygdøm". Major hadde etterlyst et asyl hvor de syke skulle få pleie og behandling, og han vektla en mest mulig human behandling av beboerne. Klassifisering av de syke var her et viktig element, og dette nedfelte seg fysisk ved at det ble opprettet ulike sykehusavdelinger basert på kjønn, sosial klasse (såkalte dannelsesstrinn) og sykdommens art (Retterstøl 1995).

Institusjonaliseringen gikk nå fra å være ren oppbevaring til å bli betraktet som en behandlingsform i seg selv. Asylet på Gaustad ble bevisst lagt utenfor Kristiania slik at de syke kunne få ro og hvile omgitt av naturen. Avstanden til byen gjorde også at befolkningen for øvrig ble skjermet fra disse aller sykeste, samtidig som de syke fikk være i fred fra andre. Arkitekturen på Gaustad var inspirert av det franske sinnssykeasylet i Auxerre, og man ønsket at utformingen av bygningene skulle bidra til pasientenes helbred. Asylene var ledet av psykiatere, som ofte påtok seg en tydelig oppdragerrolle overfor de innlagte, og de syke både bodde, arbeidet og hadde sin fritid på stedet (Dullum 2007).

Da sykehuset ble åpnet, fikk det i tillegg til nasjonal oppmerksomhet også internasjonal anerkjennelse, og i samtiden ble det ansett som et svært moderne sykehus. Imidlertid ble det tatt i bruk relativt eksperimentelle behandlingsmetoder. Behandlingen skulle rettes mot den sykes sjel, ikke kun mot kroppen, og selv om fysiske tvangsmidler fremdeles ble brukt, ble disse langt på vei erstattet av et fokus på utdanning og arbeid. Gjennom ulike former for sysselsetting bidro mange av de innlagte med inntekter til sykehusene. Det ble også arrangert selskaper og utflukter, som blant annet skulle lære de syke dannede omgangsformer (*ibid.*).

Gaustad var ikke enestående. Årene med sinnssykeloven av 1848 var preget av en kraftig utbygging av spesialinstitusjoner for sinnssyke. Nyetableringer fant vesentlig sted frem til 1920, mens utvidelser ble gjort helt frem til 1950-tallet. Men ganske raskt utviklet det seg likevel et stort problem med overbelegg, som gjorde at mange sykehus knapt fungerte som helbredelsesinstitusjoner. Institusjoner for sinnssyke i Norge utviklet seg derfor i to retninger: Sinnssykehus, som fungerte som behandlingsinstitusjoner, og pleiehjem, som var langtidsinstitusjoner for personer som man anså som uhelbredelige. Pleiehjemmene ble i praksis oppbevaringsanstalter, for i mangel av andre tilbud ble pasientene gjerne boende livet ut (*ibid.*).

Nye behandlingsidealer: nedbygging av institusjonene

Den over hundre år lange tradisjonen for utbygging av institusjoner avtok mot midten av 1900-tallet. Flere faktorer kan bidra til å forklare nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene, og blant andre Foss (2008), Dullum (2007), og Skårderud (1984) har fremhevet at det skjedde store endringer i de psykiatriske profesjonenes behandlingsideologi. Tidligere tiders syn på psykisk sykdom som lokalisert i kroppen, ble i 1920-årene erstattet av en forståelse av mennesket som sjel i tillegg til kropp. Denne nye Freud-inspirerte innsikten medførte at sinnslidelser nå ble tolket som en konsekvens av sjelelige påkjenninger. På 1940-tallet ble også individets sosiale omgivelser tatt med i

betraktningen, og psykiske lidelser ble sett i sammenheng med relasjoner til familie og venner. Dermed begynte man å reise tvil om de isolerende institusjonene var velegnede steder for behandling.

Samme år som Foucault lanserte sin historiske kritikk av institusjonene med beretningen om "den store innesperringen", utformet den kanadiske sosiologen Erving Goffman en mer samtidig kritikk utkrystallisert i uttrykket "totale institusjoner" (Goffman 1983 [1961]). Goffman hadde selv gjennomført feltarbeid i et stort amerikansk psykiatrisk sykehus, og basert på sine erfaringer derfra beskrev han en total institusjon som et oppholds- og arbeidssted hvor sinnslidende sammen førte en innelukket tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor. Institusjonen var satt til å ivareta alle beboernes behov. De sov, spiste, arbeidet og oppholdt seg der mesteparten av tiden, og som regel var deres sosiale omgang begrenset til menneskene som var tilknyttet institusjonen.

I forlengelsen av dette presenterte Goffman begrepet "institusjonalisering", som en beskrivelse av pasientenes reaksjon på de byråkratiske strukturene han mente at fantes i de totale institusjonene. Institusjonalisering innebærer at en bruker eller pasient blir sittende fast i rollen som hjelpetrengende etter lang erfaring med eller opphold på institusjon. Brukerne utvikler over tid en tilknytning til institusjonens faste rammer, samtidig som kontakten med verden utenfor blir redusert. Med arbeider som Goffmans og Foucaults var institusjonenes rolle i ferd med å bli omdefinert. Det ble rettet stadig mer kritikk mot den tradisjonelle institusjonsbehandlingen, og det ble lagt større vekt på at pasientene skulle skape relasjoner utenfor institusjonens vegger.

Endringene i den psykiatriske behandlingssideologi hadde også sammenheng med en stadig større satsning på farmakologiske preparater. 1950-tallet markerte begynnelsen på den moderne farmakologi, og bruk av medisiner ble etter hvert stadig mer utbredt. Legemiddelet klorpromazin ble i løpet av få år anvendt over store deler av den vestlige verden, og det ble ansett som svært virksomt mot psykiatriske symptomer (Dullum 2007: 7). De neste tiårene ble det utviklet stadig flere medikamenter, som i kombinasjon med annen form for behandling medførte at mange innlagte kunne klare seg selv i større grad, skrives ut fra institusjoner og flytte tilbake til sine lokalsamfunn.

I 1961 kom det også en ny lovgivning, *Lov om psykisk helsevern*, som gjenspeilte de nye behandlingssidealene. I lovteksten er det tydelig at man ikke lenger ønsket at behandlingen av psykisk syke primært skulle foregå ved langvarige innleggelse i institusjon. Loven oppfordret til en nedbygging av de psykiatriske sykehusene. Dette skulle foregå ved at sykehusene fikk mer begrensede funksjoner. De skulle fremdeles ha ansvar for de aller sykeste, men deres virksomhet skulle hovedsakelig være konsentrert om selve behandlingen. De friskere pasientenes øvrige behov skulle heretter ivaretas av kommunenes helse- og sosialtjenester i lokalmiljøene (Dullum 2007). Ved utgangen av 1960 fantes det over 11 000 institusjonsplasser for psykisk syke. I 1997 var antallet redusert til omtrent det halve, og det fortsatte å synke.

Nyliberalismens innflytelse

Ved siden av kritikken mot institusjonene og utviklingen av nye medisiner var nedbyggingen av psykiatriske institusjoner også knyttet til et behov for å redusere velferdsstatens utgifter til helse- og sosialsektoren. Et stadig økende statlig engasjement og ansvar førte til kraftig vekst i trygdeutbetalinger og andre sosiale kostnader. Parallelt med dette ble de psykiatriske institusjonene dyrere å drive, blant annet på grunn av økende lønnskrav fra de ansatte, og fordi det på 1960- og 70-tallet kom krav om at de fysiske standardene ved institusjonene måtte forbedres (Dullum 2007).

Institusjonsinnleggelse er i utgangspunktet svært dyre, og når de statlige utgiftene nå økte ytterligere, ble det nødvendig med kostnadsbesparende behandlingstilbud.

Denne utviklingen var mer omfattende enn bare helse- og sosialsektoren: Den sosialdemokratiske velferdsstaten ble på mange områder ansett som gammeldags, byråkratisk og ulønnsom. Mange land hadde akselererende vekst i offentlig sektor samtidig som økonomien befant seg i en bølgedal. Det oppsto krav om at velferdsstaten måtte effektiviseres og moderniseres (Hammerstad 2006), og i mange land ble det iverksatt store tiltak for å oppnå dette. I Norge er OP en del av denne reformbølgen.

Det ideologiske utgangspunktet for mange av disse moderniseringsprosessene omtales gjerne som *New Public Management* (NPM) (f.eks. Sørhaug 2003; Hammerstad 2006).

NPM stammer fra den anglosaksiske verden, og land som Australia, New Zealand og

Storbritannia har vært sentrale, både i definering av hva NPM er, og i implementeringen av den i offentlig sektor. NPM er basert på både vitenskapelige og politiske ideer i skjæringspunktet mellom nyliberalismens og velferdsstatens ideologier. Målet bak NPM har vært å skape en mer brukerrettet organisering og å begrense den offentlige reguleringen, og å oppnå begge deler gjennom å effektivisere offentlig sektor basert på modeller fra det private næringsliv. Brukeren av disse offentlige tjenestene er en kunde, som i motsetning til klienten og borgeren, forventes å handle som et selvstyrende, nyttemaksimerende individ i et marked (Sørhaug 2003: 59).

Også i Norge har det de siste årene blitt innført mange reformer i offentlig sektor. Bak dette lå en tilnærmet tverrpolitisk enighet om at det offentlige ikke klarte å tilfredsstille det moderne samfunnets krav til effektivitet og tilpassede tjenester (Hammerstad 2006). Reformene begynte så smått å komme på 1980-tallet.

En av de mest kjente av de tidlige reformene er HVPU-reformen, som kom i 1991, og innebar at psykisk utviklingshemmede ble flyttet fra fylkeskommunale institusjoner og ut i leiligheter i kommunene. Reformen har altså klare likhetstrekk med Opptrappingsplanen.

I 1990-årene ble reformene mer bevisst satt på dagsordenen som et resultat av regjeringen Stoltenbergs satsning på modernisering av offentlig sektor (*ibid.*). Under Bondevik-regjeringene skjøt effektiviseringen virkelig fart, med store reformer som Foretaksreformen. Denne ble iverksatt fra 1. januar 2002. Den gikk ut på at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene og overførte det til fem statlige, regionale helseforetak. Dette medførte en dyptgripende omstrukturering av sykehussektoren som innebar langt mer enn overføring av eierskapet til staten. Kort sagt gikk omorganiseringen ut på å skape en mer helhetlig organisering og styring av tjenestene, endre rammene for politisk styring samt øke virksomhetenes ansvar og handlefrihet, i tråd med endringene i offentlig sektor for øvrig. De ulike helseforetakene fikk blant annet velge sin egen organisering, noe som resulterte i at alle, etter mal fra privat sektor, i dag ligner konserner med egne styrever (Gjertsen 2007).

Psykiatrireformer

Det sterke, internasjonale kravet om å modernisere offentlig sektor påvirket også organiseringen av det psykiatriske helsetilbudet. Her var Italia tidlig ute og ble stående som et foregangsland, for allerede i 1978 innførte landet en ny psykiatrilov her, kalt Riforma 180 (f.eks. Lunde 2008; Sagabråten m.fl. 2007; Serrano 2006; Brottveit 1991). I europeisk sammenheng er dette den mest radikale omorganiseringen av psykiatriske helsetjenester som noen gang har funnet sted. Reformens hovedmål var at behandlingen av psykisk syke primært skulle skje utenfor de store psykiatriske sykehusene, som nå skulle bygges ned. Implementeringen gikk gradvis: Fra 1982 ble det innført et forbud mot nye innleggelser, og først i 1998 ble asylene stengt for godt. Psykisk syke flyttet ut i boliger i kommunene og skulle følges opp i sitt eget nærmiljø.

Samtidig som de store institusjonene ble bygd ned, rettet man fokus mot å bygge ut lokale dagsentre og hjemmebaserte tjenester som skulle ivareta brukerne i nærmiljøene. Det er altså klare likhetstrekk mellom målsetningene i Riforma 180 og den norske Opptappingsplanen, selv om den kom mye senere.⁶

Stortingsmelding nr. 25: svikt i alle ledd

19. april 1997 la daværende helseminister Gudmund Hernes fram stortingsmeldingen som skulle bli forløperen for Opptappingsplanen for psykisk helse. Bakgrunnen for *Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Psykiatrimeldingen) var årelang kritikk av psykisk helsevern i Norge. I både Europa og USA hadde psykiatriske helsetjenester gjennom mange år vært heftig debattert, og hovedkritikken dreide seg om foreldede institusjoner og ensidig fokus på medisin og biologi som grunnlag for behandling av psykiske lidelser. Stortingsmelding nr. 25 gav en oversikt over status for de psykiatriske helsetjenestene og konkluderte med at det forekom svikt i alle ledd: "Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler

⁶ Fagfolk i sentral helseforvaltning i Norge har gjennom mange år vært i Italia og studert reformen og dens konsekvenser, liksom også italienske psykiatere har vært i Norge og forelest for helsepersonell og politikere om nye kunnskaper og erfaringer.

ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.”

Tittelen på stortingsmeldingen, "Åpenhet og helhet", *uttrykte* en programerklæring om en ny åpenhet i holdninger til psykisk sykdom, i motsetning til tidligere tiders fortielse, ekskludering og stigmatisering. I tilknytning til dette var det et overordnet mål at behandlingstilbudet til psykisk syke primært skulle lokaliseres i nærmiljøet i stedet for i lukkede institusjoner, og at flere psykisk syke skulle være bosatt i hjemkommunene, blant folk flest. Ordet *helhet* refererte til et ønske om at forebygging, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser nå skulle utgjøre et sammenhengende og samordnet tilbud, på tvers av skiller mellom ulike etater og forvaltningsnivåer (Gjertsen 2007).

Opptrappingsplanen for psykisk helse

På bakgrunn av dette sluttet Stortinget seg i 1998 til Regjeringen Bondeviks forslag til en åtteårig Opptrappingsplan for psykisk helse, Sttingsproposisjon nr 63 (1997/1998). Planen gav løfter om ekstraordinære bevilgninger og økonomiske virkemidler som skulle legge grunnlaget for å innfri målene i Sttingsmelding nr. 25, i alt ca. 25 milliarder kroner. Dette er den største helsereformen i Norge noensinne, og Opptrappingsplanen (OP) innebar en landsomfattende oppjustering av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

OPs overordnede målsetning var å styrke "alle ledd i tiltakskjeden" (punkt 1.1), og dette skulle oppnås gjennom en omfattende strukturendring. De store, etablerte psykiatriske sykehusene og institusjonene skulle i stor grad bygges ned til mindre spesialistenheter, for så å bli erstattet av et mer omfattende desentralisert tjenestetilbud. Heretter skulle henholdsvis kommuner/bydeler og distriktpsikiatriske sentre (DPS'er) stå for en langt større del av det psykiatriske behandlingstilbudet. Dette var basert på det grunnleggende syn at mennesker med psykiske lidelser er tjent med å integreres i lokalmiljøet og at oppfølgingen av dem fortrinnsvis bør foregå der de bor.

Gjennom budsjettbehandlingen av statsbudsjettet i 2003 ble planen utvidet med to år fra 2006 til 2008, og OP vil derfor i skrivende stund være inne i sitt tiende og siste år. Implementeringen av OP og konsekvensene av den på Fredlund vil bli nærmere diskutert i de neste kapitlene.

4 INTENSJONER OG OPPLEVELSER: ET SPØRSMÅL OM NORMALITET

Første gang jeg deltok i lunsjgruppen, helt i begynnelsen av feltarbeidet, la jeg merke til en liten gruppe mennesker som satt sammen i et hjørne av rommet. En av dem, Bjørn, virket opprørt mens han hvisket og gestikulerte ivrig mot de andre. Da en av gruppelederne, Elin, kom inn i rommet, henvendte Bjørn seg til henne og sa høyt:

– Jeg har hørt rykter om at lunsjgruppen skal legges ned, stemmer det?

Elin kikket overrasket på ham, og det gikk noen sekunder før hun fikk summet seg til å svare:

– Det er det ikke så lett å svare på, Bjørn, for vi er ikke sikre på hva som kommer til å skje ennå. Men det vi vet, er at vi blir nødt til å endre på noe av tilbudet fordi vi er en del av spesialisthelsetjenesten.

– Men hva innebærer det?

– Vi er jo en del av det distriktspsykiatriske senteret, som igjen tilhører sykehuset. Vi ...

Hun får ikke sagt mer før Bjørn bryter inn:

– Er dette et sykehus? Sånn opplever ikke jeg det! Det er ikke sengeposter her, og vi er ikke innlagt. Og dere driver jo ikke behandling, dette er et tilholdssted for oss. Et sted hvor vi kan møtes, ikke få behandling. Jeg har i alle fall ikke behov for terapi, jeg er ingen pasient. Pasienter er på sykehus!

Bjørn var åpenbart usikker og engstelig allerede i utgangspunktet, men det som fikk ham til å bli sint, var at Elin nevnte ordet "sykehus". For ham var ikke det et ord som Fredlund burde forbindes med: Fredlund var et tilholdssted, et åpent sted der han kunne komme og gå. Selvsagt var han klar over at stedet formelt sett var en psykiatrisk institusjon, men for ham, som for mange av de andre brukerne, hadde det ingenting med behandling eller terapi å gjøre. Ordet sykehus, derimot, gav ham assosiasjoner til

innleggelse, behandling og pasientrollen, som han ikke ønsket å bli forbundet med. Stedets nye tilknytning til sykehuset fremsto derfor som en provokasjon for ham; han ville ikke være "pasient".

Som jeg beskrev i kapittel 2, var det mange brukere som fortalte at de ikke så Fredlund som en institusjon og ikke følte seg som pasienter når de var der. For dem var det en nær forbindelse mellom disse tingene. At "institusjon" og "psykiatrisk sykehus" hadde så negativ valør for dem, hang sammen med deres opplevelse av at de som bodde på slike institusjoner, var marginaliserte og "unormale". Det er naturligvis en allmenn forestilling i vår kultur, og den er ikke vanskelig å forklare om man ser institusjonene i lys av begrepene til Douglas og analysene til Foucault (se kap. 3 her: 53): Institusjonene oppsto opprinnelig som sosiale "utestengningsmekanismer" hvis hensikt nettopp var å skille ut "de unormale" og skjerme "de normale" fra dem.

I tillegg til de allmenne negative assosiasjonene som følger med "psykiatrisk sykehus" eller "institusjon", er det nærliggende å tenke seg at Bjørns uvilje mot ordet sykehus hadde bakgrunn i personlige erfaringer som han delte med mange psykisk syke: Innleggelse finner ofte sted når de har dårlige perioder og sterke symptomer. Det er på sykehuset de er når livet er vanskelig. Bjørn bekreftet noe av dette da jeg noen uker senere snakket med ham om endringene på Fredlund. Han sa:

– Jeg synes fremdeles ikke det er riktig at Fredlund skal høre til sykehuset. Det er jo ikke sånn det er her. Jeg har vært innlagt flere ganger enn jeg kan huske, og ingen av stedene har vært som dette. Der blir du pasient, liksom. Syk. Og det er mange som er ganske dårlige der. Noen er helt ...

Han tapper pekefingeren mot pannen før han fortsetter:

... helt ute, vet du. Men ikke alle, selvfølgelig. Og mange blir jo bedre igjen, så det er viktig at disse stedene finnes. Men det jeg vil få frem, er at jeg ikke synes at Fredlund skal regnes med blant disse. Specialisthelsetjenesten. De er flinke her, det er ikke det jeg mener, men først og fremst er det jo et tilholdssted hvor folk kan komme som de vil. Jeg forstår ikke hvorfor de trenger å endre på det!

Både den truende nedleggelsen av lunsjgruppen og Fredlunds formelle tilknytning til sykehuset var resultater av den gradvise implementeringen av Opptrappingsplanen. Bjørns reaksjon på disse tiltakene var paradoksal tatt i betraktning at et av målene bak Opptrappingsplanen er å normalisere psykisk sykdom og fjerne stigmatiseringen som

har fulgt med institusjonslivet. Planens målsetning er at institusjonene skal bygges ned, og de psykiatriske helsetjenestene desentraliseres. Slik dette er formulert i Opptrappingsplanens "Mål og verdigrunnlag", skal behandlingen heretter foregå i "normaliserte former". Man ønsker å "reduere faren for utstøting". Det heter også at "å kunne leve et godt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode" (punkt 1.2). Poenget med de nye tilbudene som etableres ute i bydelene, er altså at de skal være normaliserende arenaer.

Å være integrert i "det samfunn og den kultur man er en del av" innebærer i OPs kontekst å være uavhengig av institusjonens begrensede sosiale miljø: I Planen heter det at brukerne skal sikres et "mest mulig normalt liv [...] gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv" (*ibid.*). Målet er at de skal knytte sosiale kontakter og inngå i et større fellesskap utenfor institusjonene.

I det følgende vil jeg se nærmere på de faktiske endringene som fant sted på Fredlund i forbindelse med OP og holde brukernes egne opplevelser opp mot de helt sentrale begrepene "integrering" og "fellesskap" i OP. Jeg vil vise at brukerne foreløpig ikke opplevde endringene på Fredlund som integrerende og fellesskapsfremmende. I stedet opplever de en følelse av ekskludering og tap. I diskusjonen av disse motsetningene trekker jeg på analysen av i kapittel 2, og viser hvordan implementeringen av OP skaper brudd på stedlig og sosial kontinuitet. Til slutt i kapittelet vil jeg komme tilbake til begrepet "normalitet". Jeg holder OPs anvendelse av begrepet opp mot brukernes opplevelser av normalitet og marginalisering, og viser hvordan OP og brukerne later til å konstruere begrepet normalitet forskjellig.

Integrering eller utestengning:

"ikke mye plass igjen til å leve"

Den integreringen OP har som mål, innebærer i praksis at flest mulig brukere av det psykiatriske helsetilbudet skal flytte ut fra institusjonene og ut i bydelene. De fleste Fredlund-brukerne bodde allerede i egne leiligheter, og de få som bodde på selve

institusjonen, hadde bare midlertidig rehabiliteringsopphold. Implementeringen av Planen medførte derfor ikke større endringer i folks boforhold. Men fordi Fredlund formelt var underlagt spesialisthelsetjenesten, måtte all virksomhet ved stedet være behandlingsrettet. Dette ble viktigere nå da implementeringen av OP virkelig skjød fart. Det ble diskutert hvor mye av stedets aktivitetstilbud som kunne sies å være behandling, og det var klart at i alle fall en del av det måtte avvikles. Denne avviklingen var en del av desentraliseringen, for tilbudet som ikke var behandlingsrettet, skulle heretter spres til aktivitetssentre ute i bydelene.

Nedleggelsene rammet derfor særlig de tilbudene som hadde en sosial og hverdagslig funksjon; hvor brukere kunne komme for å slå av en prat, spise lunsj, drikke kaffe og lignende. Disse forandringene var svært vanskelige for mange, noe som er forståelig ut fra analysen i kapittel 2: Brukerne mistet eller fryktet å miste sitt primære identitetsskapende oppholdssted. En av brukerne, Liv, uttrykte det svært presist:

– Det er mange mennesker som ikke har så stor overflate å leve på. Og for å kunne fungere på sitt beste er de avhengige av stabilitet og trygge omgivelser. Derfor er det forferdelig at noe av dette nå blir tatt bort. Da har de ikke mye plass igjen til å leve.

I Livs øyne fremsto omleggingen ikke først og fremst som en oppmuntring til større deltakelse i lokalsamfunnet, men derimot som en trussel om å miste den viktigste arenaen hun hadde å delta på. Liv var riktignok i jobb og hadde derfor også andre steder å ferdes. Hun hadde en del kontakt med sin nærmeste familie samt et lite nettverk av bekjente på arbeidsplassen, men likevel var Fredlund og menneskene der svært viktige for henne. I likhet med Gunnar og Jan som jeg skrev om innledningsvis i oppgaven, opplevde Liv at hun fikk redusert tilgang til Fredlund. I utgangspunktet hadde hun hatt stående tilbud om å komme til kaffen som ble servert hver ettermiddag. Men implementeringen av OP innebar at invitasjonen ble innskrenket:

– Tidligere fikk jeg komme til kaffen hver dag, men så ble det redusert til to ganger i uken. Nå får jeg bare komme på søndager.

De som bokstavelig talt ikke hadde andre arenaer enn Fredlund, opplevde situasjonen dramatisk, og brukerne viste til dels stor motvilje mot endringene.

En av de ansatte, Marie, hadde lenge forsøkt å få brukeren Petter til å gå på en av de nyopprettede gruppeaktivitetene i den bydelen han hørte til i. I begynnelsen hadde ansatte fra Fredlund fulgt ham til aktivitetshuset, men når han skulle dra dit på egen hånd, møtte han ikke opp. Han forklarte dette med at han ikke orket å dra dit alene. Han syntes det var langt å reise, og han likte ikke å ta bussen på egen hånd. Som mange andre brukere bodde Petter i nærheten av Fredlund, og han fikk derfor betydelig lengre reisevei nå da Fredlund skulle erstattes av et "lokalt" tilbud. Løsningen ble at foreldrene kjørte ham frem og tilbake en periode, men de brukte allerede mye tid på å ta seg av ham, og kjøringen gjorde dem slitne. Et par ganger var Petter også blitt hentet av personalet på aktivitetshuset i bydelen, men i lengden kunne de ikke tilby seg å gjøre dette. Etter sine mange forsøk på å få Petter til å venne seg til det nye stedet, fryktet Marie at det aldri ville lykkes. Jeg spurte Petter hva han syntes om det nye stedet:

- Det ligger jo et stykke fra leiligheten min, så jeg må ta bussen for å komme dit. Det liker jeg ikke så godt. Fredlund ligger mye nærmere. Jeg har vært der noen ganger, men jeg vet ikke om jeg kommer til å fortsette.
- Hvordan synes du det er å være der?
- Jo da, stedet er greit nok, det. Det er ganske nytt, så de har enda ikke så mange grupper der. Men de sier det kommer til å bli flere etter hvert.

Både for Petter og andre brukere ble vanskelighetene ved overgangen forsterket av at de nye tilbudene foreløpig var svært mangelfulle i flere bydeler. Brukerne på Fredlund var hovedsakelig tilknyttet tre bydeler, og alle disse hadde et aktivitetshus for psykisk syke, men ennå var det ikke så mye som foregikk der, slik Petter påpekte. At tilbudet ikke var ferdig utbygd, ble enda tydeligere ved at bydelene hadde begrensede økonomiske ressurser og få ansatte. Brukerne merket ressursituasjonen tydelig, noe blant andre Kaia og Ole påpekte:

- Det skjer så lite der, har jeg inntrykk av. De har nesten ingen grupper, og det er få folk på jobb. De er hyggelige, de som er der, men det er liksom så lite å gjøre der.
- På bydelssenteret er det nesten ikke noe å gjøre, folk sitter bare og drikker kaffe og røyker. Det er ikke som her, hvor vi kan snakke med folk, spise sunn mat og gå turer. Det har vi behov for. På bydelssenteret har de ikke engang faglært personale.

Det er mulig Ole svartmalte litt, for de fleste aktivitetshusene hadde så vidt meg bekjent faglærte ansatte. Men utsagnet sier likevel noe om følelsen av å få et dårligere og mindre tilpasset tilbud. Det var et gjennomgående tema blant brukerne at det var lite å gjøre på aktivitetshusene, og for mange ble overgangen fra Fredlund derfor stor.

En annen faktor som bidro til å skape uvilje mot endringene blant brukerne, var selve usikkerheten rundt fremtiden. Lenge var det ikke gitt hvilke av aktivitetene og gruppene på Fredlund som skulle videreføres og hvilke som måtte nedlegges. Dette skapte uro blant brukerne. En av dem, Espen, sa: "Jeg vil helst ikke høre så mye om det, jeg blir bare skjelven av det. Jeg holder meg mye for meg selv for tiden, da slipper jeg å høre så mye om det." Han påpekte også at han passet nøye på ikke å nevne endringene for andre brukere, for han mente at dette bare ville gjøre dem enda reddere. "Det er mange engstelige folk her, og jeg vil jo ikke uroe dem. De er redde nok fra før av." Gudrun, en av de ansatte, la vekt på denne siden av endringsprosessen:

– Når dette er så vanskelig for oss, så kan vi jo bare tenke oss hvordan det må være for brukerne! Det er jo de som blir hardest rammet. Selv om vi ikke har informert dem ordentlig ennå, så får de med seg at noe er i ferd med å skje.

Med denne usikkerheten endret også stedet karakter for brukerne. Det oppsto uklarhet rundt stedets identitet, slik det innledende eksempelet med Bjørn viste. Bjørn hadde overhodet ikke følt seg stigmatisert som "pasient" før forandringene begynte og det gikk opp for ham at Fredlund i og med OP var blitt formelt knyttet til et sykehus. For ham hadde Fredlund ikke representert noen stigmatisering, men derimot en hjemlighet og tilhørighet. Nå ble denne hjemligheten og tilhørigheten truet.

Man kan si at Fredlund ble det antropologene Low og Lawrence-Zúñiga (2003: 18) kaller et *contested space*, et rom det var konflikt rundt, fordi ulike grupper knyttet ulike meninger til det. For beslutningstakerne var Fredlund bare én av mange isolerende institusjoner som burde bygges ned; for brukerne var det et hjem og et identitetsskapende sted som de ikke ville gi slipp på. Usikkerheten på stedet skapte også vanskelige situasjoner både mellom brukerne selv og mellom brukere og ansatte. Espen, som ble "skjelven" av å høre om endringene, holdt seg mer for seg selv. Petter, som ikke ønsket å bruke det nye tilbudet i bydelen, ble et problem både for sin kontaktperson

Marie og for foreldrene. Begge gav uttrykk for at de ikke lenger følte seg så bekvemme på Fredlund som før.

Dette kan en knytte til en analyse som antropolog Heidi Haukelien har gjort (2003: 117–118, 120). Hun viser hvordan de i en gruppe som yter motstand mot en endring, etter hvert blir marginalisert nettopp som følge av denne motstanden. De fremstår som "utidsmessige" og ute av kontakt med den virkeligheten de befinner seg i. En slik "marginalisering av motstand", som Haukelien kaller det, kan ha bidratt til brukernes følelse av at de nå falt utenfor selv på Fredlund, og dette virket i sin tur tilbake på deres oppfatning av stedets identitet. Det var ikke lenger så trygt.

Det som i Planen het "integrering", opplevde altså brukerne i stor grad som det motsatte, nemlig som en utestengning fra Fredlund, som en trussel om å miste et sted der de hadde følt seg integrert, og som en følelse av at selve Fredlund forandret seg. For dem handlet dette ikke om hva de fikk tilbud om, men om hva de mistet. Mange mistet et tilbud som lå geografisk nær dem, og de mistet tilgangen til et sted som de hadde knyttet seg sterkt til, og som gav dem en følelse av tilhørighet og trygghet. Ettersom sted og identitet er så sammenvevd, som beskrevet i kapittel 2, og ettersom mange av brukerne ikke hadde andre identitetsskapende arenaer å supplere med i overgangsfasen, er det ikke så rart at det ikke lot seg gjøre å bytte ut Fredlund med et annet sted uten videre.

Lignende motsetninger og konflikter mellom OPs mål og brukernes opplevelser oppsto i forbindelse med en annen helt sentral målsetning i OP, nemlig "fellesskap".

Fellesskap eller tap:

"Å brette ut livshistorien sin for n'te gang"

Den integreringen OP skal fremme, innebærer mer enn en enkel flytting av institusjonsbrukerne til lokalsamfunnet. Det fremgår tydelig av OP at det er meningen at brukerne skal knytte seg til sosiale fellesskap utenfor institusjonslivet. I OP legges det stor vekt på dette. Et av de grunnleggende behovene som defineres og trekkes frem i

Planen, er behovet for "å inngå i en sosial sammenheng [...] og bryte sosial isolasjon". Det heter også at alle trenger "å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap" (punkt 1.2). Den geografiske desentraliseringen skal gå hånd i hånd med en sosial integrering i nye fellesskap.

Mens jeg var på Fredlund, ble det innført et skarpere skille mellom behandlingstilbud, som skulle foregå ved DPS'ene, og det sosiale tilbudet, som skulle ligge ute i lokalsamfunnet. Fredlund skulle bli en institusjon som bare tok seg av dem som var innskrevet der. Dette innebar for de andre Fredlund-brukerne at når de hadde det vanskelig, måtte de heretter henvende seg til det psykiatriske helsetilbudet i sin egen bydel, eller til døgnåpne akuttenheter ved DPS'et utenom vanlig kontortid. Mange fant dette vanskelig, for de hadde hatt kontakt med Fredlund så lenge, og hadde ikke bare kunnet komme dit og drikke kaffe, men også ringe dit hele døgnet. Mange hadde stående tilbud om å komme når de trengte det. Som beskrevet i kapittel 2, la mange vekt på at denne kontinuiteten viktig, og ikke minst på at personalet kjente dem godt. Bente beskrev dette på følgende måte:

– Fredlund har lenge vært redningen for meg når jeg har blitt dårlig. Men nå får jeg snart ikke komme dit lenger, og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre når jeg blir dårlig igjen. Da kommer jeg til et sted der de ikke kjenner meg, og det er så slitsomt. De vet ikke hvem jeg er. Og når du er dårlig så har du ikke akkurat overskudd til å fortelle alt om igjen. Da vil du bare være et sted hvor de kjenner deg og vet hva du trenger. På Fredlund vet de det.

For mange var stabiliteten i relasjonene selve poenget med Fredlund. Jeg snakket med flere brukere som i mange år hadde vært inn og ut av behandlingsapparatet, og som derfor hadde fått stadig nye mennesker å forholde seg til. En følge av dette var at de måtte fortelle livshistoriene sine om igjen, en historie om et liv som ofte hadde vært tungt å leve, og som det også var tungt å måtte gjenfortelle. Bente sa dette:

– Jeg tror jeg var atten da jeg ble innlagt første gangen, det er over tredve år siden. Det var ikke særlig hyggelig, for forholdene var annerledes den gangen, vet du. Mye strengere enn i dag, og mye mer skambelagt. Man snakket ikke om det. Det var nok ikke noe så lett for familien heller. Jeg var innlagt omtrent et år da, og i løpet av den tiden hadde jeg to behandlere. Da jeg kom ut, fikk jeg etter hvert en ny, men ham hadde jeg heller ikke særlig lenge. Da jeg var enogtyve ble jeg

innlagt igjen, og da ble jeg boende der i nesten fire år. Så da ble det enda flere psykiatere å forholde seg til. Og sånn har det i grunnen fortsatt; hver gang man kommer til et nytt sted, er det nye folk. Selv om de har papirene mine, må jeg jo fortelle mye om igjen. Det er slitsomt i lengden. Mye av det er ting en helst vil glemme.

Hvis du ringer den nye avdelingen midt på natten og er fortvilet, så er det ikke lett når du skal snakke med noen som ikke kjenner deg. Så må du liksom forklare hele forhistorien når du egentlig bare vil ta livet av deg.

En annen bruker, Knut, sa det slik:

– Jeg har hatt så mange behandlere at jeg knapt kan telle dem på to hender. Det har blitt en del gjennom årene, ja. En blir ganske lei av å måtte brette ut livshistorien sin for n'te gang.

Som vist i kapittel 2, representerte Fredlund en kontrast til denne omskifteligheten for brukerne. Den stabile personalsituasjon gjorde at tilknytningene mellom stedet og brukerne strakte seg over mange år. Alle som var registrert som brukere på Fredlund, hadde som sagt fått tildelt en kontaktperson, slik det er vanlig å gjøre i psykiatrien. Kontaktpersonen er i begynnelsen bindeleddet mellom brukeren og institusjonen, og vedkommende har ansvar for å hjelpe brukeren med å finne seg til rette. På Fredlund var det slik at dersom en bruker deltok i en gruppe, var kontaktpersonen som regel en av dem som drev denne gruppen. Vedkommende hadde da et ekstra ansvar for å se til at brukeren fant seg til rette. Ofte hadde brukerne også regelmessige samtaler med kontaktene sine, og for noen var disse fortrolige samtaler veldig viktige. Mange av brukerne hadde hatt samme kontaktperson i mange år. Men som et skritt på vei mot desentralisering og sosial integrering skulle brukerne nå få nye kontaktpersoner ute i bydelene. Dette skapte store problemer for noen.

En av mine hovedinformanter blant de ansatte, Jorunn, fortalte om brukeren Jon, som hun var kontaktperson for og hadde kjent i femten år. Han kom bare til stedet en sjelden gang når han hadde avtale med Jorunn. Stort sett møttes de hjemme hos ham. Likevel fikk jeg gjennom Jorunns beskrivelser et tydelig inntrykk av hvor vanskelig prosessen med å avslutte relasjonen med Jorunn var for ham.

Relasjonen til Jorunn var en av de viktigste i Jons liv. I vanskelige perioder var det nesten bare henne han klarte å forholde seg til. Jon hadde flere måneder tidligere fått tildelt en psykisk helsearbeider i bydelen sin som det var meningen at skulle overta for Jorunn, men han hadde gitt klar beskjed om at han ikke ønsket å møte henne. Gjennom mine fem måneder på Fredlund var utskrivningen av Jon et hyppig tema blant personalet. Jorunn fortalte at de gjennom mange måneder ikke hadde kommet noe nærmere en avslutning.

– Jeg har forsøkt å fastsette en sluttdato mange ganger, men han har alltid så mange innvendinger. Hver gang jeg prøver å si at vi snart må avslutte, har han gode argumenter for hvorfor det ikke passer. Og hver gang vi lager en ny avtale, tenker jeg at "dette må bli den siste". En gang, i fjor var det, så hadde vi faktisk en avtale om at det skulle være siste gangen, og derfor skulle vi ha en skikkelig avslutning. Vi var enige på forhånd, men når det kom til stykket så ville han ikke likevel.

Jorunn fortalte at Jon på et tidspunkt hadde truet med å ta livet av seg fordi han ikke maktet å forholde seg til alle endringene, og først og fremst til nye mennesker. Jorunn hadde den gang kontaktet Jons fastlege, en mann han hadde kjent lenge, og som han hadde tillit til. Sammen med fastlegen hadde Jorunn fått Jon til å love at han ikke skulle skade seg selv. Denne episoden var opprørende for både Jorunn og fastlegen, og ikke minst var den betegnende for hvor fortvilet Jon var.

Andre ansatte refererte til lignende historier. Jeg har allerede nevnt Petter, som hadde vanskelig for å finne seg til rette i bydelen. Marie, som prøvde å hjelpe ham, var hans kontaktperson på Fredlund. Som i tilfellet med Jorunn og Jon hadde Marie kjent Petter lenge, i omtrent ti år. I begynnelsen hadde de hatt jevnlig samtaler på tomannshånd, men etter hvert hadde Petter hatt mindre behov for dette, og i de siste årene hadde de kun møttes i forbindelse med lunsjgruppen. Petter bodde for seg selv og klarte seg bra, selv om han også hadde dårligere perioder. Da hendte det at han ikke møtte opp til gruppen, men holdt seg for seg selv i leiligheten sin. I slike perioder pleide Marie å oppsøke ham hjemme. Hun forklarte:

– Han isolerer seg gjerne når han har det vanskelig, og av og til er det så vidt han vil slippe meg inn. Enda så godt han kjenner meg. Jeg lurte på hvordan det vil gå når han ikke lenger får ha kontakt med oss. Nå er det jo en stund siden det ble opprettet kontakt med bydelen, men vi får det liksom ikke helt i gang. Han har fått egen kontaktperson der, men Petter vil helst ikke ha noe med henne å gjøre.

Man kan si at for Petter var det en fordel at de ansatte kjente ham godt og raskt gjenkjente mønsteret når han trakk seg tilbake. Petter kunne i disse periodene være paranoid og skeptisk mot andre mennesker, og ifølge Marie var det da betryggende for ham at han kjente kontaktpersonen godt. Bente, som sa at det var vanskelig å fortelle livshistorien sin om igjen "når du egentlig bare vil ta livet av deg", fremhevet at det var viktig at kontaktpersonene så mønstrene hennes og visste hva som befant seg under overflaten:

– Feilen med meg er at jeg tilsynelatende klarer meg godt. Selv når jeg føler meg dårlig. Så på de nye stedene forstår de ikke hvordan det egentlig står til. De tror jeg er friskere enn det jeg er. Jeg går og bærer på så mye angst under overflaten, men hvordan skal jeg få ukjente til å forstå det?

En annen som fremsto som mer ressurssterk enn hun kanskje følte seg, var Liv, hun som var lei seg fordi hun bare fikk komme til kaffe to ganger i uken nå. Liv hadde som sagt jobb, og hun bodde i egen leilighet i nærområdet. Stort sett klarte hun seg godt. Hun fremsto som både kunnskapsrik, sosial og omgjengelig, og hun lot til å ha lett for å komme i kontakt med folk. Men til tross for alt dette opplevde hun hverdagen som krevende og slitsom. Hun fortalte at hun daglig slet med sterk angst, og at det ofte var en kamp bare å komme seg ut av leiligheten og på jobb. Hun følte at hun var helt avhengig av kontakten med Fredlund for å klare hverdagen.

– Jeg ringer dem jevnlig, uansett hvordan jeg har det, og det er godt å vite at en alltid har noen å henvende seg til. De kjenner meg, alle sammen, så de vet hva jeg sliter med. Ofte føler jeg meg bedre når jeg har snakket med dem, det roer meg liksom ned. Angsten dempes og jeg klarer meg en stund til.

I dårlige perioder hadde hun hatt mye kontakt med de ansatte på Fredlund. Hun fortalte at hun da hadde fått låne et rom der hun kunne bo noen dager til hun følte seg bedre igjen.

– Jeg har hatt denne ordningen i flere år nå. Når jeg merker at jeg er i ferd med å bli dårlig, kan jeg bare kontakte dem. De vet hva det gjelder, for de kjenner meg så godt. Jeg trenger ikke si så mye. Og som regel, hvis jeg har det veldig vanskelig, får jeg lov til å få en seng og bo der noen dager. Det er så trygt å være hos dem, de tar så godt vare på meg. Og som oftest tar det ikke lang tid før jeg kommer meg. Det har stabilisert meg å vite at jeg har mulighet til å komme dit.

Den integreringen OP har som mål, forutsetter at brukerne skal finne sitt sosiale fellesskap utenfor institusjonene. Men der OP snakket om fellesskap, opplevde Fredlund-brukerne brudd i nære relasjoner og tap av tilhørighet. Deres viktigste fellesskap var det de hadde på Fredlund, og når det bortfalt, opplevde de ensomhet og uro, ikke integrering.

Som det fremgår av det Liv sier i de siste to sitatene, var kontakten med Fredlund med på å gjøre henne mer selvstendig og i stand til å klare seg i hverdagen. Hun fortalte at dersom kontakten bortfalt, visste hun ikke om hun ville klare å bo for seg selv. Dette er paradoksalt i forhold til OPs intensjoner om å hjelpe brukerne til et liv utenfor institusjonene.

Den stedlige og sosiale kontinuiteten som Fredlund representerte for brukerne, hadde på mange måter virket integrerende og normaliserende. Men innenfor OPs logikk var det ikke rom for at nær kontakt med en institusjon kunne virke på denne måten. Her sto normaliseringen i nødvendig kontrast til institusjonslivet. I fortsettelsen vil jeg se nærmere på brukernes og OPs måte å konstruere normalitet på, for slik å kaste lys over de motsetningene jeg hittil har diskutert.

Brukernes normalitet:

“På Fredlund er det flere som meg”

For brukerne representerte Fredlund et sted og en sosial arena som de behersket, og som gav dem en identitet ut over det å være syke. Det representerte også et unntak fra en psykiatri som hadde fått dem til å føle seg marginalisert nettopp ved gjentatte oppbrudd og endringer, slik blant andre Bente tematiserte. Den ansatte Marie påpekte at mange brukere hadde lang erfaring fra psykiatrien og hadde så mange innleggelses og omstruktureringer bak seg at de led av “endringstretthet”:

– Det kan ikke være lett. Mange av brukerne har vært gjennom, eller utsatt for, vil jeg si, så mye allerede. De har vært i behandlingsapparatet i årevis, og i løpet av denne tiden har det vært store forandringer i psykiatrien. Det tar liksom aldri slutt.

Jons sterke reaksjon da han måtte bryte relasjonen med Jorunn, hadde sammenheng med bakgrunnen hans. Jorunn fortalte at Jon første gang hadde blitt innlagt på psykiatrisk institusjon som nittenåring. Nå var han snart sytti. I løpet av livet hadde han hatt en rekke innleggelse av ulik varighet, og flere av innleggelsene hadde foregått med tvang. Han hadde levd et liv fullt av oppbrudd, og av forandringer i psykiatrien. Det var derfor særlig viktig for ham å opprettholde den kontinuiteten og stabiliteten som forholdet til Jorunn representerte. Gjentatte ganger hadde han sagt at samtalene med Jorunn bidro til å holde ham stabil. Av den grunn var han fryktelig redd for å miste henne. "Men," sa Jorunn resignert, "Han er vant til å miste. Det er jo det han kan."

Bente påpekte at alle forandringene i psykiatrien var et paradoks ettersom fagfeltet legger så stor vekt på forutsigbarhet:

– I psykiatrien har man alltid fokusert på viktigheten av forutsigbarhet. Nå vet vi jo ikke hva som skal skje. Jeg liker egentlig ikke å si det, men jeg er en gammel kroniker. Jeg har vært syk veldig lenge, og jeg har flere diagnoser. Så jeg må jo bare forholde meg til at jeg har mange begrensninger og at jeg ikke fungerer som alle andre. Jeg takler ikke forandringer så godt. Det snur liksom opp-ned på alt. Jeg er så avhengig av stabilitet for å kunne fungere. Hver gang det kommer en ny reform, må du skifte kontaktperson fordi noe skal forandres der hvor du allerede var kjent. Og hver gang skriver de i papirene mine at "nå har Bente behov for stabilitet fordi det har vært mange forandringer over lang tid". Men det blir jo tvert imot det motsatte av stabilitet! Du rekker jo ikke engang å skrive under på disse nye papirene før det kommer en ny psykiatireform!

Brukerne uttrykte at for dem hadde Fredlund vært et alternativ til alt dette, det hadde representert ro, kontinuitet og tilknytning – og normalisering. Hvor sterkt normaliserende Fredlund virket for enkelte, går frem av Bjørns vantro da det gikk opp for ham at Fredlund formelt var blitt underlagt et sykehus (i begynnelsen av kapitlet). For ham brøt dette med stedets "normalitet". En annen bruker som tematiserte Fredlund som normaliserende, var Petter, han som Marie strevde med å hjelpe inn i det nye tilbudet i bydelen. Han fortalte at han hadde følt seg alene de gangene han hadde vært på bydelens aktivitetshus: "Det var ikke så mange der, men det virket som de kjente hverandre, de som var der. På Fredlund tror jeg det er flere som meg – som holder seg for seg selv."

For Petter hadde ikke det nye tilbudet i bydelen den samme normaliserende virkningen som Fredlund hadde hatt: At mange på Fredlund hadde lite nettverk, hadde gitt ham en opplevelse av likhet og normalitet, av ikke å være utenfor. Sannsynligvis er det også mange ute i bydelene som holder seg mye for seg selv, men disse kjente ikke Petter til. Han hadde kun besøkt aktivitetshuset i bydelen et par ganger, og da hadde han lagt merke til brukere som han opplevde som annerledes enn seg selv, folk som var utadvendte og sosiale, og som kjente hverandre.

Her var Petter på linje med mange av brukerne som jeg snakket om i kapittel 2, under overskriften "Åpenhet". For dem tilbød Fredlund et fellesskap der det var normalt å være "annerledes" – å ha lite nettverk, å trenge litt støtte i hverdagen, å oppføre seg på måter som i samfunnet for øvrig ville ha blitt betraktet som underlige.

Den formen for normalitet som brukerne opplevde på Fredlund, var basert på samhørighet og kontinuitet, på å være en del av et mindre fellesskap, på rett og slett å ha en stabil gruppe å være "annerledes" sammen med. I det følgende vil jeg undersøke hvordan normalitet konstrueres i OP og drøfte i hvilken grad det er en motsetning mellom brukernes og OPs forståelse av dette begrepet.

OPs normalitet: uavhengighet og selvstendighet

Som sagt heter det i OP at "å kunne leve et godt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode" (punkt 1.2). Imidlertid problematiseres det ikke hvilket samfunn det er snakk om; det tas for gitt at det bare finnes ett stort fellesskap som man enten er innenfor eller utenfor. Ifølge den samme logikken fremstilles indirekte en tilknytning til en psykiatrisk institusjon, som en marginaliserende særordning og en form for avhengighet: I OP heter det uttrykkelig at "et mest mulig normalt liv" er kjennetegnet av "uavhengighet" og "selvstendighet" (punkt 1.2). Med andre ord: For å kunne delta i "det samfunn og den kultur man er en del av", må man ifølge OP klare seg mest mulig på egen hånd.

Slik står OPs konstruksjon av normalitet i motsetning til en forestilling om avhengighet. Her er ikke OP enestående: Et overordnet mål for de moderne velferdsstatsreformene i mange land har vært å gjøre borgerne mindre avhengige av statens omsorgstilbud i tråd med idealene i NPM: Borgerne skal være frie, uavhengige deltakere i samfunnet.

Allerede på 60-tallet snakket Goffman som nevnt om "institusjonaliseringens" farer innenfor "totale institusjoner", og særlig i USA har begreper som "fattigdomskultur" og "systemavhengighet" vært en del av samfunnsdebatten siden 1970-tallet.

I denne sammenheng kan det være interessant å se nærmere på en studie som ble utført av Nancy Fraser og Linda Gordon i 1994 (referert i Dean 2006: 113–123). Fraser og Gordon dekonstruerte avhengighetsbegrepet gjennom å rulle opp dets historie. De argumenterte for at stadig større befolkningsgrupper har kunnet betrakte seg som uavhengige av føydalherrer, arbeidsgivere og av andre makthavere. I tidligere tider var avhengigheten mer utbredt, og derfor ikke stigmatiserende. I det postindustrielle samfunnet med allmenne borgerrettigheter og politiske rettigheter, er alle innbyggere i prinsippet frie og selvstendige. Den eneste avhengigheten som er igjen, er det Fraser og Gordon betegner som "den moralsk-psykologiske avhengigheten" (*ibid.*: 115). Man snakker for eksempel om "rusavhengighet" og "spilleavhengighet". Dette innebærer at avhengighetsbegrepet har blitt patologisert, slik at vi i dag forbinder det med sykdom og betrakter avhengighet som noe som må behandles.

Da begrepet systemavhengighet ble tatt i bruk i USA på 1970-tallet, representerte dette en ny måte å forstå avhengighet på. Det ble knyttet til uttrykket fattigdomskultur, som refererte til dannelsen av en ny underklasse av fattige i samfunnet. Man hevdet at den såkalte velferdsstatsmentalitetens måte å utdele goder på virket passiviserende på mottagerne, og at dette fremelsket en kultur hvor mennesker forventet å motta bistand. På denne måten bidro velferdsstaten til å skape en underklasse av fattige mennesker som ble avhengige av sosiale tjenester og ytelser.

Den avhengigheten som i Opptrappingsplanen implisitt står i motsetning til normalitetsbegrepet, er en avhengighet *av institusjonen* som den Goffman kritiserte med sitt uttrykk institusjonalisering. Den kan også minne om den "systemavhengigheten" som Fraser og Gordon beskriver. Den underliggende logikken synes å være at

institusjonaliseringen skaper en form for mentalt livegenskap under staten som er i strid med liberale, demokratiske verdier. Mot denne aldri tematiserte avhengigheten konstrueres OPs ideal om den selvstendige – og dermed mest mulig normale – bruker.

Brukerne selv opplevde imidlertid ikke sin avhengighet av Fredlund og menneskene der som noe patologisk, men som noe allmennmenneskelig: Når det er friske folk som er sterkt knyttet til et sted eller til hverandre, snakker vi sjelden om avhengighet, men sier i stedet at de har røtter, er glade i hverandre, er trygge på hverandre, deler en historie osv. I dette lyset er det ikke vanskelig å forstå hvorfor brukerne ikke følte det som om de forandringene som fulgte med OP, virket i normaliserende retning.

Det må sies at en del av brukerne lot til å dele OPs syn på hva normalitet innebar. Ida, for eksempel, opplevde at målsetningen om å integrere psykisk syke i lokalmiljøet hadde virket normaliserende, som hensikten var:

– I løpet av de siste årene har jeg inntrykk av at psykiatrien har blitt mindre institusjonspreget. Folk oppholder seg ikke så lenge på sykehus og i institusjon som tidligere. Det går raskere med utflytting til bydel. Det tror jeg er veldig positivt, og jeg tror at det gir dem en mestringsfølelse. At de kan bo mer som alle andre, til tross for at de kanskje har dårlige perioder.

På spørsmål om hun kjente brukere som hadde flyttet i leilighet i bydelen, svarte hun at hun kjente flere, og at disse så vidt hun visste, var veldig fornøyde.

– Det går bra med dem, og jeg tror de synes det er godt å ha fått sitt eget. De blir mer som alle andre. Jeg kjenner ingen som ikke har klart seg godt.

Hun stopper opp et øyeblikk og tenker seg om før hun fortsetter:

– Men de jeg vet om, er folk som er ganske sosiale i utgangspunktet, så de har lett for å komme i kontakt med andre. Det er nok verre for dem som er mer tilbaketrukne. Da kan jeg tenke meg at det ikke er så lett.

En annen bruker, Line, bekreftet Idas ettertanke: Hun hadde flyttet til egen leilighet i sin bydel et halvt år tidligere, og hun opplevde overgangen som vanskelig.

– Jeg kjenner jo ingen og har ikke noe å fylle tiden med. I alle fall ikke ennå. Jeg har vært litt på aktivitetshuset, men det er ikke så lett å bli kjent med noen. Jeg er ikke så god på det. Jeg synes det var lettere på Fredlund, men det er kanskje fordi jeg hadde vært der så lenge.

Ifølge Ida fantes det altså en del brukere som opplevde at OP virket etter hensikten: De følte seg mer "som alle andre" og var glade for å ha "sitt eget". Men dette var muligens brukere som skilte seg ut ved å være utadvendte og "sosiale". En kan si at i OPs normalitetsbegrep lå det under som en forutsetning at man var i stand til å opptre som "alle andre" på det sosiale området. De jeg selv hadde kontakt med på Fredlund, mestret ofte ikke det sosiale på denne måten. De var mer "tilbaketrukne". For dem kunne de nye tilbudene ikke erstatte det som Fredlund representerte for dem – altså nettopp en følelse av integrasjon og normalitet.

Som nevnt i kapittel 3 har OP klare likhetstrekk med HVPU-reformen. Målet med denne reformen var "å avvikle institusjonene og bidra til en normaliseringsprosess hvor utviklingshemmede skulle få mulighet til å leve et så normalt liv som mulig" (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Denne reformen har i ettertid blitt sterkt kritisert for å ha ført til vanskelige oppbrudd og stor ensomhet blant de berørte (*ibid.*). Man kan tenke seg at dette skyldes en diskrepans mellom normalitetskonstruksjoner som den jeg har identifisert i forbindelse med OP: De utviklingshemmede behersker ikke de "normale" arenaene slik de behersket livet ved institusjonen, og integreringen som normalisering slår derfor feil.

Oppsummering

Sørhaug (2006: 275) definerer som nevnt i kapittel 2 normalitet som det å kunne en sosial grammatikk. Hva som er normalt, avhenger følgelig av hvilken kultur eller sosial sammenheng man inngår i. I innledningen til sin antologi om normalitet refererer antropolog Thomas Hylland Eriksen (2006: 9) til en novelle av H.G. Wells, "The Country of the Blind" (1904). Her kommer hovedpersonen til en fjellandsby der alle er blinde, og stikk i strid med sine forventninger om å bli en leder i denne kulturen, blir han marginalisert. Han behersker ikke kommunikasjonsformene, som er basert på subtile hørselsinntrykk. "Hele den lokale kulturen har blindhet som premiss," forklarer Hylland Eriksen.

I OP har begrepene integrering, fellesskap og normalitet en fremtredende plass, men det åpnes ikke for at det i samfunnet kan eksistere ulike grupper som legger ulike meninger i disse ordene. I stedet anvendes begrepet normalitet uproblematisk som om det nødvendigvis har uavhengighet, selvstendighet og velutviklede sosiale evner som premiss. Mot dette har jeg argumentert for at Fredlunds normalitet hadde annerledeshet som premiss (jf. også Breivik 2006). Den berodde også på stedets særegne, lokale identitet slik jeg identifiserte den i kapittel 2: Stedet Fredlund var med på å skape en følelse av normalitet, det gav brukerne en identitet og historie som hele mennesker, ikke bare som "pasienter". Her var også kontinuiteten et viktig element. For brukerne handlet det om å være bundet av langvarige og fortrolige relasjoner til andre mennesker. Og hvem av oss er uavhengige av vår egen historie og av stabile relasjoner, når alt kommer til alt?

Opptrappingsplanen tar imidlertid ikke lokale hensyn. I dens fugleperspektiv er alle institusjoner isolerende og marginaliserende, og i det samme perspektivet er normalitet – for alle – blant annet å være uavhengig av slike institusjoner. De motsetningene mellom OPs intensjoner og brukernes opplevelser som denne analysen har vist, blir forståelige når man kontrasterer brukernes syn på Fredlund som en trygg havn med OPs implisitte kategorisering av stedet som isolerende og marginaliserende. Disse ulike synene beror i sin tur på to ulike konstruksjoner av normalitet, brukernes lokale og OPs angivelig allmenngyldige.

5 OPPTRAPPINGPLANEN SOM GOVERNMENTSTRATEGI

I forrige kapittel fant jeg store motsetninger mellom på den ene siden OPs intensjoner om integrering, fellesskap og normalisering, og på den andre siden brukernes opplevelser av ekskludering, tap og marginalisering. Man kan argumentere for at disse motsetningene overhodet ikke angår Planen som sådan; man kan hevde at de bare er en uheldig, men uunngåelig følge av at OP, som enhver reform, medfører endringer. Uansett hvilke mål Planen siktet mot, ville endringene den medførte, ha skapt vanskeligheter for mennesker som er avhengige av stabilitet for å kunne fungere. Motsetningene angår derfor endringsprosessen mer enn selve Planen.

Man kan imidlertid også hevde at disse motsetningene ligger latent i Planen selv, at de skyldes at Planen inneholder uforenlige målsetninger og idealer: På den ene siden krever den at visse endringer skjer, på den andre siden fremhever den brukernes behov. I OPs "Mål og verdigrunnlag" heter det:

pasienten først, – brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn.

En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. [...] Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie.

Samtidig som Planen vektlegger menneskeverdet og omsorgen for den enkelte, innebærer den administrative krav som gjør at slike hensyn må settes til side, i alle fall i en overgangsfase.

Sosiologen Jeannette Pols (2003) har gjort en analyse av konflikten mellom ulike hensyn i forbindelse med implementeringen av en psykiatrisk reform. Hun gjorde feltarbeid ved

to psykiatriske institusjoner i Nederland som gjennomgikk endringsprosesser som følge av lovendringer. Pols identifiserte "two modes of doing good", én juridisk definert og én omsorgsdefinert. Hun mente at konflikten mellom den juridiske og den omsorgsbaserte tradisjonen eller diskursen⁷ skapte uventede og uønskede endringer ved institusjonene.

På lignende vis har Halvard Vike (Vike 2004; Vike m.fl. 2002) og sosiologen Mia Vabø (2007) vist hvordan idealer og styringsmodeller fra New Public Management (NPM) trenger inn i helse- og sosialsektoren, der de kommer i konflikt med tradisjonelle profesjonsideal og -praksiser. I deres analyser blir omsorgsdiskursen tilsidesatt på grunn av overgripende strukturelle endringer i velferdsstaten. Vike (2004) kritiserer overføringen av styringsmodeller fra næringslivet på offentlig sektor som NPM innebærer: Mens en bedrift har betalende kunder som når som helst kan skifte leverandør, har velferdsstaten brukere som ikke har alternative tjenester å benytte seg av. Maktforholdet blir derfor langt mer ensidig. I sine analyser er både Vike og Vabø inspirert av Foucault og hans begrep *governmentality*.

I dette kapittelet vil jeg anlegge det samme perspektivet som Vike og Vabø, og argumentere for at OP representerer en overføring av idealer fra den økonomisk-administrative sfæren på helse- og sosialsektoren. Jeg vil innføre *governmentality*-begrepet og anvende det for å forstå den kanskje største motsetningen mellom Planens intensjoner og brukernes opplevelser, som jeg hittil bare har antydnet. Det er motsetningen mellom på den ene siden OPs vektlegging av frivillighet, brukerperspektiv og brukermedvirkning, og på den andre siden brukernes opplevelse av å bli tvunget ut i endringer de ikke ønsker. Analysen av denne motsetningen vil også kaste nytt lys over de motsetningene jeg analyserte i lys av normalitetsbegrepet i forrige kapittel.

⁷ Pols bruker begreper fra Foucault ("diskurs"), Thomas Kuhn ("paradigme") og John Law (*mode of ordering*) og Donna Haraway ("interferens"). Metaforikken og begrepsbruken er mindre viktig enn den overordnede ideen, nemlig at idealer, tenkemåter og praksiser kolliderer.

Frivillighet

Et fellestrekk ved så å si alle utsagnene fra brukere i forrige kapittel er at de uttrykker uvilje mot forandringene Fredlund holdt på å gjennomgå. Brukerne følte seg tvunget til å orientere seg bort fra Fredlund og knytte seg til et nytt og delvis uferdig tilbud ute i bydelene. Dette er paradoksalt fordi "brukermedvirkning" er en av OPs hovedmålsetninger. Det er meningen at brukerne selv skal bestemme over sine egne liv, og at behandlingen skal gi rom for "mest mulig frivillighet". Helt konkret innebærer det at brukerne selv skal delta "i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud". De skal oppleve "at egne bidrag betyr noe, at de har reell innflytelse på hvordan tilbudet blir utformet" (OP: 1.2).

Brukermedvirkningen er også tema for en veiledende rapport fra Sosial- og helsedirektoratet som er utgitt i forbindelse med OP. Her understrekes det igjen at "målet er at [...] brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet" (2006a: 8). Videre heter det at brukerne skal få "større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv" (*ibid.*). Det er blant annet blitt lovfestet at brukere av psykiatriske helsetjenester skal være med på å utforme en "individuell plan" for sin egen fremtid og sitt eget behandlingsopplegg (*ibid.*: 19). Rapporten gjør det klart at brukermedvirkningen ikke bare skal gjelde på individnivå, for utformingen av den enkeltes behandling, men også på system- og politisk nivå. Brukerne skal være representert i råd, utvalg og komiteer. Idealet er "et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet" der brukerne "er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål" (*ibid.*: 8).

Som et første ledd i en analyse av denne siste og kanskje klareste motsetningen mellom OPs idealer og Fredlund-brukernes opplevelser vil jeg begynne med å vise hvordan brukermedvirkningen artet seg i praksis på Fredlund. Deretter vil jeg analysere begrepet brukermedvirkning i et governmentality-perspektiv og tolke empirien i lys av dette. Til slutt vil jeg overføre funnene fra analysen på OP som helhet og la dem danne grunnlag for en ny tolkning av de motsetningene jeg påviste i forrige kapittel. Målet for dette kapitlet er å få frem normative aspektet ved sentrale begreper i OP, som integrering, uavhengighet og normalitet – og først av alt: brukermedvirkning.

Brukermedvirkning i praksis

Innenfor dagens psykiatriske helsetjenester er brukermedvirkning et helt sentralt begrep. Under feltarbeidet mitt på Fredlund dukket ordet stadig opp i interne styringsdokumenter og på ulike møter blant de ansatte. I selve forholdet mellom ansatte og brukere, altså på individnivå, lot idealet også til å være i høyeste grad realisert. Her var mye opp til brukerne: Hver gang avtaler skulle lages, var det en selvfølge at brukerne ble spurt hva de trengte og hva som passet. Det var også helt vanlig at de ansatte gav brukerne individuell oppfølging, som jeg beskrev i forrige kapittel, for eksempel når Marie dro hjem til Petter, eller når hun kjørte ham til bydelens aktivitetshus. Brukermedvirkningen fungerte altså godt på stedet.

Når det gjaldt brukermedvirkning på systemnivå og i forbindelse med de endringene som hadde med OP å gjøre, var det imidlertid vanskeligere å få øye på mekanismer som skulle sikre at brukerne ble hørt. Tre eksempler så jeg likevel på at instanser utenfor Fredlund prøvde å la Fredlund-brukernes stemme bli hørt, og dem vil jeg i det følgende gå nærmere inn på.

Spørreundersøkelse

Mens jeg var på Fredlund, initierte DPS-ledelsen en spørreundersøkelse som skulle kartlegge hvor fornøyde brukerne var med det tilbudet de hadde. De som svarte, opplyste stort sett at de var svært fornøyde med Fredlund. Brukerne fikk altså mulighet til å uttrykke sin mening, men så vidt jeg vet, fikk ikke denne undersøkelsen noen innflytelse på den videre avviklingen av Fredlunds tilbud.

Undersøkelsen nådde heller ikke helt ut i Fredlunds brukergrupper: Den hadde form av et spørreskjema som ble delt ut blant brukerne, og de ansatte oppfordret dem gjentatte ganger til å fylle det ut. Dette var det mange som ikke gjorde. Da jeg spurte noen av brukerne hvorfor de ikke hadde fylt ut skjemaet, svarte én at han var så fornøyd med Fredlund at han ikke hadde noe å si. En annen sa at hun ikke likte å skrive på slike skjemaer. Mitt gjennomgående inntrykk var at de brukerne som hadde vanskeligst for å

uttrykke seg og kanskje var dårligst, ikke klarte å forholde seg til skjemaet. De lot det bare ligge på salongbordet når de ruslet gjennom stuene, og verdiget det knapt et blikk.

De svakeste brukerne fikk altså ingen stemme gjennom denne undersøkelsen, og den samme svakheten gjorde seg gjeldende i råd og utvalg der brukerne var representert. På Fredlund ble jeg kjent med to brukere som var brukerrepresentanter i ulike fora, og felles for dem var at de var usedvanlig verbale og flinke til å si fra om ting. Dette var naturligvis en fordel også for de tausere og mer tilbaketrukne brukerne som de representerte, men det er slett ikke sikkert at representantene og de de representerte, hadde samme behov. Så vidt meg bekjent var det ingen mekanisme som sørget for at også de mest tilbaketrukne ble spurt til råds.

Samtykkeskjema: “er hun egentlig her for å spionere?”

Det eneste tilfellet jeg opplevde der brukermedvirkning virkelig ble implementert på en slik måte at en instans utenfor institusjonen ba hver enkelt bruker om å uttale seg, var da samtlige brukere måtte ta stilling til mitt samtykkeskjema. Som nevnt i metodekapittelet satte Regionaletisk komité (REK) som betingelse for mitt feltarbeid at alle brukere først måtte informeres om feltarbeidet både muntlig og skriftlig, og deretter gi skriftlig samtykke eller reservere seg mot deltagelse i prosjektet. Slik ønsket REK å respektere den enkeltes råderett over eget liv.

Innhenting av samtykker skapte imidlertid en del ubehag. Allerede i utgangspunktet var det flere ansatte som hadde frarådet meg å bruke ordlyden i skjemaet: “Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og samtykker herved til deltagelse i forskningsprosjektet.” De ansatte mente at skjemaet fikk det hele til å virke som en svært alvorlig sak, og at dette kunne virke fremmedgjørende på noen av brukerne eller til og med gjøre dem mistenksomme. Jeg delte deres synspunkt, men hadde fått pålegg om ordlyden.

Da jeg så gikk i gang med å snakke med brukerne og forelegge dem informasjon og skjema, var det også enkelte som reagerte negativt. Noen kviet seg for å skrive under på et papir og lurte på hva jeg skulle bruke navnet deres til. Noen få sa også at de var redde

for at jeg ville misbruke underskriften deres. Disse valgte derfor kun å underskrive med fornavn. Andre, som hadde virket interesserte og åpne da jeg fortalte om meg selv og feltarbeidet, ble mistenksomme når skjemaet kom frem, og lurte på hva de egentlig skrev under på. Hvis prosjektet ikke hadde noen skumle hensikter, kunne de ikke forstå at det var nødvendig å signere på denne samtykkeerklæringen. Den av brukerne som uttrykte mest skepsis, formulerte seg slik:

– Det gjør meg ikke noe å ha studenter her, men hvorfor maser dere om denne erklæringen? Vi pleier jo ikke å måtte skrive under på noe bare fordi det er en student her. Hva er det egentlig vi skriver under på? Er hun egentlig her for å spionere?

De studentene brukeren her hentydet til, var sykepleie-, ergoterapi- og sosionomstudenter som flere ganger årlig hadde praksisopphold ved Fredlund. Da denne brukeren ble så skeptisk, førte det til usikkerhet også blant de andre. Jeg forsto godt at de ble skeptiske. Hadde det ikke vært for at forskningstillatelsen avhang av det, ville jeg aldri ha bedt brukerne om å signere på en erklæring med en slik ordlyd. Jeg visste jo fra min tid i psykiatrien at mange av dem kunne ha paranoide forestillinger i perioder.

Jeg forsøkte å forklare brukerne at dette kun var en formalitet, og at jeg overhodet ikke hadde noen intensjoner om å lure noen eller på annen måte misbruke opplysninger. Dette lot heldigvis til å berolige de fleste. I tillegg forsto personalet dilemmaet, og med beroligende ord fjernet de det meste av brukernes tvil.

Beskyttelse av privatliv: Komplisert kafébesøk

REK ønsket å forsikre seg om at ingen brukere som ikke hadde samtykket til det, ble gjenstand for min observasjon. Derfor begrenset de også hvilke områder jeg kunne oppholde meg på, som fortalt i kapittel 1. Også dette var tenkt som et ledd i brukermedvirkningen, ettersom det skulle sikre at alle som ble observert, hadde blitt spurt. De ansatte fant imidlertid tiltaket underlig, og det skulle snart skape reaksjoner blant brukerne. Etter mitt første møte i hagegruppen skrev jeg følgende i feltdagboken:

Litt før halv tolv skulle hagegruppen avsluttes med lunsj i kafeen. Brukerne tok det som en selvfølge at jeg skulle være med, men jeg måtte si at jeg ikke trodde jeg kunne, pga. restriksjonene fra REK. Dette synes personalet var rart, og jeg skjønner dem godt. Blant brukerne var det mange forbausede ansikter, og situasjonen ble ubehagelig. Jeg følte meg dum som ikke kunne være med, og stemningen ble veldig underlig. En av de ansatte kom ut fra kafeen med mat til meg. Da jeg skulle til å gå hjem, møtte jeg Jorunn, en av de ansatte, som fortalte meg følgende:

– Både brukere og vi ansatte lurte på hvorfor du ikke deltok på felleslunsjen i dag. En av brukerne lurte på om du ikke *ville* være sammen med oss, men jeg vet jo at det ikke er dét det dreier seg om. Jeg forsøkte å forklare at du ikke har forskningstillatelse til å oppholde deg i kafeen, og at dette er for å beskytte brukerne mot ufrivillig deltagelse i prosjektet. Men det virket ikke som de forsto dette helt, i alle fall ikke brukerne. Det virket som om flere ble urolige da de hørte dette, for de forsto ikke at det kunne gjøre noe at du spiste sammen med oss. De begynner jo å lure på hva det er med forskningen din som er så farlig at du ikke kan spise sammen med dem. Skal du egentlig studere noe annet enn det du har fortalt om? På hvilken måte kan det skade dem at du er med og spiser lunsj? I verste fall kan jo brukerne også oppleve det som krenkende at du ikke deltar på samme måte som oss andre. Når du ikke kan det, deltar du jo ikke lenger på brukernes premisser.

Jorunn endte med å si at "det viktigste er jo at du får til avhandlingen din", men hele episoden gav meg en kraftig bismak.

Etter dette hadde jeg flere samtaler med brukere som ganske riktig var urolige over at jeg måtte forlate dem ved lunsjen. De stilte spørsmål og syntes det virket rart. De ønsket at jeg skulle spise lunsj med dem som en hyggelig avslutning på gruppeaktiviteten. Dette fikk meg til å lure på om jeg burde se bort fra bestemmelsen fra REK. Brukere og ansatte på Fredlund hadde vært sjenerøse som lot meg få lov til å delta i deres hverdag, og da måtte det jo foregå på deres premisser. Noe annet ville også være med på å forringe det antropologiske feltarbeidet. Det siste jeg ønsket, var å skape uro og forvirring, og i samråd med personalet bestemte jeg meg derfor for å delta på disse lunsjene senere.

REKs begrensninger, både kravet om samtykkeskjema og restriksjonene på hvor jeg fikk bevege meg, var begge tiltak som skulle sikre brukernes selvråderett og beskytte deres private sfære. Paradoksalt nok førte begge tiltakene til langt større uro og flere misforståelser enn selve det at jeg var til stede. Intensjonen bak begrensningene var både

prisverdig og riktig, men her som i andre brukermedvirkningsspørsmål var formen dårlig tilpasset målgruppen.

Igjen ser vi altså en motsetning mellom OPs mål og opplevelsene til Fredlund-brukerne når målene skulle implementeres i praksis. At brukermedvirkningen ikke fungerte så godt på systemnivå, kan sies å ligge bak alle motsetningene fra forrige kapittel, der brukernes negative opplevelser jo bunnet i at de følte seg tvunget: De ble presset til å gi slipp på stedet Fredlund og de sosiale relasjonene som hadde gitt dem en identitet og en følelse av normalitet.

I det følgende vil jeg fortolke alle disse motsetningene med bakgrunn i Foucaults *governmentality*-begrep. Jeg vil begynne med å introdusere begrepet, og deretter i første omgang anvende det på brukermedvirkningen.

Governmentality

Som nevnt i kapittel 3, er OP en av reformplanene som har kommet i forlengelsen av stadige politiske forhandlinger de siste tiårene omkring velferdsstatens utstrekning og ansvarsområde. Foucault presenterte begrepet *governmentality* (*gouvernementalité*)⁸ i et forsøk på å analysere maktstrukturene og klargjøre dilemmaene i den moderne velferdsstaten. Det dreier seg spenningen mellom sentrale verdier som frihet på den ene siden og omsorg på den andre. Foucaults hovedtese var at statens og institusjonenes direkte maktbruk lot til å ha blitt mindre i den nyliberale velferdsstaten, mens borgernes

⁸ Det varierer om, og evt. hvordan, *governmentality* oversettes i skandinaviske tekster. Neumann (2003) bruker begrepet *regjering*, og beholder dermed én av begrepets hovedbetydninger. Imidlertid bortfaller nærmest skillet mellom maktformen *government* og den tilhørende mentaliteten *governmentality* i deres oversettelse, og mentalitetsdimensjonen går dermed tapt. I Villadsens oversettelse av Dean (2006) er *government* oversatt til "styring", mens *governmentality* er beholdt på engelsk. Denne løsningen ivaretar skillet mellom maktformen og mentaliteten, men har den svakheten at den nære forbindelsen mellom dem forsvinner. Endelig kunne man snakke om "styringsmentalitet", slik Howell (2008) gjør. Dette gir det mer konsekvente begrepsparet "styring" og "styringsmentalitet". Imidlertid er "styring" et så pass vanlig ord i norsk at det blir vanskelig ikke å bruke det uklart eller i utide når man snakker om makt. For å knytte tydelig an til Foucaults spesialiserte betydning av ordene, har jeg valgt å beholde *government* og *governmentality*.

frihet og rettigheter var blitt flere. Men han hevdet også at vi i stedet hadde fått en økning i indirekte maktteknikker.

Foucault lanserte governmentality sent i sitt liv, men begrepet har senere blitt utviklet og anvendt av blant andre sosiologene Mitchell Dean og Nikolas Rose (Dean 2006; Rose 1999). I Norge har etter hvert flere antropologer mer eller mindre eksplisitt benyttet seg av det man kan kalle et governmentality-perspektiv i sine analyser av den moderne velferdsstaten (for eksempel Vike m.fl. (2002); Neumann (2003); Sørhaug (2003); Hydle (2003); Haukelien (2003); Vike (2004)).

Fra Foucaults side var begrepet delvis et svar på innvendinger mot hans tidligere maktanalyser. Grovt sagt gikk kritikken ut på at Foucault hadde fremstilt maktrelasjoner for monolittisk, enten han beskrev suveren kongemakt eller disiplinerende institusjoner som fengsler, asyl og skoler. Maktforholdet fremsto som et forhold mellom en sentral, allmektig maktutøver og undersåtter som bare var "medgjørlige kropp" (Neumann 2003).

For å bøte på dette lanserte Foucault en kompletterende maktform, "government", som er preget av en mer kompleks maktdistribusjon. Makten stråler ikke lenger ut fra et sentrum, men er spredt og fordelt i ulike nettverk. Selve maktutøvelsen foregår også mer implisitt, gjennom et mangfold av indirekte "styringsteknikker" og "-teknologier" som i sin tur er inkorporert i ulike "praksisregimer".

Praksisregimer betegner de systematiske, ritualiserte og rutinemessige måtene vi gjør ting på innenfor begrensede samfunnsområder, og avhengig av tid og sted. Det kan for eksempel være hvordan et samfunn utfører omsorg, administrasjon, avstraffelse, utdanning osv. (Dean 2006: 58, 71). I tillegg knytter praksisregimene sammen bestemte grupper av institusjoner slik at vi for eksempel kan snakke om det strafferettslige systemet, utdanningssystemet og det psykiatriske systemet.

Når den dominerende maktrelasjonen i et praksisregime er government, fremstår ikke bare den styrende, men også den styrte til en viss grad som et fritt handlende subjekt. Den styrte tilkjennes en vilje. Til gjengjeld har nettopp denne viljen blitt et objekt for styringen: Maktens virkemåte er ikke ren undertrykkelse, men snarere tilrettelegging for selvstyring eller "indrestyring". Foucaults måte å si dette på, var å omtale maktutøvelsen

som *conduire de conduire*, eller på engelsk, *conduct of conduct* (Dean 2006: 43–51). Det som styres, er ikke bare de styrtes *adferd*, men snarere deres selvbilde og målsetninger, deres måte å styre seg selv på. Maktstrukturene internaliseres i subjektet selv. Slik sett handler government om å utforme en bestemt type subjekter: den ansvarlige, selvstyrte borgeren. Som det fremgår av begrepet governmentality – med vekt på *mentality* – knytter Foucault denne styringsformen til de styrende og de styrtes tenkesett, eller til deres kunnskaper og kollektive ideologiske overbevisning ("rasjonaliteter", "vitensformer", "ekspertise" etc., jf. Dean 2006: 61). Mentaliteten i governmentality var nettopp den tankegangen og de kunnskapsformene som preger den nyliberale velferdsstaten. Foucault omtalte spredningen av denne mentaliteten til stadig nye samfunnsområder som "governmentaliseringen av staten" (Villadsen 2006: 14).

Opprinnelig kom mentaliteten fra økonomiens område: Ifølge nyliberalismen skulle ikke velferd og vekst skapes gjennom statlige pålegg og reguleringer, med ved hjelp av økonomiske incentiver og individenes frie handlinger i et marked. Til gjengjeld kunne denne viljen påvirkes ved hjelp av reklame og lignende (Rose 1999: 85–89). I tråd med denne tankegangen ble borgeren på stadig flere områder i den nyliberale staten på samme tid en rasjonell aktør og en konsument hvis ønsker og behov måtte kartlegges, formes og styres. Det er her Vike (Vike 2004; Vike m.fl. 2002) og Vabø (2007) knytter an til Foucault.

Kjernen i det Foucault kaller governmentality, er kort sagt at borgernes rettigheter og friheter blir vektlagt, men at borgeren samtidig blir *ansvarliggjort*. Staten og institusjonene opptreer mindre formynderisk, men til gjengjeld forventes det at den enkelte tar ansvar for eget liv ved å tegne private forsikringer, ha sikker sex, spise sunt, trene og være i jobb, og disse kravene er stadig økende (Neumann 2003: 40). De pålegges oss fra mange kanter og innenfor mange ulike praksisregimer, og ikke minst er dette krav vi i stadig økende grad pålegger oss selv.

Brukermedvirkning som government-redskap

En inngang til å analysere brukermidvirkningen i lys av Foucaults begrep er å se på selve ordet "bruker", som man i dag på mange områder blir oppfordret til å benytte i stedet for uttrykkene "klient" og "pasient". Begrunnelsen er at "bruker" i mye større grad gir assosiasjoner til selvstendighet og valgfrihet, og derfor er mer verdig i omtale av mennesker. Man kan hevde at under denne vurderingen ligger det en holdning som bunnner i nyliberalistiske ideer om det autonome og "brukende", dvs. konsumerende individ.

Det som i OP først og fremst omtales som brukermidvirkning, omfattes på engelsk av begrepet *empowerment*. I den allerede omtalte rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet (2006a: 9) knyttes også brukermidvirkningen helt eksplisitt til empowerment-teori. Empowerment går ut på å myndiggjøre (*empower*) marginaliserte samfunnsgrupper ved å gi dem muligheten til aktivt å påvirke egen livssituasjon. På denne måten håper man å få dem ut av rollen som passive mottakere av tjenester, og slik gjøre dem mer selvstendige og mindre avhengige av systemet.

I sin bok om governmentality trekker Dean frem nettopp empowerment som en typisk governmentality-strategi. I den forbindelse viser han til en amerikansk studie fra 1994 utført av Barbara Cruikshank. Studien er en analyse av empowerment-strategier i sosiale hjelpetiltak i USA på 1960-tallet (Dean 2006, kap. 3), og Cruikshank knytter empowerment-begrepet til liberalismens idealer. I likhet med Foucault og Dean hevder Cruikshank at slike ideer har fått stadig større påvirkning på velferdsstatlig styring. Med sin vekt på autonomi og ansvar for eget liv er empowerment en naturlig del av liberalismens styringsrasjonalitet.

I forlengelsen av dette kan man hevde at brukermidvirkningen er et government-redskap. Den innebærer riktignok at brukernes behov og erfaringer skal stå i fokus, men den krever samtidig at brukerne har en aktiv og selvstendig holdning til sitt eget liv, og ikke vegrer seg for å uttale seg i saker som angår dem. Brukermidvirkningen er altså både en rettighet og et ansvar; brukerne har krav på å bli involvert i saker som angår dem, men de må selv sørge for å benytte seg av denne rettigheten.

Som det viste seg på Fredlund, krever dette visse personlige egenskaper eller visse former for kompetanse av brukerne: OP åpner formelt for å ta hensyn til brukerne, men det skjer på forhåndsdefinerte måter og premisser. På systemnivå fungerer brukermedvirkningen bare for dem som klarer å fylle ut spørreskjemaer, underskrive på erklæringer og sitte i komiteer. Den fungerer ikke like godt for de brukerne som er redde for å skrive under på ting, eller som kun klarer å formidle sine behov muntlig eller indirekte (ved å isolere seg, bli tause, trekke seg tilbake).

Svært mye av innholdet i OP ligger fast, inkludert hvilke former selve brukermedvirkningen kan ta. Og i realiteten åpner ikke Planen for innvendinger ved sitt verdigrunnlag eller verdensbilde. Man kan betrakte det som symptomatisk at det ikke sitter en eneste brukerrepresentant i styringsgruppen i Norges forskningsråd som har vært ansvarlige for å evaluere OP underveis i forsøksperioden. Heller ikke kommunehelsetjenesten eller primærlegene er representert, dette til tross for at brukerne og kommunene har de mest sentrale plassene i målbeskrivelsen til OP.

Sett fra et slikt perspektiv er altså ikke OPs fokus på brukermedvirkning bare et uttrykk for et ønske om likhet og likeverd mellom beslutningstakerne og brukerne. Det er også et normativt uttrykk for hva slags brukere politikerne ønsker seg: brukerne skal være i stand til å påvirke sin egen tilværelse innenfor de rammene brukermedvirkningen gir, det vil si, de skal være mest mulig uavhengige og normale, kunne man kanskje si. Dermed er vi tilbake ved normalitetskonstruksjonene fra forrige kapittel, og i det følgende vil jeg vende tilbake til de motsetningene jeg påviste der, denne gang ut fra governmentality-perspektivet.

Begreper som government-redskaper

I en governmentality-inspirert analyse påpeker Haukelien (2003) hvordan ord som "produksjon", "merverdi", "lønnsomhet" og "resultater" virker normerende og formende på ansatte i den moderne, konkurransutsatte helsesektoren. En tilsvarende forståelse av ordenes makt lar seg overføre på OP: Ord som "integring", "uavhengighet" og "normalisering", som jeg snakket om i forrige kapittel, bærer i seg et

sterkt normativt aspekt. For mellom linjene står det at institusjonsbrukernes tilværelse til nå har gjort dem segregerte, avhengige og unormale.

Den økende skepsisen overfor ulike former for avhengighet som jeg snakket om i forrige kapittel, kan man betrakte som et ledd i governmentaliseringsprosessen av staten. Dean gjør nettopp dette idet han leser Fraser og Gordons analyse av systemavhengighetens "genealogi" som en governmentality-analyse. Slike genealogier inngår gjerne i governmentality-studier, for gjennom å vise hvordan begrepenes betydning blir konstruert, kan man avdekke aspekter ved de styringsmekanismene som finnes i et samfunn. Dean roser studien, men legger til at ut fra et governmentality-perspektiv bør man også huske på at ord som avhengighet ikke bare *uttrykker* en gitt ideologi, men også er med på å *realisere* den. Ordene "gjør" noe; de bidrar til samfunnets sannhetsproduksjon, de impliserer visse moralske føringer, de virker på vår samvittighet, og slik utgjør de en del av selve styringsmekanismene. Deans poeng er at slike normative begreper er med på å forme menneskers selvoppfatning og moralforståelse, og dermed utøver en makt (Dean 2006: 119).

Dette er et perspektiv som kan overføres på de motsetningene jeg drøftet i forrige kapittel. Motsetningene mellom OPs sentrale mål og brukernes opplevelser kan skyldes at normalitetskonstruksjonen i OP først og fremst er *normativ*. Brukerne blir ikke spurt om de ønsker seg den integreringen, uavhengigheten og selvbestemmelsen som omstruktureringen skal virkeliggjøre. De blir ikke spurt om de kanskje er mer interessert i andre verdier, som trygghet eller for den del frihet fra ansvar. Når fokuset slik samles om visse honnørord, innebærer det at visse tiltak synes logiske og ønskelige. Man kan si at ordbruken i OP skygger ikke bare for en lokal normalitetsforståelse og stedsidentitet, men også for alle positive sider av institusjonslivet, som stabilitet og forutsigbarhet.

I Planen blir begrepene brukt som om meningen i dem er gitt på forhånd. At det er slik, argumenterte jeg for i forrige kapittel, der viste hvordan OPs underforståtte definisjoner av integrering, fellesskap og normalitet kolliderer med brukernes virkelighet: Der det i OP ble snakket om integrering, opplevde brukerne utestengning. Der det i OP ble snakket om fellesskap, opplevde brukerne tap. Begge deler hang sammen med at

normalitetsbegrepet slik det ble brukt i OP, var universelt og sterkt knyttet til selvstendighet, til det å klare seg selv, uten å være avhengig av en institusjon.

De positivt ladde ordene brukes i OP uten at det spørres "for hvem?" eller "innenfor hvilken forståelse av verden?" Og nettopp fordi ordene brukes som om meningen i dem er gitt og universell, kan man si at OP virker normativt: Det underforstås at brukerne ved å føye seg etter den ikke bare vil få det bedre, men også bli bedre mennesker; mindre avhengige og mer normale ifølge en definisjon forutsettes å være allmenngyldig.

Når man ser dette formende ved OPs ordbruk, blir det lettere å forstå de motsetningene som har kommet frem mellom dens uttrykte idealer og brukernes opplevelse av tvang. OP uttrykker en god vilje, men dens målsetninger bygger ikke nødvendigvis på idealer som alle kan enes om. Sett fra et governmentality-perspektiv kan man hevde at den gode viljen også er en vilje til å forme brukerne i psykiatrien til en bestemt type subjekter,; til borgere som klarer seg mest mulig på egen hånd og føyer seg etter en bestemt norm.

Governmentmakt på Fredlund?

Mitt feltarbeid var begrenset i tid og sted. Derfor kan jeg ikke evaluere OP som helhet, eller si noe om hvorvidt den kommer til å fungere når den vel er implementert. Den kan utmerket godt komme til å bidra til forbedringer i det psykiatriske tjenestetilbudet og økt trivsel blant brukerne. At OP fører til smerte og sorg hos brukerne i overgangsfasen, kan ikke i seg selv holdes mot den: Som nevnt er forandringer vanskelige for mange, og ikke minst for psykisk syke som har opplevd mange brudd i tilværelsen før.

Den motsetningen jeg fant på Fredlund mellom OPs intensjoner og brukernes opplevelser av implementeringen, var likevel så gjennomgående at den syntes å kalle på en tolkning ut over den som ligger i å påpeke manglende "endringsvilje" hos brukerne. Governmentality-perspektivet gir grunnlag for en slik tolkning. Det er ikke det eneste mulige perspektivet, og Foucault kan med en viss rett beskyldes for å være negativ til enhver mulig måte å drive psykiatri på (innestengning, disiplinering, medisinerings og frigjøring gjennom "governmentalisering").

På den annen side kan man hevde at Foucaults gjennomgående kritikk er rimelig gitt hans syn på institusjonen i utgangspunktet: Dersom institusjonen var et forsøk på å fjerne det avvikende fra samfunnet, noe som også er i tråd med Mary Douglas' teorier (Douglas 1997: 54), kan man hevde at målet fremdeles er det samme, bare at strategien er endret: Mens institusjonene skulle *isolere* avvikene, er den moderne nedbyggingen et forsøk på å *utradere* dem: Brukerne skal få komme ut av institusjonene, men det innebærer at de må ta ansvar for sine egne liv og være ansvarlige, selvstyrende og normale – på samme måte som "alle andre". Fremdeles handler det om å fjerne avvik.

Det må understrekes at OP ikke kan sies å ha fungert som en government-strategi på Fredlund: Den fungerte ikke som *conduct of conduct*. Foreløpig virket den ved ren dominans og styrte brukernes konkrete handlinger (hvor de fikk være, hvem de fikk treffe), uten at dette påvirket deres selvbilde og holdninger i synlig grad. Tvert imot: Brukerne delte stort sett ikke OPs idealer og ønsker. De følte seg mer marginalisert når implementeringen av OP "normaliserte" dem.

Den situasjonen jeg beskriver, kan i høyden sies å være et tidlig stadium i overgangen til government-makt. Bare i den grad brukerne med tiden vil overta de idealene og det selvbildet som OP fremmer, og som implementeringen av den vil oppmuntre til, vil Planen også begynne å virke på brukernes vilje og selvstyring. Og bare da kan man si at den utøver government-makt, eller lykkes som government-strategi.

I tilknytning til dette kan man også innvende mot Foucault at hans teori innebærer en pessimistisk sirkellogikk: Dersom brukerne opplever tvang, blir de dominert og disiplinert. Dersom de etter hvert kommer til å dele OPs idealer og målsetninger, har de internalisert maktstrukturene. Det er ingen mulighet her for å unngå en negativ tolkning av måten OP virker på. Denne kritikken skal jeg komme tilbake til i avslutningen.

Før jeg kommer dit, skal jeg se nærmere på situasjonen for de ansatte, som hadde kjent til og arbeidet med Planen lenge før brukerne ble gjort kjent med den. De følte allerede større ambivalens enn brukerne i forhold til dens forutsetninger og mål. Samtidig var de smertelig klar over hvilken opplevelse brukerne hadde av implementeringen.

Dilemmaene dette medførte for de ansatte, er tema for neste kapittel.

6 DESENTRALISERING AV DILEMMAER

Vi er på et av de ukentlige møtene i debattgruppen. Over lengre tid har det vært usikkerhet omkring gruppens fremtid, men nå later det til at den kommer til å bli avvirket. En av brukerne sier følgende:

– Er det bestemt at gruppen skal nedlegges? Det har jo vært snakk om det lenge, men jeg synes ikke vi får noen klare beskjeder.

En av gruppelederne, Gudrun, sukker tungt.

– Jeg forstår godt at det virker forvirrende på dere, og det er det for oss også. Vi vet ikke noe mer enn dere. Vi vet bare at mye skal endres, og at vi derfor antagelig må nedlegge noe av tilbudet. Og det ser ut til at denne gruppen blir rammet.

Hun ser på de seks gruppedeltagerne rundt bordet og rister på hodet.

– Dette er ikke lett for noen av oss, og jeg er fryktelig lei meg for at denne flotte gruppen sannsynligvis forsvinner.

Den andre gruppelederen, Cecilie, bryter inn i en betydelig muntrere tone:

– Men nå er det jo ikke sånn at alt skal nedlegges her, for vi skal fortsette med mye av den virksomheten vi har drevet. Noe av tilbudet vil bli endret, samtidig som vi også vil få noe nytt. Så dette kan føre med seg noe godt også. Jeg forstår godt at mange av dere synes at det er vanskelig at gruppen forsvinner. Men av og til kan vi ha godt av noen forandringer, det gjelder for alle mennesker. Ikke sant?

Hun smiler og ser oppfordrende på deltagerne. Et par av dem kikker tilbake og smiler nølende før en av dem sier:

– Det kan jo hende det blir bra. Men jeg synes også det er trist, for jeg har jo gått her i snart seks år. Jeg liker meg her, det er trygt og godt.

Gudrun nikker ivrig:

– Ja, det er virkelig synd at vi ikke kan fortsette. Dere er en fin gjeng, og det er så hyggelig når vi er sammen. Dette er virkelig trist. Men vi kan ikke gjøre noe med det, for det er ikke vi som bestemmer.

Cecilie skynder seg å legge til:

– Selv om mange av dere synes dette er trist, er jeg sikker på at dere klarer dette bra. Og mange av dere vil jo få tilbud om å delta på grupper i bydelen, der holder de på å bygge opp gode tilbud. Dere kommer sikkert til å trives der.

Gudrun og Cecilie uttrykte ulike holdninger overfor brukerne. Gudrun la vekt på å forstå og sympatisere med brukernes tristhet over at noe var over, mens Cecilie valgte å se fremover og prøve å være optimistisk. Hvordan de ansatte tenkte på de pågående endringene, varierte, og det varierte også hva de valgte å si til brukerne. Felles for de fleste var at de opplevde det som vanskelig å skulle implementere de endringene OP krevde samtidig som de var oppmerksomme på brukernes motvilje og uro. Slik ble motsetningene mellom OPs målsetninger og brukernes opplevelser til et moralsk dilemma for de ansatte.

Hvilket syn de ansatte selv hadde på planen, varierte likevel. Gudrun var en av dem som gav klarest uttrykk for at hun opplevde endringene som ødeleggende, både på møter med de ansatte og overfor brukerne. Ofte når hun snakket om forandringene, var det med et kroppsspråk og en holdning som klart uttrykte bekymring og sorg. Slik var det også en dag da vi satt på kontoret sammen.

Gudrun sukker og stirrer tomt ut i luften. Hun sitter slik noen sekunder før hun snur seg mot meg og rister på hodet. Hun sier:

– Tidligere var det så mye liv her, og det var mennesker nesten overalt. Det var her vi møttes for en prat over en kopp kaffe. Det var så hyggelig. Nå ser man nesten ingen folk, og ikke er det kaffe lenger heller. Jeg savner den kaffen så.

Hun sukker igjen før hun fortsetter:

– Det er så mye som har forandret seg her. Det blir nok aldri det samme igjen.

Det kunne virke som om Gudrun ikke bare var bekymret for brukerne, men også selv opplevde forandringene i jobbhverdagen som vanskelige. Det hun sier her, er nesten det samme som mange av brukerne sa om endringene på stedet.

Cecilie var mindre bekymret. Selv om hun sympatiserte med brukernes sorg, så hun flere positive muligheter i OP. Dessuten la hun vekt på å være mest mulig optimistisk når hun snakket med brukerne. Hun hadde akseptert at OP kom til å bli gjennomført uansett, og at hun måtte gjøre det beste ut av det for seg og brukerne.

Fleksible mellomløsninger

De ansatte utviklet ulike strategier for å håndtere de problemene de opplevde at OP medførte. En av dem gikk ut på å trenere endringene. Særlig dersom en bruker skulle skrives ut til en bydel som ennå ikke hadde et egnet behandlings- eller aktivitetstilbud, forsøkte de å utsette prosessen så lenge som mulig i påvente av et bedre tilbud. I mange tilfeller påtok de seg også oppgaver som etter den nye loven ikke lenger falt inn under institusjonens arbeidsoppgaver. Når de mente at brukernes behov krevde det, gjorde de rett og slett "unntak fra regelen". Karen, en av de ansatte, forklarte:

– Opptappingsplanen skal omfatte alle brukere av psykiatriske tjenester, slik at vi egentlig skal jobbe med å opprette kontakt med bydelene for alle våre brukere.

Hun smiler og ser lurt på meg.

– Men det er ikke alltid vi gjør det likevel. Du skjønner, det blir helt umulig dersom vi ikke skal kunne behandle folk individuelt. Særlig er dette viktig når det gjelder brukere som har vært i systemet lenge. Dette kan vi ikke bare overse. Det er helt nødvendig at vi tar hensyn til den enkeltes erfaringsbakgrunn. Mange av disse brukerne er gamle, de er trøtte av dette systemet, og de ønsker ro. Da synes jeg det ville være uetisk å utsette dem for enda flere forandringer, for Opptappingsplanen medfører jo faktisk enorme endringer i folks liv. Vi har derfor en slags stilltiende enighet oss ansatte imellom om at noen brukere skal spares. De skal slippe flere forandringer. De er hellige, på en måte. De har vært nok kasteballer i systemet og skal ikke røres mer. Nå må vi la dem få være i fred.

I kapittel 4 fortalte jeg om Liv, som var lei seg for at hun bare fikk komme til kaffe på søndagene, og som var redd for å miste ordningen med at hun fikk komme og bo på Fredlund noen dager når hun hadde det vanskelig. Mens jeg var på Fredlund, diskuterte de ansatte om de kunne la denne siste løsningen bestå, i strid med påleggene i OP.

Ved å innføre forskjellige særordninger utøvde de ansatte en form for motmakt mot OP. I sin avhandling påpeker Vabø at forsøk på å styre helsetjenesten ovenfra alltid vil utfordres nedenfra av dem som utøver tjenestene. Motstandskampen fortøner seg ofte som en "taus kamp". Ansatte i helsesektoren fremmer ikke sine reaksjoner og synspunkter "gjennom dagspressens kronikkspalter", men holder i stor grad reaksjonene "innen eget arbeidsfellesskap" (Vabø 2007: 279).

Vabø påpeker et paradoks ved denne formen for motstand. For ved å strekke seg langt for brukerne hindrer de ansatte "at slike reformer blir avslørt som ineffektive og umenneskelige: De sørger for å bøte på et lite tilpasset styringssystem og bidrar dermed indirekte til at troen på styringssystemene holdes ved like" (*ibid.*: 280). I sitt arbeid bygger Vabø på Vike. Han har uttrykt det slik at de ansatte utgjør "en fleksibel ressurs" for makthaverne nettopp ved at de handler på tvers av styringssignaler for å kunne oppleve at arbeidet de gjør, blir verdsatt av brukerne. Han påpeker at myndighetene er helt avhengige av slike underordnede, som tøyer seg så langt de kan for å tilfredsstille brukernes behov i vanskelige faser (Vike m.fl. 2002).

I praksis ville kanskje de ansatte på Fredlund ha utøvd en tydeligere motmakt ved å følge OP slavisk. Slik ville de ha kunnet synliggjøre hvilke problemer Planen medførte for brukerne. Flere av de ansatte var også inne på disse tankene: De håpet at når de utskrev brukere fra spesialisthelsetjenesten, som Fredlund var en del av, ville de tvinge bydelene, eller førstelinjetjenesten, til å ta ansvar for dem. På lengre sikt håpet de at bydelene slik ville bli nødt til å bygge ut de psykiatriske helsetjenestene til et akseptabelt nivå.

Dilemmaer blir desentralisert

Gudrun uttrykte sin motstand mot OP åpent, mens Cecilie prøvde å være optimistisk. Noen ansatte innførte spesialordninger for enkelte brukere, mens andre mente at man best ivaretok deres interesser ved å følge Planen til punkt og prikke og slik synliggjøre konsekvensene av den. Alt dette kan tolkes som ulike forsøk på å manøvrere i spenningsforholdet mellom OPs pålegg og brukernes opplevelser.

Jeg låner uttrykket "desentralisering av dilemmaer" av Vike (Vike m.fl. 2002) for å beskrive hvordan de ansatte befant seg i en lojalitetskonflikt; på den ene siden måtte de være lojale overfor overordnede styringsideer og bidra til implementeringen av OP, på den andre siden følte de en sterk forpliktelse til å ivareta engstelige brukere som overhodet ikke ønsket disse forandringene. Som det fremgår av uttrykket, ser Vike disse

dilemmaene som en konsekvens av en desentralisering, mer konkret av en desentralisering av ansvar.

Vike knytter dette til en overordnet maktanalyse. Han beskriver hvordan ledelse i institusjoner og organisasjoner i den moderne velferdsstaten i stadig mindre grad har form av en direkte sosial relasjon mellom over- og underordnet. De ansatte er mindre direkte detaljstyrt, og får i stedet standarder og budsjettmål å forholde seg til. De må selv finne frem til den beste måten å fylle kravene på.

I praksis betyr dette at ledelsen delegerer en rekke detaljbeslutninger til sine underordnede. Dette kan virke som et gode, ved at underordnede blir gitt større handlefrihet enn de hadde tidligere. Men samtidig får de ansatte på grasrotnivå også en større del av ansvaret for å innfri målsetninger som de ikke selv har råderett over. På denne måten blir makt og ansvar atskilt. Makten er fremdeles sentralisert og befinner seg hos ledelsen, mens det praktiske ansvaret pålegges de underordnede, som er i direkte kontakt med brukerne. Ledelsen befinner seg langt borte fra brukerne, og kjenner derfor ikke samme grad av ansvar overfor dem som de underordnede gjør. Det umiddelbare ubehaget ved å implementere ledelsens politikk er det derfor de ansatte som føler. Vike mener at maktutøvelsen i den nyliberale velferdsstaten i stor grad dreier seg om å lykkes med en slik desentralisering (*ibid.*: 13).

Vikes perspektiv bærer preg av å være inspirert av Foucault. Governmentality-analyser retter fokus nettopp mot hvordan styring opptrer i desentraliserte nettverk av relasjoner (Villadsen 2006: 12). Psykolog Kirsten Thorsen gjør et poeng av at dette perspektivet er spesielt egnet til å forstå den maktutøvelsen som foregår i de offentlige helse- og omsorgstjenestene (Thorsen 2001: 37).

Motstridende målsetninger

Sammenhengen mellom dilemmaene som de ansatte opplevde på Fredlund, og maktutøvelsen slik den foregår i velferdsstaten, blir tydelig når man ser dilemmaene i lys av motsetningen mellom frivillighet og tvang: Planens fokus på brukermedvirkning

innebærer at "brukernes behov må være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester" (OP: 1.2). Men når de Fredlund-ansatte prøvde å sette brukernes behov i høysetet, fikk de samtidig problemer med å effektivisere den utviklingen som Planen forlangte. Slik kan man si at Planen bærer i seg motstridende styringskrav, noe som skapte paradoksale situasjoner. Jorunn fortalte at hun hadde forståelse for OPs intensjoner og syntes de var prisverdige og gode, men samtidig, påpekte hun, "fungerer ting på en helt annen måte i praksis enn i teorien".

I sin analyse av de dilemmaene ansatte opplever i helse- og omsorgssektoren, har Vabø identifisert to konkurrerende styringsdiskurser som dominerer velferdstjenestene, henholdsvis "den velferdsprofesjonelle styringsdiskursen" og en styringsmodell basert på New Public Management (NPM). Den velferdsprofesjonelle diskursen har fokus på omsorg og lydhørhet overfor brukerne, mens NPM dreier seg om å effektivisere og økonomisere. Mellom disse to diskursene oppstår det et spenningsfelt som det er vanskelig for ansatte å manøvrere i. På den ene siden skal de utøve sitt yrke i tråd med profesjonskravene og drive individuell tilrettelegging, på den andre siden forventes de å ta økonomiske hensyn og bli mer effektive.

I likhet med Vike fokuserer Vabø spesielt på konflikten mellom hensynet til omsorg og hensynet til økonomiske styringsmål. Mitt feltarbeid gav flere data på motsetninger mellom styringsdokumentets mål og brukernes opplevelser, og det er ikke åpenbart at noen av OPs mål knytter seg direkte til økonomiske hensyn. Slik sett minner kanskje min analyse mer om Pols' (1993, jf. kap. 5 her: 83–84), der de ansattes dilemmaer oppstår på grunn av uforenlige idealer (ulike *modes of doing good*), og ikke fordi idealene ikke lar seg forene med en knapp ressursituasjon. På den annen side er det økonomiske aspektet slik Vabø og Vike fremstiller det, ikke kun et spørsmål om ressurser, men også om ideologi – om hva det vil si å "gjøre godt". Moderniseringen av helse- og sosialsektoren er tenkt som en måte å gjøre velferdsstaten bedre på, som også skal være et gode for ansatte og brukere.

Også forandringene på Fredlund var en del av moderniseringen av velferdsstaten, og her handlet dilemmaene om at brukernes opplevelser og tradisjonelle profesjonskrav som omsorg kolliderte med nye mål og en ny styringsform.

En rent økonomisk dimensjon ble imidlertid også tydelig da jeg deltok i samarbeidsmøter i de ulike bydelene og snakket med de ansatte som skulle stå for Fredlund-brukernes tilbud i fremtiden. En av dem som arbeidet i bydelens hjemmetjeneste, Anne, fortalte dette:

– Det er helt umulig å tilfredsstille alle. Brukerne har mange slags behov og ønsker, men vi har bare ikke verken tid eller økonomi til å innfri dem. Selv om vi prøver aldri så mye, så har vi ikke en sjanse. Stort sett synes jeg brukerne er snille og har forståelse for dette, men det finnes også de som blir triste og sinte. Det kan være ganske ubehagelig å være den som må si nei. I mange tilfeller synes jeg de har krav på det de ønsker, men hva hjelper vel det når det ikke er ressurser til det? Jeg må jo forholde meg til mine overordnede og våre begrensede ressurser, og de må i sin tur forholde seg til begrensede ressurser. Penger er det aldri nok av. Sånn er det bare. Men det er ikke gøy å være den som må si nei.

Opptrappingen innebærer et betydelig økonomisk løft i satsningen på psykiatriske helsetilbud, og i perioden 1998–2008 har de offentlige midlene økt betraktelig. Dette løser imidlertid ikke alt. Selv om mye av bevilgningene har blitt gitt som øremerkede midler til kommunene, er det enorm variasjon fra kommune til kommune og fra bydel til bydel i de store byene. I en rapport fra NIBR om brukervedvirkning fremheves disse forskjellene. "Det er [...] ikke alle psykisk syke som opplever at tjenestetilbudet har fått den bredden Opptrappingsplanen forutsetter" (Sverdrup m.fl. 2007: 13).

Ulikhetene skyldes flere ting. I utgangspunktet har kommuner og bydeler ulik økonomi, noe som innebærer at enkelte kommuner har mye større mulighet til å satse på utvikling av helsetilbudene enn andre. Men kommunene prioriterer også høyst forskjellig. Da jeg var på Fredlund, var det åpenbart at noen av bydelene hadde kommet relativt langt med denne utbyggingen. I andre bydeler så det ut til at psykisk helse overhodet ikke var prioritert. Dette til tross for at bydelene hadde fått øremerkede midler og var pålagt ved lov å prioritere psykisk helse som satsningsområde.

På de ulike samarbeidsmøtene der jeg deltok, ble utbyggings- og ressursituasjonen stadig diskutert, og møtedeltakerne beklaget seg overfor hverandre over mangel på penger og de problemene de selv opplevde som en følge av dette. Et eksempel på en slik samtale er denne, som jeg skrev ned i feltdagboken under et bydelsmøte:

Representanten fra sosialkontoret:

– Det er mange om beinet. Og vi trenger mange flere økonomiske ressurser, men det må vi få gjennomslag for lenger oppe i ledelsen. Dette mangler.

Overlegen:

– Det er uansett veldig bra at dere kommer til disse møtene, selv om dere ikke har flere boliger å tilby.

– Ja, vi synes i alle fall at det er viktig å stille opp, selv om det blir mange møter. Selv er jeg den eneste bydelskontakten med ansvar for pasienter med psykiske lidelser, så det er veldig mye å gjøre.

En av de Fredlund-ansatte kommenterte samarbeidet mellom Fredlund og de dårlig utbygde bydelene slik:

– De snakker så fint om at vi alle må samarbeide, men hvem skal en samarbeide med? Med dem som ikke finnes?

Enten dilemmaene var ideologiske eller rent praktiske (økonomiske), var det de ansatte som fikk føle dem på kroppen, ikke beslutningstakerne som hadde lagt rammene og utformet målene for OP. De som lot til å merke problemene aller tydeligst, var de som arbeidet direkte med brukere i førstelinjetjenesten. De fikk den knappe ressursituasjonen helt inn på kroppen. En ansatt i hjemmetjenesten i en av bydelene tematiserte situasjonen da jeg snakket med henne i forbindelse med et av samarbeidsmøtene.

– Det er lett for dem [ledelsen] å gi avslag når de ikke trenger å møte klientene. De har selvfølgelig et ansvar for å overholde budsjetter og lignende, men de slipper tross alt å måtte sette seg ned, ansikt til ansikt, med klienten og fortelle at "nei, vi kan dessverre ikke gi deg penger til husleie. Du får finne en annen måte å ordne det på". Det kan være riktig guffent.

To av de ansatte på Fredlund sympatiserte med dem som arbeidet ute i bydelene.

– Jeg misunner virkelig ikke dem som jobber i førstelinjen!

– Nei, de stakkarene må jobbe for pengene, det skal jeg love deg.

“Jeg tar det selv”

Både Vike og Vabø påpeker at de dilemmaene de ansatte i velferdsstaten opplever, blir tydeligere jo lenger ned i systemet man beveger seg. På høyere nivåer har ansatte mulighet til å beskytte seg ved at de kan formulere dilemmaene som et økonomisk og administrativt problem, men lenger ned i organisasjonen blir dilemmaene menneskelige og konkrete. Vike hevder at “på velferdsstatens grasrotnivå er motsetningen mer umiddelbart tilgjengelig for erfaring” (Vike m.fl. 2002).

Vabø benytter uttrykket “ansikt til ansikt” for å beskrive dette, akkurat som den ansatte i hjemmetjenestene i sitatet over. Vabø sier: “I ansikt-til-ansikt-møter med mennesker i en utsatt livssituasjon kan yrkesetikk og allmenne moralnormer oppfattes å ha større relevans og styringskraft enn anvisninger som står oppført i vedtak, avtaler og arbeidsplaner” (Vabø 2007: 286).

På Fredlund var det nettopp følelsen av å stå ansikt til ansikt med brukerne og deres opplevelser som skapte konfliktene for de ansatte, og denne følelsen ble ofte tatt opp på de ukentlige møtene der personalet gjennomgikk aktuelle brukersaker. Et av gjennomgangstemaene der var situasjonen som Jorunn opplevde med Jon, som hun var kontaktperson for, men måtte avslutte kontakten med. Det var tydelig at hun ikke bare sympatiserte med Jons vansker, men også følte det hele som en personlig samvittighetskonflikt. På ett møte uttrykte hun seg slik:

– Vi har vært gjennom dette mange ganger nå, men det er så vanskelig å avslutte. Jeg har gjentatte ganger forsøkt å få bydelens representant på banen, men Jon ønsker overhodet ingen kontakt med dem. Jeg kommer liksom ingen vei. Han kan jo ikke tvinges heller.

Hun ser på de andre og sukker tungt.

– Og det er jo ikke vanskelig å forstå at dette er krevende for ham, for vi vet jo at han har store problemer med å knytte nye kontakter. Dette er virkelig utfordrende for ham. Og jeg er redd han kommer til å bli dårligere. Han virker så sliten. Jeg synes det er forferdelig vanskelig å vite hva jeg skal gjøre.

En av de andre svarte:

– Du alene kan ikke forhindre at han blir dårlig. Det kan kanskje føles slik, men det er så mange andre faktorer som også spiller inn. Vi er ikke de eneste i dette systemet!

En annen sa:

– Nei, vi som enkeltpersoner kan ikke forhindre at pasienter blir dårlige og innlegges. Men det er lett å føle det slik.

Jorunn fulgte opp:

– Nei, jeg vet at dette ikke bare hviler på meg. Det er bare det at jeg omtrent er den eneste han åpner seg for når han blir dårlig. Han stoler på meg. I perioder blir han jo innlagt, og sånn har det vært i mange år nå. Jeg tror ikke at jeg alene kan forhindre det. Men det er ingen tvil om at han nå har det vanskeligere enn på lenge. Vi må ikke glemme at han for kort tid siden faktisk truet med å ta livet sitt fordi han ikke orket flere endringer.

Jons vanskelige situasjon satte Jorunn i et personlig dilemma. Hun følte flere ganger at det overhodet ikke var riktig å avslutte kontakten, men samtidig hadde hun ikke noe valg, for disse endringene måtte gjennomføres. Temaet kom opp igjen og igjen, og Jorunn ba ofte sine kolleger om råd om hvordan hun skulle håndtere situasjonen. Her er et knippe uttalelser hun lot falle på de ulike møtene eller i samtaler med meg:

– Jeg har ikke noe valg, for han må jo utskrives. Det er allerede bestemt. Jeg kan ikke gjøre noe med det. Men det er vondt. Fryktelig vondt. Både for ham og for meg.

– Jeg har grått og ledd sammen med ham. Han har lært meg så mye verdifullt. Vi har delt så mye.

– Jeg klarte ikke å avslutte nå heller. Jeg er ikke så god på det.

Jorunns forhold til Jon var personlig og nært, og nettopp dette, som satte henne i stand til å yte god omsorg overfor ham, måtte hun i lys av reformens krav betrakte som en form for manglende profesjonalitet: "Jeg er ikke så god på det."

På Fredlund, som i så mye av helse- og sosialsektoren, var brorparten av de ansatte kvinner. Derimot var lederne på de fleste nivåene i DPS'et menn. Vike m.fl. (2002) fremhever kjønnsaspektet som en sentral dimensjon ved dilemmaene: Menn har fått det overordnede økonomiske og administrative ansvaret, mens kvinner befinner seg på grasrotnivå og er blitt gjort ansvarlige for helse- og sosialtjenestens møte med brukerne. Dilemmaene skjerpes fordi kvinnene er sosialisert inn i en omsorgsmoral som fører til at de ser på ansvaret for brukerne som sitt eget personlige ansvar. De føler at de verken strekker til overfor brukerne eller sine overordnedes forventninger (Vike m.fl. 2002).

Ifølge Vike kan denne utilstrekkelighetsfølelsen gi seg utslag på mange måter, som samvittighetskvaler, en følelse av illojalitet, frustrasjon, resignasjon, sinne, stress og utbrenthet. På denne måten setter dilemmaene seg i selve kroppene til de ansatte som har nær og direkte kontakt med brukerne. Derfor bærer kvinnene "organisasjonens grenser i sine kropp" (*ibid.*: 14).

Jeg har allerede snakket om hvordan de ansattes tendens til å ville strekke seg for brukerne var med på å dekke over de uheldige sidene av OP. Vabø (2007: 280) skriver at den internaliserte omsorgsmorale gjør de ansatte til en fleksibel, nesten usynlig ressurs som i praksis "overtar administrasjonens utfordringer med å redusere misforholdet mellom [begrensede] ressurser og [ideelle] velferdspolitiske mål". Slik blir de kvinnelige yrkesutøverne "velferdsstatens redning". Uten deres innsats ville den politiske legitimiteten vært truet.

Mens jeg var på Fredlund, var jeg mange ganger vitne til at de ansatte på denne måten bidro til å "hjelpe" systemet der det ikke fungerte, som når Marie kjørte Petter til det nye tilbudet i bydelene, når de ansatte diskuterte å bryte OPs pålegg ved å la Liv fortsette å komme og overnatte når hun ville, eller når Jorunn prøvde å få Jon til å knytte seg nærmere til bydelen. Hun fortalte:

– I mange år har vi bedt om at Jon må få en koordinator i bydel. Og vi har da også fått et par-tre stykker, men de slutter jo alle sammen. Og da må det bygges opp en ny relasjon til den neste som kommer inn i bildet. Det er krevende for alle, særlig for Jon selv. Ofte må vi også vente lenge på en ny koordinator. Da tenker jeg heller som så at: "Nei, jeg tar det selv." Det blir enklere da.

"Det hjalp da jeg trakk det opp på systemnivå"

De ansatte var ikke bare systemets "trofaste tjenestekvinner". Iblant kunne de være ganske krasse i sine uttalelser og komme med klart maktkritiske utsagn, særlig når det var tydelig at systemet ikke fungerte i tråd med en uttalt hensikt. På et møte der de ansatte diskuterte den medisinske behandlingen til en av brukerne, sa Bodil:

– Legen har bestemt at ...

Hun fikk ikke sagt mer før Gudrun avbrøt henne:

– Legen kan jo ikke bare bestemme. Legen skal anbefale, og så skal beslutningene tas i samråd med brukeren. Det er jo sånn det egentlig skal fungere. Men i praksis virker det jo som beslutninger ofte er tatt allerede på legens kontor. Slik skal det jo ikke være!

Som nevnt var Gudrun blant dem som var mest skeptiske til implementeringen av Planen, og derfor var hun også blant dem som hadde klarest kritisk blikk på den. Hun la ofte vekt på systemets ansvar når hun snakket med meg om forandringene på Fredlund:

– Det er ofte stor uklarhet omkring hvem som har kompetanse og ansvar i forhold til hva. Systemet er overhodet ikke samkjørt. De [brukerne] utskrives til ingenting!

Her snakket Gudrun om brukere som ble utskrevet fra Fredlund til bydelene. Men også utskrivelser av brukere fra psykiatriske sykehus ble kritisert: I forbindelse med moderniseringen av velferdsstaten, og enda tydeligere etter at OP ble vedtatt, er det blitt innskjerpet fra sentralt hold at brukerne ikke skal oppholde seg på psykiatriske sengeposter lenger enn absolutt nødvendig. Sykehusene skriver derfor brukerne raskere ut. De ansatte på Fredlund opplevde disse innstramningene som til dels uforsvarlige. På ett møte diskuterte de en bruker som hadde vært innlagt på psykiatrisk sykehus fordi hun hadde en dårlig periode. De hadde fått beskjed om at hun straks ville utskrives og komme tilbake til sin egen bolig og dagtilbudet på Fredlund. Det utløste følgende reaksjoner hos personalet:

– Tenk at hun blir utskrevet så fort, det hadde jeg faktisk ikke trodd. Hun som var så dårlig!

Bodil ser overgitt på de andre som sitter rundt bordet. En annen istemmer:

– Nei, jeg må si jeg er overrasket, jeg også. Jeg kan ikke tenke meg at hun allerede er god nok til å komme tilbake. Vi kjenner henne jo og vet hvordan det pleier å være.

Bodil tar opp tråden:

– Ja, vanligvis trenger hun i alle fall lengre tid på å komme seg enn hun har hatt nå. Men sånt som dette er jo ikke noe nytt. I dette systemet foregår det stadige inn- og utskrivelser av pasienter, og de går fra det ene til det andre. Først er de for dårlige til å bo i egen bolig og blir innlagt, så blir de utskrevet igjen før de er særlig bedre. Sykehuset sender brev og sier at "nå er pasienten stabilisert på

medisiner”, men når vi møter brukeren, synes vi ikke det er særlig bedring å snakke om. For mange er dette en evig runddans, og de blir kasteballer i systemet. De behandles som varer, ikke som mennesker.

Bodil trekker pusten dypt.

– Og det kan du sitere meg på i oppgaven din!

I Bodils formulering ”de behandles som varer, ikke som mennesker” ligger det en eksplisitt kritikk av en økonomisk tenkemåte der menneskelige problemer reduseres til et spørsmål om inntjening, effektivitet og kontroll med utgiftspostene. Slik tematiserer Bodil her konflikten mellom praksiser og idealer som hører hjemme i det administrativt-økonomiske området, og dem som tradisjonelt har rådet grunnen i omsorgsyrkene.

Marie gjorde et lignende poeng i en samtale der hun sa:

– På sykehusene har de ofte sitt eget system og de gjør ting på sin måte. Det er stadige utskiftninger av behandlere, og folk blir behandlet som et annet stykke ost.

Dette systemkritiske blikket tjente en hensikt i forhold til de dilemmaene de ansatte opplevde i forbindelse med implementeringen av OP: Det fikk dem til å føle seg bedre. Når de hevet blikket fra sin personlige følelse av forpliktelse overfor brukerne og i stedet festet det på ”systemets” ansvar, klarte de til en viss grad å fri seg fra samvittighetskvalene. Jorunn brukte dette bevisst som en strategi overfor både seg selv og Jon.

– Jeg måtte forklare tydelig at det ikke var jeg som ønsket disse forandringene, for han ble jo lei seg og lurte på om jeg ikke ville ha mer med ham å gjøre. Derfor måtte jeg forklare nøye at dette dreier seg om avgjørelser på systemnivå, det er ikke personlig og handler ikke om hva jeg vil. Jeg tror han forsto. Det ble litt lettere. Det hjalp da jeg trakk det opp på systemnivå.

Også andre ansatte prøvde med jevne mellomrom å minne seg selv på at de ikke kunne lastes for den smerten brukerne ble utsatt for. Marie sa:

– Hvor mye skal en sette inn på å kjempe for brukerne? Hvor mye skal en ta hensyn til brukerens ønsker? De må jo ut i bydelene likevel. Systemet er dessverre slik at man må stå på sidelinjen og se på at de blir dårlige og har det vondt.

Det paradoksale med denne strategien var at systemkritikken brukt på denne måten ikke førte til at de ansatte "blokkerte" for OP, men derimot at de fikk lindret sin egen følelse av utilstrekkelighet og derfor lettere kunne gjøre det Planen forlangte av dem. Andre virkninger hadde kritikken knapt: De ansatte følte ikke at de hadde noe sted å henvende seg med sin misnøye, og de understreket at deres perspektiver ikke fikk noe å si for implementeringen av OP. Tvert imot var det nettopp manglende lydhørhet de ofte kritiserte – overfor hverandre. Med andre ord var de ansatte fanget i et dobbelt paradoks: Verken deres motmakt i form av å gjøre unntak fra OPs retningslinjer eller deres uttrykkelige maktkritikk fikk noen virkninger høyere oppe i systemet. Tvert imot bidro begge disse tingene, hver på sin måte, til at dilemmaene lot seg leve med på grasrotnivå og ikke ble synlige på politisk nivå.

Forhandlinger om fremtiden

Implementeringen av OP på Fredlund førte ikke bare med seg en indre samvittighetskonflikt hos de ansatte, men også en interessekonflikt mellom dem. I de månedene jeg var på stedet, hadde de ansatte jevnlig møter der de diskuterte institusjonens fremtid. De gav uttrykk for at de tvilte på om de overhodet ville få noe å si når den endelige kabalen for organiseringen skulle legges, men på møtene oppsto det likevel til dels heftige diskusjoner om hvilke behandlingstilbud som skulle bestå. De ansatte kjempet for "sine" brukere, og alle ønsket å beholde "sine" grupper. På et av møtene sa Elin:

– Diskusjonsgruppen har vi jo hatt i mange år nå, og flere av deltagerne har faktisk vært med fra starten av. De fleste stiller opp hver gang, og vi har det så hyggelig når vi møtes. Jeg håper virkelig at gruppen får bestå, for jeg tror deltagerne har stort utbytte av å være med. De ville bli oppriktig lei seg hvis dette tilbudet skulle forsvinne.

Andre ansatte kom med lignende utsagn om sine grupper og brukere, og mange gav uttrykk for at ikke bare brukerne, men også de selv ville savne gruppen "sin". Mange hadde jo drevet en gruppe i mange år. Marie sa det slik:

– Jeg synes virkelig det ville være trist hvis gruppen må nedlegges. Vi legger jo ned mye tid og energi på forberedelser til hvert møte, og jeg synes vi har blitt ganske gode til å få det til. Det kan være utfordrende til tider, men likevel vil jeg si at gruppen fungerer godt. Jeg synes jeg får mye igjen for dette arbeidet, og det er jo dette jeg har lyst til å drive med.

Gudrun følger opp:

– Ja, jeg har det på samme måte. Det kan være litt tungt å holde stemningen oppe, men stort sett synes jeg brukerne er flinke til å delta og komme med ideer. Det gir en god følelse. Mange gir uttrykk for at de trives. Ellen-Marie sier til og med at gruppen er ukas høydepunkt for henne.

Gudrun smiler og ser på de andre rundt bordet. Flere nikker og smiler til svar, og jeg forstår at de alle kjenner godt til Ellen-Marie. Gudrun fortsetter:

– Hun er en av dem som lurer veldig på hva som vil skje med gruppen videre. Hun spør om dette hver gang vi møtes. Men jeg kan ikke gi henne noe godt svar, for jeg vet jo så lite selv! Det er forferdelig frustrerende!

Vabø (2007) har beskrevet hvordan implementering av reformer i helsesektoren fører til at det pågår kontinuerlige forhandlinger om hvordan nye roller og rutiner skal utformes i praksis. For de ansatte på Fredlund var situasjonen vanskelig. De levde selv i uvisshet og visste lite om hva som kom til å skje, samtidig som de også måtte forholde seg til brukernes frustrasjon og utrygghet. Brukerne var redde og usikre, men de ansatte kunne ikke gi dem annet enn vage svar og forsikringer om at "det ordner seg nok".

"Dette kan bli bra på sikt"

Selv om uroen ble svært merkbar på Fredlund i den tiden jeg var der, var det ikke alle de ansatte som var like bekymret, og i alle fall ikke hele tiden. Som allerede nevnt var det annerledes for de eldre ansatte enn de yngre (jf. Gudrun og Cecilie i begynnelsen av dette kapittelet), men også andre faktorer spilte inn. Én faktor var hvor lenge de hadde arbeidet på Fredlund, uavhengig av alder. De få som ikke hadde vært der så lenge, virket noe mindre bekymret. Viktig var det også hvordan de opplevde at det gikk med brukerne de var kontaktpersoner for. Lene, en av de ansatte, sa:

– Jeg synes i grunnen ikke at dette er så vanskelig, men det kan jo ha sammenheng med at ingen av mine brukere har hatt store problemer med overgangen. Jeg tror de synes det har gått ganske greit.

En annen, Hanne, sa noe lignende:

– Jeg har jo kanskje litt mindre tunge brukere enn mange av de andre, og jeg kan godt forstå at mange av kollegene mine opplever endringene som krevende. Særlig gjelder det dem som har brukere som virkelig er preget av det som er i ferd med å skje. Men selv synes jeg ikke at det er like vanskelig. Jeg tar det ikke med hjem, som noen av de andre kanskje gjør. Jeg tenker på det som en slags overgangsfase, hvor ting vil være utfordrende en stund, men hvor det går seg til på sikt. Og jeg tror faktisk at endringene kan være bra for mange av brukerne. De blir forhåpentligvis mer selvstendige, og det tror jeg mange vil vokse på.

Som det fremgår av Hannes utsagn, var hun optimistisk fordi hun mente at OP kom til å få heldige følger til syvende og sist, selv om overgangen var vanskelig. Også dette siste var et viktig aspekt: De ansattes holdninger til endringene avhang sterkt av hvordan de vurderte reformens uttalte mål. Iblant uttrykte Cecilie at hun kunne dele Hannes optimisme:

– Dette kan bli bra på sikt. Det de forsøker å gjøre, er jo positivt. Det er jo basert på et reelt ønske om at brukere skal få det bedre. Det kan godt tenkes at mange etter hvert vil trives i egen leilighet.

Her slutter Cecilie direkte fra den gode intensjonen bak OP til sannsynligheten for at brukerne vil trives, som om den gode vilje garanterer et godt resultat. Som vi har sett, er det mange ting som tyder på at en slik sammenheng ikke nødvendigvis lar seg spore, i alle fall i overgangsfasen.

Det at yngre og nyere ansatte virket mindre skeptiske til forandringene enn de eldre som hadde vært på Fredlund lenger, kan skyldes flere ting. Man kan tenke seg at det handler om at det blir vanskeligere å omstille seg med årene, eller at de som har jobbet lenge i psykiatrien, lider av "endringstretthet", akkurat som de "gamle" brukerne. En av de eldre ansatte uttrykte nettopp dette:

– Jeg må innrømme at jeg begynner å bli lei nå. Det kommer stadig noe nytt som man må forholde seg til. Når man begynner å komme inn i en rutine etter å ha vært gjennom en endringsprosess, så blir det ikke ro til å kunne tilpasse seg dette

før det kommer nye reformer. Er det noe som kjennetegner dette systemet, så er det stadige endringer. Det er slitsomt.

En annen kommenterte:

– Noen elsker forandringer, og det er jo godt. Men mange synes nok det kan bli for mye.

Man kan også tenke seg at de som har arbeidet i psykiatrien før de store moderniseringsprosessene begynte, har fått sitt profesjonelle selvbilde formet før begrepet "institusjon" ble så negativt ladet og "systemavhengighet" ble definert som et problem. For dem er kanskje "trygghet", "omsorg" og "hjelp" mer sentrale verdier enn "uavhengighet", "selvstendighet" og "normalitet", i OPs betydning av ordet. En ansatt som hadde flere tiår bak seg på Fredlund, kom en gang med en uttalelse som kunne tyde på at det er noe i en slik tolkning. Hun sa:

– Jeg blir mer og mer overbevist om at mange ikke skal bo alene. Det finnes så mange fine institusjoner å bo i.

En annen sa seg enig:

– Ja, ikke sant. Ensomheten er virkelig en fiende for mange av dem som bor for seg selv. Den tar knekken på mange.

Formuleringen "det finnes så mange fine institusjoner å bo i", lyder forbløffende politisk ukorrekt i dagens helse- og sosialpolitiske klima. "Fin" og "institusjon" går liksom ikke sammen innenfor denne diskursen; institusjonen er per definisjon avhengighetsskapende, marginaliserende, stigmatiserende og isolerende, og slett ikke "fin".

Hvorvidt de ansatte så med optimisme på OP, avhang altså av i hvilken grad de selv delte, eller hadde inkorporert, OPs idealer, som jo også finnes på mange andre samfunnsarenaer: "frihet", "selvbestemmelse" osv. er honnørord i skolen, i barneoppdragelsen og ikke minst på det økonomiske feltet.

Vabø (2003) viser eksempler på at ansatte i helse- og omsorgssektoren bidrar til å implementere de markedspregede helsereformene ved at de gradvis kommer til å synes at de bygger på gode og nyttige målsetninger. Jeg var på Fredlund for kort tid til å se om det fant sted noen holdningsendringer blant de ansatte. At de eldre virket mer skeptiske

til OPs målsetninger, kan likevel tyde på at de ansatte som gruppe vil bli mer optimistiske med tiden, om ikke annet så fordi de eldste går av med pensjon. Med tiden kan man også tenke seg at de eldre ansatte vil bli marginalisert dersom de fortsetter å uttale seg negativt om reformen eller snakke om "fine institusjoner". De vil kunne komme til å virke stadig mer avleggs (jf. kap. 4 her: 71; Haukelien 2003: 117–120). Slik vil personalet etter hvert komme til å tenke mer på samme måte som dem som utformer styringsdokumentene. I den grad de "gamle" ansatte tenker som tradisjonelle helsearbeidere og politikerne tenker mer som økonomer eller administratorer, vil dette innebære at ett praksisregime (de psykiatriske helsetjenestene) farges av et annet (det økonomiske).

En slik holdningsendring som Vabø registrerte, og som så ut til å ligge i kortene på Fredlund, kunne man med antropologene Comaroff og Comaroff (1992) kalle en "kolonialisering av bevisstheten", eller med Foucault, et vellykket tilfelle av *conduct of conduct*. De styrendes idealer og logikk overtas av de underordnede, som etter hvert slutter å føle eller gjøre motstand og i stedet ser det som sin egen personlige oppgave å nå de målene de styrende har definert. Slik blir den disiplinerende makten inkorporert som selvdisiplin.

Vi så i forrige kapittel at OP ikke hadde begynt å virke på Fredlund-brukerne på denne måten; de uttrykte nokså gjennomgående motstand mot OPs målsetninger. Brukerne var imidlertid ikke i så direkte kontakt med de gode intensjonene bak Planen som de ansatte var. De ansatte følte i større grad at å være imot Planen også var å være imot gode hensikter. Når de så brukernes konkrete problemer, følte de seg bundet av det tradisjonelle omsorgsidealet, men når de diskuterte fremtiden, syntes de fleste at det var vanskelig ikke å tilslutte seg OPs overordnede mål. Man kan derfor si at OP utøvde en form for government-makt på de ansatte; ved sin "monopolisering" av positivt ladede ord virket den til dels som *conduct of conduct* og hadde så smått begynt å "kolonialisere" de ansattes bevissthet.

Oppsummering

Motsetningene mellom OPs mål og brukernes opplevelser som ble diskutert i kapittel 4 og 5, ble personlige dilemmaer for de ansatte på Fredlund. De ansatte ønsket å være lojale overfor både brukere og arbeidsgiver. Men det oppsto dilemmaer fordi de opplevde at brukernes beste i mange tilfeller ikke samsvarte med de endringene som implementeringen av OP medførte. Personalets arbeidshverdag var preget av et spenningsforhold mellom "ansikt-til-ansikt"-relasjoner og overordnede målsetninger, og mellom etablerte praksisformer og nye styringstiltak.

De ansatte underla seg ikke fullstendig overstyringen; de "stivbente styringsregimene" (Vabø 2007: 289) ble i noen tilfeller omgått slik at de ansatte fremdeles kunne ta hensyn til den enkelte brukers behov. Paradoksalt nok kan man si at disse handlingene var i tråd med OPs overordnede prinsippl om å sette "brukeren først". Disse "stilltiende justeringene" (*ibid.*) lot også til å gjøre hverdagen bedre for brukerne, men de hadde i tillegg en mer utilsiktet virkning ved at de bidro til å skjule OPs mangler og negative konsekvenser. På denne måten bidro faktisk de ansatte ved sin motstand til å understøtte reformen.

I den grad de direkte tenkte og snakket negativt om reformen, var også dette med på å fremme implementeringen av den, fordi kritikken reduserte deres skyldfølelse ved å gjennomføre de tiltakene implementeringen krevde. Når de ansatte plasserte ansvaret der det hørte hjemme, var det lettere å være med på å avvikle Fredlunds tilbud. Siden kritikken sjelden eller aldri kom utenfor Fredlunds vegger, var dette omtrent den eneste virkningen den fikk. Både praktisk og ideologisk motstand var dermed med på å jevne veien for OP på Fredlund.

Man kan hevde at mangelen på effektive kritikkmuligheter for de ansatte fikk konsekvenser ikke bare for dem, men også for brukervedvirkningen. Som vi så i forrige kapittel, fungerte brukervedvirkningen ikke så godt i praksis på systemnivå, særlig ikke for de svakeste brukerne. Disse var avhengige av at deres mer indirekte eller lavmælte kommunikasjonsformer ble fanget opp og forstått av de ansatte. I den grad de ansatte ikke ble hørt oppover i systemet, forsvant disse brukernes stemmer fullstendig på veien.

Alt i alt er det tydelig også av de ansattes situasjon at OP til tross for sin vekt på "frihet" og "frivillighet" medfører tvang og overstyring nedover i nivåene i det psykiatriske helsesystemet. Når de Fredlund-ansatte følte motstand mot OP, havnet de i ulike former for dilemmaer. Når de lot seg overbevise av dens idealer, medførte det at de i større grad så det som sin plikt å utøve yrket sitt på en slik måte at det harmonerte med viljen bak Planen. De så de negative konsekvensene som mindre viktige og mer midlertidige, og festet blikket på et overordnet mål. For de ansatte som holdt et slikt fokus, kan man si at Planen fungerte som en government-strategi; den påvirket deres vilje og idealer.

AVSLUTNING

Min hovedproblemstilling i denne oppgaven har vært å identifisere og analysere motsetningene mellom på den ene siden målsetningene i Opptrappingsplanen for psykisk helse og på den andre siden konsekvensene implementeringen av den fikk for brukere og ansatte på Fredlund i en gitt periode.

Jeg har argumentert for at i den moderne velferdsstaten, preget av nyliberalistiske idealer, har den psykiatriske institusjonen blitt konstruert som en kilde til avvik og stigmatisering. OPs målsetning om å gi psykisk syke et mer "normalt" liv ved å bygge ned institusjonene, er i tråd med dette synet. Men som jeg har vist, opplevde brukerne på Fredlund utestegning der OP snakket om integrering, tap der OP snakket om fellesskap og økt marginalisering der OP snakket om normalisering. Jeg har argumentert for at dette har sammenheng med at OP opererer med en forståelse av normalitet som står i motsetning til avhengighet, og som er lik for alle borgere. Fredlund-brukerne, derimot, opplevde sin normalitet som knyttet til Fredlund og den stedlige og sosiale kontinuiteten som institusjonen representerte for dem.

Videre har jeg analysert motsetningen mellom OPs vekt på brukermedvirkning og frivillighet, og brukernes opplevelse av å bli tvunget ut i forandringer. I lys av Foucaults governmentality-begrep foreslo jeg å betrakte brukermedvirkningen som et styringsredskap og et virkemiddel i en anstrengelse for å oppmuntre brukerne til å bli mer uavhengige og "normale" i OPs betydning av ordet, det vil si at de skal ta ansvar for sitt eget liv og i større grad styre seg selv. Dette perspektivet overførte jeg så på begrepene "integrering", "uavhengighet" og "normalitet" i Opptrappingsplanen. Jeg argumenterte for at også disse kunne betraktes som styringsredskaper, selv om de foreløpig ikke har begynt å påvirke brukernes vilje og virke som *conduct of conduct*.

Endelig overførte jeg alle disse betraktningene på en analyse av de dilemmaene personalet på Fredlund og de bydelsansatte opplevde i sin arbeidshverdag. De ansatte ble fanget i en lojalitetskonflikt mellom på den ene siden OPs og arbeidsgiverens krav, og på den andre siden brukerne og deres opplevelser. Jeg tolket også konflikten som en spenning mellom tradisjonelle profesjonsverdier og nye styringskrav, og mellom hensynet til omsorgsutøvelse og en knapp ressursituasjon. I sine ulike forsøk på å manøvrere i disse dilemmaene utøvet de ansatte ulike former for motstand mot og kritikk av OP som paradoksalt nok til dels virket mer fremmende enn hemmende på implementeringen av den.

Som antydnet i slutten av kapittel 5, kan man innvende mot governmentality-perspektivet at det ligger et svartsyn innbakt i selve teorien: Det Foucault kaller "governmentalisering av samfunnet", kunne man like gjerne kalle et ærlig forsøk på å sikre frihet og selvbestemmelse for flest mulig. Når man først har anvendt Foucaults perspektiv på Opptappingsplanen, er man fanget i logikken: I den grad ting går bra og brukere og personale ser muligheter og forbedringer, vil man ikke kunne se det som bevis på at Planen representerer et fremskritt, men i stedet måtte kalle det "internalisering av maktstrukturer".

Kanskje er likevel ikke det optimistiske og det foucauldianske perspektivet gjensidig utelukkende: I realiteten er det tross alt vanskelig å unngå maktulikheter i forholdet mellom brukere og hjelpeapparat. Det jeg vil med denne analysen, er ikke først og fremst å insistere på at OP innfører en korrumpert maktform i psykiatrien. Man kan nok hevde at government-makten er mer skjult og derfor er vanskeligere å lokalisere og kritisere, men dersom den avløser en mer repressiv maktform, kan den likevel godt betraktets som et fremskritt. Mitt poeng er å vise at selv en plan som er basert på frihet og selvbestemmelse, også er en *plan*, og som sådan er normativ, uttrykker en vilje og utøver en makt.

Paradoksalt nok er det eneste vi kan si sikkert, at Planen bare vil være vellykket i den grad den faktisk fungerer som government-strategi, altså i den grad den klarer å påvirke viljene og ønskene til folk. Bare dersom brukerne selv kommer til å dele Planens visjoner, bare dersom de kommer til å ville det Planen vil, bare dersom de lærer å uttrykke sine

behov og fremme sine ønsker innenfor brukervedvirkningens formelle strukturer, vil Planen gi dem et bedre liv.

Mitt feltarbeid var begrenset i tid og rom, og jeg kan ikke evaluere Planen som helhet eller bedømme hvordan den kommer til å fungere i fremtiden, verken for mine informanter eller generelt. (For foreløpige evalueringer av Planen, se SINTEF Helse (2005a, 2005b, 2007), Sosial- og helsedirektoratet (2003), Norges forskningsråd (2005), Sverdrup m.fl. (2007).)

Skal jeg likevel prøve å trekke noen lengre linjer fra denne analysen, måtte det være at psykiatrien med Opptrappingsplanen later til å begynne å fungere mer på samme premisser som samfunnet for øvrig. De samme krav om selvstendighet og selvstyring begynner nå å gjelde for brukerne av psykiatriske helsetjenester som for andre borgere. Integreringen fungerer best for dem som allerede er ganske sosiale og har mange arenaer å ferdes på; brukervedvirkningen på systemnivå lar seg kun realisere for dem som er i stand til å la sin stemme bli hørt. Dette er paradoksalt i og med at mange av brukerne i utgangspunktet har kommet til institusjonene fordi ikke mestret slike krav. De som faller utenfor det store fellesskapet som OP tar for gitt at alle kan tilhøre, får altså ikke lenger noe "utenfor" å falle i. Det er trist for slike som Bente, som kalte seg selv "en gammel kroniker". Hun skal få siste ord:

– Det som feiler meg, forsvinner jo ikke fordi om det kommer en ny psykiatireform.

LITTERATURLISTE

- Abrahamsen, P. (2000): "Etableringen av Oslo Hospitals dollhus", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120: 3430-1.
- Abrahamsen, P. (1988): *Fra dollhus til moderne psykiatri: 450 års jubileum, Oslo Hospital 1538–1988*. Oslo: Selskabet for Oslo Byes Vel.
- Breivik, J.-K. (2006): "Døv identitetspolitikk – en særegen form for normalitet", i T.H. Eriksen og J.-K. Breivik (red.): *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget: 187–202.
- Brottveit, Å. (1991): *Nedbrytningen av Galehuset. Symbolske aspekter ved psykiatrireformen i Arezzo, Italia*. Hovedfagsoppgave i sosialantropologi, Universitetet i Oslo.
- Dean, M. (2006): *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg C: Forlaget Sociologi.
- Douglas, M. (1997): *Rent og urent. En analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Dullum, Jane (2007): *Fra oppbevaring til risikohåndtering? Om nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene*. Doktoravhandling, Institutt for kriminologi og rettsososiologi, Universitetet i Oslo.
- Eriksen, T.H. og J.-K. Breivik (red.) (2006): *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foss, N. (2008): *Psykiatrien som flyttet ut i bygda. En analyse av hva som skjedde da psykiatriske hjelpere skulle bidra til brukernes innlemmelse blant folk i bygda*. Dr. avhandling i sosialantropologi, Universitetet i Tromsø.
- Foucault, M. (2003a): *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.

- Foucault, M. (2003b): *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.
- Frøystad, K. (2003): "Forestillingen om det "ordentlige" feltarbeid og dets umulighet i Norge", i Rugkåsa, M. & Thorsen, K. T. (red.): *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal: 32–64.
- Gjertsen, A. (2007): Åpenhet og helhet ti år etter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 6: 755–760.
- Goffman, E. (1983): *Totala institutioner: fyra essayer om anstaltslivets sociala vilkor*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Gullestad, M. (2001): *Kitchen-table Society. A case study of the family life and friendships of young working-class mothers in urban Norway*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hammerstad, P. (2006): "Psykisk helsearbeid i en ny tid", *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 3 (4): 320–327.
- Haukelien, H. (2003): "Styring og intern diskurs i et norsk helseforetak", *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 14 (2–3): 111–120.
- Hermundstad, G. (1999): *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Howell, S. (2008): "Global styringsmentalitet og begreper om rettferdighet: motstridende forståelser av barn og transnasjonal adopsjon", *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 19, (2–3): 122–135.
- Howell, S. (2001): "Feltarbeid i vår egen bakgård. Noen refleksjoner rundt nyere trender i norsk antropologi", *Norsk antropologisk tidsskrift* 12 (1–2): 16–24.

- Hydle, I. (2003): "Regjering av helse: Fra pasient til risikant", i I.B. Neumann og O.J. Sending (red.): *Regjering i Norge*. Oslo: Pax Forlag A/S: 154–175.
- Larsen, I. B. (2001): *En beskrivelse av genius loci I et psykiatrisk senter – en stedsbundet virkelighet*. Hovedoppgave i helsefag, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Low & Lawrence-Zúñiga (ed.) (2003): *The Anthropology of space and place: locating culture*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Lunde, K. (2008): "Hva kan norsk psykiatri lære av Italia?" *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, (2) 2008, 128: 208–210.
- Midelfort, E. (1980): "Madness and Civilization in Early Modern Europe: A Reappraisal of Michel Foucault, i B. Smart (red.) (1994): *Michel Foucault, Critical Assessments*. London: Routledge:
- Neumann, I.B. (2003): "Innledning: Regjeringsbegrepet og regjeringens historiske fremvekst", i I.B. Neumann og O.J. Sending (red.): *Regjering i Norge*. Oslo: Pax Forlag A/S: 9–43.
- Norberg-Schulz, C. (1986): *Et sted å være: essays og artikler*. Utvalg og forord ved Gordon Hølmebakk. Oslo: Gyldendal.
- Norges forskningsråd, Divisjon for vitenskap (2005): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse, Fremdriftsrapporter november 2005*.
- Pols, J. (1993): "Enforcing patient rights or improving care? The interference of two modes of doing good in mental health care", i *Sociology of Health & Illness* 25 (4): 320–347.

- Retterstøl, N. (red.) (1995): *Gaustad sykehus 140 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rose, N. (1999): *Powers of Freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sagabråten, Haavet, Prestegaard, Hansen, Olafsson og Aanes (2007): "Psykiatri på italiensk", *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2007, 127: 2418–20.
- Serrano, M. (2006): Borgerrettighet og tilhørighet. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 3 (4) 2006: 310–316.
- SINTEF Helse (2005a): *Opptappingsplanen etter fem år – utvikling i regionene* .
- SINTEF Helse og nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005b): *Måling av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet. Sluttrapport til Sosial- og helsedirektoratet*.
- SINTEF Helse (2007): *Evaluering av foretaksreformen – prioritering og finansiering. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Halvårsrapporter desember 2006*. Norges forskningsråd, Divisjon for vitenskap.
- Skårderud, F. (1984): *Farvel til institusjonen. Om reformbevegelsen demokratisk psykiatri og forsøkene på å skape en psykiatri uten det psykiatriske sykehuset*. Oslo: Gyldendal.
- Smart, B. (ed.) (1994): *Michel Foucault (2)- Critical Assessments*. London: Routledge.
- Smedal, O. (2001): "Antropologi ved årtusenskiftet". *Norsk Antropologisk Tidsskrift* 12 (1–2) 2001: 130–136.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurdering (10/2003)*.

- Sosial- og helsedirektoratet (2006a): *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse (04/2006)*.
- Sosial og helsedirektoratet (2006b): *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (09/2006)*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemning (06/2007)*.
- St. meld. 25 (1996–97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. prp. nr. 63 (1997–98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., Kristofersen, L. B. (2007): *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007: 2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Sørhaug, T. (2003): "Fra plan til reformer: Det store regjeringsskiftet", i Neumann og Sending (red.): *Regjering i Norge*. Oslo: Pax Forlag A/S: 44–80.
- Sørhaug, T. (2006): "Gull, arbeid og galskap, om normalitet og modernitet", i T.H. Eriksen og J.-K. Breivik (red.): *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget: 275–316.
- Thagaard, T. (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2003): "Kjønn og avmakt i omsorgstjenestene", i Isaksen, L. W. (red): *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten. Makt og demokratiutredningen*. Oslo: Gyldendal akademisk: 128–161.

- Thorsen, K. (2001): "Et kjønnsperspektiv på makt og avmakt hos tjenestemottakerne", i *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. NOVA Rapport 18/01: 31–60.
- Thuen, T. (red.) (2001): *Fortidsforståelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Tranøy, J. (1991): *Lobotomi i skandinavisk psykiatri*. Oslo: Institutt for kriminologi og strafferett, UiO.
- Vabø, M. (2007): *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. NOVA Rapport 22/2007. Avhandling for dr. philos. graden, det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Vabø, M. (2003): "Forbruksmakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste?" , i Isaksen, L. W. (red): *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten, Makt og demokratiutredningen*. Oslo: Gyldendal akademisk: 102–127.
- Vabø, M. (2001): "Forbrukermakt- en kilde til bedre omsorgstjenester?" , i *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. NOVA Rapport 18/01: 7–30.
- Vike, H. m.fl. (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vike, H. (2004): *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Villadsen, K. (2006): "Forord til den danske udgave", i Dean: *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg C: Forlaget Sociologi: 9–28.
- Wadel, C. (1991): "Feltarbeid som runddans mellom teori, metode og data", i *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: Seek A/S: 127–181.
- Wiestad, E. (2002): "Stedets betydning". *Norsk filosofisk tidsskrift* 37 (1–2): 106–115.