



SJETTE AVDELING

Et utforskende møte mellom fortid og nåtid med
utgangspunkt i Anton Tsjekhovs skjønnlitterære tekst
Palata No. 6 fra 1892

Elin Håkonsen

våren 2008

Mastergradsoppgave i helsefagvitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for helsefag
Det medisinske fakultetet
Universitetet i Oslo

Forord

Arbeidet med oppgaven har vært en kreativ og spennende prosess fra den dagen jeg sto med Anton Tsjekhovs langnovelle *Sjette avdeling* i hendene. Selv om jeg på dette tidspunktet var i startfasen med en annen oppgave slapp jeg denne, for å forfølge den undringen og de spørsmålene som reiste seg i møte med den skjønnlitterære teksten. Det hadde ikke blitt denne oppgaven hvis ikke noen helt spesielle mennesker var der på riktig sted til rett tid med sine bidrag og sin inspirasjon.

Jeg vil takke deg Jan for at du viste meg Tsjekhovs bok, og dermed brakte meg inn mot et forskningsfelt uten at dette var i dine tanker. Du skal også ha takk for at du tok meg med til sol og sommer midt i en hektisk skriveperiode, til et sted uten PC.

Jeg husker også godt den dagen jeg banket på døra til Professor Kristin Heggen for å diskutere om det var mulig å forfølge de spørsmålene som hadde reist seg hos meg i møte med Tsjekhovs tekst. Hun møtte meg med entusiasme – og da hun i tillegg sa ja til å bli min veileder ja da var det ikke tvil om at det var dette jeg skulle kaste meg ut i. Underveis i prosessen har det vært inspirerende å ha deg som mentor, Kristin. Du skal ha en stor takk for at du beholdt troen og roen i de periodene som var overveldende og hvor jeg var i ferd med å vikle meg inn i ”Erasmus Montanus-tanker”, som jeg knapt forsto selv.

Den viktigste personen som har bidratt til at det ble *denne* oppgaven er likevel min medleser. Hun leste Tsjekhovs bok flere ganger og satte av tid hvor hun delte sine betraktninger med meg. Tsjekhovs tekst innledes med: *Dersom De ikke er redd for å brenne Dem på neslene, så følg med oppover den smale stien fram til fløyen for å se hva som foregår innenfor veggene.* Min medleser førte meg fram til ”fløyen” i dagens psykiske helsevern. Jeg vil takke deg for din åpenhet og den tilliten du viste meg gjennom våre samtaler.

Det tar tid å fordype seg og skrive en masteroppgave. Jeg vil derfor takke min arbeidsplass, Høyskolen i Oslo, for at de gav meg fullføringsstipend - og ikke minst min studieleder på Fysioterapeututdanningen, Nina Bugge Rigault, som heiet meg fram underveis og la til rette for at jeg skulle komme i mål. Og en stor takk til deg Gro, min kollega og venn, for alle gode samtaler som har støttet meg i denne prosessen.

Oslo, 1. mars 2008

Elin Håkonsen

Sammendrag

Den russiske forfatteren Anton Tsjekhovs langnovelle *Sjette avdeling* (1892) har en sentral plass i denne studien. Tsjekhovs tekst kaster lys over en psykiatrisk praksis på det stedet i historien hvor de psykiatriske avdelingene ble innlemmet i somatiske sykehus. Hensikten med studien er å utfordre dagens forståelse av det psykiske helsevernet ved å utforske møtet mellom denne forhistoriske praksisen og dagens praksis. Oppgaven åpner dermed et spenningsfelt mellom fiksjon og erfaring, fortid og nåtid, kontinuitet og diskontinuitet. For å utforske dette møtet er det foretatt nærlesning av teksten pluss samtaler med en kvalifisert medleser som både har erfaringer som pasient og ansatt i dagens psykiske helsevern.

Masteroppgaven har en diskursorientert forankring og er inspirert av den franske filosofen og samfunnstenkeren Michel Foucaults arbeider hvor han trekker forbindelseslinjer mellom nåtidens og fortidens psykiatriske praksiser. Oppgavens analyse er også inspirert av Foucaults maktanalyser, hvor individets mulighetsrom og frigjøringsmuligheter i aktuelle diskurser står sentralt.

Studien peker mot klare diskursive likhetstrekk mellom fortidens og nåtidens praksis, selv om de ytre rammebetingelsene er endret. Kontinuiteten er tydelig ved at fagdisiplinens diskurs fortsatt har en definisjonsmakt over pasientenes mulighetsrom inne i institusjonen. Studien avdekker ulike reguleringsmekanismer som trer i kraft for å opprettholde posisjoneringene som behandler og pasient. Analysen viser hvordan utestengningsmekanismer aktiveres innad på beholdersiden hvis ansatte utfordrer fagdiskursens regler og handlemåter. Videre avdekker analysen at det er vanskelig å posisjonere pasienterfaringene innenfor fagdisiplinens diskurs. En forutsetning for å posisjonere erfaringene ser ut til å være å ta steget ut av institusjonen til et *utvendighetsrom*. Dette er tilsynelatende et brudd med den forhistoriske praksisen. Analyseobjektene fra fagdisiplinens diskurs gis i vår tid posisjoneringsmulighet i en diskurs som utfordrer fagdisiplinens diskurs fra utsiden. Dette kan forstås som en frigjøringsmulighet hvor diskursene kan komme i reell forhandlingsposisjon som kan gi retning for ny begrepsdannelse og kunnskapsutvikling. Studien peker imidlertid mot at utvendighetsrommets iscenesetting av de individuelle fortellingene kan spores tilbake i psykiatriens historie, hvor det er en lang tradisjon for at analyseobjektene fortellinger formidles og tas i bruk som bekjennelser.

Abstract

The Russian author Anton Chekhov's novella *Ward Six* (1892) has a central place in this study. Chekhov's text sheds light on psychiatric practice at the time when psychiatric wards were first incorporated into somatic hospitals. The aim of this study is to challenge the current understanding of psychiatric health care by exploring the meeting between this historical and current practice. In so doing, the study explores the juxtaposition between fiction and experience, past and present, continuity and discontinuity. To explore this meeting, the study combines close reading of Chekhov's text and conversations with a qualified co-reader with experience as both patient and employee in today's psychiatric health care system.

This master thesis is based on a discourse-oriented approach and inspired by the works of French philosopher and social critic Michel Foucault, where he draws parallels between present and past psychiatric practises. In addition, the analysis in this study is inspired by Foucault's power analyses, where spaces of possibilities and liberation opportunities in actual discourses are key.

The study points to clear discursive similarities between past and present practice, even though the external premises have changed. Continuity is apparent from the fact that professional discourse has retained definition power over the space of possibilities of the patient within the institution. The study reveals a number of regulative mechanisms that maintain the positioning as carer and patient. The analysis shows how exclusion mechanisms are activated among carers if employees challenge the rules and modes of action of the professional discourse. Furthermore, the analysis reveals the difficulty in positioning patient experiences within the professional discourse. A precondition for the positioning of experiences appears to be stepping out of the institution to an *external space*. This appears to be a break with past practice. In our time, the objects of analysis from the professional discourse are given positioning opportunity in a discourse that challenges the professional discourse from the outside. This can be regarded as a liberation opportunity, whereby discourses may enter into a real negotiation position which can provide direction for the creation of new concepts and knowledge development. However, this study indicates that staging individual stories in external spaces can be traced back through the history of psychiatry, where there is a long tradition for individual stories to be presented and used as confessions.

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON.....	7
2. VEIEN INN I ET FORSKNINGSFELT.....	8
2.1 BAKGRUNN SOM GAV RETNING INN I ET FORSKNINGSFELT.....	8
2.2 PALATA No.6 – SJETTE AVDELING.....	11
2.3 PALATA No. 6 OG FORFATTEREN.....	16
2.4 PRESENTASJON AV DEN SKJØNNLITTERÆRE TEKSTEN.....	17
2.5 OPPGAVENS FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	19
3. OPPGAVENS TEORETISKE OG METODISKE PERSPEKTIV.....	20
3.1 KOBLING MELLOM FORSKNINGSSPØRSMÅL, TEORI OG METODE.....	20
3.2 STUDIENS VITENSKAPSTEORETISKE STÅSTED.....	21
3.3 DISKURSBEGREPET.....	22
3.4 FORHOLDET MELLOM INDIVID OG DISKURS.....	23
3.5 HVEM FÅR TRE INN I DISKURSEN.....	25
3.6 DEN SKJØNNLITTERÆRE TEKSTEN SOM EN MONUMENTTEKST.....	26
3.7 DEN PSYKIATRISKE AVDELINGEN SOM DISKURSORDEN.....	28
3.8 DISKURSANALYSE SOM METODE.....	28
3.9 STUDIEN SOM DISKURSIV PRAKSIS.....	31
3.10 KOBLING MELLOM TEORI OG ANALYSE.....	33
4. PROSESS OG FRAMGANGSMÅTE.....	34
4.1 VALG AV MEDLESER.....	34
4.2 DET FØRSTE MØTE MED DEN INTERVJUEDE.....	37
4.3 INTERVJU SOM METODISK TILNÆRMING.....	38
4.4 INTERVJUENE SOM PROSESS.....	40
4.5 INNGANGEN INN MOT ANALYSEN.....	43
5. ANALYSE.....	45
5.1 SJETTE AVDELING – SYKEHUSET.....	45
5.2 SJETTE AVDELING - HVEM HAR MAKT?.....	49
5.3 DET RELASJONELLE MØTET – ET MULIGHETSROM SOM ÅPNER OG BEGRENSER.....	51
Posisjonering av en behandler side og en pasientside.....	52
Det relasjonelle møtet sett fra pasientsiden – et mulighetsrom som begrenser.....	53
Det relasjonelle møtet sett fra pasientsiden – et mulighetsrom som åpner.....	56
Det relasjonelle møtet sett fra behandler side – et mulighetsrom som begrenser.....	59
5.4 Å BEFESTE EN PASIENTPOSISJON.....	62
Tilfeldigheter som befester en pasientposisjon.....	62
Å se sin egen posisjonering gjennom behandlerens øyne.....	64
5.5 GRENSEN MELLOM DET FORNUFTIGE OG UFORNUFTIGE MENNESKET.....	67
Forstanden – en grensemarkør mellom det fornuftige og ufornuftige mennesket.....	67
5.6 MULIG POSISJONERING I EN BRUKERDISKURS.....	71
Den samme historien på to ulike arenaer.....	71
Utfordringer i møtet mellom brukerdiskursen og fagdisiplinens diskurs.....	72

6. AVSLUTNING	75
6.1 INNRAMMING AV OPPGAVEN OG ANALYSEN SETT I LYS AV STUDIENS TEORETISKE PERSPEKTIV	76
6.2 SJETTE AVDELING	77
6.3 DEN INTERVJUEDES POSISJONERING I MØTE MED DEN SKJØNNLITTERÆRE TEKSTEN	78
6.4 KONTINUITET OG DISKONTINUITET.....	79
Den psykiatriske avdelingen.....	79
Mulighetsrommet som gis i den psykiatriske avdelingen.....	80
Mulighetsrommet som gis på utsiden av den psykiatriske avdelingen.....	82
6.5 FRIGJØRINGSMULIGHETENE I UTVENDIGHETSROMMET	83
6.6 DET TVETYDIGE UTVENDIGHETSROMMET	85
 ETTERTANKER.....	 86
 LITTERATURLISTE.....	 87
 VEDLEGG	
Vedlegg 1: Korrespondanse med Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge	91 - 92
Vedlegg 2: Korrespondanse med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS	93 - 95

1. Introduksjon

Inne på et sykehusområde ligger det en liten fløy for seg selv midt i et villnis av borrar, brennesler og vill hamp. Blikktaket er rustent, pipene står på skjeve, trinnene i hovedtrappen er råtne og overgrodd med gress, og på murene er det bare utydelige spor igjen av pussen. Fasaden vender mot sykehuset, baksiden mot et høyt plankegjerde med et åpent jorde på den andre siden. I overkant er det grå gjerdet beslått med spiker som vender piggene opp – og både dette gjerdet med sine spiker og selve bygningen har det helt egne preg av håpløs tristhet som man hos oss bare finner ved sykehus og fengsler. Dersom De ikke er redd for å brenne Dem på neslene, så følg med oppover den smale stien fram til fløyen for å se hva som foregår innenfor veggene (Tsjekhov 1892).

Sitatet er hentet fra innledningen i den russiske forfatteren Anton Tsjekhovs langnovelle Palata No. fra 1892, eller oversatt til norsk: *Sjette avdeling*. Sitatet jeg har valgt gir retning til hva denne masteroppgaven handler om. Sammen med en spesielt utvalgt og kompetent leser har jeg utforsket denne langnovellen 115 år etter at den ble utgitt. Gjennom Tsjekhovs skjønnlitterære tekst trer min medleser og jeg som forsker inn i en forhistorisk praksis i en psykiatrisk avdeling og lar denne møte det psykiske helsevernet slik det oppleves i vår tid. Masteroppgaven gir innblikk i møter mellom fortid og nåtid, mellom kontinuitet og diskontinuitet, mellom fiksjon og erfaring.

Masteroppgavens forskningsspørsmål er:

Hvordan gis den skjønnlitterære teksten, Sjette avdeling, mening og aktiverer eller setter i spill forståelse av praksis i det psykiske helsevernet 115 år etter at den ble skrevet?

I utforskningen av dette spørsmålet fokuseres det på noen underspørsmål:

- Hvilke sentrale mekanismer, relasjoner og spenningsforhold er meningskonstruerende for leserens møte med den skjønnlitterære teksten?
- Hvilke mønstre er det i meningskonstruksjonen som bidrar til å skape bilde av den gjeldende praksisen?

2. Veien inn i et forskningsfelt

Introduksjonen i denne masteroppgaven åpner med et innledende sitat fra Anton Tsjekhovs langnovelle *Sjette avdeling* fra 1892, og gir dermed en forsmak på hva oppgaven kommer til å handle om. Når denne boken er blitt stående som så sentral i masteroppgaven er det ikke som et resultat av et aktivt litteratursøk ut fra en nøye planlagt forskningsprosess og problemformulering. Boken fant så å si meg og kunne ikke legges til side. Jeg var godt kjent med Tsjekhov som dramatiker, men hadde ikke lest noen av hans skjønnlitterære tekster før jeg tilfeldig kom over *Sjette avdeling*. På samme tid som jeg leste boken gjennomførte jeg kurset *Omsorg, makt og verdighet* på Universitetet i Oslo. Kurset handlet om *makt i helsefaglig virksomhet med et primært fokus på pasientnært arbeid* (HELSEF- 4403: 2005). Undringen og spørsmålene som reiste seg underveis i min lesning av Tsjekhovs tekst må derfor sees i lys av at jeg på samme tidspunkt var opptatt av makt slik den utspiller seg i praksisnære relasjoner mellom pasient og helsearbeider.

Jeg har valgt å introdusere forskningsspørsmålet i åpningen av oppgaven. I dette innledningskapitlet vil jeg gjøre rede for konstruksjonsarbeidet fram mot forskningsspørsmålet. Etersom oppgaven tar utgangspunkt i en skjønnlitterær tekst vil jeg starte med å presentere meg som leser ved å gjøre rede for min helsefaglige bakgrunn og hva som har vært et interesseområde for meg som helsearbeider. Jeg vil videre kontekstualisere den skjønnlitterære teksten ved å forfølge spørsmålene som reiste seg i møte med teksten. Innledningskapitlet har dermed et tosidig mål ved at det søker å tydeliggjøre veien inn i et forskningsfelt og fram mot forskningsspørsmålet. Samtidig viser dette konstruksjonsarbeidet også noe av masteroppgavens ”funn”. Ved at jeg stiller spørsmål inn mot Tsjekhovs tittel *Palata No.6* og begrepet *Sjette avdeling* trekkes det linjer mellom fortid og nåtid.

2.1 *Bakgrunn som gav retning inn i et forskningsfelt*

Det kan være vanskelig å si hvor interessen for et forskningsfelt starter. Jeg har innledningsvis beskrevet Tsjekhovs tekst som inngangsporten til feltet, men det var jeg som leser som gav teksten mening og som stilte spørsmål til teksten. For å plassere meg som leser vil jeg gjøre

rede for min bakgrunn og hvordan praksiserfaringer og studier har gitt retning inn mot et interesseområde. Jeg er utdannet fysioterapeut og har arbeidet i mange år innen rehabiliteringsfeltet og de siste årene som lærer ved Fysioterapeututdanningen ved Høyskolen i Oslo. Møtet mellom pasient/bruker og helsearbeider har opptatt meg i praksisnære relasjoner. Ikke minst ble dette aktualisert gjennom en tverrfaglig videreutdanning i helhetlig re-/habilitering som jeg gjennomførte ved høyskolen i Oslo i perioden 2002 – 2004. Studiet fokuserte på lover og forskrifter som har gitt nye rammebetingelser for rehabiliteringsfeltet. Videre ble blikket rettet mot hvilke konsekvenser de nye rammebetingelsene gir for praksis, både på systemnivå og på et individnivå i møtene mellom pasient og helsearbeider. Forskriftene og lovverket gir føringer for en ønsket endring i praksis ved å vektlegge pasientens/brukerens rettigheter og medbestemmelse. Dette utfordrer en lang tradisjon i helsevesenet hvor vi som fagpersoner gjennom språkbruk og handlinger er vant til å ta beslutninger på andres vegne. Et begrep som brukermedvirkning møter oss nå på alle nivå i helsevesenet. Spørsmålet jeg har stilt meg er om ”honnørordet”, som de fleste er enige i, dekker for en virkelighet hvor handlinger knyttet til tidligere praksis gjentas. Som en forlengelse har jeg stilt spørsmålet om vi som helsearbeidere er villige til å se på dette nye spenningsfeltet mellom pasient og helsearbeider, hvor roller og handlinger som er blitt tatt for gitte blir utfordret. Eller om det snarer er slik at vi glemmer oss bak de nye begrepene og på den måten gir ”gammel” praksis en gyldig teoretisk ryggdekning.

På masterstudiet gjennomførte jeg høsten 2005 kurset *Omsorg, makt og verdighet* ved Universitetet i Oslo. Dette åpnet opp for nye teoretiske perspektiv for å belyse møtet mellom pasient og helsearbeider. Maktbegrepet ble utforsket og gitt innhold og mening gjennom å rette blikket mot praksis og det tatt for gitte. På denne måten ble fokus vendt mot hvordan makt kom til syne i ulike praksisers handlingsrom i møte mellom pasient og behandler. I løpet av kurset ble jeg opptatt av den franske filosofen og samfunnstenkeren Michel Foucault (1926-80), som gjennom sitt forfatterskap peker på de funksjonene som disiplinerende institusjoner og teknikker har for å ta makten fra individet. For meg ble det en sterk opplevelse å lese *Sjette avdeling* med det teoretiske blikket jeg hadde. Ikke minst fordi boken jeg leste tidligere var lest av en som var pasient i det psykiske helsevernet. Etter hvert som jeg leste ble jeg oppmerksom på understrekninger i teksten og merknader i margin, som var blitt gjort av den tidligere leseren. Dette fikk meg til og undres over hvordan denne fortellingen, som beskriver forholdene ved en psykiatrisk avdeling i Russland for over hundre år siden, kunne vekke gjenkjennelse i vår tid. Forholdene som beskrives på avdelingen er ikke

sammenlignbare med dagens psykiatriske avdelinger i det psykiske helsevernet. Likevel var det noe i relasjonen mellom behandlere og pasienter som tydeligvis virket kjent ut fra erfaringene med å være pasient på den lukkede psykiatriske avdelingen. Min umiddelbare tanke var at jeg her fikk aktivert et brukerperspektiv fra innsiden av ”de lukkede rom” i dagens psykiske helsevern. Ikke minst ble dette interessant ved at denne ”brukerstemmen” gikk i dialog med en type praksis som hører til i psykiatriens tidligere historie. Det psykiske helsevernet har de siste årene vært gjenstand for omfattende strukturelle endringer, som blant annet har medført nedbygging av de store institusjonene og overføring av behandleransvar til Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og kommunene (Vold 2002). Parallelt med den strukturelle endringen har lovverket i en større grad en tidligere satt pasientens/brukerens behov i sentrum, hvor respekt for den enkelte pasients menneskeverd og rettssikkerhet skal ligge til grunn for all behandling (lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten, lov 2. juli 1999 nr.62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, lov 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter). Med dette som bakteppe var det interessant å se at understrekningene i teksten og de små kommentarene viste vei til en praksis, bak lover og forskrifter og omstruktureringer, som bar i seg ”gamle” måter å forstå pasientens handlingsrom på. Ut fra denne undringen reiste det seg et spørsmål: Var det slik at denne leseren gjenkjente en praksis fra psykiatriens tidligere historie som vi mener at vi for lengst har forlatt?

På dette tidspunktet var jeg i startfasen med en mastergradsoppgave, med en annen tematikk. Møtet med Tsjekhovs tekst og kurset på universitetet ble et brudd for meg, hvor jeg kjente at jeg ikke kunne slippe det spørsmålet som hadde reist seg. Min mastergradsoppgave ble nå rettet mot det psykiske helsevernet. På denne måten gikk jeg til et felt hvor jeg selv aldri har arbeidet, men hvor det sentrale i fagtradisjonen har vært å utforske møtene mellom behandler og pasient fra behandlerens ståsted. Ved å vende blikket mot dette fagfeltet fikk jeg dermed mulighet til å rette fokus mot mitt interesseområde gjennom mange år; møtet mellom pasient/bruker og helsearbeider i praksisnære relasjoner.

Jeg vil i de neste kapitlene gjøre rede for hvordan *Sjette avdeling* førte meg videre inn i et forskningsfelt og fram mot et forskningsspørsmål. Mitt første steg er å gjøre rede for hvordan jeg har utforsket tittelen og begrepet *Sjette avdeling*. Deretter vil jeg kontekstualisere den skjønnlitterære teksten ytterligere ved å presentere forfatteren og teksten i sin tid. Til slutt vil jeg løfte teksten inn i vår tid ved å presentere flere omtaler av teksten. På denne måten ønsker

jeg å ta leseren av oppgaven med på veien mot masteroppgavens forskningsspørsmål og samtidig presentere *Sjette avdeling*.

2.2 Palata No.6 – Sjette avdeling

Før jeg åpnet boka til Tsjekhov hadde jeg en klar forventning om at dette handlet om psykiatri. Selv om jeg aldri har vært pasient eller jobbet i det psykiske helsevernet gav begrepet ”sjette avdeling” en klar og tydelig assosiasjon til en psykiatrisk avdeling. Min første undring var hvorfor jeg hadde denne ”tatt for gitt” forståelsen av at sjette avdeling handler om psykiatri. Senere har jeg spurt andre hva de forbinder med dette begrepet, og svaret har alltid pekt mot det samme. Dette sa meg noe om at begrepet kunne se ut til å gi en entydig mening i dagligtalen. Med andre ord satt jeg med en bok som var skrevet i Russland for over hundre år siden, og som gjennom sin tittel pekte mot en bestemt praksis i vår tid. Jeg velger å synliggjøre fremdriften i søket jeg gjorde rundt begrepet *Sjette avdeling*, for å vise hvordan et begrep som tas for gitt har en historie.

Min første tanke var at bokas tittel var blitt endret for å passe inn i vår tid. Dette fikk jeg avkreftet ved å gå til originaltittelen Palata No. 6 fra 1892. Jeg fant også at den engelske oversettelsen av novellen har tittelen *Ward six*, altså igjen en direkte oversettelse fra Tsjekhov. Spørsmålet jeg nå reiste meg var hvorfor Tsjekhov valgte denne tittelen og om det kunne være noen sammenhengende linje mellom Tsjekhovs tittel og begrepet ”sjette avdeling” slik den gav meg assosiasjoner til psykiatrisk avdeling i vår tid.

Mitt første skritt for å finne ut hvorfor Tsjekhov kalte sin langnovelle Palata No.6 var å ta kontakt med professor i russisk litteraturhistorie ved universitetet i Oslo, Geir Kjetsaa, og lese hans dikterbiografi: *Tsjekhov, liv og diktning* (2004). Jeg tok også kontakt med oversetteren av de to siste utgåvene av «Sjette avdeling» (1966, 2001), Erling Sande. Ingen av disse kunne gi noen begrunnelse. I biografien til Kjetsaa skriver han: «Bare tittelen er blitt et symbol på vanvidd og frihetsberøvelse» (Kjetsaa 2004: 178). Ut fra dette utsagnet kan det se ut som begrepet startet hos Tsjekhov og at det ikke viste tilbake til noen eksisterende psykiatrisk avdeling i Russland på den tiden.

Jeg vil videre beskrive hvordan jeg gikk fram for å finne opphavet til begrepet. Det ble en lang og spennende prosess hvor jeg søkte i medisinsk historisk litteratur og kontaktet ulike fagmiljø; sykehusinstitusjoner og forskningsinstitusjoner. Det ble mange interessante samtaler og kontakter via e-post med psykiatere, med forskere innen medisinsk historie og kontakter i Språkrådet, som gav søket ulike vinkler.

Jeg startet med å ta kontakt med Språkrådet, som hjalp meg med et bredt søk på begrepet *Sjette avdeling*. Resultatet av dette søket ble at begrepet kunne peke mot *den sjette sansen* som *sans utenom de fem vanlige* (Bokmålsordboka 2006) og at en følge av dette ville være at *Sjette avdeling* da ville være en avdeling for pasienter som var plaget av sin sjette sans. Dette er også et svar jeg har fått når jeg har snakket med tilfeldige mennesker om hvorfor de tror at psykiatriske avdelinger har dette navnet. Etersom Språkrådet ikke kunne gi noe entydig svar søkte jeg videre i det medisinske fagmiljøet i Norge. Jeg tok kontakt med professor i medisinsk historie, Øyvind Larsen ved Universitetet i Oslo, som ikke kjente til at begrepet var knyttet til psykiatrisk avdeling før Ullevål sykehus fikk sin 6. avdeling. Videre tok jeg kontakt med de norske psykiaterne Svein Haugsgjerd og Nils Retterstøl, som har vært forfattere av lærebøker i psykiatri. Disse kunne heller ikke si noe om opphavet til begrepet. Dette sa meg at begrepet *Sjette avdeling* også var et begrep som ble tatt for gitt i det medisinske fagmiljøet, men at historien til begrepet var uklar.

Jeg bestemte meg derfor for å rette min forespørsel inn mot andre forskningsmiljøer og tok kontakt med Rökkansenteret ved Universitetet i Bergen, som er et flerfaglig forskningssenter for samfunns- og kulturstudier. Min kontakt her ble Svein Atle Skålevåg som heller ikke kunne gi noe entydig svar, men antok at avdelingsinndelingen på somatiske sykehus på 1800-tallet var standardiserte. At de psykiatriske avdelingene fikk benevnelsen *sjette avdeling* kunne dermed reflektere det trinnet i medisins historie der psykiatrien fikk innpass i sykehusene. Han anbefalte meg for øvrig å konsultere en historisk framstilling fra et av de store sykehusene. Dette var et spor jeg forfulgte senere og som førte meg til historiske dokumenter ved Ullevål sykehus.

Parallelt med mine samtaler i de ulike fagmiljøene fortsatte jeg å søke i medisinsk historisk litteratur. Jeg vil trekke fram viktige spor som jeg stoppet opp ved og som førte meg videre i prosessen. Mitt første viktige spor ble:

Sjette avdeling, som betegnelse for egen sykehusavdeling for sinnslidende og nervepasienter skal stamme fra 1875. Da ble Kbh.s Kommunehospital utvidet med en

ny avdeling, den sjette, som var beregnet på slike pasienter (Evensberget og Gundersen 1983).

Avdelingen ved Kommunehospitalet i København ble altså opprettet 17 år før Tsjekhov skrev sin bok. For å forfølge dette sporet tok jeg kontakt med Det Medisinske Museet ved København Universitet. Museet sendte meg en del av «sindssykevæsenets udvikling i Danmark» (Helweg 1915: 185-186). Dette historiske dokumentet beskriver hvorfor og hvordan opprettelsen av 6 te Afdeling ved Kommunehospitalet fant sted. Da Københavns Kommunehospital åpnet i 1863 hadde det en egen «celleavdeling» på 20 celler som var forbeholdt pasienter med sinnslidelser. Cellene beskrives som «Daarekister, og dens uhyggelige Indre bedredes ikke ved en overbelægning, der gjorde Tilstanden paa Afdelingen ret utaalelig». Kommunehospitalet var til å begynne med delt i fire avdelinger og cellene var lagt under en av de to medisinske avdelingene. I 1870 ble det opprettet en ny avdeling. Dette var en blandet medisinsk og kirurgisk avdeling, og under denne femte avdelingen ble cellene lagt, «der iøvrigt i seg selv forblev uforandrede». «Den uheldige blandede Afdelingen» ble splittet etter fem år og i 1875 ble det opprettet en ny 6te Afdeling for pasienter med «Sindssygdomme, Nervesygdomme og acute Forgiftninger». Med andre ord kom begrepet 6te Afdeling logisk inn i rekkefølgen av avdelinger slik de ble opprettet ved Kommunehospitalet. Med Kommunehospitalets nye avdeling understreket man tidens nye holdning: «At sindslidelser var at betragte som sygdomme, og dermed også var noget, læger kunne behandle». Antagelsen om at sjette avdeling kunne reflektere det trinnet i medisins historie der psykiatrien fikk innpass i sykehusene (som jeg tidligere hadde fått presentert via min kontakt på Rokkansenteret) så dermed ut til å bli bekreftet.

Ut fra mitt søk fant jeg at begrepet *sjette avdeling* eksisterte som betegnelse på en psykiatrisk avdeling i Tsjekhovs tid. Selv om jeg ikke har funnet bekræftelse for at *sjette avdeling* var en betegnelse på psykiatriske avdelinger i datidens Russland, kan ikke dette utelukkes. En forklaring på at Tsjekhov benevnte sin avdeling som Palata No. 6 kan være at han som lege kjente til 6te Afdeling ved Kommunehospitalet i København. Tsjekhovs posisjon som lege vil jeg komme tilbake til i neste kapitel hvor jeg plasserer *Sjette avdeling* i hans forfatterskap.

Videre vil jeg presentere hvordan jeg gikk fram i søket som trakk linjer mellom 6te Afdeling ved Kommunehospitalet i København, Tsjekhovs Palata No. 6 og 6. avdeling ved Ullevål sykehus.

Jeg fant at Ullevål sykehus fikk sin 6. avdeling i 1917 (Vold 1999) og Nasjonalt Medisinsk Museum skriver på sine nettsider:

I 1917 åpnet Ullevål sykehus landets første psykiatriske klinikk. Den utgjorde sykehusets "Sjette avdeling". I Europa hadde en rekke store sykehus sin egen "Sjette avdeling". Flere av dem er beskrevet i skjønnlitteraturen, blant annet Anton Tsjekhovs novelle "Sjette avdeling" (1892) og Amalie Skrams roman "Professor Hieronimus" (1895). (http://www.tekniskmuseum.no/medisiskmuseum/sunn_sjel/psykiatri.htm)

Jeg forsøkte å spore denne rekken av store sykehus som hadde sin "Sjette avdeling" ved å ta kontakt med Nasjonalt Medisinsk Museum, men de kunne ikke navngi rekken. Jeg fant for øvrig at Amalie Skrams roman "Professor Hieronimus" peker tilbake til 6te Afdeling ved Kommunehospitalet i København, hvor forfatteren var innlagt som pasient i 1894 (Bremer: 1997).

Ettersom 6. avdeling ved Ullevål sykehus ble Norges første psykiatriske klinikk vil jeg kort skissere dette bruddet i Norsk psykiatri. Ved Sinnssykeloven av 1848 ble de sinnssyke skilt ut som egen gruppe, før dette hadde sinnssykepleiens historie i Norge vært lik historien om fattigpleien. De sinnssyke ble "plassert" rundt på gårder og på den måten fikk de kost og losji i motytelse med å delta på arbeidet på gården. Andre sinnssyke ble oppbevart på fattighus eller arbeidsanstalter eller dollhus som var betegnelsen på innrettninger for sinnssyke utenfor hospitalene. Det fantes også forvaringssteder for sinnssyke innenfor en hospitalstiftelse, og disse ble kalt for dårekister (Vold 1999). Dårekistene var altså en betegnelse på avdelinger som var forbeholdt pasienter med sinnslidelser både i Danmark og i Norge i forkant av opprettelsen av psykiatriske avdelinger. Med Sinnssykeloven av 1848 ble ansvaret for de sinnssyke lagt til det offentlige og i kjølevannet kom oppbyggingen av asylene. Opprettelsen av 6. avdeling ved Ullevål sykehus i 1917 ble et brudd i norsk psykiatri ved at den psykiatriske avdelingen ble lagt til et somatisk sykehus og dermed sto utenfor Sinnssykelovens regulering. Avdelingen kunne dermed ta imot pasienter uten at disse allerede hadde en erklæring om sinnssykdom. Klinikken fungerte også som en observasjonsavdeling ved at den kunne behandle eller sende videre pasienter til et asyl (Vold 1999). Igjen sees en likhet med utviklingen i Danmark, hvor bruddet skjedde ved at 6 te Afdeling i 1875 åpnet for ny måte å se sinnslidelse på ved «At sindslidelser var at betragte som sygdomme, og dermed også var noget, læger kunne behandle». Den nye psykiatriske klinikkens observasjon av de

sinnsliedende ble dermed utgangspunktet og forutsetningen for den påfølgende kunnskapsutviklingen innen den medisinske spesialiteten psykiatri.

For å finne forklaring på hvorfor den nye psykiatriske avdelingen fikk navnet 6. avdeling tok jeg kontakt med medisinsk museum ved Ullevål sykehus. Her fikk jeg tilgang til historisk materiale om Ullevål sykehus. For å finne svaret på spørsmålet ble det nødvendig å gå langt tilbake i historien og rette blikket mot oppbyggingen av sykehuset. Ullevål sykehus startet med en epidemiavdeling i 1887, deretter kom to kirurgiske avdelinger i 1902. Den fjerde avdelingen ble avdeling for hudsykdommer, kjønnssykdommer og pleiepasienter. Denne avdelingen ble i 1903 utvidet til en ny avdeling, en femte avdeling, som tok i mot pasienter med tuberkulose. Den medisinske blokken som ble sykehusets 7., 8. og 9. avdeling ble bygget og tatt i bruk i perioden 1912 – 1915. Når det galt den psykiatriske avdelingens to bygninger ble den første bygningen tatt i bruk i 1915 for «urolige pasienter» (Klaveness 1937). Det ser imidlertid ut som at det er først i 1917 at den får betegnelsen 6. Avdeling. Ettersom de medisinske avdelingene ble opprettet før 6. avdeling og ble benevnt som 7., 8., og 9. avdeling, kan dette peke i retning av at 6. avdeling ble forbeholdt den nye psykiatriske avdelingen. Det er derfor sannsynlig at det er en forbindelseslinje til Kommunehospitalets 6te Afdeling. Begge avdelingene var de første i sitt slag ved at den ”nye psykiatriske klinikken” ble lagt til sykehus, i Danmark i 1875 og i Norge i 1917.

Gjennom søket jeg gjorde for å undersøke begrepet *sjette avdeling* fant jeg at Tsjekhovs tittel Palata No. 6 peker tilbake i tid mot opprettelsen av 6te Afdeling ved Kommunehospitalet i København i 1875 og fram i tid mot opprettelsen av 6. Avdeling ved Ullevål sykehus i 1917. At begrepet fortsatt gir mening i dagligtalen, selv etter at 6. Avdeling ved Ullevål sykehus har endret navn, kan peke mot begrepets styrke og sentrale plass i psykiatriens historie.

Mitt neste steg er å plassere *Sjette avdeling* i Tsjekhovs forfatterskap og forsøke å spore inspirasjonskildene og kunnskapsgrunnlaget han hadde som bakgrunn da han skrev teksten.

2.3 Palata No. 6 og forfatteren

Anton Tsjekhov (1860 – 1904) er en forfatter som ruver i litteraturhistorien

Tsjekhov er den siste av de store russiske klassikere på 1800-tallet. På to områder – den stemningsfulle novelle og det lyriske skuespill- er han også den fremste dikter Russland har fostret (Kjetsaa 2004: 7).

Tsjekhov var utdannet lege og tok sin medisinske embetseksamen i Moskva 24 år gammel. Umiddelbart etter at han hadde tatt sin embetseksamen arbeidet han en periode som lege, men etter hvert ble dette lagt til kortere perioder ettersom forfatterskapet tok mer og mer av tiden. Tsjekhov selv mente at hans bakgrunn som lege fikk stor innflytelse på hans litterære virksomhet «Legegjerningen stimulerte i høy grad min observasjonsevne og gav meg verdifull kunnskap» (Kjetsaa 2004: 43). Ettersom *Sjette avdeling* beskriver forholdene på en psykiatrisk avdeling på et sykehus er mitt første skritt å plassere teksten i forfatterskapet og se dette i lys av ”legegjerningen” slik den beskrives i Tsjekhovs biografi (Kjetsaa 2004). Jeg har ikke funnet noen bekræftelse for at Tsjekhov arbeidet som lege ved psykiatriske avdelinger, men det er stor sannsynlighet for at han kjente til forholdene på de psykiatriske avdelingene. I 1890 fylte Tsjekhov 30 år og han hadde alt rukket å bli en av samtidens størst diktere i Russland, og berømmelsen hadde også nådd utenfor landets grenser. Samme år skjedde et brudd i Tsjekhovs liv og diktning ved at han reiste på ekspedisjon til den beryktede fangeøya Sakhalin i Sibir. Målet var å utforske dette samfunnet ved å intervju fangene. Han registrerte 8719 fanger og resultatet ble et viktig historisk dokument, et rystende vitnesbyrd om vanrøkt og brutalisering. Han samlet dette i den sosiologiske avhandlingen, *Øya Sakhalin*, som han forsøkte å få godkjent som doktorgrad i 1895, men dette ble avslått. Tsjekhovs ønske om å tre inn i den akademiske verden ble møtt med taushet. Hans avhandling ble oppfattet som en anklage mot den russiske statsordning. Tsjekhov mente selv at han med denne avhandlingen hadde gitt noe tilbake til medisinen, samtidig som han hadde utvidet sitt kunnskapsgrunnlag som forfatter. ”Medisinen kan ikke lenger anklage meg for forræderi jeg er glad for at den grove arrestantkappen nå henger i min forfattergarderobe. Måtte den bare henge der!” (Kjetsaa 2004: 132). Dette nye kunnskapstilfanget kom nå fram ved at han fokuserte på ufrihet og menneskelig lidelse i sine fortellinger. Palata No.6 ble skrevet samtidig som han skrev på sin avhandling og ble utgitt 3 år før avhandlingen ble levert. På denne måten kom Palata No. 6 som en forsmak på det temaet som ble belyst i avhandlingen. Til forskjell fra

avhandlingen, ble Palata No. 6 gitt stor oppmerksomhet. Den ble raskt oversatt til en rekke språk. *Sygestue No.6 og andre Fortællinger* ble oversatt fra russisk til norsk allerede i 1894. I 1915 kommer det en ny norsk oversettelse, og denne gangen var tittelen *6.avdeling*.

Ut fra dette kan det se ut som at det var lettere for forfatteren å bli lyttet til enn det var for legen som forsøkte ”å gi noe tilbake til medisinen”. Tsjekhov var en anerkjent forfatter, og det ville bli lagt merke til hvis noen forsøkte å stoppe hans bøker. Dessuten kunne dramaene og de skjønnlitterære tekstene omtales og forklares som fiksjon og ikke som en beskrivelse av virkeligheten slik den var. Gjennom sin sosiologiske avhandling beskrev han ”virkeligheten” gjennom å være tett på sitt empiriske materiale og ble møtt med taushet. På denne måten erfarte Tsjekhov utestengning fra den akademiske verden og valgte videre forfatterskapet som den arenaen hvor hans kritiske perspektiv kunne komme til uttrykk.

Mitt neste steg er å presentere den skjønnlitterære teksten gjennom flere omtaler. På denne måten vil jeg trekke teksten inn i vår tid og samtidig bringe leseren av oppgaven inn mot handlingen i *Sjette avdeling*.

2.4 Presentasjon av den skjønnlitterære teksten

”Sjette avdeling” (2001) er en oversettelse av Tsjekhovs Palata No.6 fra 1892. Fortellingen er en langnovelle på 77 sider. Jeg har valgt å presentere flere omtaler for å tydeliggjøre at novellen kan gis ulik mening ut fra det ståstedet man har. Den første omtalen jeg har valgt er forlagets presentasjon på bokomslaget. Her forsøker forlaget å skape en interesse hos den potensielle leseren ved å peke mot et hendelsesforløp og samtidig skissere et drama.

Sinnssykeavdelingen ved et sykehus i tsartidens Russland er en stinkende brakke, fylt av menneskelig elendighet og fornedrelse. Her møter doktor Ragin den innlagte pasienten Gromov, en kultivert mann som lider av forfølgelsesvanvidd. I lange samtaler forsøker Ragin å overbevise pasienten om at tapet av ytre frihet ikke betyr noe, så lenge man har en følelse av indre frihet. Samtalene blir skjebnesvangre, og legen må under tragiske omstendigheter innse at han har tatt feil. (Solum Forlag 2001).

Med denne introduksjonen plasseres handlingen til en psykiatrisk avdeling ved et sykehus hvor hovedaktørene i handlingen er en lege og en pasient og samtalene mellom disse. Det antydes også at disse samtalene får tragiske følger for legen.

Ettersom handlingen i *Sjette avdeling* er lagt til en psykiatrisk avdeling hvor hovedaktørene er en lege og en pasient vil jeg presentere en omtale fra Tidsskrift for den Norske Lægeforening hvor fokus rettes mot legens posisjon i fortellingen.

Sjette avdeling er en dyster fortelling, et lærestykke av universell betydning om grensesjiktet mellom normalitet og sinnslidelse og en leges holdning til dette. Den litt forhutlede dr. Ragin har ingen spesiell psykiatrisk skolering idet han overtar ledelsen av en liten psykiatrisk avdeling i provinsen. Fra en hoderystende distanse og fremmedfølelse overfor de gale, begynner han med hyppige samtaler med en paranoid pasient. Han lever seg gradvis mer inn i dennes forestillingsverden – som Tsjekhov formidler på genialt vis. Denne for omverden (pleiere, kolleger og øvrighet) tiltakende og tilsynelatende fortrolighet, skaper først uforstående undring, deretter bekymring. Gradvis blir han så ansett for sinnssyk og til slutt tvangsinnlagt i egen avdeling, med tilhørende trakassering og fornedrelse. Hans egen konkurrerende underordnede blir en sentral eksekutør (Høyersten 2002).

Denne anmeldelsen fokuserer på innhold og hendelsesforløp, men går videre ved å hevde at den framstår som ” et lærestykke av universell betydning om grensesjiktet mellom normalitet og sinnslidelse og en leges holdning til dette”. Anmelderen (som er lege) tar en tydelig avstand til legen i fortellingen og posisjonerer kjente begrep som normalitet og sinnslidelse opp mot hverandre, og fremhever hvilke konsekvenser det får hvis man utfordrer dette ”grensesjiktet”.

Den siste omtalen av novellen trekker inn et litteraturhistorisk perspektiv. Geir Kjetsaa, professor i russisk litteraturhistorie, antyder at novellen peker fram i tid fra sitt historiske ståsted og hevder at Tsjekhov står fram som samfunnskritiker.

Av mange lesere blir denne fortellingen oppfattet som dikterens mest profetiske: Novellen sår tvil om berettigelsen av vårt konvensjonelle skille mellom galskap og sunnhet og setter spørsmålsteget ved vår likegyldighet til myndighetenes bruk av vold (Kjetsaa 2004: 180).

Ved å se de tre omtalene samlet ser man at handlingen i *sjette avdeling* utspiller seg på en avsidesliggende psykiatrisk avdeling i Russland hvor hovedaktørene er en lege og en pasient. Tsjekhov gir en inngående beskrivelse av disse to personene og møtene mellom dem og peker mot datidens bakenforliggende tanker og handlemåter, og hva som skjer hvis man utfordrer disse. Teksten gjøres aktuell ved at den omtales som et *lærestykke av universell betydning om grensesjiktet mellom normalitet og sinnslidelse*. Omtalene samlet peker mot at novellen fortsatt har i seg et kritisk potensial som kan aktiveres i vår tid.

2.5 Oppgavens forskningsspørsmål

I arbeidet inn mot et forskningsfelt har jeg beskrevet mitt møte med Anton Tsjekhovs langnovelle, *Palatae No.6*. Jeg har begrepsfestet ”Sjette avdeling” ved å søke å finne opphavet til begrepet og bringe det inn i vår tid. Jeg har funnet at Tsjekhovs tittel både peker bakover og framover fra sitt historiske ståsted mot betegnelsen på en psykiatrisk avdeling på sykehus. I min egen lesning av novellen, med understrekninger og merknader fra en tidligere leser som har erfaringer fra å være pasient i dagens psykiske helsevern, ble jeg slått av hvordan leseren gikk i dialog med teksten. En anmeldelse i Tidsskriftet for den Norske Lægeforening omtaler novellen som ”et lærestykke av universell betydning om grensesjiktet mellom normalitet og sinnslidelse” og plasserer dermed teksten som en aktuell tekst inn i vår tid. Ut fra dette bestemte jeg meg for å utforske møtet mellom fortid og nåtid ved å finne en medleser som hadde erfaring som pasient i ” den lukkede psykiatriske avdelingen” og som samtidig var villig til å lese Tsjekhovs novelle og ha samtaler med meg om hvilken mening teksten gav. (Dette ble en annen person enn den som hadde gjort de nevnte understrekningene og kommentarene i den boken jeg leste).

Ut fra konstruksjonsarbeidet jeg har gjort rede for utarbeidet jeg oppgavens forskningsspørsmål:

Hvordan gis den skjønnlitterære teksten, Sjette avdeling, mening og aktiverer eller setter i spill forståelse av praksis i det psykiske helsevernet 115 år etter at den ble skrevet?

I utforskningen av dette spørsmålet fokuseres det på noen underspørsmål:

- Hvilke sentrale mekanismer, relasjoner og spenningsforhold er meningskonstruerende for leserens møte med den skjønnlitterære teksten?
- Hvilke mønstre er det i meningskonstruksjonen som bidrar til å skape bilde av den gjeldende praksisen?

Oppgavens forskningsspørsmål posisjonerer to praksiser opp mot hverandre. Den ene praksisen er beskrivelse av *Sjette avdeling* gjennom Tsjekhovs skjønnlitterære tekst fra 1892. Den andre praksisen løftes fram av min medleser som har erfaringer som pasient og ansatt i dagens psykiske helsevern. I det etterfølgende kapittelet vil jeg dekonstruere forskningsspørsmålet ved å klargjøre sentrale begrep. Disse sentrale begrepene vil også peke mot oppgavens teoretiske posisjonering.

3. Oppgavens teoretiske og metodiske perspektiv

Arbeidet fram mot oppgavens forskningsspørsmål kan forstås som en konstruksjon. Jeg har gjort rede for hvordan jeg har gått frem for å kontekstualisere den skjønnlitterære teksten ved å plassere den i sin tid, samtidig som jeg har funnet at novellens tittel peker inn i vår tid. På en måte kan arbeidet fram mot oppgavens forskningsspørsmål også leses som en del av oppgavens ”funn”. Dette innledende arbeidet peker mot en teoretisk posisjonering som gir føringer for oppgavens utforming, dens grunnleggende teori, metode og analyseprosess.

3.1 Kobling mellom forskningsspørsmål, teori og metode

Forskningsspørsmålet posisjonerer et teoretisk ståsted og en metodisk tilnærming gjennom sentrale begrep. Jeg vil videre nærme meg oppgavens teoretiske posisjonering ved å ta utgangspunkt i begrep fra forskningsspørsmålet.

Hovedspørsmålet fokuserer på hvordan innhold og utsagn i den skjønnlitterære teksten *gis mening og aktiverer eller setter i spill forståelse av praksis*. Dette peker mot at tekst/språk spilles ut mot en praksis og at den gjeldende praksisen dermed kommer i en forhandlingsposisjon som aktiverer ulike måter å forstå praksis på.

Begrep som *meningskonstruksjon* peker mot at det ikke finnes en objektiv sannhet, men at mening skapes som en konstruksjon av kunnskap og erfaring i møte med den skjønnlitterære teksten. Videre rettes fokus mot *mønstre i meningskonstruksjonen*. Dette peker mot at meningskonstruksjoner har et mønster og at det er dette mønsteret som skaper bilde av den gjeldende praksisen. På denne måten kobles språk og praksis tett sammen som gjensidig konstituerende. Disse sentrale begrepene fra forskningsspørsmålet peker mot at oppgaven vil ha en diskursorientert tilnærming.

Å velge en diskursorientert tilnærming har gitt konsekvenser for oppgavens oppbygging. I det diskursorienterte feltet er teori og metode koblet sammen på en slik måte at det er naturlig å presentere det teoretiske grunnlaget i samme kapittel.

Jeg vil starte med å gjøre rede for det vitenskapsteoretiske grunnlaget som en diskursorientert tilnærming utgår fra. Deretter vil jeg definere diskursbegrepet slik det gis mening i oppgaven.

Oppgaven vil aktivere tanker og forståelsesmodeller fra Michel Foucault arbeider. Foucault som teoretiker blir brakt inn i kapitlet som omhandler forholdet mellom individ og diskurs, og i kapitlet hvor fokus rettes mot hvem som får tre inn og gitt talende subjektposisjoner i en diskurs. Jeg vil plassere studien ytterligere i det diskursorienterte feltet ved å definere den inn mot en diskursorden og plassere teksten som en monumenttekst. Deretter vil jeg stoppe opp ved diskursanalyse som begrep og klargjøre hvordan oppgavens diskursanalyse skal forstås. Til slutt vil jeg løfte fram studien som en diskursiv praksis og hvilke konsekvenser dette gir.

3.2 Studiens vitenskapsteoretiske ståsted

Studien diskursorienterte tilnærming peker mot at studien har et sosialkonstruksjonistisk ståsted. Sosialkonstruksjonisme er et mangetydig begrep, og jeg vil gjøre rede for noen antagelser fra denne vitenskapsteoretiske posisjonen som er sentrale for denne oppgaven.

For det første legger et sosialkonstruksjonistisk perspektiv føringer på at både akademisk og mer hverdagslig kunnskap ikke kan forstås som objektiv sann, men som sosialt konstituert (Jørgensen & Phillips 1999). At kunnskap er sosialt konstituert forankrer den historisk og kulturelt. Dette kan forstås som at kunnskap skapes i en tid under gitte historiske forutsetninger og at den dermed er i kontinuerlig endring langs en tidsakse. At kunnskap er kulturelt situert kan forstås som at den utvikles og gis gyldighet i sosiale praksiser. Dette medfører at kunnskap som tas for gitt i en sosial praksis ikke nødvendigvis vil gis gyldighet innenfor en annen. Med dette som bakgrunn stiller sosialkonstruksjonismen seg kritisk overfor det den betegner som ”selvfølgelig viten” og retter blikket mot *hvordan* vi frembringer eller ”bygger” kunnskap (Jørgensen & Phillips 1999, Nerland 2003).

Språkets betydning står sentralt i sosialkonstruksjonismen ved at det er gjennom språket vi kategoriserer vår opplevelse av virkeligheten. Sagt på en annen måte skaper vi et bilde av virkeligheten gjennom hvordan vi snakker om den. På denne måten får språket også en viktig konstituerende funksjon og er med på å ”skape” våre omgivelser:

Vi kan inte på et meningsfullt sätt tala om en verklighet utan att språket fungerar som en sorts konstruerande lins (Bergström og Boreus 2005: 22).

Å innta et sosialkonstruksjonistisk perspektiv vil dermed medføre at fokus rettes mot *hvordan* betydning skapes i sosial praksis ved å vektlegge *hvordan* vi konstruerer våre oppfatninger gjennom språket. Videre rettes oppmerksomheten mot *hvordan* disse oppfatningene virker inn i den sosiale interaksjonen, og *hvordan* dette igjen er med på å skape og gjenskape våre omgivelser (Nerland 2003: 42).

Språk, kunnskap og sosiale praksiser sees dermed som gjensidig konstituerende ved at vår måte å forstå verden på skapes og opprettholdes i sosiale praksiser. Disse praksisene blir arenaer hvor kunnskap skapes i sosiale interaksjoner; hvor man bygger opp felles sannheter og utkjemper kamper om hva som er den gyldige kunnskapen (Jørgensen & Phillips 1999:15).

Jeg har trukket fram tre viktige antagelser fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted som er viktig for denne oppgaven:

Kunnskap ses ikke som sann eller objektiv, men som en sosial konstruksjon.

Språket har en konstruerende og konstituerende funksjon i forhold til virkeligheten.

Koblingen mellom språk, kunnskap og sosiale praksiser ses som gjensidig konstituerende.

3.3 Diskursbegrepet

Diskurs som begrep benyttes i mange sammenheng innen den vitenskaplige debatten og i vitenskaplige tekster. Definisjonen av begrepet er imidlertid ikke entydig og spenner fra en lingvistisk forståelse hvor fokus rettes mot ”spoken and written language” (Fairclough 1992:3), til en mer samfunnsorientert forståelse hvor diskursbegrepet utvides til også å omfatte sosiale praksiser. Jeg vil videre presentere definisjoner av diskursbegrepet som gir retning for denne oppgavens forståelse av begrepet. Jeg vil først vende meg mot språkets betydning i diskursen:

En diskurs er en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på (Jørgensen & Phillips 1999:9).

”En bestemt måte å tale og forstå verden på” vil i denne sammenhengen også være det som setter opp grenser mellom ulike diskurser. Et eksempel kan være hvordan den medisinske diskursen har i seg ord og uttrykk som skiller den fra andre diskurser. For å være på innsiden

av denne diskursen kreves det at du ”kan tale og forstå verden” med de begrepene og det innholdet som gis disse begrepene innen den medisinske diskursen.

Denne oppgavens forskningsspørsmål vil nødvendigvis peke mot en utvidet forståelsen av begrepet ved at det fokuserer på hvordan utsagn i den skjønnlitterære teksten gis mening og aktiverer eller ”setter i spill” forståelsen av praksis.

En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og framstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner (Neumann 2001: 18).

Sentralt i denne definisjonen er at diskursen er et system av utsagn og praksiser som konstruerer vårt bilde av virkeligheten. At diskursen har en regularitet i seg kan forstås som at den har mønstre i seg ved at utsagn og handlinger gjentas og at disse dermed innveves i virkeligheten og blir tatt for gitt og framstår som det normale. Dette peker mot at diskursen har en maktposisjon, men at denne makten ikke nødvendigvis er lett å få øye på fordi den er innvevd i vår måte å forstå virkeligheten på.

3.4 Forholdet mellom individ og diskurs

Innledningsvis i oppgaven viser jeg til den franske filosofen og samfunnstenkeren Michel Foucault (1926 – 1984) som gjennom sitt forfatterskap peker på de funksjonene som disiplinerte institusjoner og teknikker har for å ta makten fra individet. Michel Foucaults forfatterskap deles ofte i to faser hvor den første fasen (1954 – 1969) omfatter de såkalte diskursanalysene. Sentralt i denne perioden er hans doktorgradsavhandling *galskapens historie* fra 1961 hvor han beskriver historiske betingelser som gav mulighetsrommet for framveksten av vår tids psykiatri. I avhandlingen beskriver han hvordan de sinnssyke er blitt definert og behandlet i Europa fra middelalderen og fram til våre dager.

Den andre fasen (1970 – 1984) omfatter det som i ettertid er betegnet som maktanalysene (Jørgensen & Phillips 1999). I denne perioden er hans tiltredningsforelesning holdt ved College de France i 1970, *L'ordre du discours (diskursens orden)* sentral. Det er i denne perioden at han fokuserer på diskursens makt over individet og kunnskapens posisjon i

diskursen. Han beskriver en diskurs som et regelsystem som legitimerer visse kunnskaper, men ikke andre. Diskursen peker også ut hvilke som har rett til å uttale seg med autoritet. (Bergstrøm & Boreus 2005: 309). Denne oppgaven støtter seg til Foucaults arbeider: *Galskapens historie (1999a)*, som representerer den første perioden i hans forfatterskap og *Diskursens orden (1999b)* og *Overvåkning og straff (1999c)*, som representerer den andre perioden i forfatterskapet.

Jeg vil videre rette oppmerksomheten mot individets posisjoneringsmuligheter innen en diskurs ved å støtte meg til Foucaults subjektforståelse, slik den kommer til uttrykk i hans forfatterskap.

For å utdype forholdet mellom individ og diskurs vil jeg fokusere på den konstruerende og konstituerende makten som ligger i diskursen ved å definere diskurs som:

Practices that systematically form the objects of which they speak (Foucault 1972: 49).

Med dette innfører Foucault en subjektforståelse som er blitt førende for det diskursorienterte feltet og diskursanalysene som utgår fra dette feltet. I følge Foucault skapes subjektet i diskurser i stedet for og bli oppfattet som autonomt handlende. Sagt på en annen måte sees ikke subjektet som utgangspunktet for handling, men som innvevd i en sosial praksis. Diskursene appellerer til subjektet ved å tilby en subjektposisjon innen diskursen. På denne måten virker diskursen gjennom aktørene som gis en subjektposisjon i de aktuelle praksisene. Alle diskurser vil ha et sett av subjektposisjoner, men det er ikke alle posisjonene som gis myndighet til å uttale seg. Foucault fremhever også diskursens konstruerende funksjon ved at diskursen omtales som formgivende for det eller de den innlemmer. Dette kan forstås som at diskursen har i seg ”regler” og ”regimer” som begrenser subjektets mulighetsbetingelser og dermed er med å forme og ta makten over subjektet. Å være deltagende i en diskurs vil da si at man inngår i et ”idesystem” hvor innskrevne regler og måter å forholde seg til verden på blir til et system av handlinger eller praksiser. Dette har igjen konsekvenser ved at diskursen virker legitimerende og beskytter individet så lenge man forholder seg til og godtar de reglene og handlemåtene som tas for gitt og er styrende for diskursen. På den andre siden vil også diskursen virke ekskluderende ettersom den fremholder noe som sant, fornuftig og normalt. Og stille spørsmål ved disse sannhetene vil dermed være å stille seg på utsiden av diskursen. I den skjønnlitterære teksten ”Sjette avdeling”, som er utgangspunktet for denne oppgaven, er diskursens makt over individet et sentralt tema. Dette kommer spesielt tydelig fram ved at

legen til slutt blir tvangsinnlagt i egen avdeling fordi han handler og snakker på tvers av det som oppfattes som den gyldige diskursen innen datidens psykiatriske praksis. Selv om han er en av de som tilsynelatende gis autoritet innen den aktuelle diskursen gjelder dette kun så lenge han forholder seg til de reglene og handlingene som diskursen tilbyr.

3.5 Hvem får tre inn i diskursen

En viktig dimensjon i Foucaults tenkning og diskursanalyser er hvordan diskursen tar makten fra individet gjennom klare handlingsregler. Han har i sitt forfatterskap vært opptatt av hvem det er som får tre inn i og gis talende subjektposisjoner i aktuelle diskurser. I sin tiltredelsesforelesning holdt ved College de France i 1970, *L'ordre du discours (diskursens orden)*, hevder Foucault at diskursproduksjonen i ethvert samfunn på en og samme tid blir kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en mengde prosedyrer. Han viser til tre utelukkelsessystemer som kontrollerer diskursen utenfra *den forbudte tale, motsetningen mellom fornuft og galskap, viljen til sannhet*.

Om den forbudte tale sier han:

Vi vet godt at man ikke har rett til å si alt, at man ikke kan snakke om alt i alle sammenhenger, og at ikke hvem som helst kan snakke om hva som helst (Foucault 1999b: 9).

Foucault viser her til at diskursen har regler i seg som regulerer hvem som får komme til orde og hva som gis gyldighet å snakke om. På den måten kontrolleres diskursen utenfra og virker ekskluderende for stemmer som snakker på tvers av eller utfordrer diskursen.

Om motsetningen mellom fornuft og galskap sier han videre:

Helt siden middelalderen har den gale vært den som har ført en diskurs som ikke kunne sirkulere som andre diskurser. Det var gjennom den gales tale at man gjenkjente hans galskap. Dette gjorde at ytringen i seg selv ikke ble tillagt fornuftens mening og lyttet til (Foucault 1999b: 10).

Her trekker Foucault inn motsetningsforholdet mellom fornuft og ufornuft. Han skisserer hvordan den ”normales” tale bærer fornuften i seg og hvordan den ”gales” tale bærer ufornuften i seg. Ufornuften blir kjennetegnet på ”galskap” og den ”gale” gis derfor ikke plass

innen gyldige diskurser. Foucault trekker linjen fra middelalderen inn mot vår tid med følgende utdyping og antydning:

Noen vil si at det er slutt på dette i dag, eller at det er i ferd med å ta slutt, at den gales tale ikke lenger befinner seg på den andre siden av skillet, at den ikke lenger er død og maktesløs.

Og videre

Man kan få en mistanke om at dette skillet langt fra er utvisket, snarere iscenesatt på en annen måte, langs andre linjer, gjennom nye institusjoner og med effekter som slett ikke er de samme (Foucault 1999b: 10).

I de senere årene har brukerorganisasjoner kommet fram i lyset og dette gjelder også innen det psykiske helsevernet, men spørsmålet som en kan stille seg er om diskursen innenfor disse organisasjonene tas opp i og gis gyldighet innen den helsefaglige diskursen og eventuelt hvordan de tas opp i diskursen. I denne oppgaven har jeg bevisst valgt å få en brukerstemme inn i møtet med den valgte teksten for å synliggjøre det diskursive feltet slik det oppleves som pasient i det psykiske helsevernet. På denne måten gir jeg min medleser en talende subjektposisjon for å utforske om skillet slik det ble etablert langt tilbake i historien fortsatt kan spores i vår tid.

Det tredje utelukkingsystemet som Foucault mener kontrollerer diskursen utenfra er *viljen til sannhet*. Han hevder at det er viljen til sannhet som i økende grad forsøker å modifisere og begrunne og dermed er styrende for de to foregående områdene (Foucault 1999b:14). Det er sannheten som påtar seg å rettferdiggjøre forbudet og å definere galskapen. På denne måten knytter han makt og kunnskap tett sammen og hevder at de er gjensidig konstituerende. For å bli del av en diskurs kreves det dermed at man deler ”de sannhetene” som anses som gyldige i den aktuelle diskursen.

3.6 Den skjønnlitterære teksten som en monumenttekst

Jeg har innledningsvis i oppgaven gjort rede for hvordan ”Sjette avdeling” åpnet opp for mitt konstruksjonsarbeid mot en problemformulering. Jeg vil videre posisjonere teksten ved å argumentere for hvordan den kan innta en sentral rolle i min diskursorienterte tilnærming.

Teksten er en narrativ:

En narrativ defineres som en redegjørelse for noe som har hent og består av to deler: En historie og en diskurs (Robertson 2005: 260).

Historien er narrativens *hva*, med fokus på hva som er innhold og hendelsesforløp. Diskursen er narrativens *hvordan*, med fokus på hvordan historiens innhold formidles og at dette igjen påvirkes av *sosiale praksiser* og genre (Robertson 2005: 230).

Med bakgrunn i min diskursorienterte tilnærming vil jeg plassere *Sjette avdeling* som en *Monumenttekst*. Med monumenttekst menes:

Tekst som peker seg ut som knute- eller forhandlingspunkter for diskursen (Neumann 2001: 52).

Videre skal teksten som velges ut som monumenttekst bidra til å skape en kritisk annerledes belysning av det fenomenet man ønsker å fokusere på. Dette kan igjen føre til at tekstene som velges umiddelbart kan forstås som lite sentrale fordi de ikke tidligere har blitt trukket inn som viktige i det aktuelle forskningsfeltet (Villadsen 2006: 11). Et annet kjennetegn ved monumenttekstene er:

Monumentene er typisk refleksive tekster, der problematisere de gældende praksiser, teorier eller institutioner (Villadsen 2006:102).

Jeg vil videre argumentere for hvorfor jeg benytter betegnelsen monumenttekst på den skjønnlitterære teksten. Teksten beskriver forholdene ved en psykiatrisk institusjon for 115 år siden under andre historiske, kulturelle og geografiske betingelser. Sett i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv ville denne teksten i utgangspunktet ikke være naturlig å plassere som en monumenttekst, fordi denne vitenskapsteoretiske forståelsesrammen forutsetter at diskurser er kulturelt og historisk situerte. Innledningsvis i oppgaven har jeg gjort rede for hvordan teksten peker tilbake og fram i tid fra sitt historiske ståsted, gjennom sin tittel og gjennom anmeldelser som er gjort av boken i vår tid. Teksten framstår også som en refleksiv og kritisk tekst ved at den problematiserer en psykiatrisk praksis på et bruddsted i psykiatriens historie, hvor de psykiatriske avdelingene ble innlemmet i de somatiske sykehusene.

I min egen lesning av boken ble jeg oppmerksom på en tidligere lezers understrekninger og anmerkninger i teksten, denne leseren hadde selv pasienterfaringer fra dagens psykiske helsevern. Ut fra Neumanns definisjon av monumenttekst som en tekst som utpeker seg som

knutepunkt- eller forhandlingspunkter var det tydelig at den diskursive praksisen som ble beskrevet i boken inviterte leseren inn i en diskurs hvor han satte seg selv i en forhandlingsposisjon.

I denne studien er den skjønnlitterære teksten valgt som en monumenttekst både fordi den representerer et bruddsted i psykiatriens historie og fordi den har vist et potensial til å utfordre forståelsen av dagens praksis i det psykiske helsevernet.

3.7 Den psykiatriske avdelingen som diskursorden

Jeg har valgt en monumenttekst hvor tema som belyses er forholdene ved en psykiatrisk avdeling. Ut fra mitt diskursorienterte ståsted vil jeg benevne den psykiatriske avdelingen som en *diskursorden*.

... diskursorden betegner to eller flere diskurser som forsøker å etablere seg i samme domene. Diskursorden er altså navnet på et potensielt eller faktisk område for diskursiv konflikt (Jørgensen & Phillips 1999: 69)

Med dette velger jeg å se den psykiatriske avdelingen som et potensielt område for diskursiv konflikt. Å avgrense diskursene som inngår i den valgte diskursorden vil ikke kunne gjøres eksplisitt i forkant fordi det er tekstene som inngår i prosjektet; den skjønnlitterære teksten og intervjuene, som vil være utgangspunktet for å identifisere diskursene og hvordan disse står i forhold til hverandre. Den skjønnlitterære teksten vil i seg selv avgrense for mulige diskurser, fordi tekstens egenskaper setter grenser for hvordan den kan fortolkes av mottakerne ved at *teksten sees som en konstruksjon* hvor ulike diskurser utspiller seg i en diskursiv orden som er den psykiatriske avdelingen.

3.8 Diskursanalyse som metode

Oppgavens forskningsspørsmål og teoretiske posisjonering legger føringer for metoden som vil bli benyttet. På en måte kan man si at prosjektet er teoridrevet ved at en sosialkonstruksjonistisk og diskursorientert tenkning ligger som en føring i alle oppgavens

deler. Med andre ord vil de metodiske valgene jeg viser til peke tilbake mot min teoretiske posisjonering.

Som en følge av dette vil oppgaven ha en diskursanalytisk vinkling som er en av flere tilganger innen det sosialkonstruksjonistiske feltet. Min hensikt med å velge denne vinklingen er:

...å studere hvorledes det eksisterer en rekke handlingsbetingelser for det talte og det gjorte, hvorledes et gitt utsagn aktiverer eller "setter i spill" en serie sosiale praksiser, og hvorledes utsagnet i sin tur bekrefter eller avkrefter disse praksisene (Neumann 2001: 177).

Ut fra denne oppgavens forskningsspørsmål rettes oppmerksomheten mot hvordan utsagn i den skjønnlitterære teksten aktiverer eller "setter i spill" forståelse av praksis. På denne måten spilles to praksiser ut mot hverandre hvor formålet er å spore en kontinuitet eller en diskontinuitet. Oppgavens empiriske materiale er serieintervju med en medleser som har erfaringer fra dagens psykiske helsevern. Å velge et diskursanalytisk ståsted vil gi retning for hvordan intervjuene vil bli analysert.

Diskursanalyse dreier seg blant annet om å studere mening, og den studerer mening der den oppstår, nemlig i språket selv (Neumann 2001:18)

Dette kan forstås som at diskursanalysen ikke søker meningen bak det som blir sagt ved å fortolke utsagn, men søker meningen i språket selv fordi det er språket som konstituerer virkeligheten. Diskursanalysens fokus blir derfor:

Å arbeide med det, der faktisk er blevet sagt eller skrevet, for at undersøge, hvilke mønstre der er i udsagnene- og hvilke sociale konsekvenser forskjellige diskursive fremstillinger af virkeligheden får (Jørgensen & Phillips 1999:31).

Som jeg har nevnt innledningsvis er teori og metode er kjedet sammen innen diskursanalysen, men diskursanalysen som sådan har vært forsiktig med å trekke fram en metodeoppskrift. På samme måte som diskurs gis forskjellig betydning i ulike sammenheng har også diskursanalysen hatt et pluralistisk forhold til metodebruk. Jeg har gjort rede for ulike forståelser for diskursbegrepet fra det rent lingvistiske til det samfunnsorienterte. En lingvistisk forståelse av begrepet vil medføre en metodisk lingvistisk diskursanalyse hvor man

blant annet er opptatt av tekstanalyse og hvordan teksten står i dialog med andre tekster (Neumann 2001: 20). På denne måten kan man se reproduksjon av diskurser, hvor ingen nye elementer innføres eller forandringer av diskurser gjennom nye sammensetninger. En utvidet forståelse av diskursbegrepet vil nødvendigvis kalle på andre metoder. Foucault har gjennom sine arbeider ikke gitt noen klare metodiske retningslinjer og Neumann viser til Foucault når han hevder:

Discourse in general and scientific discourse in particular, is so complex a reality that we not only can but should approach it at different levels and with different methods (Foucault 1973 i Neumann 2001: 22)

Foucault åpner dermed for muligheten til å kombinere andre teorier og tilganger til diskursanalysen. Å velge et diskursanalytisk ståsted vil likevel kreve at de forskjellige filosofiske premissene, teoriene og metodene ikke strider mot hverandre.

Denne oppgaven benytter en skjønnlitterær tekst fra 1892 som utgangspunkt for samtaler med en medleser som har erfaring fra dagens psykiske helsevern. Ut fra dette kan oppgavens diskursanalyse forstås som at den benytter *Genealogiens metodiske grep* hvor målet er:

Å vise hvordan vitens-/praksisfelter i det moderne samfunnet (eks. psykiatrien) har kontinuitet til fortidens praksiser og institusjoner, som i dag betraktes som uopplyste, inhumane og uvitenskaplige (Villadsen 2006: 91).

På denne måten åpner oppgaven opp et spenningsfelt mellom kontinuitet og diskontinuitet. Hvor den på den ene siden kan avdekke ”ubekvemme” kontinuiteter og på den andre siden kan påvise diskontinuiteter hvor fortidens praksis slik den beskrives i den skjønnlitterære teksten oppfattes som radikalt fremmed snarere enn som en logisk forløper til nåtiden. Arbeidet i innledningskapitlet med å begrepsfeste *sjette avdeling* er et eksempel på hvordan et kjent begrep i nyere tids psykiatri spores tilbake *til fortidens praksiser og institusjoner, som i dag betraktes som uopplyste, inhumane og uvitenskaplige*. Hovedfokus i oppgaven er hvordan den skjønnlitterære teksten setter i spill forståelse av dagens praksis i det psykiske helsevernet. En diskursanalytisk vinkling inn mot dette materialet vil påkalle et *Arkeologisk* grep som retter seg mot diskursens indre form (Bergstrøm & Boreus 2005). Med dette mener jeg at fokus legges mot utsagn og relasjonene

mellom utsagn i det empiriske materialet for å søke etter mønstre som kan kaste lys over det mulighetsrommet som gis den intervjuede i de praksisene hun trekker opp. Denne delen av oppgavens analyse vil derfor kunne betraktes som en arkeologisk undersøkelse på mikronivå, der oppmerksomheten rettes mot diskursive praksiser som den intervjuede trekker fram.

Opgavens diskursanalyse benytter seg både av *genealogiens og arkeologiens metodiske grep*, ettersom utgangspunktet for intervjuene er en skjønnlitterær tekst fra 1892 og det empiriske materialet dermed kan vise kontinuiteter eller diskontinuiteter til en forhistorisk praksis.

3.9 Studien som diskursiv praksis

Vitenskapen kan sees som en diskurs blant mange andre; en diskurs, der er karakterisert ved at producere viden på bestemte måder etter bestemte regler (Jørgensen & Phillips 1999:167).

Med dette sitatet plasseres denne studien inn i et diskursivt praksisfelt. Studien har en diskursorientert tilnærming og jeg har tidligere gjort rede for den vitenskapsteoretiske plattformen som tilnærmingen utgår fra. Dette viser hvordan jeg har innordnet meg i en vitenskaplig diskursiv praksis hvor det er krav til å *producere viden på bestemte måder etter bestemte regler*. Jeg har fulgt disse reglene ved å være tydelig på min teoretiske posisjonering og ved å definere sentrale begrep som er styrende for måtene jeg ser mitt forskningsfelt på. Sett i lys av studiens sosialkonstruktivistiske plattform vil den viten som studien produserer ikke være sannere enn andre former for viten som oppnås i andre vitenskaplige diskurser, men den vil bli vurdert etter andre diskursive regler ved at den plasserer seg i en bestemt vitenskaplig diskurs.

Innenfor en vitenskaplig diskurs vil spørsmålet om generaliserbarhet reise seg. Er det slik at den kunnskapen som er produsert kan overføres til andre situasjoner? I denne studien rettes oppmerksomheten mot den psykiatriske avdelingen gjennom valg av den skjønnlitterære teksten og det empiriske materialet som er framkommet gjennom serieintervju med en medleser med utgangspunkt i denne teksten. Det at studien baserer seg på hvordan denne ene personen møter den skjønnlitterære teksten vil kunne stille spørsmål ved rekkevidden av

studien; om den vil kunne peke utover denne intervjuedes individuelle erfaring. Studiens vitenskapsteoretiske plattform tilsier at den praksisen som beskrives av den intervjuede ikke kan generaliseres og fristilles fra den konteksten og situasjonen den inngår i. På den andre siden vil måten den intervjuede italesetter denne praksisen på overskride den individuelle erfaringen, fordi individet er knyttet til et større sosialt felt og bærer i seg dette feltets innskrevne regler i måter å forstå verden på. På denne måten vil studien peke fra det individuelle og mot en større diskursiv sammenheng som individet befinner seg innenfor.

Den vitenskapsteoretiske plattformen legger også spesielle føringer for forskerrefleksivitet, fordi plattformen forutsetter at kunnskap skapes som konstruksjoner diskursivt. Ved å tre inn i den vitenskaplige diskursen blir det derfor viktig å gjøre forskningens trinn så gjennomsiktige som mulig. Dette medfører at min posisjonering gjøres tydelig både med hensyn til teoretisk ståsted og at det blir tydelig for leseren hva som ”driver” forskningsprosessen videre. I denne studien er det i utgangspunktet tre diskursive praksiser som settes i spill; den skjønnlitterære teksten som beskriver en førhistorisk psykiatrisk praksis, den intervjuede med sine erfaringer fra dagens psykiske helsevern og meg som forsker som representant for en vitenskaplig diskurs. I det etterfølgende hovedkapitlet hvor jeg presenterer prosess og fremgangsmåter vil min forskerrefleksivitet være framtrædende ved at jeg tydeliggjør valg som er gjort underveis i prosessen og hvilke vurderinger disse valgene er utgått fra.

Å tre inn i en vitenskaplig diskurs krever at man følger forskningsetiske retningslinjer. For å sikre en overholdelse av disse er det innført forskjellige kontrollmekanismer (Holm, Iversen og Solbakk 2004: 64). Jeg vil gjøre rede for hvordan dette er ivaretatt i denne studien.

Studiens veileder tok tidlig telefonkontakt med Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør Norge (REK Sør), for å diskutere om dette var en studie som ville ligge inn under REK sitt mandat. Vi ble bedt om å sende en kort skisse via e-post slik at de kunne gjøre en vurdering. Denne korte (foreløpige) prosjektskissen ble sendt i august 2006. Svaret fra REK var at de oppfattet det slik at prosjektet falt utenfor deres mandat.

Studien ble også meldt inn til Personvernombudet og det ble gitt tilbakemelding og tilrådning til gjennomføring av prosjektet i desember 2006. Personvernombudet minnet også om at det ikke er påkrevd å innhente et skriftlig samtykke til deltagelse.

Når det gjelder informasjonen som ble gitt i forkant og underveis i prosessen til min medleser, mener jeg å oppfylle viktige betingelser ved å vektlegge at: Tilstrekkelig informasjon skal være gitt, tilstrekkelig informasjon skal være forstått, samtykke skal være frivillig, personen

skal være kompetent til å samtykke (Holm, Iversen og Solbakk 2004: 62). I kapitlet hvor jeg presenterer prosess og framgangsmåter vil jeg gjøre rede for hvordan jeg gikk fram for å informere min deltager i prosjektet.

3.10 Kobling mellom teori og analyse

Oppgaven støtter seg til Foucaults subjektforståelse og hans maktanalyser hvor individets mulighetsrom og frigjøringsmuligheter i aktuelle diskurser er sentrum for forskningsinteressen. Oppgavens analyse tar mål av seg til å følge Foucaults oppfordring:

Man må ikke gå fra diskursen henimot dens indre og skjulte kjerne, henimot hjertet av en tenkning eller av en betydning som skulle gi seg til kjenne i den, men ut fra diskursen selv, fra dens framtoning og den regularitet, gå henimot dens ytre mulighetsbetingelser, henimot det som gir opphav til den tilfeldige rekken av dens begivenheter, og som fastsetter deres grenser (Foucault 1999b:30).

Oppgaven har retning i form av forskningsspørsmål, et valgt teoretisk ståsted, den skjønnlitterære teksten og det empiriske materialet fra intervjuene. En sosialkonstruktivistisk og diskursorientert tenkning er forsøkt skrevet inn i alle faser som en måte å forstå fenomener på. Dette gir også konsekvenser ved at prosjektets ”funn” ikke vil bli diskutert i et eget kapittel, men er å lese innvevd i hele oppgaven. I analysekapitlet vil oppgavens teoretiske posisjonering spilles ut mot det empiriske materialet og vise konstruksjonen av meningsdannelse som belyser forskningsspørsmålet. Oppgavens avslutningskapittel vil forsøke å samle oppgaven ved å peke mot mønstre i meningskonstruksjonen som skaper et bilde av dagens praksis. I dette kapitlet vil jeg løfte fram det som kan se ut som brudd mellom de to praksisene og problematisere disse.

I det påfølgende kapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har gått fram for å velge min medleser og hvilke forskningsetiske spørsmål som reiste seg i utvelgelsesprosessen, i forkant av intervjuene, i selve intervjuperioden og i den etterfølgende skriveprosessen. Jeg vil avslutningsvis gjøre rede for hvilke valg jeg gjorde underveis i analysen som gav denne en retning og framdrift.

4. Prosess og framgangsmåte

Oppgavens empiriske materiale er et resultat av samtaler med en medleser med utgangspunkt i en skjønnlitterær tekst. Oppgavens teoretiske posisjonering definerer språk som konstruerende og konstituerende. Med dette som bakteppe sees den skjønnlitterære teksten, samtalene mellom min medleser og meg som forsker, og det videre analysearbeidet som en konstruksjon. For å gjøre konstruksjonsarbeidet tydelig for leseren av denne oppgaven vil jeg begrunne og gjøre rede for viktige valg som er gjort i forkant av selve intervjuene og i selve intervjuprosessen. Jeg vil videre gjøre rede for forskningsetiske spørsmål som har reist seg i arbeidet med oppgaven. Avslutningsvis vil jeg beskrive arbeidsprosessen med selve analysen som en innledning til oppgavens analysekapitel.

4.1 Valg av medleser

På samme måte som at den skjønnlitterære teksten er valgt som en monumenttekst er den intervjuede valgt ut fra sin erfaringsbakgrunn som pasient i det psykiske helsevernet. Ut fra forskning som diskursiv praksis vil det være naturlig å benevne den intervjuede som informant. Både i planleggingsfasen og i selve skriveprosessen har jeg valgt å benevne henne som min medleser og som den intervjuede. For meg ble det unaturlig å bruke betegnelsen informant ut fra prosjektets rammer hvor boken sto i sentrum og at det var hun som skulle løfte fram tema fra boken og belyse disse med sine erfaringer fra dagens psykiske helsevern. For meg ble hun en kvalifisert medleser ut fra sin erfaringsbakgrunn.

Jeg vil gjøre rede for de vurderingene jeg gjorde underveis som førte meg til den aktuelle medleseren. Min diskursorienterte plattform la noen grunnleggende premisser ved at jeg valgte å fokusere på *mulighetsrommet* for intervjuene. Som en følge av dette ble posisjoneringsmulighetene som medleser og forsker retningsgivende for det endelige valget. Jeg vil først ta for meg de vurderingene jeg gjorde hvor utgangspunktet var å rekruttere en pasient som var innlagt i psykiatrisk avdeling i institusjon. Jeg som forsker ville dermed *tre inn i diskursens orden* hvor gjeldende diskurser innen institusjonen ville ha regler i seg som

regulerer hvem som får komme til orde (Foucault 1999b). I et kritisk perspektiv kan dette også forstås som at institusjonen har makt til å ekskludere stemmer som snakker på tvers av eller utfordrer de aktuelle diskursene. En argumentasjon ville kunne være at pasientene i utgangspunktet må beskyttes fordi de er syke. Foucault hevder at denne beskyttelsen også kan forstås som en utestengning ved at det er en lang tradisjon innen *galskapens historie* å koble den sykes tale til symptomet på selve sykdommen og dermed ikke tillegge den fornuftens mening (Foucault 1999 a,b,c). På denne måten vil den psykiske lidelsen stenge for at personen blir gitt en talende subjektposisjon. Jeg så at beskyttelse av pasienten ville være et gyldig argument innen institusjonens diskursive praksis samtidig som jeg så at dette kunne fungere som en utestengningsmekanisme for meg som forsker ved at det kunne bli vanskelig å få tilgang til en medleser. Jeg tenkte videre på hvordan institusjonen ville posisjonere meg og hvilke mulighetsrom dette ville åpne. Jeg ville selv presentere meg som mastergradsstudent som ønsket å gjøre et forskningsprosjekt hvor mitt empiriske materiale ville være intervju med en pasient i den aktuelle avdelingen. Sett fra institusjonen ville posisjonen som student antagelig være mer tungtveiende enn posisjonen som forsker. Jeg har heller ingen spesialutdanning innen psykisk helsearbeid. Dette kunne fra institusjonens ståsted bli forstått som at jeg ikke hadde kunnskap om det jeg ønsket å forske på. Jeg så også hvor sårbar jeg ville bli i situasjonen ved å gå inn alene som forsker i en institusjon hvor denne kunne oppleves som en enhet som sto samlet bak måter å tenke og handle på. Med andre ord så jeg at det kunne bli vanskelig for meg å få troverdighet og bli posisjonert som forsker inne i institusjonen.

På dette stadiet i prosessen reflekterte jeg også over om jeg selv var moden til å ta utfordringen å tre inn i den psykiatriske institusjonen. På den ene siden så jeg den posisjonen som ville bli gitt meg, på den andre siden så jeg at jeg selv også ville møte utfordringer ved at den psykiatriske institusjonen var en ukjent arena for meg. Jeg har aldri arbeidet i en slik institusjon, det vil si at jeg heller aldri har møtt mennesker med psykiske lidelser som er så alvorlige at de er innlagt som pasienter i institusjon. I denne refleksjonsrunden med meg selv opplevde jeg *diskursens makt i meg*. Jeg så hvordan jeg selv var innvevd i måter å forstå psykisk lidelse på og at dette igjen gav føringer for den posisjonen jeg inntok. Det ble tydelig for meg at jeg var redd for møtet med annerledesheten, og at et slik møte kunne sette meg i en avmektig posisjon. Ved å forfølge denne tanken kom jeg til at jeg satte spørsmål ved min egen kunnskap i møte med den innlagte pasienten, ettersom jeg ikke har spesialutdanning som er rettet mot psykisk helsearbeid. Det var altså

ikke forskerrollen som bekymret meg i møte med min medleser, men spørsmålet om jeg var i stand til å mestre samtalene med den innlagte pasienten fordi jeg hadde manglende kunnskap om psykiske lidelser. Dette gjorde det klart for meg at jeg ikke sto på utsiden av de diskursene jeg ønsket å avdekke. Snarere opplevde jeg meg som en som i høyeste grad var innvevd i diskursene ved at jeg hadde tatt opp i meg måter å forstå den psykisk syke på som annerledes. For meg ble det tydelig at jeg var innvevd i to diskurser hvor jeg var usikker på egen posisjonering. Den ene var en forskningsdiskurs hvor jeg så det vanskelig å tre inn i diskursens orden inne i institusjonen. Den andre var en faglig diskurs hvor jeg tvilte på egen handlingskompetanse i møte med den innlagte pasienten. Ved å forfølge denne tankerekken så jeg at de to diskursene kom i en forhandlingsposisjon ved at jeg så på intervjusituasjonen som en arena hvor jeg som forsker også burde ha kunnskap om psykisk lidelse. På en måte kan dette forstås som at jeg gjennom å inneha en slik kunnskap skulle være i bedre stand til å ivareta den intervjuede. På en annen side kan jeg se at kunnskap om psykiske lidelser og metoder som utgår fra denne kunnskapen kunne gjøre intervjuene til møter hvor den intervjuede posisjonerte meg som fagperson.

I min refleksjon rundt det å rekruttere en medleser som var pasient i institusjon opplevde jeg hvordan diskursens makt styrte mine resonnement. Det første som slo meg var institusjonens utestengningsmekanismer som ville kunne tre i kraft i rekruttering av pasient. Det andre var at jeg ville få problemer med å bli posisjonert som forsker i den valgte diskursorden med bakgrunn i at jeg er student og ikke har spesialutdanning innen det fagområdet jeg ønsket å tre inn i. Den viktigste avsløringen var hvordan jeg selv hadde tatt opp i meg diskursens utestengningsmekanismer og plasserte meg selv på utsiden fordi jeg ikke hadde teoretisk tyngde i form av kunnskap om psykiske lidelser. Ved å se posisjoneringmulighetene for den intervjuede og for meg som forsker inne i institusjonen så jeg at mulighetsrommet ville bli større for oss begge hvis jeg fant en medleser som ikke var innlagt i institusjon.

Et annet perspektiv som jeg også tok inn over meg var at prosjektet baserer seg på en person og hva denne trekker ut av den skjønnlitterære teksten. Ettersom oppgavens analyse tar utgangspunkt i dette som tekstdata var jeg avhengig av å finne en person som jeg i utgangspunktet visste var vant med å italesette erfaringer og tanker fra den diskursordenen som var valgt. Prosjektet ville også sette større krav til den intervjuede enn hva som er vanlig i kvalitative intervju ved at den intervjuede måtte bruke tid på å lese boken i tillegg til den tiden som ble avsatt til selve intervjuene. Med dette som bakteppe ble det viktig for meg at

den valgte personen skulle ha lyst og ressurser til å gå inn i en slik prosess og at leseprosessen skulle ha en egeninteresse for den intervjuede. Ettersom jeg hadde bestemt meg for ikke å rekruttere informanten fra en psykiatrisk avdeling, måtte jeg rette blikket i andre retninger for å finne en aktuell kandidat som kunne oppfylle de kriteriene jeg så som viktige for å kunne gå inn i prosjektet.

Jeg ble oppmerksom på den valgte medleseren gjennom intervju i media hvor hun snakket om sine erfaringer som pasient i det psykiske helsevernet. Fra et diskursorientert ståsted kan hun derfor betegnes som en som er blitt gitt en ”talende” subjektposisjon innenfor det som kan kalles en brukerdiskurs i dagens psykiske helsevern, ved at hun har posisjonert seg i det offentlige rommet. Kandidaten jeg hadde funnet posisjonerte oss dermed begge på utsiden av institusjonen. Slik jeg vurderte det gav dette intervjuene et større mulighetsrom hvor hun ikke var posisjonert som pasient og jeg som forsker ikke måtte posisjonere meg inne i institusjonen.

4.2 Det første møte med den intervjuede

Jeg ringte den aktuelle kvinnen for å presentere mitt prosjekt og høre om det kunne være av interesse og være min medleser av Tsjekhovs bok. Hun responderte positivt og vi avtalte og møtes for å overlevere boken slik at hun kunne lese den, for å se om dette fortsatt var noe hun ville være med på. Vi møttes på en benk foran Stortinget for å overlevere boken. Vi ble sittende å snakke sammen en halv time hvor jeg fortalte henne om hensikten med studien, hvordan jeg så for meg prosjektperioden og hva hennes rolle ville være. Jeg antydte at det ville bli flere intervju etter hverandre hvor vi snakket sammen om Tsjekhovs bok, men at det var vanskelig å si på dette tidspunktet hvor mange som ville være nødvendig før vi så oss ferdig med boken. Jeg fortalte at intervjuene ville ha form av samtaler og at hun ville være den som bestemte hvilke tema som hun ønsket å belyse fra boken. Jeg ville altså ikke ha noen ”ferdige” spørsmål med meg inn i intervjusituasjonen. Videre fortalte jeg henne at samtalene ville bli tatt opp på disk og at jeg ville skrive de ned i sin helhet etter hvert intervju, og at det ble denne teksten som ble det jeg ville analysere og trekke inn i oppgaven. Jeg presiserte at hun ville bli anonymisert i oppgaven. Hun reagerte med å si at dette ikke var viktig for henne og at hun ikke hadde behov for å være anonym, hun hadde ikke noe å skjule. I ettertid kan jeg

se denne uttalelsen i lys av de historiene hun senere kom fram med i våre samtaler. Et gjennomgående tema var hvordan hun har opplevd å bli marginalisert ved ikke å få en talende subjektposisjon i de diskursene hun har ønsket å tre inn i. Dette fikk meg til å se forskning som en diskursiv praksis hvor metoder legger føringer for hvordan subjektene (informantene) kan tre inn i ”*anonyme talende subjektposisjoner*”, hvor forskerens oppgave er å analysere uttalelsene som utgår fra disse posisjonene. Anonymisering er en forutsetning i all forskning for å beskytte informanten og andre som informanten trekker inn. Sett fra den intervjuedes ståsted kan dette forstås som frigjørende ved at uttalelser ikke er ”adressert” og dermed ikke kan spores til avsender. Det kan også forstås som begrensende hvis ønsket er å innta en talende subjektposisjon, og dette knyttes opp mot å ”stå fram” i de gjeldende diskursene. Min informant hadde gjennom intervju i media ”stått fram” og posisjonert seg, og erfart dette som positivt. Jeg som forsker tilbød henne andre rammebetingelser hvor hun ville bli anonymisert, men at mine analyser ville være tekstnære i den betydning av at jeg ville rette oppmerksomheten mot hva hun sa og ikke gå inn å analysere bakenforliggende motiv.

Etter to dager ringte den aktuelle medleseren meg og fortalte at hun gjerne ville være med i prosjektet. Hun hadde lest boken og syntes den var spennende og opplevde å ha et rikt erfaringsmateriale som ble aktivert i møte med teksten, med bakgrunn i sine tretten innleggelses i skjermet enhet i psykiatrisk avdeling.

4.3 Intervju som metodisk tilnærming

Jeg vil videre gjøre rede for intervjubegrepet slik det er gitt betydning i denne oppgaven og hvilke konsekvenser dette gav for planlegging og gjennomføring.

Følgende sitat kan tydeliggjøre mitt valgte metodiske ståsted

Analyser av samtaler om sentrale temaer gir et interessant utgangspunkt for å studere forholdet mellom kultur og individ. Måter personer snakker om temaer på, og hvordan de presenterer seg selv i forhold til disse temaene, kan knyttes til etablerte mønstre som kulturen representerer. Personen posisjonerer seg selv i forhold til kulturelt etablerte uttrykksmåter (Thagaard 2002: 110).

Med dette utvider jeg intervjubegrepet i retning av samtale. Oppgavens diskursanalytiske posisjonering har som mål å undersøke hvordan utsagn inngår i et nettverk med andre utsagn og hvordan utsagn dermed får betydning og kraft gjennom deres relasjoner til hverandre. Ved å la intervjuene ha form av samtaler ønsket jeg å åpne ”intervjurommet” slik at den intervjuede og jeg som forsker snakket sammen om Tsjekhovs bok. Intervjuene kan derfor forstås som en konstruksjon mellom den skjønnlitterære teksten, min medleser og meg som forsker. Dette ga konsekvenser ved at jeg som forsker ikke utarbeidet intervjuguide i forkant av intervjuene, men ønsket at min medleser skulle trekke ut det som var sentrale tema i møte med den skjønnlitterære teksten. På denne måten kan den skjønnlitterære teksten også forstås som en ”åpen intervjuguide”. Den er åpen i den betydningen av at det er min medleser som velger ut tema og dermed peker mot aktuelle underliggende diskurser. Samtidig er den begrensende ved at den skjønnlitterære teksten fokuserer på en diskursorden, den psykiatriske avdelingen, og posisjonerer diskursive konflikter innen denne diskursordenen.

Ved å definere intervjuene som samtaler ble det viktig å tenke gjennom min posisjon som forsker og hvordan jeg skulle forholde meg til dialogen mellom oss. For å utdype dette vil jeg støtte meg til den norske filosofen Hans Skjervheim, som blant annet setter fokus på *dei måtane ein møter andre i språket* (Skjervheim 1996). Skjervheim peker mot hvordan samtalen mellom to personer kan være treleddet eller toleddet. I det første tilfellet vil partene ha et tema som sentrum for samtalen og de vil la seg engasjere i hva den andre sier. I det andre tilfellet, hvor samtalen er toleddet, mister man temaet og den ene parten blir analyseobjekt for den andre. I denne studien har jeg som forsker møtt min medleser hvor blikket har vært rettet mot den skjønnlitterære teksten og de temaene som er blitt løftet fram i møte med denne teksten. Utfordringen for meg som forsker ble å ta ansvar for at samtalene mellom oss ble treleddet ved at vi til enhver tid hadde et felles tema, og at jeg ikke gjorde min medleser til analyseobjekt. I denne sammenhengen ble den posisjoneringen jeg tidligere hadde gitt meg selv som forsker snudd. I stedet for å se at mitt kunnskapsgrunnlag om psykiske lidelser kunne være en begrensning for meg i våre møter, valgte jeg å se dette som en styrke. Ved å innta dette ståstedet så jeg at nettopp en slik kunnskap kunne blitt brukt som redskap inn i møtene og objektivert min samtalepartner. Jeg så også at det kunne være en fordel for min medleser at jeg ikke ble opplevd som en representant for en fagdisiplin i det psykiske helsevernet, men som en som ”kom utenfra” og dermed ikke hadde en diskursiv tilhørighet å forsvare.

Samtale slik det gis mening i denne oppgaven skiller seg fra samtaler i hverdagslivet ved at de var planlagt med en bestemt hensikt og at jeg som forsker hadde ansvar for framdriften. Samtalene skulle også tas opp på disk, transkriberes i sin helhet og analyseres med en bestemt hensikt. Når jeg likevel har valgt å trekke inn samtale som begrep og gi dette innhold, er det for å vektlegge det relasjonelle møte og dialogens muligheter innenfor dette møtet i intervju situasjonen. Som forsker ønsket jeg å skape et relasjonelt rom hvor den intervjuede ikke skulle oppleve seg som et objekt. Jeg ser at en slik uttalelse kan ha en tvetydighet i seg. På den ene siden ønsket jeg at intervjuene skulle foregå som samtaler, på den andre siden er det nettopp disse samtalene som ble utgangspunktet (objektet) for min analyse. Ved å holde oppe denne tvetydigheten ble det viktig i den etterfølgende analysen å ikke bryte med den underliggende tanken som hadde vært førende for våre samtaler. Analysen ville derfor rette seg mot tema som ble belyst i samtalene mellom oss og ikke min medlesers motiv og bakenforliggende tanker. I analysekapittelet har jeg derfor valgt å gjengi forholdsvis lange meningssammenhenger fra intervjuene for ikke å bryte opp hennes tale. Samtidig har jeg vært tydelig der min stemme har kommet inn.

Videre i oppgaven vil begrepet intervju, med betydningen jeg har gjort rede for, bli benyttet som betegnelse på våre møter.

4.4 Intervjuene som prosess

Intervjuene ble foretatt hjemme hos min medleser etter hennes ønske. På denne måten møttes vi på hennes arena hvor hun la viktige rammebetingelser for intervjuene. Jeg var spent i forkant av vårt første intervju og opplevde at jeg virkelig hadde kastet meg ut på dypt vann. Jeg hadde ikke forberedt noen spørsmål, men hadde med meg Tsjekhovs bok som jeg hadde lest flere ganger. Da jeg kom inn i leiligheten så jeg at jeg var ventet, og at det var gjort klar til vår samtale. Vi satte oss ned i en sofagruppe, på bordet var det tent stearinlys, og Tsjekhovs bok lå framme.

Så snart vi hadde satt i gang disken og jeg hadde spurt henne hvilket inntrykk hun satt igjen med etter å ha lest boken tok hun ordet. Den intervjuede beskrev det selv som at hun var fylt av inntrykk og hadde mye å dele med meg. I dette første intervjuet viste hun lite til direkte

sitat fra boken, men grep tak i det hun opplevde som et av hovedtemaene i boken; det relasjonelle møtet mellom behandler og pasient.

I utgangspunktet hadde vi ikke avtalt hvor mange ganger vi skulle møtes, men at dette skulle bestemmes underveis i prosessen. Det ble i alt tre intervju som ble gjennomført i løpet av en måned og vi brukte i overkant av en time på hvert intervju. De to første intervjuene var tett i tid og min medleser hadde lest boka i forkant av disse intervjuene. Det ble et opphold til det tredje intervjuet og hun hadde lest boken på nytt før dette intervjuet. Tematisk ble det også et brudd mellom andre og tredje intervju hvor hun uttrykte ”boka er blitt en helt annen for meg, jeg har streket under helt andre steder i boka nå”. Hun hadde i de to første intervjuene posisjonert seg på legen Ragin sin side, mens hun i det siste intervjuet posisjonerte seg på pasienten Gromov sin side. For meg var det overraskende at hun viste pasienten, Gromov, så lite oppmerksomhet i de to første intervjuene. De få gangene hun kommenterte hans situasjon og det mulighetsrommet som var gitt han, siterte hun Ragin og posisjonerte seg på en behandler side ved å gjøre Gromov til et analyseobjekt. I den etterfølgende analysen ble bruddet fra andre til tredje intervju viktig, fordi dette satte i spill ulike måter å forstå egne erfaringer på som pasient og ansatt i det psykiske helsevernet.

I intervjusituasjonen ble jeg slått av hvor lett det var å holde samtalen i gang fra min side. Hun tok selv initiativ ved å løfte fram tema fra boken og belyse disse med egne erfaringer. Jeg opplevde at hun hadde forberedt seg godt til hvert intervju og at hun hadde mye som hun ville dele med meg. Intervjuene hadde absolutt ikke form av spørsmål og svar, men heller som små fortellinger som vokste fram fra tema som hun grep fatt i fra boken. Fra et diskursorientert ståsted kan dette beskrives som at hun posisjonerte seg og inntok en talende subjektposisjon. Det slo meg også hvordan hun italesatte sine erfaringer fra denne posisjonen; hun var direkte, delte opplevelser og sin analyse i hvordan disse gav henne mening. Jeg tenkte at dette også kunne være fordi hun som pasient var vant til å være i fokus hvor hennes italesettelse av tanker og følelser har vært sentrum for analyse. I intervjusituasjonen beveget hun seg mellom to nivåer. Det ene nivået var historiene som hun fortalte, hvor hun pekte tilbake mot opplevelser og de følelsene disse hadde vekket i henne i de aktuelle situasjonene. Disse beskrivelsene var detaljerte og ble ofte presentert i nåtid og hun brukte også direkte tale når hun viste til hva andre hadde sagt til henne. Som tilhører ble jeg grepet av disse historienes detaljrikdom og bruk av begrep som pekte mot følelsesuttrykk. Min tanke var at opplevelsene hun delte med meg hadde vært så sterke for henne at hun nærmest hadde et fotografisk minne

i forhold til dem. Det andre nivået hun beveget seg til i intervjuene var et analytisk nivå hvor hun ”løftet” seg fra historiene og inntok en teoretisk posisjonering ved å benytte fagbegrep som analyseredskap inn mot historiene. I disse delene av intervjuene var det tydelig at hun hadde tatt opp i seg fagdiskursen i det psykiske helsevernet. I ytterste konsekvens ble dette tydeliggjort ved at hun gjorde både seg selv og behandlerne til analyseobjekt gjennom å bruke forståelsesmodeller og begrep som er knyttet opp mot denne diskursive praksisen. Underveis i samtalene mellom oss var det hun som drev disse og jeg som lyttet og kom med oppklarende spørsmål. Særlig galt det de deler av samtalene hvor hun snakket om egne erfaringer med å være pasient og ansatt i det psykiske helsevernet. Her opplevde jeg at det var en fordel for meg at jeg ikke var en del av den virkeligheten hun beskrev. På den måten kunne jeg være mer åpen uten å støtte på egne erfaringer fra samme diskursorden.

Ettersom intervjuene gikk over tid arbeidet jeg med materialet underveis i intervjuperioden. Dette gjorde jeg på tre måter. Umiddelbart etter hvert intervju skrev jeg loggbok hvor jeg trakk fram mine umiddelbare tanker fra intervjuene. Jeg stoppet opp ved mitt førsteinntrykk i hva min medleser satte fokus på, hvordan hun posisjonerte seg i forhold til disse temaene og hva som var mine umiddelbare tanker. Jeg skrev også ned hvordan jeg opplevde min egen posisjonering. Loggboken viser på denne måten en viktig del av konstruksjonsarbeidet ved at den er knyttet opp mot det umiddelbare inntrykket fra hvert intervju. Deretter hørte jeg på båndet fra intervjuet flere ganger hvor jeg satte fokus på interaksjonen oss imellom. Her rettet jeg oppmerksomheten mot hvordan vi snakket til hverandre, hvilke rom som ble gitt til den andre og også hvordan stemmevolum, intensitet og pauser farget samtalen. Etter å ha lyttet oppmerksomt til båndet mange ganger gjorde jeg en transkribering av hele intervjuet. På denne måten ble intervjuet transformert fra tale til tekst.

Intervjuene kan betegnes som serieintervju og det ble viktig å lytte til og lese ut utviklingen i dem både i forhold til hvilke tema som kom inn, hvordan hun posisjonerte seg i forhold til disse temaene, og hvordan vi posisjonerte oss i forhold til hverandre. Det var en tydelig utvikling i intervjuene ved at min stemme var lite førende i samtalen i de to første intervjuene. Det var også i disse intervjuene hun var minst tekstnær i forhold til boken og hvor hun brukte boken som et ”springbrett” for å fortelle egne historier. Jeg opplevde min posisjonering i disse intervjuene som våkent til stede. Dette tror jeg kan skyldes at jeg her ”orienterte” meg i det terrenget som hun tegnet opp for meg. Jeg vet også at jeg her holdt tilbake min undring på hvorfor hun ikke gav Gromov mer oppmerksomhet. I ettertid ser jeg at dette var et riktig valg

fra min side, fordi dette ble et tema som vokste fram underveis og framkalte et brudd i tredje intervju. I dette intervjuet var også den intervjuede mer tekstnær i forhold til boken og jeg ser at mitt engasjement kom tydeligere fram. I dette intervjuet sitter vi og blar i boka begge to og hun viser meg sitater som hun har understreket. Når jeg hørte intervjuet på bånd ble jeg slått av at dette var en engasjerende samtale, hvor begge stiller spørsmål til hverandre og undrer oss over sitater fra boken. Jeg hører også at jeg følger opp hennes brudd i posisjonering og er mer direkte i mine spørsmål for å forsøke å forstå hvorfor dette bruddet skjer.

4.5 Inngangen inn mot analysen

Mitt første grep i analysen av det transkriberte materialet var å analysere hvert intervju for seg. Her gjorde jeg en tematisk analyse hvor jeg grep tak i hovedtema og hvordan min medleser posisjonerte seg selv og andre i forhold til disse temaene. På denne måten ønsket jeg å framanalysere diskurser og spillet mellom diskursene i den gitte diskursorden. Ved å se de framanalyserte temaene i de tre intervjuene i serie kom også bruddet fram. Jeg har imidlertid ikke valgt å presentere hvert intervju for seg i analysedelen i oppgaven, men valgt en tematisk analyse. Bruddene vil bli løftet fram og problematisert i avslutningskapittelet.

Analysen innledes med hvordan min medleser møter beskrivelsen av den psykiatriske avdelingen i den skjønnlitterære teksten. I denne delen av analysen vektlegges hvordan hun snakker om de ytre rammebetingelsene, og hva som kan spores av kontinuiteter i møte mellom den forhistoriske avdelingen som beskrives i teksten og skjærmede avdelinger slik min medleser har erfart disse. Det neste steget i analysen er hvordan hun griper tak i maktbegrepet og forsøker å gi dette et innhold fra sin pasientposisjon.

Hoveddelen av analysen tar utgangspunkt i hvordan den intervjuede griper tak i møtet mellom Ragin (legen) og Gromov (pasienten). Dette åpner opp for den delen av analysen som vender blikket mot hvordan makt kommer til syne i praksisnære relasjoner i møte mellom pasient og behandler, slik min medleser har erfart disse. I denne delen tegner den intervjuede opp en behandler-side og en pasient-side og et konfliktområde som hun benevner som en grense mellom disse sidene. Denne delen av analysen søker å framanalysere de

konstruksjonskreftene som åpner eller begrenser mulighetsrommet for posisjoneringene på de to sidene og i konfliktområdene. Avslutningen av hoveddelen i analysen viser hvordan posisjoneringen hun gir Ragin og Gromov setter i spill ulike måter å forstå praksis på.

Til slutt i analysen tegnes det opp et mulighetsrom som ligger i ytterkanten av den helsefaglige diskursen. Dette er et rom hvor den intervjuede blir posisjonert som foredragsholder i det offentlige rom på utsiden av den psykiatriske avdelingen.

5. Analyse

5.1 Sjette avdeling – Sykehuset

Jeg vil starte analysen med å sette fokus på hvordan den intervjuede møter Tsjekhovs beskrivelse av den psykiatriske avdelingen som en ytre ramme i ”Sjette avdeling” og hvordan dette aktiverer hennes egne opplevelser av skjermete avdelinger i dagens psykiske helsevern. Hun bruker ord som: møkkete, ekkelt, forfallent, søppel, stagnasjon i møte med teksten og konkluderer med:

Jeg kjenner at det beveger meg at mennesker som har det vanskelig inne i seg skal ha ytre omgivelser som er så grusomme Hvordan skal man kunne bli frisk i det... Det virker som en oppbevaringsplass.

Jeg tenker på at pasientene blir som dyr på en måte...

Hun griper deretter fatt i at Tsjekhov sammenligner sykehuset med et fengsel og dette gir også en åpning mot egne erfaringer

Fengsel ... de blir sperret inne Den sammenlikningen har jeg jo brukt veldig mye selv. Da du er innlagt er det jo akkurat som å sitte i fengsel... et bur... Det har i seg alt det som ikke er frihet når man er sperra inn ... og her er det jo gjerder også da, i Russland. Så det er jo tydelig at de ikke skal slippe ut disse menneskene ... de har ingen ting å gjøre ute i verden. Sånn erfarte jo jeg det og da jeg var innesperra det lengste i 10 dager ... jeg fikk jo ikke gå ut en gang å lufte meg... ikke sammen med pleiere heller... det var bare å gå inne.

..å da tenker jeg at veldig mye av den trippinga som jeg ser disse pasientene har fra det ene hjørne til det andre, det skjedde jo med meg og, men hva annet skulle jeg gjøre ... hvor skulle du gå da ... det var jo bare å gå fra det ene punktet til det andre.

Den intervjuede griper tak i opplevelsen av isolasjon ved å ”bli sperret inne” og miste friheten. Hun trekker inn begrepet *bur* som hun kobler opp mot ”akkurat som å sitte i fengsel”. Gjennom å bruke begrep som bur og fengsel peker hun tilbake mot to diskursive sammenhenger som kan spores langt tilbake i psykiatriens historie. Slik hun posisjonerer disse to begrepene setter hun de i en direkte sammenheng. I analysen vil jeg først stoppe opp ved begrepet bur slik det gis innhold av den intervjuede.

Selv om de ytre omgivelsene på sykehuset i Russland ikke vekker umiddelbar gjenkjenning, er isolasjonen som fenomen så dyptgripende at hun kjenner seg igjen i pasientenes reaksjoner og bevegelser. Reaksjonene og bevegelsene kobles ikke mot sykdom, men beskrives som en konsekvens av at det ytre mulighetsrommet er som et bur, dermed blir også bevegelsesmønsteret som hos et dyr i bur, ”fra det ene hjørne til det andre”. Slik hun snakker om dette kan det forstås som at hun blir gjort til dyr gjennom å *sitte i et bur*. På denne måten peker hun mot at mennesket blir animalisert. Jeg vil vende blikket tilbake i psykiatriens historie for å søke å spore forbindelseslinjer som kan kaste lys over den intervjuedes uttalelser.

Foucault har i sin doktoravhandling *galskapens historie* (1961) beskrevet hvordan animaliteten har vært til stede og blitt gitt ulik betydning i fra middelalderen og fram mot vår tid. I middelalderen og like til renessansen var erfaringen av galskapen innhyllet i forestillingen om Fallet, om Fyllbyrdelsen og om Dyret og hadde en karakter av besettelse (Foucault 1999a: 19, 74). På denne måten ble den dyriske galskapen koblet opp mot kontakt med djevelske makter. I klassisismen skjer det i følge Foucault et brudd ved at galskapen fikk dyrets maske til ansikt.

Det dyriske som raser i galskapen fratar mennesket dets menneskelige egenskaper, ikke for å overlate det til andre makter, men bare for å fiksere det ved dets egen naturs nullpunkt (Foucault 1999a:74).

Før dette bruddet var galskapen tegn på kontakt med noe annet. Ved dette bruddet framstår animaliteten som et tegn på galskapen og som selve essensen i sykdommen.

Ved å se animaliteten som tegn på galskap åpnet dette også opp for måter å forholde seg til den på

Når animaliteten var sluppet løs, kunne den bare mestres ved dressur og forsløving (Foucault1999a: 75).

Tsjekhovs beskrivelse av *sjette avdeling* plasserer seg i dette landskapet. Novellen er skrevet i en brytningstid hvor den psykiatriske avdelingen ble underlagt sykehus, men hvor det medisinske personalet stort sett var fraværende. Avdelingen drives av en vokter. Begrepet vokter hører til i den diskursive sammenhengen hvor pasientene sees som dyr. Ved at den

intervjuede bruker begrep som dyr og bur når hun beskriver sin egen av opplevelse av skjermede avdelinger trekkes linjer fra fortiden inn i nåtiden.

Jeg vil videre se nærmere på den diskursive sammenhengen som den intervjuede trekker mellom den skjermede avdelingen og fengslet.

...det var bare hvite vegger ... det var noen plastikkplanter der...men det var ikke noe annet.... Det var helt hvitt.... Helt sterilt ... Alt var plastikk for at vi ikke skulle ødelegge noe eller oss selv ...så det var sånne plastikkomgivelser. Det var som et fengsel, det beskrives jo her at det må være en tanke bak at mennesker som er i krise skal stenges inne ...det er farlig for omverdenen og slippe dem ut og det er 100 år imellom ... og fremdeles er det samme.....

I dette sitatet bruker hun begrep som er kontrære til beskrivelsen fra omgivelsene på sinnssykeavdelingen i Russland. Hun låner begrep fra ulike diskurser hvor det man kan kalle en *sykehusdiskurs* bæres fram gjennom begrep som ”det var helt hvitt... helt sterilt... Alt var plastikk for at vi ikke skulle ødelegge noe eller oss selv”. Det hvite gjør pasientene synlige (svart/hvitt) samtidig gir det hvite skinn av renhet, at det skal være sterilt rundt de smittede. Hun beskriver sykehusomgivelsene som ”plastikkomgivelser” hvor tingene framstår som virkelige, men er falske. Denne diskursen møter en uttalelse som kan spores til en annen diskurs ”det må være en tanke bak at mennesker som er i krise skal stenges inne ... det er farlig for omverdenen og slippe dem ut”. På denne måten trekker hun sykehusdiskursen inn i *fengselsdiskursen*. Det som i utgangspunktet er sentrale begrep knyttet til sykehusdiskursen detroniseres ved at de forstås i lys av en annen diskurs som ligger bak som styrende, hvor pasientene blir sett på som farlige og må sperres inne for å beskytte samfunnet. Pasientposisjonen blir på denne måten likestilt med forbryterens posisjonering ved at begge medfører en utestengning fra samfunnet, som har form av en internering. For å kaste lys over den intervjuedes uttalelser vil jeg peke tilbake i psykiatriens historie.

Foucault trekker i sitt forfatterskap linjer mellom fengselet og de psykiatriske institusjonene. Han peker langt tilbake i historien til det stedet hvor det avvikende mennesket ble innesperret i interneringsleire på 1600-tallet hvor dette var anstalter for fattige, arbeidsløse, forbrytere og sinnssyke (Foucault 1999 a, c). Det var ”den gales” overskridelse av det borgerlige samfunns grenser og hvordan han fjernet seg fra dets ukrenkelige etiske verdier at behovet kom for å

lukke galskapen inne. Da de fattige og omstreiferne forlot interneringsleirene ble de ”gale” og ”forbryterne” igjen.

Da interneringen ble tømt for en del av sitt innhold, gjensto galskapen og forbrytelsen alene, disse to symboliserte det nødvendige ved den, de var nå de eneste som fortjente å sperres inne (Foucault 1999a: 192).

Det var i kjølevannet av interneringen at asylene ble grunnlagt på midten av 1800 tallet. I Norge ble de sinnssyke skilt ut som egen gruppe fra fattigpleien med Sinnssykeloven av 1848. Loven gav legene det overordnede ansvar for sinnssyke innlagt i asyl. Forut for innleggelsen, skulle asyls lege undersøke om pasientens tilstand var slik at innleggelse var *hensigtsmessig for ham selv eller nødvendig for den offentlige ordens og sikkerhets overholdelse* (Boye og Angell 1927:16). Dette utsagnet peker mot at skille mellom forbryteren og pasienten enda ikke var gjort. Dette understrekes av at innleggelsene også kunne begjæres av politimyndighet (Vold 1999). Fengselet og asyls hadde også felles trekk ved at isolasjonen av individene fungerte som en beskyttelse for samfunnet, samtidig som målet ved begge institusjonene var å normalisere det avvikende mennesket slik at det igjen kunne tre inn i samfunnet. Foucault peker mot det han kaller disiplinerende institusjoner ved at *det spesifiseres et sted som er ulikt alle andres steder og lukket om seg selv* (Foucault 1999c: 131). Med dette gis disiplinen rammer som skaper et analytisk rom hvor man kan overvåke enhver atferd. For å kunne overvåke individene førte dette igjen til at bygningene ble innrettet til formålet ved at det ble organisert celler og rom som samtidig fungerte funksjonelt, men også hierarkisk og under et kontinuerlig herredømme. Det ble opprettet en orden basert på regler, regimer eller program hvor individet ble utsatt for disiplinærstraff hvis de ikke ble overholdt. Disiplinærstraffen fikk som mål og normalisere individet innenfor de gitte rammene. Foucault hevder at overvåkningen og disiplineringen møter oss på alle arenaene hvor vi befinner oss og at den derfor har kunnet utvikle seg i sin mer rendyrkede form innen institusjoner.

Er det noe rart at fengselet likner fabrikkene, på skolene, på kasernene, på sykehusene – som alle sammen likner på fengselet (Foucault 1999c: 201).

Den intervjuede beskriver de ytre omgivelsene som kontrære, hvor den psykiatriske avdelingen i Tsjekhavs beskrivelse framstår som grusom ved å være møkkete, ekkel og

forfallen. Nåtidens avdeling beskrives som steril. Likevel blir begge avdelingene knyttet opp mot begrep som *bur og fengsel* – et sted hvor mennesket blir ”som dyr på en måte” og ”sperrert inne” fordi ”det er farlig for omverdenen og slippe dem ut”. Med dette trekker den intervjuede linjer tilbake i tid hvor begrepene hun benytter er knyttet opp animalisering av mennesket og interneringsleire som var forbeholdt ”galskapen og forbryterne” (Foucault 1999 a,c).

5.2 Sjette avdeling - Hvem har makt?

I Tsjekhovs bok framstår avdelingen som et lukket system hvor det er en feltskjærer og en vokter som har ansvaret for pasientene. Legen har ikke vært på avdelingen på flere år før Ragin ved en tilfeldighet kommer innom en kveld og kommer i samtale med pasienten, Gromov. I det første intervjuet sier den intervjuede at dette møtet mellom lege og pasient skapte utrygghet og at disse daglige besøkene ble så truende for de andre at Ragin til slutt ble innlagt som pasient i avdelingen.

Når jeg spør henne om hvem hun opplevde ledet og bestemte på avdelingene der hun var innlagt svarer hun:

Det er jo egentlig ikke legene... det er jo mye mer pleiepersonellet. De er mye mer sammen med pasientene og tar mye av styringa.

Når jeg forfølger dette og spør hvordan denne styringen kommer til syne svarer hun

Det er mye snakking da ... og jeg tenker holdninger og mye som ikke blir sagt ... liksom implisitt på en måte. Jeg husker mange situasjoner hvor det ble tatt avgjørelser hvor legen ikke var til stede..... Men han måtte jo skrive under dagen etterpå da jeg hadde ligget i beltene... Jeg husker veldig godt at en lege kom og sa ”slipp henne løs fra beltene ” Da hadde jeg ligget hele natta men det visste jo ikke han. Da han sa at jeg ikke trengte å ligge i de beltene ble de forlegne og låste opp.

Den intervjuede viser her til at makt oppleves og utspilles i møtene på avdelingen mellom henne og pleiepersonellet. Legen beskrives som en som står ansvarlig på avstand uten å være delaktig i handlingene. Legen posisjoneres som mektig når han trer inn på scenen fra sin plass i kulissene, mens pleiepersonellet besitter en lånt makt som kommer til syne og brukes i de daglige møtene med pasientene. Senere kommer hun tilbake til legens makt:

Jeg tror at veldig mange tror at det er legene som styrer. En lege jeg kjenner sier at det er hun som til syvende og sist må ta en avgjørelse. Men hun har masse som ligger til grunn for den avgjørelsen hun tar. Det er ikke bare bare altså det blir snudd på hodet for meg det der. Vi har en forestilling om at det å være lege er å være høyest ... at legen styrer og har makt men hvem har egentlig makt. Hvor mye er det egentlig vi vet om det før vi har levd det ut selv... kjent det og vært i en posisjon som for eksempel lege.

Den intervjuede gir uttrykk for at den måten hun har tenkt makt er blitt snudd. I sitatet viser hun til at legen tar avgjørelser, men at det er ”masse som ligger til grunn for den avgjørelsen”. Hva er så dette som ligger til grunn? Hvis det er observasjoner gjort av pleiepersonellet er det disse som gjøres mektige og legen får i besittelse en lånt makt som avgjørelser og påfølgende handling blir utøvd fra.

Når den intervjuede utaler seg om hvem som har en maktposisjon i avdelingen blir dette uklart for henne. Som pasient opplever hun makten gjennom handlinger der hun er og at den utspiller seg i møte med de som står nærmest. Hun peker derfor mot pleiepersonellet som de nærmeste maktutøverne. Legen, som er lite i avdelingen, får en tilbaketrasket maktposisjon som kan forstås som en patriarkalsk makt. Legen posisjoneres som mektig når han/hun trer inn på avdelingen. Hun beskriver makten slik hun opplever den som noe som er i bevegelse mellom pleiepersonellet og legen og at det derfor er vanskelig å identifisere hvor den kommer fra. Hun gir også uttrykk for at opplevelse av makt endrer seg ut fra hvilken posisjon hun selv tar. Et eksempel på dette er at hun ved å bli kjent med en lege tar opp i seg denne legens forståelse av mulighetsrommet som gis for å utøve makt. Maktbegrepet slik hun har forstått det tidligere blir dermed ”snudd på hodet” og hun ender opp med å stille spørsmålet ”hvem har egentlig makt”.

Foucault har i sitt forfatterskap satt fokus på de funksjonene som disiplinerende institusjoner og teknikker har for å ta makten fra individet. Han beskriver makten som krefter som virker både mellom mennesker gjennom at de disiplineres og i mennesket gjennom selvdisiplin. Det er dette han benevner som *maktens mikrofysikk* og som han beskriver som

en automatisk og anonym makt, for selv om det så at bevoktningen utføres av individer, fungerer den som et nett av relasjoner – ikke bare ovenfra og ned, men også til en viss grad nedenfra og opp, og sidelengs: Dette nett holder helheten ”sammen” og gjør den gjennomvevd av maktforhold som viser hen til hverandre (Foucault 1999c:161).

Selv om organisasjonen har en "sjef" er det *apparatet som helhet som produserer makten* (Foucault 1999c: 161). På denne måten beskriver han makten som allestedsnærværende og uten tydelig ansikt. Makten beskrives dermed som diskursene; som en aktivitet uten styrende subjekt. Det er også dette som den intervjuede gir uttrykk for når hun har problemer med å plassere makten i den psykiatriske avdelingen og stiller spørsmålet *hvem har egentlig makt?*

Den videre analysen kan forstås som en måte å avdekke denne *maktens mikrofysikk*, ved at den fokuserer på den intervjuedes posisjonering av behandlere og pasienter og de konstruksjonskreftene som åpner eller begrenser mulighetsrommet for disse posisjoneringene. Videre vil analysen rettes mot områder hvor posisjoneringene kommer i konflikt. På denne måten søker analysen å skrive fram makten slik den kommer til syne i disse konfliktområdene.

5.3 Det relasjonelle møtet – et mulighetsrom som åpner og begrenser

Den intervjuede tar utgangspunkt i den skjønnlitterære teksten og møtet mellom legen Ragin og pasienten Gromov. Dette aktiverer og setter i spill hennes egen forståelse av praksis slik hun har erfart denne fra pasientposisjon og behandlerposisjon i dagens psykiske helsevern.

I de to første intervjuene posisjonerer den intervjuede Ragin som en atypisk lege ved at han setter seg ned og bruker mye tid sammen med pasienten. Dette er også grunnen hun gir for at Ragin blir ekskludert som lege og til slutt tvangsinnlagt i egen avdeling. Sett i lys av datidens psykiatriske diskurs var det uhørt at legen skulle ha samtaler med pasientene hvor legen også delte egne tanker og refleksjoner. Dette ble inngangsporten til at den intervjuede tok tak i det relasjonelle møtet mellom pasient og behandler som et av sine viktigste tema.

Mitt neste skritt i analysen setter fokus på hvordan hun posisjonerer en behandler side og en pasient side og et konfliktområde som hun benevner som en grense mellom de to posisjoneringene. For å identifisere grensen mellom de to sidene vil jeg søke etter områder der de to sidene kommer i konflikt. I dette konfliktområdet har jeg framanalysert det jeg kaller for *grensemarkører* for å begrepsfeste grensen. Analysen fokuserer videre på hvilke

konsekvenser det får hvis man utfordrer konfliktområdet og grensemarkørene og dermed bryter med de gitte posisjoneringene på pasientsiden og behandlerensiden.

Posisjonering av en behandlerenside og en pasientside

Det første intervjuet åpnet med at jeg spurte henne om hvilket inntrykk hun satt igjen med etter å ha lest boken. Svaret hun gav ble også det som resten av intervjuet ble konstruert rundt.

I de senere intervjuene utvides og nyanseres konstruksjonen rundt de samme temaene.

Jeg føler meg veldig fylt av inntrykk. Det var en komprimert bok som hadde mye å by på. Jeg kjente igjen systemet og trakk en del paralleller på hvordan systemet er i dag eller da jeg var innlagt og hvordan det ble beskrevet her ... som går på dette med roller. Jeg ser jo pasientrollen og legerollen. Det er jo ganske interessant at det er over 100 år siden og at det fremdeles ... i hvert fall jeg da ... opplever det fremdeles veldig likt.

Jeg opplever at pasienten er veldig forutinntatt da han møter legen. Det virker som han er full av bitterhet og lever i sin virkelighet og forteller om all elendighet og lidelsen han er i. Og legen han synes jeg er ... han er et veldig spesielt menneske fordi han går ikke inn i motangrep som jeg opplever... han går ikke inn i forsvar ... han synes dette er et veldig spennende menneske som han vil tilbringe mye tid sammen med. Så det var noe av det som gjorde sterkest inntrykk ... det at det ikke var noe forsvar hos legen der... så han er egentlig ikke så mye i den rollen. Men det jeg føler med rollen er at alle de andre vil at han skal leve opp til den rollen så han blir bedt om å gå ... å melde avskjed og han blir jo sett på som syk etter hvert. Det er kanskje fordi han ikke er sånn i legerollen at det blir sykt. Det har jeg sett så mange eksempler på i dag ... at de jeg har opplevd som varmest og mest imøtekommende og som jeg føler har vært det mest helbredende er de som har vært i relasjonen og de har ofte fått kritikk Det har de fortalt meg i ettertid... da har de jo også gått over grensen ... ved å fortelle det til meg. .. for det er jo også feil fordi de er i en profesjonell distanse som er for meg en profesjonell fjernhet. Men de som har fortalt meg at jeg får ganske mye kritikk og sånn fordi jeg er en som du liker, åpen og ... Det gjelder jo ikke bare leger, men generelt ... de som er på den andre siden. Jeg vet ikke om vi har det sånn vi mennesker at vi trenger å skape de her skillene mellom hverandre for å få en trygghet. Det blir veldig uttrykt for de andre når de ser disse to.

I utdraget posisjonerer to sider som jeg videre vil kalle en behandlerenside og en pasientside. Den intervjuede setter opp et skille mellom disse to sidene som hun benevner som en grense.

Ragin posisjoneres her som en atypisk lege som ikke passer inn i legerollen og ender opp med å bli definert som syk. På denne måten blir Ragin en som krysser grensen fra behandlerensiden til pasientsiden. "Det er kanskje fordi han ikke er sånn i legerollen, at det blir sykt". Med dette peker den intervjuede mot at det er måter å handle på som er knyttet opp mot legerollen og at å handle på tvers av disse reglene gjør at man blir avvist og utdefinert. Den intervjuede slår

fast at hun ser likheter mellom det som beskrives i boken og det hun selv har opplevd, og hun peker mot rollene som lege og pasient for deretter å utvide dette til ikke å bare gjelde leger ”men generelt de på den andre siden”. Med dette innlemmer hun leger og pleiepersonell i en behandlergruppe som plasseres på den andre siden av grensen.

Videre i analysen vil jeg ta utgangspunkt i det aktuelle sitatet og andre sitat fra mitt empiriske materiale og dekonstruere disse for å posisjonere de to sidene og identifisere grensen mellom dem. I analysen vil jeg være tekstnær ved å ta utgangspunkt i hvordan den intervjuede italesetter posisjoneringene. Grensemarkørene er framanalyisert av meg med bakgrunn i disse posisjoneringene.

Det relasjonelle møtet sett fra pasientsiden – et mulighetsrom som begrensninger

I det utvalgte sitatet fra innledningen av det første intervjuet trekker den intervjuede fram Ragin som annerledes fordi han som lege ikke går i forsvar eller til motangrep, men gir uttrykk for at han synes Gromov er et spennende menneske som han vil tilbringe mye tid sammen med. Ragin blir her talsmann for en som krysser grensen ved å handle atypisk ved å oppsøke pasienten på den lukkede avdelingen hver dag og sitte i lange samtaler med han. ”Så det var noe av det som gjorde sterkest inntrykk... det var at det ikke var noe forsvar hos legen der... så han er egentlig ikke så mye i den rollen ”.

Ved å benytte ord som forsvar og motangrep lånes begrep fra en ”krigsdiskurs” hvor det antydes at leger posisjonere seg i forsvar eller går til motangrep. Ved å posisjonere legene på denne måten gjøres pasientsiden truende sett fra legens posisjon. Dette settes i en motsetning ved at ønske fra pasientsiden er å tilbringe tid sammen i et relasjonelt møte. Konfliktområdet på grensen blir et møte mellom forsvar/motangrep og forventningene om å tilbringe tid sammen hvor dialogen i det relasjonelle møtet er viktig. For å kunne gå i forsvar eller til motangrep kreves en *taktikk*. Ut fra dette kan det se ut som at taktikk utspilles på grensen. Dette begrepet kan også forstås som målrettede handlinger som styres av en strategisk tenkning hvor målet er å ”vinne” over den andre.

Posisjonering på en behandler side og en pasient side:

Å posisjonere seg i forsvar eller til motangrep – Å tilbringe tid sammen

Grensemarkøren som er framanalyisert er *taktikk*.

I det samme utdraget fra intervjuet trekker den intervjuede fram hvordan hennes egne pasienterfaringer har vært:

Det har jeg sett så mange eksempler på i dag og at de jeg har opplevd som varmest og mest imøtekommende og som jeg føler har vært det mest helbredende er de som har vært i relasjonen og de har ofte fått kritikk Det har de fortalt meg i ettertid... da har de jo også gått over grensen ... ved å fortelle det til meg ... for det er jo også feil fordi de er i en profesjonell distanse som er for meg en profesjonell fjernhet.

Dette sitatet fokuserer på hva som oppleves som virksomme relasjoner i møtet mellom pasient og behandler fra pasientsiden og hvordan disse relasjonene blir møtt fra behandlerens side. Ved å benytte begrep som profesjonell distanse og posisjonere dette opp mot begrepet profesjonell fjernhet gis profesjonalitet en grenseposisjon som markeres med avstand.

Posisjonering på en behandlerens side og en pasientside:

Å innta en profesjonell distanse – Å oppleve en profesjonell fjernhet

Grensemarkøren som er framanalysert er *avstand*.

Som en oppfølging av dette temaet spør jeg om hvorfor de relasjonelle møtene med de ”mest imøtekommende” ble brutt:

Det var jo det jeg ønsket mest når jeg var innlagt. Det var jo det som ble kalt for splitting som var en del av diagnosen min. En av diagnosene mine, jeg hadde jo så mange, men sånn borderline-diagnose... at jeg herska og splitta. Hvis det var noen jeg likte veldig godt eller falt for som menneske og som var veldig varme og nære kunne de også kanskje lett gå inn i det at vi hadde en god kjemi.... og da ble kanskje de kritisert for å gå inn i en splitting med meg. Og når jeg fikk høre det ble jeg enda mye verre.... Fordi jeg synes at det skulle være så ille at det skulle være sånn. Det i seg selv skapte jo splitting fordi jeg i hvert fall ville være på lag med de og ikke de andre som kritiserte.

Sitatet setter fokus på hvordan behovet for nærhet i det relasjonelle møtet fra henne blir møtt fra behandlerens side. Den intervjuede viser til at det er diagnosen som var gitt henne som gir føringer for handlinger fra behandlerens side. På denne måten objektgjøres hun i det relasjonelle møtet og marginaliseres ved at hennes behov blir sett som *symptomer og avvik*.

Behandlerens handlinger i det relasjonelle møtet, slik de beskrives av den intervjuede, styres av retningslinjer som knyttes direkte opp mot symptomene ved en diagnose.

Posisjonering på en behandlerens side og en pasientside:

Å gi en diagnose – å bli definert

Grensemarkøren som er framanalysert er *retningslinjer som knyttes opp mot symptomer ved en diagnose*.

Hun forteller senere i intervjuet hvilke retningslinjer som ble fulgt i møte mellom behandlerensiden og henne:

De sa til meg at de ville være følelsesmessig nøytrale sammen med meg fordi jeg hadde en story på å snu avdelingen opp ned. Det ordet ble veldig negativt for meg sånn med en gang jeg hørte det fordi jeg følte at jeg fikk så mye skyld i meg da den personen sa det. Fordi det var meg, meg, meg det var ikke dem... det var ikke snakk om eget ansvar fordi det var meg ... min sykdom ... min diagnose ... mitt sykdomsbilde ... min historie ... så derfor måtte de være følelsesmessig nøytrale. Jeg ville at de skulle være seg selv for da kjente jeg at det kunne være en åpning ... Hvis jeg opplevde det ... at de var mennesker... da følte jeg meg nesten frisk igjen ... men det gjorde jo også at jeg levde opp til rollen som pasient ... når de ble fjerne for meg ble jeg jo mer pasient.

I dette sitatet fra intervjuet posisjoneres den intervjuede fra behandlerensiden som en som har makt til å ”snu avdelingen opp ned”. Hun marginaliseres til et analyseobjekt hvor alt hun sier og gjør blir koblet opp mot og bekreftet av den diagnosen hun hadde på den tiden. Hun oppleves som truende og nøytraliseres ved å ikke bli møtt i sitt uttrykk. På denne måten etterlates hun i et vakuum på pasientsiden ”når de ble fjerne for meg ble jeg jo mer pasient”. Behandlerne møter henne med å være følelsesmessig nøytrale, noe som står i en sterk kontrast til ønske fra pasientsiden om et relasjonelt møte, ”jeg ville de skulle være seg selv” og ”hvis jeg opplevde at de var mennesker da følte jeg meg nesten frisk igjen”. Retningslinjene som legger føringer for det relasjonelle møtet knyttes opp mot *en objektivitet* hvor både hun blir gjort til analyseobjekt og behandlerne blir gjort til handlende objekter ved at de ikke framstår som seg selv.

Posisjonering på en behandlerenside og en pasientside:

Å være følelsesmessig nøytrale - Å være seg selv

Grensemarkøren som er framanalysert er *Objektivitet*.

I begge de to siste sitatene viser den intervjuede til at det er noen fra behandlerensiden som krysser grensen og passerer grensemarkørene ved at de tilbringer tid sammen med henne og forteller henne ting fra den andre siden av grensen. Hun sier at ”de har ofte fått kritikk” og ”da ble kanskje de kritisert for å gå inn i en splitting med meg”. Da jeg forfølger dette og jeg spør henne hva som var spesielt i møte ”med disse hjelperne” sier hun:

Jeg hadde en pleier som jeg var veldig glad i som gjorde ekstra ting for meg ...satte opp håret mitt ... komme inn med et fruktfat til meg på rommet. En gang gav hun meg massasje da jeg ikke hadde sovet på hele natta ... da sovnet jeg igjen... hun berørte meg. Jeg likte jo henne veldig godt ... men hun fikk ikke lenger lov til å være min primærkontakt... fordi da mente de at det ble for tett mellom oss ... og da fikk jeg en dame som jeg ikke hadde noen god kjemi med... men det måtte jeg på en måte takle.

En annen jeg husker ... en annen pleier som var helt fantastisk. Det var ikke bare jeg som syntes det ... men alle pasientene syntes det. Hun var så god og jeg følte meg så vell sammen med henne ... det var ikke godt å høre at hun var uprofesjonell på vaktrommet ... hun fortalte meg det.

Den intervjuede trekker her fram historier som er et brudd ved at disse behandlerne bryter grensemerkørene *avstand, retningslinjer som er knyttet opp mot symptomer og objektivitet*. Disse hjelperne tar en risiko ved å handle som de gjør og blir etter hvert fjernet fra henne og trukket tilbake i en *profesjonell distanse* som den intervjuede tidligere beskrev som *en profesjonell fjernhet*. Hun antyder dermed at det er mekanismer som virker disiplinerende på behandlingssiden og at de som utfordrer grensene blir trukket tilbake i posisjon slik at avstanden mellom de to sidene opprettholdes ved at ”maktrelasjonsnettet” på behandlerens side kommer i balanse. Dette kan også sees i sammenheng med den første grensemerkøren, *taktikk*, som ble framanalysert med utgangspunkt i den intervjuedes møte med boken. Ut fra materialet kan det se ut som at disiplinærmakten oppleves som taktikk fra pasientsiden

Ut fra denne analysen kan det se ut som at mulighetsrommet for det relasjonelle møtet sett fra en pasientposisjon styres av *taktikk og disiplin* og at det som utspiller seg i møtet kjennetegnes med *avstand, Retningslinjer som knyttes opp mot symptomene ved en diagnose og objektivitet*.

Det relasjonelle møtet sett fra pasientsiden – et mulighetsrom som åpner

Den intervjuede beskriver et brudd ved sin siste innleggelse hvor grensemerkørene ikke ble aktivisert. Hun forklarer dette bruddet med at dette var et nytt sykehus hvor ingen kjente henne og at heller ikke hun kjente behandlerne fra før; de hadde ingen historie sammen. Behandlerne møtte henne ikke med en profesjonell distanse og brøt grensemerkøren *avstand*. De relasjonelle møtene hun beskriver fra dette oppholdet gir henne en posisjon hvor hun opplever å ikke bli definert gjennom diagnosen, dermed passerer grensemerkøren symptomer som gir retningslinjer for det relasjonelle møtet. Hun opplever også at hun kan være seg selv

og at behandlerne forteller om sine liv og beskriver dette som en ”grensesprengende frihet”, dermed passeres grensemarkøren *objektivitet*.

Jeg opplevde da pleiere som var veldig åpne på sine egne liv hvor jeg opplever alt annet enn jeg har opplevd før. Jeg får spille musikk lenger enn til klokka elleve ... helt til klokka tolv ett ... jeg får lov til å ha maler saker på rommet ... jeg får lov til å ha mobilen min der.

Gjennom denne beskrivelsen blir mulighetsrommet ”alminneliggjort” ved at de vanlige restriksjonene uteblir. Hun beskriver de relasjonelle møtene som likeverdige møter hvor pleierne tar del i hennes interesser ” de pleierne blir med meg på meditasjon, på yoga, vi danser”. Selv om hun også denne gangen er innlagt på en skjermet avdeling reiser hun og en av pleierne på teater:

Og vi dro innover med bilen og drakk kaffe på Karl Johan og vi satt i sola og vi så det teaterstykket. Det var så sterkt ... dro tilbake på kvelden.. alt var snudd på hodet for plutselig var det bare OK å være på psykiatrisk avdeling.

Mulighetsrommet utvides i bokstavlig forstand ved at de forlater den psykiatriske avdelingen og at det er hennes interesser som er bestemmende for hva de skal.

Ut fra den tidligere posisjoneringen av de to sidene ser det ut til at behandlerne ved å forflytte seg over til hennes side gir henne en annen posisjonering som pasient. Ved å forflytte seg å krysse grensemarkørene står de selv fram som subjekter i relasjonen og den intervjuede opplever å bli gjort til subjekt i det relasjonelle møtet ved å bidra og gi noe til dem.

Hun beskriver også situasjoner hvor posisjoneringen i det relasjonelle møtet blir snudd. Jeg vil benytte utskrivningssamtalen med legen for å eksemplifisere dette:

Så hadde jeg et siste møte med legen min ... det var en stol på verandaen der... og han sa ”sett deg på stolen” og han satte seg på gulvet. Han hadde på seg en sånn legefakk og satte seg på murgulvet ... ute ... bare satte seg ned ... ”du skal sitte på stolen”... så gjorde han sånn (den intervjuede gjør en bydende armbevegelse mot en stol). Det var en sånn vannvittig verdighet over det.

I dette utdraget iscenesetter legen utskrivningssamtalen ved å posisjonere dem begge i det relasjonelle rommet. Hun sitter på en stol og han på gulvet. Den intervjuede forsterker posisjoneringen ved å framheve ”og han satte seg på gulvet... han hadde på seg en sånn legefakk og satte seg på murgulvet .. ute ”. På denne måten trår legen ned fra sin

oppøydete posisjon. Samtidig bærer han den symbolske legefrakken, som bekrefter hans rolle som lege. Den intervjuede gjengir videre hva legen sa til henne i denne samtalen

”Vet du hva ... fra du kom inn visste jeg at vi ikke skulle legge deg i belter. Jeg visste at hvis vi begynte å gjøre det hadde vi tapt ... Hvis du ser nå så ser du at vi vant for nå er du klar til å skrives ut. Du skal bare vite det at jeg ser ikke deg som syk.”

Hun avslutter denne delen av intervjuet med å si

Det var så magisk og sterkt Det sier noe om roller og mønstre jeg hadde opplevd før ... Plutselig var hele sykehistorien min snudd på hode.

Gjennom denne uttalelsen posisjoneres legen som mektig hvor han gjennom å posisjonere den intervjuede snur hele hennes sykehistorie på en magisk måte. Ut fra denne uttalelsen framstår legens makt som patriarkalsk. Han er den som all makt utgår fra og det er han som bestemmer strategi og taktikk og det er han (og hans ledelse av personalet) som har vunnet kampen og gjort den intervjuede klar til å skrives ut. Legens patriarkalske makt kan i følge Foucault spores tilbake til opprettelsen av asylene hvor legen for første gang trer inn på arenaen. Legen skiller seg ut fra personalet ved at han har en tilsynelatende tilbaketrukket posisjon samtidig som han gjennom sine vitstrunder får *en større innflytelse på pasientenes sinn enn alle de andre som passer på dem* (Foucault 1999a: 224). Foucault peker mot sammenhenger hvor posisjoneringene som legen inntar gir en autoritet hos pasientene.

Legen kunne bare øve sin absolutte autoritet, fordi han fra begynnelsen var Far og Dommer, Familie og Lov (Foucault 1999a: 224).

Ved å ta på seg Farens eller Dommerens maske, blir legen gjennom en av sine plutselige snarveier som omgår hans medisinske kompetanse, til en figur som på en nesten magisk måte framkaller helbredelse, han får mirakeldoktorens skikkelse (Foucault 1999a: 225).

Den intervjuedes posisjonering av legen bærer spor i seg av legerollen slik den beskrives i sin inntreden i psykiatriens historie, hvor legen framstår som allmektig gjennom å innta rollen som far og dommer. Å framstå som far gjør pasienten til barn og åpner for den paternale autoriteten. Å framstå som dommer gjør pasienten til sentrum for en rettsutøvelse hvor legen er den som avsier dommen. Den intervjuedes utsagn om at sykehistorien hennes ble snudd gjennom legens uttalelser, kan forstås som at legen inntok dommernes posisjon og ”frikjente” henne for ”skyld” og frigjorde henne fra pasientposisjonen. Sett i lys av den intervjuedes

pasienthistorie over mange år med gjentatte innleggelser i skjermede avdelinger ble dette et brudd hvor hun ikke har hatt innleggelser siden.

Den intervjuede trekker fram det relasjonelle møtet mellom pasient og behandler som det sentrale i sine erfaringer med å være pasient i det psykiske helsevernet. Møtene gis en maktdimensjon ved at det er disse som avgjør hvordan hun blir posisjonert som pasient. Mulighetsrommet som skapes for henne i disse møtene defineres av behandlerne både når hun opplever at rommet begrenses og når det åpnes. I det første tilfellet begrenses det gitte mulighetsrommet for det relasjonelle møtet sett fra en pasientposisjon av *taktikk og disiplin*. Den intervjuede peker mot en *disiplinær makt* som virker innad på behandlerens side ved at behandlerne disiplineres til å sette opp grensemarkørene *avstand, Retningslinjer som knyttes opp mot symptomene ved en diagnose og objektivitet*. På denne måten opplever hun at objektgjøringen av henne sementerer en pasientposisjon hvor hun ikke kommer i dialog. I det andre tilfellet, hvor hun opplever at mulighetsrommet åpnes, passerer behandlerne grensemarkørene og kommer over til hennes side. Samtidig tegner hun opp en asymmetri hvor legen fra sin posisjon framstår med en paternal autoritet som tillegges en magisk kraft ved at det er hans uttalelser og handlinger som kan frigjøre henne og snu hele sykehistorien. På denne måten objektgjør hun seg for legen ved at det er han som gis en definisjonsmakt over hennes sykehistorie.

Det relasjonelle møtet sett fra behandlerens side – et mulighetsrom som begrenser

Den intervjuede har hatt flere jobber innen det psykiske helsevernet, i andre institusjoner enn hvor hun selv har vært innlagt som pasient. Jeg vil videre ta tak i det som den intervjuede sier om sine erfaringer fra behandlerens side og bruke de tidligere framanalyserte posisjoneringene og grensemarkørene som analyseredskap inn mot dette materialet. I den første delen vil jeg vektlegge hvordan hun opplever å bli posisjonert på behandlerens side av de andre behandlerne. I den siste delen fokuserer jeg på hvordan hun posisjonerer seg selv.

Jeg vil starte med å trekke fram to jobbsituasjoner hvor den intervjuedes fortid som pasient kommer for en dag:

Det gikk veldig fint en periode, men så begynte jeg å stille spørsmål og si ting om at jeg hadde brukererfaring for det kom en pasienter som hadde vært innlagt sammen med meg. Jeg trengte ikke å være nær den pasienten, men jeg måtte jo vise hvem jeg var så de skjønnte. Så da ble jeg veldig truende tror jeg. Da ble alt jeg gjorde ... Du skjønner ikke hva psykiatri er ... Du er ikke flink nok til å sette grenser og du vet ikke egentlig hva det handler om, var det noen som sa. Du blander deg for mye... du blir for nær Det var mange ting som gjorde at det ble vanskelig som gjorde at jeg sa opp til slutt.

Den intervjuede posisjonerer seg her som en som forsøker å innta en talende subjektposisjon på behandlerens side. Det skjer et brudd og hun marginaliseres når hennes brukererfaring kommer fram i lyset. Hun selv tilskriver dette at hun ble truende. På denne måten aktiviseres grensemarkøren *taktikk* fra behandlerens side og hun møter *en profesjonell distanse* som understreker at hun ikke setter grenser og er for nær. Hun møtes av grensemarkørene *avstand og objektivitet*.

Den andre situasjonen førte til en omplassering i løpet av en halv time

Jeg hadde arbeidet på det sykehuset en 2 -3 år og så sier hun da hun kommer inn som ny overlege at ”du kan ikke jobbe her” og i løpet av en halv time måtte jeg gå ... jeg hadde jo faste pasienter den dagen men jeg fikk ikke avslutte ... det skulle ikke sies til de ... men jeg begynte jo på en annen avdeling i det sykehussystemet. Hun kunne ikke være i det samme som meg for jeg hadde vært pasient og hun hadde vært min lege noen år tilbake.

Også i denne sammenhengen blir den intervjuede posisjonert av legen som pasient. Gjennom dette utsagnet posisjonerer den intervjuede legen som en som går i forsvar/motangrep, og ønsker en profesjonell distanse. Grensemarkørene *taktikk og avstand* blir aktivisert og den intervjuede blir omplassert i ”sykehussystemet”. Dette kan forstås som at institusjonen framstår som et maktrelasjonsnett hvor hun blir en brikke som flyttes over i en annen posisjon.

Den intervjuede sier også noe om hvordan hun opplever sin egen posisjonering på behandlerens side.

Jeg så på meg sjøl hvor lett var å komme inn i det av sånn lojalitetsgrunner. Du må være så smart på en måte for å både kunne støtte pasienten, være deg selv og være lojal mot Det er veldig vanskelig syns jeg.

Det er vel slik jeg kjenner det også sånn når jeg er på jobb at det er godt å få en bekreftelse på at det jeg gjør er bra ... av kollegaer. Men så kjenner jeg at jeg kan ikke la det gå på bekostning av ... jeg må jo være sann.

I disse utdragene fra intervjuet trekkes det opp et spenningsfelt mellom det å vise lojalitet og få bekreftelse på behandlersiden og det å være sann mot seg selv i møte med pasientene. Det kan se ut som den intervjuede trekker med seg posisjonen, *Å være seg selv*, fra pasientsiden over på behandlersiden og at denne posisjonen kommer i konflikt med *å være følelsesmessig nøytral* på behandlersiden. Dette kan igjen medvirke til at den intervjuede har problemer med å innta en *profesjonell distanse* på behandlersiden og sette opp grensemarkøren *avstand* og *objektivitet* til pasientsiden.

I forlengelsen av det siste utsagnet trekker den intervjuede fram den siste jobben hun har hatt hvor hun har valgt å si opp sin stilling og har sykemeldet seg i oppsigelsesperioden. I denne jobben har hun vært primærkontakt i en bolig for personer med psykisk utviklingshemming og psykiske problemer. Hun beskriver jobben som:

Man skulle bruke sånne timere, klokker. På 20 minutter skulle du veilede brukeren i tre bør oppgaver og en skal oppgave som den personen skulle gjøre i løpet av en kveld. Vi skulle gi personen bonuspoeng for hver oppgave som ble gjort. Hvis den personen ville gå på kunstutstilling eller kino ... ble ikke det noe av hvis ikke den personen hadde opparbeidet seg nok bonuspoeng. Så jeg ble ganske sjokkert da jeg kom dit skal jeg drive å telle poeng å sånn. Jeg vet ikke helt jeg men jeg må gå i to uker i sånn atferdsreier hos dere sjøl hvis jeg skal klare dette her. Jeg reagerte veldig fysisk også ... jeg fikk vondt i magen og jeg ble veldig svett – jeg kunne ikke være der ...og det sa jeg til ledelsen.

I dette utdraget posisjonerer den intervjuede seg som en som tar avstand til *retningslinjene* som benyttes på behandlersiden, *taktikken* i møte med beboerne, *avstanden* som skapes og *objektiviteten*. Mulighetsrommet som gis henne som primærkontakt er så begrensende at hun velger seg ut av jobben. I dette tilfellet er det ikke hun som blir utdefinert, men hun som utdefinerer behandlersiden.

Ut fra analysen kan det se ut som at det er vanskelig å posisjonere seg på behandlingssiden for den intervjuede når hennes pasienterfaringer blir kjent. Hun opplever å bli marginalisert ved at det hun sier og gjør blir sett i lys av posisjonen som pasient og dermed aktiveres de tidligere framanalyserte grensemarkørene. I ytterste konsekvens blir hun flyttet slik at hun ikke kan posisjoneres i det samme rom hvor hennes tidligere behandlere befinner seg.

Den intervjuede opplever også posisjoneringen på behandlersiden som vanskelig fordi hun trekker med seg erfaringer fra pasientsiden og at disse er problematiske å plassere i den *profesjonelle distansen*, som hun opplever er retningsgivende på behandlersiden. Dette åpner for en konflikt hvor hun må velge mellom å være lojal mot behandlersiden eller å være lojal mot seg selv og sine brukererfaringer.

Den intervjuedes posisjonering på behandlersiden blir vanskelig både fordi hun utestenges når hennes brukererfaringer kommer for en dag, men også ved at hun selv kommer i en lojalitetskonflikt hvor hun må velge mellom å følge reglene på behandlersiden eller støtte seg til sine brukererfaringer. Slik den intervjuede vektlegger det relasjonelle møtet mellom behandler og pasient, ser hun på dette som en samtale og et møte mellom to likeverdige parter. Møtet, slik hun forstår at det gis mening på behandlersiden, sees som behandling hvor den ene parten har definisjonsmakt over den andre og anvender metoder i det relasjonelle møtet. Ut fra dette blir det vanskelig å tre inn i behandlersidens diskurs.

På den ene siden er utestengning direkte mot individet gjennom definisjonsmakt. På den andre siden er det individet selv som gjennom sin selvdefinering ser at det er umulig å tre inn i behandlerdiskursen.

5.4 Å befeste en pasientposisjon

Denne delen av analysen tar utgangspunkt i hvilke utsagn som den intervjuede griper fatt i fra møtene mellom legen Ragin og pasienten Gromov i de to første intervjuene, og hvordan dette setter i spill egne erfaringer. I disse intervjuene posisjonerer hun seg på pasientsiden, men benytter Ragin som en talsmann for å bekrefte sin pasientposisjon. Hun viser lite oppmerksomhet til Gromovs del av dialogen mellom de to. I analysen introduserer jeg kort Gromovs spørsmål for å sette Ragins svar, og den intervjuedes innspill, i en sammenheng.

Tilfeldigheter som befester en pasientposisjon

Den første gangen Ragin kommer på avdelingen spør Gromov hvorfor han "sitter inne" og Ragin svarer:

Så lenge det eksisterer fengsler og sinnssykehus, må det sitte noen i dem. Hvis ikke De - så jeg, hvis ikke jeg - så en tredje” (s.37)

... alt avhenger av tilfeldigheter, den som ble satt inn han sitter, mens den som ikke ble satt inn spaserer fritt omkring - så enkelt er det. Det faktum at jeg er doktor og De er sinnslidende avgjøres verken av moral eller logikk men av det rene, skjære slumpetreff (s.36).

Den intervjuede griper tak i disse sitatene og understreker at hun aldri har møtt en behandler som har sagt noe sånt til henne. Ragin blir en talsmann som sletter ut grensen mellom det ”normale mennesket” og det ”avvikende mennesket”. Den intervjuede har mange ganger tenkt dette selv og hun utyper videre:

...for jeg tror at mange av dem som er behandlere selv har hatt det tøft og det kunne like gjerne være dem som meg ... det kunne like gjerne vært jeg som hadde vært behandler .. at de hadde vært pasientene mine.

Med dette normaliserer hun det å ha det tøft til noe allment som ikke er knyttet opp mot det å være pasient. Hun har også selv vært på behandlersiden og dermed erfart både posisjonen som pasient og posisjonen som behandler.

Gromov spør videre hva han kan gjøre for å komme ut av sykehuset og Ragin svarer:

Det aller beste i Deres situasjon ville være å rømme herfra. Men dessverre nytter det ikke å tenke på det. De blir satt fast igjen. Når samfunnet først er innstilt på å holde forbrytere, sinnslidende og andre utilpassede mennesker fra livet, så er det uovervinnelig. De har derfor bare en ting å gjøre, nemlig å slå Dem til ro med tanken om at Deres opphold på dette stedet er uunngåelig (s.37)

I dette sitatet viser Ragin til at det er samfunnet som skiller ut det avvikende mennesket og plasserer det i institusjon. Den intervjuede griper imidlertid ikke tak i dette, men posisjonerer seg som pasient i institusjonen.

Og det var nemlig det jeg erfarte selv ... jeg begynte å skulle rømme ... Prøvde å skape masse forandringer ... gjøre revolusjoner jeg ville gjøre noe med systemet for det var så tøft og være der og jeg syntes at veldig mye var galt ... og legen sa til meg at ”jeg tror du bare skal slå deg til ro med at det ikke er noe vits i å gjøre noe med systemet ... for det er så massivt og tungt ... det du kan gjøre er det inne i deg ... men å begynne å gjøre motangrep her kan slå deg helt ut det vil ikke gå”. Og det kjente jeg var sant inne i meg og ... at det ville bare bli verre for meg ... det ville slå hardt ..hardt tilbake ... jeg ville bare bli enda sykere ved å gjøre det.

Den intervjuede tar utgangspunkt i Ragins uttalelse og gir denne en dobbelt gyldighet ved at den bekreftes av en lege som hun selv har møtt ved en av sine innleggelser. Denne legen

framstiller institusjonen som noe massivt som står samlet. Den intervjuede viser ikke til maktfaktorer utenfor institusjonen, men tegner et bilde av en makt som fungerer isolert inne i institusjonen. Ved å se Tsjekhovs tekst sammen med den intervjuedes utsagn kan makten som utøves i institusjonen forstås som en ”lånt makt” som kommer til uttrykk i handlinger, men som har sin kraft fra ytre rammefaktorer som ligger utenfor selve institusjonen. Ragin utdyper også dette ved å si *Dersom folk åpner et sykehus og tåler å ha det like innpå seg, vil det si at de har behov for en slik innretning* (s.22). Den intervjuede kommenterer dette utsagnet med ”Det virker som det har med ufrihet å gjøre hele greia. Vi er redd for frihet. Vi vil ha konformitet”. Gjennom dette utsagnet posisjoneres konformitet opp mot frihet. Konformitet kobles dermed til ufrihet. Dette kan også forstås som at individet innordner seg i en ufrihet og at institusjonen blir et sted hvor det frie mennesket disiplineres for å innordne seg konformiteten.

Den intervjuedes valg av sitat bekrefter egne erfaringer som pasient i den psykiatriske avdelingen. Ved første blick kan det se ut som at Ragin utsletter grensen mellom behandlerensiden og pasientsiden ved å vise til at det er tilfeldig hvem som blir pasient. På denne måten setter han ikke fokus på pasienten som avvikende, men som et tilfeldig offer. På den annen side kan de utvalgte sitatene også sees som en bekreftelse og en sementering av pasientposisjonen hvor pasienten fratras muligheten til å påvirke sin egen situasjon. I dialogen mellom Ragin og Gromov kommer Gromov med sterke reaksjoner på disse uttalelsene. Ved at den intervjuede ikke fokuserer på Gromovs reaksjoner gis ikke Gromov en talende subjektposisjon. Dette kan forstås som at den intervjuede posisjonere seg på behandlerensiden for å gi opplevelsene som pasient gyldighet og samtidig sementere posisjonen som pasient som avmektig.

Å se sin egen posisjonering gjennom behandlerens øyne

Den intervjuede griper deretter tak i begrepet indre frihet som en motsetning til den ytre ufriheten. I denne delen av intervjuet posisjonere hun seg på pasientsiden, men bruker fortsatt Ragin som en talsmann. Hun tar utgangspunkt i det hun mener er det viktigste sitatet i hele boken hvor Ragin sier til Gromov:

De er et tenkende og dyptpløyende menneske, under hvilke ytre omstendigheter som helst vil de kunne finne fred i deres eget indre (s. 38).

Den intervjuede tar tak i tanken som den skapende kraften og sier:

Vi skaper vår egen virkelighet med våre egne tanker. Det jeg tenker nå skaper et grunnlag for hvordan neste øyeblikk blir Hvis jeg tenker at det er grusomt å være innlagt på psykiatrisk sykehus vil det være grusomt å være innlagt på psykiatrisk sykehus. Hvis jeg tenker at det er fantastisk å være innlagt på psykiatrisk sykehus så kan det bli ganske fantastisk.

Hvordan jeg har det inni meg det reflekteres hele tiden på det ytre. Og det kunne jeg ikke se før så derfor ble jeg et offer Jeg projiserte hele tiden ut på de ytre omgivelsene hvordan det var og jeg kunne ikke se at det handla om mitt indre kaos ... hvordan alle disse menneskene spilte ut rollene sine og at det handlet veldig mye om det jeg skulle erfare i mitt liv ... i min prosess.

Ragins uttalelse kan forstås som en støtte til Gromov hvor det pekes mot hans ressurser for å skape en meningsfull sammenheng innenfor det eksisterende mulighetsrommet. Utsagnet hvor den intervjuede viser til egne erfaringer er et tydelig brudd med hva hun har posisjonert tidligere fra pasientsiden. Gjennom denne uttalelsen blir den intervjuede ”sin egen behandler” ved at hun ser seg selv som et analyseobjekt og forklarer tidligere handlinger og tankemønstre som årsak til pasientposisjoneringen hun har hatt tidligere. Fra å ha rettet oppmerksomheten mot de andre, rettes nå oppmerksomheten mot henne selv hvor hun er den avvikende. Gjennom å identifisere destruktive tankemønstre, bryte disse og gjeninnsette tanker som virker styrkende ser hun at mulighetsrommet som pasient kan utvides. På en måte kan dette forstås som at hun tar ”behandlerdiskursen” opp i seg ved å gjøre seg selv til sentrum for endring. Tidligere har hun beskrevet den psykiatriske avdelingen som et fengsel og hun har posisjonert en behandler side og en pasient side med en tydelig grense mellom som befester posisjoneringene. Her posisjonerer den intervjuede seg på pasientsiden, men bruker tankemodeller fra behandler siden. På denne måten sees sykehuset og behandler siden i et nytt lys. Sykehuset i seg selv er ikke grusomt, men blir grusomt eller fantastisk gjennom hvordan hun tenker. Behandlerne sees også i et nytt lys hvor deres handlinger blir et resultat av hennes projiseringer. På denne måten gjøres pasientposisjonen til den som befester posisjoneringene. Hvis mulighetsrommet skal utvides må det skje gjennom at hun tenker mulighetsrommet på en ny måte.

Dette forsterkes ved at den intervjuede fortsetter med å sitere Ragins monolog til Gromov:

En fri og søkende tanke som forsøker å finne en mening med livet og en fullstendig forakt for verdens glans og forfengelighet, det er to goder som står høyere enn noen annen vi kjenner og De er i besittelse av disse godene selv om De sitter bak aldri så mange gitre (s.39).

I dette sitatet gjøres Gromov mektig hvor tankens kraft kan endre virkeligheten selv om han sitter bak gitre. I intervjusituasjonen blir jeg slått av hvor lite oppmerksomhet den intervjuede gir til Gromovs reaksjoner på disse utsagnene fra Ragin. Jeg utfordrer dette ved å spørre henne hvordan Gromov reagerer.

Han blir sint ... han sier ”la meg være i fred”... han er veldig kort og avvisende ... Jeg tror at det vekkes noe i ham.... Hvordan kan han si det som er på en måte fri ... han har ikke opplevd eller erfart og være i den elendigheten jeg er i... Han har støtte han har alt det økonomiske, utdanning, rollen som lege. Jeg tror han erfarer det veldig ovenifra og ned ... jeg tror han ønsker at han skal få oppleve hvordan det er å være i min situasjon og da kan han uttale seg ... etter det kan han fortelle hva indre og ytre frihet virkelig er.

Her gir den intervjuede et sammendrag av hva hun opplever som motreaksjoner fra Gromov. Han setter spørsmål ved om det finnes en indre frihet som er uavhengig av ytre rammer. Slik hun framstiller Gromov trekker han også inn hva som er gyldig kunnskap fra hans posisjon, og at denne er koblet opp mot erfaringen han har. Den intervjuede forfølger ikke dette videre og holder fast ved at Gromov identifiserer seg for mye med pasientrollen og ikke åpner for Ragins tanker om indre frihet.

Han har det jo helt forferdelig, men jeg tror det er identifikasjon... for hvis den ikke hadde vært der så hadde han sett at det var grusomt ja.... men han kunne også hatt det fantastisk ... han kunne hatt en ro ... han kunne hatt kjærlighet ... han kunne hatt alt det andre har selv om han var der han var samtidig som han hadde det grusomt

... han lever det ut jeg har kjempeforståelse for det samtidig som jeg mener det er kjempevekst og kjempelæring for han.... Altså han møter Ragin som gir en mulighet til vekst ... han møter noe som trigger noe inni ham og sånn sett kan han få sett på de områdene .. da er det opp til han og velge hva han vil. Det kommer veldig sterkt for meg dette med ansvar for eget liv her.

Gromov posisjoneres her på pasientsiden. Den intervjuede posisjoneres seg sammen med Ragin på en behandler side ved at hun setter opp grensemarkøren *avstand* og skaper en *profesjonell distanse*. Gromovs opplevelse av å være pasient på en lukket avdeling blir marginalisert. På denne måten vender den intervjuede seg mot den terapeutiske relasjonen hvor prosjektet er å endre pasientens opplevelse av virkeligheten. Gromov framstilles som en som gis valgmuligheter og at det er opp til han å ”ta ansvar for eget liv” gjennom samtalene med Ragin.

5.5 Grensen mellom det fornuftige og ufornuftige mennesket

I det siste intervjuet er den intervjuede tettere på dialogen mellom Ragin og Gromov og posisjonen mellom de to snus. Gromov gis plass og får en talende subjektposisjon ved at han utfordrer Ragin. På denne måten forflyttes Ragin over til behandlerens side og det han sier blir tatt til inntekt for den diskursen som tilhører denne siden. Gromov posisjoneres som talsmann for en brukerdiskurs. Den intervjuede starter med å si at hun er ydmyk etter å ha lest boka på nytt og at hun denne gangen så helt andre ting enn hun gjorde de første gangene.

Jeg hadde sånn sympati med Ragin første gang jeg leste boka. Jeg syntes det var så fint at han skapte en relasjon med pasienten. Men nå opplever jeg nok denne relasjonen som mer ovenifra og ned fordi han har noen sterke agendaer overfor Gromov. Og jeg tenker man skal være så varsom med det ... jeg skjønner at det låser seg for Gromov ... jeg får så sympati for han når han får høre den sannheten om ytre frihet at det ikke spiller noen rolle hvor du er ... i et arbeidsværelse enn om du er på den lukkede avdelingen så lenge du er fri inni deg. Og det satt jo jeg og sa fordi det var så viktig tema for meg og det er det enda ... men han har jo ikke levd det han har ikke levd det, men han har den agendaen som noe intellektuelt.

Den intervjuede ser at Ragin har tema ”indre frihet” som en intellektuell agenda som ikke har rot i erfaringen ved å være pasient. Med dette trekker den intervjuede opp et spenningsfelt mellom generell kunnskap og erfaringskunnskap. Ragin som tidligere er blitt karakterisert som en som ikke *egentlig er så mye i rollen som lege* blir nå talsmann for den generelle kunnskapen og plasseres tilbake i legerollen på behandlerens side.

Her treffer han en pasient hvor han kan være i den rollen det virker jo som om han blomstrer opp og så buttrer det så imot fra den andre siden fra Gromov ... han er veldig sint og jeg skjønner det bare så vanvittig godt.

For første gang posisjonerer den intervjuede seg på Gromovs side. Det hun nå griper tak i hos Ragin og som hun mener bekrefter rollen som lege er begrepet ”forstanden” som gis et nytt innhold for henne.

Forstanden – en grensemarkør mellom det fornuftige og ufornuftige mennesket

I de tidligere intervjuene har den intervjuede fremhevet tanken som den skapende kraften som kan endre opplevelsen av virkeligheten, hvor målet er å oppnå indre frihet. Hun viser nå til mange steder i boka hvor Ragin fremhever forstanden:

Det er bare forstanden som gir verdi (s.52)

Forstanden trekker en skarp grense mellom dyret og mennesket (s. 28)

Forstanden er vår eneste kilde til lykkosalighet (s.28).

Disse sitatene inngår ikke i dialogen med Gromov, men er utdrag hvor Ragin deler tanker i samtaler med andre personer. Når jeg spør henne hva hun opplever at Ragin legger i begrepet forstanden, svarer hun:

Jeg tror han legger forstanden opp mot de sannhetene han har funnet i sitt liv. Han ser sånn ned på de sovende menneskene og de som ikke er kloke.

Som en oppfølging av dette viser jeg til et sitat av Ragin hvor han snakker til en annen om innleggelsen av Gromov, flere år før de regelmessige møtene mellom dem.

Man burde ikke legge hindringer i veien for folk som absolutt vil gå fra forstanden (s.16).

Hun kommenterer dette med at Ragin bruker forstanden som et forsvar for handlingene sine. Ved å se de utvalgte sitatene fra boken og den intervjuedes reaksjon plasseres begrepet ”forstanden” som en grensemarkør mellom mennesket og dyret og mellom det forstandige mennesket de *som absolutt vil gå fra forstanden*. Forstanden kobles dermed til verdien til det og være menneske. Ved å plassere det ”uforstandige” mennesket i institusjon fratras individet menneskeverdet. Ragins prosjekt med Gromov hvor han forsøker å gjeninnsette verdighet ved å appellere til Gromovs forstand sees derfor i et nytt lys ved at den intervjuede har oppdaget Ragins bakenforliggende tanker.

Dette bringer den intervjuede videre inn mot dialogen mellom de to og hvordan Gromov utfordrer Ragin med sin levde erfaring.

Virkeligheten er de jo fullstendig ukjent med og aldri har de lidd, men ernært dem med andres lidelser som en blodigle. Jeg derimot har ikke følt annet enn lidelse fra jeg ble født til denne dag. Derfor sier jeg også åpent at jeg regner meg å være mer høytstående enn dem og i alle henseende mer kompetent. Det er ikke De som skal lære meg noe (s.49).

Den intervjuede sier at hun ikke har sett tidligere hvor forskjellig de to møter virkeligheten. Ragin møter virkeligheten med tilbaketrukkent filosofi som gir han en avstand til å tenke på livet,

mens Gromov lever i livet og reagerer her og nå. Et eksempel hun trekker ut fra teksten er hvordan Ragin og Gromov ser ulikt på smerte. Ragin siterer Markus Aurelius:

Smerte er den levende forestillingen om smerte, gjør en kraftanstrengelse for å forandre denne forestillingen, fjern den fra din tankeverden, slutt og beklage deg, og smerten forsvinner (s.43).

Gromov møter dette utsagnet på følgende måte:

Jeg reagerer, på smerte reagerer jeg med skrik og tårer ... og i egentligste forstand må dette være så vidt jeg forstår det som kalles liv...(s.44).

Har De virkelig gjennomgått lidelser noen gang? Har De i det hele tatt noe begrep om lidelser? (s.45)

Den intervjuede sier at hun gjenkjenner dette fra sine innleggelse; hvordan de ansatte hadde en avstand ”hvor de uttalte seg om et liv de ikke hadde peiling på”. Jeg spør henne hva slags type kunnskap hun opplevde lå bak handlingene. Hun svarer:

Det var jo egentlig legevitenenskapen, men det er jo ikke menneskevitenenskapen.

Dette kan forstås som at kunnskapen som utgår fra de to posisjonene har problemer med å møtes i en dialog, fordi virkelighetsoppfattelsen er så ulik. Når den intervjuede skiller og setter legevitenenskapen og det hun kaller menneskevitenenskapen på to sider av en grense, faller hele det medisinske kunnskapsgrunnet og troverdigheten sammen sett fra pasientsiden. På denne måten posisjonerer hun generell kunnskap opp mot erfaringskunnskap og gir ikke den generelle kunnskapen gyldighet på pasientsiden. Hun sier at det er dette som Gromov også opplever; at han og Ragin snakker forbi hverandre.

I møtet mellom Ragin og Gromov har den intervjuede skiftet posisjon i løpet av de tre intervjuene. I de to første intervjuene posisjonerer hun seg på Ragins side ved å støtte seg til hans uttalelser for å befeste mulighetsrommet og pasientposisjonen som dette rommet åpner og lukker for. Den intervjuede tar opp i seg begrep fra diskursen på behandlersiden hvor hun gjør seg selv til et analyseobjekt. I det siste intervjuet flytter hun seg til Gromovs side og ser Ragins uttalelser i et nytt lys. Hun posisjonerer nå erfaringskunnskapen på denne siden opp mot den generelle kunnskapen som begrunner handlinger på behandlersiden. Begrepet

forstanden, som hun tidligere har koblet opp mot tankens kraft til å endre opplevelsen av virkeligheten, detroniseres ved at hun ser at *forstanden* er det som skiller ut det ufornuftige mennesket og plasserer det på en avmaktfylt pasientside.

I Tsjekhovs tekst passerer Ragin grensen over til de ufornuftiges verden ved at han tilbringer tid sammen med Gromov. Dette skaper utrygghet som gjør at Ragin blir kalt inn til et møte i en kommisjon som *skulle avgi en uttalelse om hans åndsevner* (s. 52). Ragin hevder for kommisjonen at Gromov er *en meget interessant mann* (s.52) og i sin forsvarstale før han selv blir tvangsinnlagt sier han:

Ikke tro på dem. Den eneste sykdommen jeg lider av, består i det enkle faktum at jeg i løpet av tyve år bare har funnet ett fornuftig menneske i hele byen, og det var en sinnssyk (s.67)

Ragin som tidligere har hevdet at *forstanden* skiller det normale mennesket fra det avvikende mennesket, og selv har lagt inn Gromov på Sjette avdeling, sier nå at det eneste fornuftige mennesket han har møtt er Gromov. Ved å posisjonere Gromov på denne måten tar Ragin spranget over til pasientsiden for godt. Gjennom dette utsagnet plasserer han fornuften i den ufornuftiges verden og dermed blir han selv innlemmet blant de ufornuftige og definert som sinnssyk.

Fra den intervjuedes posisjon har fornuftens gyldighet slått sprekker ved at hun ser den i lys av hvilken kunnskap som gis gyldighet mellom behandlere og pasienter. I Tsjekhovs tekst blir Ragin utestengt fra den diskursen hvor han tidligere hadde en talende subjektposisjon ved at han utfører diskursen ved å innlemme en sinnssyk i fornuftens verden.

Tidligere i analysen har jeg posisjonert en behandler side og en pasientside ut fra den intervjuedes erfaringer med å ha vært posisjonert på begge disse sidene. Materialet har vist at det er vanskelig å bli posisjonert og selv å posisjonere seg på behandler siden for den intervjuede, fordi hun trekker med seg pasientposisjonen over til behandler siden. Sett i lys av den siste delen av analysen kan dette også forstås som at den erfaringskunnskapen hun bærer med seg over på behandler siden ikke blir gitt rom for fordi den har ”ufornuften” i seg og dermed ikke kan tas på alvor.

5.6 Mulig posisjonering i en brukerdiskurs

Den intervjuede har også erfaring som foredragsholder og mitt neste skritt i analysen er å framanalysere mulighetsrommet og posisjoneringen som gis henne i dette rommet. Jeg vil videre sette denne nye posisjonering, i det jeg har kalt en *brukerdiskurs*, opp mot det jeg har kalt *fagdisiplinenes diskurs*. På denne måten setter analysen fokus på møtet mellom to diskursive praksiser på utsiden av institusjonen og utfordringene som ligger i dette møtet.

Den samme historien på to ulike arenaer

Den intervjuede forteller en historie hvor hun fremhever noe av forskjellen på å være pasient i en lukket avdeling i institusjon og det å være en tidligere pasient som holder foredrag om sine opplevelser fra institusjonen. Utgangspunktet for denne delen av intervjuet er hvordan maktovergrep på den lukkede avdelingen beskrives i boken. Den intervjuede griper tak i dette og forteller om situasjoner som hun har opplevd som overgrep. Hun beskriver hvordan hun gikk til ”høyeste hold” første gangen som 17 åring for å fortelle hva som skjedde med henne på avdelingen, men det ble møtt med taushet. Hun forteller også at hun ved en senere anledning fremmet en klage til kontrollkommisjonen om en beltelegging hvor hun hadde ligget en hel natt uten tilsyn, men at klagen ikke førte fram. Hun sier at det var ingen som hørte på henne fordi hun var ”grensepsykotisk” og det hun sa ble brukt mot henne. Hun forteller videre at hun året etter dette møte i kontrollkommisjonen holdt et foredrag om sine opplevelser som pasient. I salen satt et av medlemmene i kommisjonen som hadde behandlet hennes klage året før. Etter foredraget tok vedkommende kontakt og den intervjuede siterer det som ble sagt til henne ”nå skjønner jeg at det du sier var sant”.

Her posisjonerer den intervjuede seg på to ulike arenaer. Den første som innlagt pasient på en lukket avdeling og den andre som foredragsholder på utsiden av institusjonen. På den første arenaen blir det hun sier ikke gitt troverdighet, men tatt som en bekreftelse på sykdom og avvik. Som foredragsholder forteller hun den samme historien, men nå blir hun gitt troverdighet. Hun har forflyttet seg fra de ufornuftiges arena til de fornuftiges og hun trer inn i en ny diskurs hvor hun gis en talende subjektposisjon.

Jeg vil benevne den diskursen som den intervjuede trer inn i som foredragsholder for en *brukerdiskurs*. Foredragenes mål er å bringe erfaringene som pasient og bruker av det psykiske helsevernet fram i lyset. Mulighetsrommet som har åpnet seg for denne diskursen er ikke skapt av de helsefaglige disiplinene selv, men av Lover og Forskrifter som har kommet

styrende inn og befestet at et brukerperspektiv og brukermedvirkning skal være synlig og satt i system på alle arenaene innen det psykiske helsevernet. Jeg vil videre i analysen trekke fram utfordringer som ligger i møtet mellom brukerdiskursen og det jeg har kalt fagdisiplinens diskurser.

Utfordringer i møtet mellom brukerdiskursen og fagdisiplinens diskurs

For å analysere fram utfordringer som ligger i møtet mellom de to diskursive praksisene vil jeg ta utgangspunkt i hva som kjennetegner en fagdisiplin og dermed hva som setter opp dens grenser. Jeg vil starte med å definere en disiplin som:

Disiplinen er definert ved et objektområde, et sett av metoder, en samling av påstander som betraktes som sanne, et sett av regler og definisjoner, av teknikker og hjelpemidler: alt dette utgjør et slags anonymt system som står til rådighet for den som vil eller kan betjene seg av det (Foucault 1999b: 19).

For å tilhøre en disiplin må en påstand kunne skrive seg inn i en bestemt teoretisk horisont (Foucault 1999b: 20).

Utsagnene viser til hvordan disiplinens diskurser kontrolleres innenfra ved å rette seg mot et objektområde hvor metoder og teknikker er handlinger som begrunnes i kunnskap som skriver seg inn i en bestemt teoretisk horisont. Objektområdet som de helsefaglige disiplinene retter seg mot er den psykisk syke personen. Analysen har tidligere vist hvordan den intervjuede har hatt problemer med å posisjonere seg innenfor disiplinens diskurser på behandlersiden i det psykiske helsevernet. Dette kan forstås som at hun ikke deler den teoretiske horisonten som disse diskursene begrunner sine handlinger i, men det kan også forstås som at hun blir oppfattet som en representant fra objektområdet og at det dermed blir umulig å posisjonere seg på innsiden i fagdisiplinens diskurser. Når den intervjuede trer inn i en brukerdiskurs som befinner seg på utsiden av institusjonen og på utsiden av disiplinens vitenskaplige diskurs kan dette forstås som at hun trer inn i et *utvendighetsrom*. Foucault beskriver *vitenskapenes utvendighetsrom* som stedet hvor man finner *den umiddelbare erfaring og de imaginære temaene* (Foucault 1999b: 20). Han hevder videre:

Det er alltid mulig at man utsier det sanne i det ville utvendighetsrommet, men man er bare i det sanne når man adlyder et diskursivt «politisk» regler som man reaktiverer i enhver av sine diskurser (Foucault 1999b: 21)

Med dette peker Foucault mot hvordan disiplinene beskytter seg mot utvendighetsrommet og dermed reaktiverer egne sannheter gjennom å styre hvem som får tre inn i diskursen og gis en talende subjektposisjon. Spørsmålet som man kan stille med bakgrunn i disse utsagnene er hvilken posisjon som gis brukerdiskursen i fagdisiplinenes diskurser på utsiden av den psykiatriske institusjonen. Jeg vil belyse dette spørsmålet ved å ta utgangspunkt i hvordan den intervjuede har opplevd å bli posisjonert i det som kan kalles en sykepleiefaglig diskurs, gjennom undervisningsoppdrag hun har hatt for sykepleierstudenter.

Jeg blir stående oppe på en scene i 5 – 6 timer hvor jeg har undervisning. Vi har jo dialog etterpå med spørsmål og svar og alt det der, men jeg tenker mer på det å være i en avdeling. Jeg føler jo at jeg gir mye da jeg holder foredrag, men jeg føler at dette er en fase At det kunne være fint å være sammen med ... støtte og se mulighetene sammen med folk som er i krise.

I dette utdraget fra intervjuet beskriver den intervjuede posisjoneringen som foredragsholder, men peker mot at det er posisjoneringen på behandlerens side i praksisfeltet sammen med pasienter som er den hun ønsker. Jeg vil gripe tak i måten hun posisjonerer seg på som foredragsholder og se bakover i psykiatriens historie for å peke mot en kontinuitet eller et brudd i måten som den psykisk syke er blitt posisjonert på.

Den intervjuede beskriver rammene for undervisningen og foredragene som at hun står på en scene. Å stå på en scene er nærliggende å koble opp mot at det hun gjør er en forestilling. Hun viser seg fram til de som skal bli helsearbeidere fra scenekanten hvor hun deler sine erfaringer. Spørsmålet er hvordan disse erfaringene blir tatt i mot og gitt mening for tilhørerne som sitter i salen. Som pasient i det psykiske helsevernet er hun vant med å italesette egne følelser og tanker og la disse være sentrum for oppmerksomhet, og dermed gjøre seg til et analyseobjekt for behandlerne. Foucault har i *galskapens historie*(1999a) vist til at pasientens *bekjennelse* kom inn i psykiatriens historie via Freud ved at pasientenes fortellinger ble enetaler som ble møtt med en analytisk taushet. Slik den intervjuede beskriver foredragene opplever hun en *avstand* hvor hun posisjoneres på scenekanten hvor undervisningen har *bekjennelsens ansikt* og at den møtes med taushet og ”dialog etterpå med spørsmål og svar og alt det der”. Dette kan forstås som at hennes tale blir gjort til sentrum for analyse. Den nye posisjoneringen som foredragsholder kan dermed forstås som en kontinuitet av pasientposisjoneringen i psykiatriens tidligere historie, men ikke nødvendigvis som et brudd.

Det nye mulighetsrommet som er skapt kan likevel peke mot et frigjørende brudd i historien ved at det er etablert på utsiden av fagdisiplinenes diskurser. Ved at analyseobjektene fra

fagdisiplinenes diskurser trer inn i talende subjektposisjoner i en diskurs som utfordrer fagdisiplinenes diskurser fra utsiden kan diskursene komme i en forhandlingsposisjon. Ut fra et slik perspektiv kan møtet mellom brukerdiskursen og fagdisiplinenes diskurser åpne for en ny bevegelse i kunnskapsutvikling ved at:

Diskurser er i bevegelse og i konstant forhandlingsposisjoner med andre diskurser i kampen om betydningsdannelse (Jørgensen & Phillips 1999: 60).

Gjennom at konstituelle føringer har posisjonert brukerdiskursen, har de samme føringene utfordret fagdisiplinenes diskurser til bevegelse hvor målet er ny betydningsdannelse og kunnskapsutvikling innen det psykiske helsevernet.

6. Avslutning

Denne mastergradsoppgaven har dreid seg om hvordan en skjønnlitterær tekst fra 1892, som beskriver forholdene ved en psykiatrisk avdeling, gis mening for en som har erfaring som pasient og behandler i dagens psykiske helsevern. Studiens sosialkonstruktivistisk og diskursorientert ståsted gir konsekvenser ved at prosjektets ”funn” er skrevet inn i alle faser som en måte å forstå fenomener på. Den teoretiske posisjonering er førende for hvordan jeg har møtt mitt forskningsfelt, hvordan jeg har utviklet oppgavens forskningsspørsmål og vært bestemmende for konstruksjonen av analysen. Oppgavens formål har vært å analysere fram meningskonstruksjon som kan spore kontinuitet eller diskontinuitet mellom nåtid og fortid. Det psykiatriske behandlingsapparatet er kjennetegnet ved et stort mangfold av praksisformer og ideologier (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 1998). En konsekvens av dette er at man ikke kan snakke om den psykiatriske diskursen i entall. Oppgaven må derfor leses som en konstruksjon, som en av mange måter å møte et felt for å framanalysere underliggende diskurser som igjen gir retning for hvordan praksis kan forstås.

Selv om oppgavens ”funn” er innvevd i hele oppgaven har jeg valgt ”å samle” oppgaven i dette avslutningskapittelet. Kapittelet vil reflektere oppgavens tidligere oppbygging og søke å samle seg inn mot studiens forskningsspørsmål og løfte fram hvordan den skjønnlitterære teksten har gitt mening og aktivert og satt i spill forståelse av praksis i det psykiske helsevernet 115 år etter at den ble skrevet.

Avslutningskapittelet innledes med å rette blikket mot hvordan det teoretiske ståstedet er blitt aktivert i oppgaven. Deretter vil jeg gjøre rede for hvordan den diskursorienterte tilnærmingen er speilet i oppgavens tittel. Videre vil jeg løfte fram hvordan min medleser har posisjonert seg i møte med den skjønnlitterære teksten og peke mot underliggende diskurser som posisjoneringene utgår fra. Hoveddelen i kapittelet vil vektlegge hvordan den skjønnlitterære teksten har utfordret forståelsen av dagens psykiske helsevern og synliggjort kontinuiteter og diskontinuiteter til en forhistorisk psykiatrisk praksis. Denne delen vil vektlegge det som ser ut til å være tydelige brudd og se nærmere på disse ”bruddflatene”.

6.1 Innramming av oppgaven og analysen sett i lys av studiens teoretiske perspektiv

I oppgaven er den skjønnlitterære teksten og det empiriske materialet beskrevet og analysert ved hjelp av maktperspektiver hentet fra Michels Foucaults arbeider: *Galskapens historie* (1999a), *Diskursens orden* (1999b) og *Overvåkning og straff* (1999c). Oppgavens diskursorienterte tilnærming er inspirert av Foucaults analysestrategier hvor han i sine genealogiske studier trekker forbindelseslinjer mellom nåtid og forhistoriske praksiser. Denne strategien har han blant annet benyttet i *galskapens historie* og i *overvåkning og straff* hvor han i analysen problematiserer og destabiliserer vår tids praksisfelt innen psykiatri og kriminalomsorg ved å påvise kontinuiteter til fortidens praksiser og institusjoner som i dag betraktes som uopplyste, inhumane og uvitenskaplige (Villadsen 2006).

Ut fra min diskursorienterte tilnærming er den skjønnlitterære teksten valgt som en *monumenttekst* ved at den problematiserer en praksis på et bruddsted i psykiatriens historie hvor de første psykiatriske avdelingene ble innlemmet i somatiske sykehus. Dagens psykiske helsevern befinner seg også tilsynelatende i en bruddfase ved at det har vært gjenstand for omfattende strukturelle endringer som blant annet har medført nedbygging av de store institusjonene og overføring av behandleransvar til Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og kommunene. Oppgaven posisjonerer dermed to praksiser opp mot hverandre som begge representerer bruddsteder i psykiatriens historie.

Oppgavens empiriske materiale er resultat av serieintervju med en medleser som har erfaringer fra dagens psykiske helsevern. Denne delen av analysen er inspirert av *Diskursens orden* (Foucault 1999b), hvor Foucault fokuserer på diskursens makt og individets posisjoneringsmuligheter i en gitt diskurs. I oppgaven har jeg posisjonert min medleser ved å gi henne en talende subjektposisjon ”fra innsiden” av de psykiatriske avdelingene (slik hun har opplevd disse). I analysen av materialet har jeg satt søkelyset mot regulariteten i utsagnene for å framanalysere underliggende diskurser. Videre har analysen vektlagt hvordan den intervjuede posisjonerer seg i disse diskursene og hvilke reguleringsmekanismer som ser ut til å tre i kraft for å avgrense de aktuelle mulighetsrommene som tegnes opp. På denne måten har jeg ønsket å avdekke spenningsforhold som ser ut til å være meningskonstruerende, og analysere fram kontinuiteter og diskontinuiteter mellom den forhistoriske praksisen som er beskrevet i den skjønnlitterære teksten og den gjeldende praksisen slik den italesettes av min medleser.

6.2 Sjette avdeling

Tittelen på mastergradsoppgaven speiler studiens diskursorienterte tilnærming. Ved første blick kan masteroppgavens tittel forstås som en kopiering av Anton Tsjekhovs tittel, *Sjette avdeling*, som har en sentral plass i denne oppgaven. Det er imidlertid flere grunner til at oppgaven har fått denne tittelen. I det innledende arbeidet med oppgaven, hvor jeg kontekstualiserte Tsjekhovs tekst, stoppet jeg opp ved langnovellens tittel og dette førte meg tilbake i psykiatriens historie. Jeg fant at begrepet stammer fra 1875 og opprettelsen av Sjette avdeling ved Kommunehospitalet i København hvor det for første gang ble opprettet en egen avdeling i det somatiske sykehuset for pasienter med psykiske lidelser. I Norge kobles begrepet opp mot den første psykiatriske avdeling i sykehus som ble opprettet ved Ullevål sykehus i 1917. Med andre ord var dette et brudd i psykiatriens historie ved at sinnslidelser ble sett på som sykdom, underlagt den medisinske disiplin, og dermed ble noe som kunne behandles på lik linje med andre sykdommer. Oppgavens tittel peker dermed mot et sentralt og bærende begrep som har fulgt psykiatriens historie fra 1875 og inn i vår tid som navn på en psykiatrisk avdeling i sykehus.

Begrep blir gitt innhold ut fra den konteksten de står i og hvordan de går i dialog med andre begrep og praksiser. At begrepet fortsatt lever i dagligtalen, og nærmest har fått en symbolsk betydning som peker mot ”den lukkede psykiatriske avdelingen”, er spennende ettersom de psykiatriske avdelingene i dag ikke lenger bærer navnet Sjette avdeling.

Oppgavens tittel signaliserer at begrepet *Sjette avdeling* settes i spill og åpner et spenningsfelt mellom en forhistorisk psykiatrisk praksis og dagens psykiske helsevern. Tittelen peker mot et begrep som i dagligtalen har fått et mytisk skjær ved at det knyttes opp mot sagnaktige beretninger. Disse kan enten forstås som historier som hører fortiden til, eller de kan sees som medskapende i vår tid fordi de fortsatt lever på folkemunne og dermed gjenskapes i folks bevissthet. En tredje vinkling er at begrepet slik det gis innhold i dagligtalen fortsatt er beskrivende for en virkelighet som kan spores på innsiden av dagens psykiatriske avdelinger.

6.3 Den intervjuedes posisjonering i møte med den skjønnlitterære teksten

Det empiriske materialet er framkommet gjennom tre samtaler med min medleser. Her vil jeg rette blikket mot hvordan min medleser posisjonerte seg i forhold til legen og pasienten i den skjønnlitterære teksten og hvordan dette kan forstås i en diskursorientert ramme.

I de to første intervjuene posisjonerte hun seg på Ragins (legens) side hvor hun lånte hans uttalelser for å befeste Gromovs (pasientens) og sin egen pasientposisjon. I denne delen brukte hun begrep og forståelsesmodeller fra den psykiatriske fagdiskursen. I analysen har jeg kalt dette: å se sin egen posisjonering gjennom behandlernes øyne. Hamre (1997) betegner fenomenet som en subjektiveringsprosess når pasienter overtar og får et eierforhold til den psykiatriske diskursen.

Subjektivering finner sted, idet den indlagte aksepterer diskursens betingelser. Der finner en internalisering sted. Men subjektivering er sterkere end internalisering. Det ligger i ordet "subjected to" – underkastet noget andet. Den psykiatriske patient er ikke alene objekt i diskursen, han har i subjektiveringen akseptert diskursens betegnelser og er således fanget i sin selvoppfattelse (Hamre 1997: 118)

I det tredje intervjuet skjedde et brudd hvor hun posisjonerte seg på Gromovs (pasientens) side. Begrep som hun tidligere hadde brukt fra fagdisiplinens diskurs for å befeste egen pasientposisjon ble nå destabilisert ved at hun så disse begrepene i lys av egne erfaringer. Bruddet kan forstås som at hun i det første tilfelle bruker begrep fra fagdisiplinens diskurs for å befeste pasientposisjonen, og i det andre tilfellet bruker pasienterfaringene til å belyse begrepene og tankemodellene fra fagdiskursen. Posisjonsskiftet kan forstås som at hun forflytter seg over i en annen diskurs hvor de samme begrepene gis ulikt innhold. I oppgaven er denne diskursen benevnt som en brukerdiskurs.

6.4 Kontinuitet og diskontinuitet

I dette kapittelet vil jeg gjøre en oppsummering av hvordan den skjønnlitterære teksten har utfordret forståelsen av dagens psykiske helsevern og synliggjort kontinuiteter og diskontinuiteter til en forhistorisk psykiatrisk praksis. Kapittelet vil løfte fram det som i analysen framsto som brudd og se nærmere på disse ”bruddflatene”.

Den psykiatriske avdelingen

Analysen starter med hvordan den intervjuede møter Tsjekhovs beskrivelse av den psykiatriske avdelingen i *Sjette avdeling* og hvordan dette aktiverer hennes egne opplevelser fra skjermede avdelinger i dagens psykiske helsevern.

Analysen peker mot at det som ser ut som diskontinuiteter fortsatt bærer en kontinuitet i seg. De ytre omgivelsene kan forstås som kontrære, hvor den psykiatriske avdelingen i Tsjekhovs tekst beskrives som grusom ved å være ”møkkete, ekkel og forfallen ”og nåtidens avdeling beskrives som ”steril”. Bak disse begrepene kommer det til syne hvordan det som tilsynelatende er motsetninger har likheter i seg som peker langt tilbake i psykiatriens historie. Jeg vil trekke fram to sentrale begrep som den intervjuede benytter når hun beskriver de to avdelingene.

Det første jeg vil stoppe opp ved er begrepet *bur* som hun benytter for å beskrive den psykiatriske avdelingen som et isolasjonsrom. Ved å bruke dette begrepet pekes det mot at mennesket blir animalisert og at animaliteten som fenomen fortsatt gir mening fra hennes pasientposisjon. I analysen trekkes linjer tilbake i tid ved å vise til hvordan animaliteten er blitt koblet til den psykisk syke og gitt ulik betydning fra middelalderen og fram mot vår tid (Foucault 1999a).

Det andre begrepet jeg vil stoppe opp ved er begrepet *fengsel*, som benyttes av den intervjuede i beskrivelsene av avdelingene. Begrepet settes inn i en sammenheng både ved opplevelsen av ”å bli sperret inne”, men settes også inn i en større kontekst ved å peke mot ”innesperringen” som en beskyttelse som samfunnet gjør for å holde den psykisk syke på avstand; ”det er farlig for omverdenen og slippe dem ut”. I analysen trekkes det linjer tilbake til det stedet hvor det avvikende mennesket ble innesperret i interneringsleire på 1600-tallet hvor dette var anstalter for fattige, arbeidsløse, forbrytere og sinnssyke, og videre mot skillet som oppsto da ”interneringen” ble forbeholdt de sinnssyke og forbryterne. (Foucault 1999 a,

c). Ved at begrepet fengsel benyttes i beskrivelsen av den psykiatriske avdelingen peker dette tilbake mot en felles historie hvor skillet mellom ”forbrytelsen” og ”galskapen” ikke hadde funnet sted.

Mulighetsrommet som gis i den psykiatriske avdelingen

Det neste steget i analysen viste hvordan den intervjuede beskriver en makt som er i bevegelse på den psykiatriske avdelingen og at den derfor er vanskelig å identifisere. Dette ble inngangsporten til å gjøre en nærmere analyse av denne *maktens mikrofysikk* som Foucault beskriver som:

en automatisk og anonym makt, for selv om det er så at bevoktningen utføres av individer, fungerer den som et nett av relasjoner – ikke bare ovenfra og ned, men også til en viss grad nedenfra og opp, og sidelengs: Dette nett holder helheten ”sammen” og gjør den gjennomvevd av maktforhold som viser hen til hverandre (Foucault 1999c:161).

Jeg vil peke mot mulighetsrommene som gis lege og pasient i den skjønnlitterære teksten og sette dette opp mot mulighetsrommene slik de er framanalysert i mitt empiriske materialet. På denne måten ønsker jeg å sette fokus på det som kan se ut som brudd mellom den forhistoriske praksisen og praksis slik den er erfart av min medleser i dagens psykiske helsevern.

I Tsjekhovs tekst tegnes det opp mulighetsrom som gis pasienter og ansatte på *Sjette avdeling*, og hva som skjer hvis man utfordrer grensene i disse rommene. Det er ingen vei ut av *sjette avdeling* for pasientene. Bevegelsen i Tsjekhovs tekst er at legen, Ragin, utfordrer den diskursen han er en del av ved å handle annerledes enn det som forventes ut fra den posisjonen han er gitt. Utestengningsmekanismene som trer i kraft flytter han over i en posisjon som innlagt pasient på *sjette avdeling*. På denne måten tegner Tsjekhov opp et ”lukket mulighetsrom” for pasientene, men også et rom på behandlerens side som har strenge regler i seg som avgrenser mulighetene på denne siden. Dette var også et hovedtemaet som analysen ble konstruert rundt ved at den intervjuede gjennom sine erfaringer posisjonerte en behandlerens side og en pasientens side og en grense som holdt de to sidene atskilte og dermed virket

stabiliserende og opprettholdt posisjoneringene på de to sidene. I analysen har jeg med begrunn i hvordan min medleser snakket fra sin pasientposisjon konstruert det jeg har benevnt som grensemarkører for å identifisere grensen som skiller pasientsiden fra behandlerensiden. Grensemarkørene slik de sees fra pasientsiden er *taktikk, avstand, objektivitet og retningslinjer som knyttes opp mot symptomer ved en diagnose*. Mulighetsrommet som tegnes inne i institusjonen viser hvordan disiplinenes fagdiskurs blir premissleverandør ved at den gis en definisjonsmakt over pasientenes mulighetsrom og posisjoneringmuligheter i dette rommet ved å aktivisere grensemarkørene. Materialet viser også hvordan fagdisiplinenes diskurser har utestengningsmekanismer som virker innad på behandlerensiden hvis man utfordrer diskursenes regler og handlemåter. Ut fra materialet kan det spores en kontinuitet mellom de to praksisene, i den betydning av at det er klare reguleringsmekanismer som trer i kraft for å opprettholde posisjoneringene. Jeg vil videre rette oppmerksomheten mot det som ser ut til å være tydelige brudd.

I Tsjekhovs tekst beveger legen seg over til pasientside. I mitt empiriske materiale beveger min medleser seg over fra pasientsiden til behandlerensiden, noe som ville være utenkelig i Tsjekhovs tid. Mulighet til å krysse grensen fra pasient til behandler kan derfor sees som et brudd. I analysen har jeg utforsket dette bruddet ved å se etter hvilke posisjoneringmuligheter som blir gitt pasienterfaringene når disse befinner seg på behandlerensiden i den psykiatriske avdelingen. Materialet har vist at det er vanskelig for min medleser å bli posisjonert i den diskursen hun trer inn i på behandlerensiden. Det kan se ut som at hun ved å bevege seg over grensen fra pasientposisjonen til behandlerposisjonen fortsatt bærer med seg en diskursiv representasjon fra pasientsiden, både ved at hun selv bevisst bringer den med seg og ved at hun blir posisjonert som pasient og marginalisert når hennes erfaringsbakgrunn blir kjent på behandlerensiden. Dette kan sees som en diskursiv konflikt mellom det jeg har kalt en brukerdiskurs og fagdisiplinenes diskurs. Jeg har utforsket denne konflikten ved å ta utgangspunkt i hvordan Foucault definerer en disiplin:

Disiplinen er definert ved et objektområde, et sett av metoder, en samling av påstander som betraktes som sanne, et sett av regler og definisjoner, av teknikker og hjelpemidler: alt dette utgjør et slags anonymt system som står til rådighet for den som vil eller kan betjene seg av det (Foucault 1999b: 19).

I sitt forsøk på å posisjonere seg blir den intervjuede stående i et dilemma hvor hun søker tilhørighet på behandlerens side samtidig som hun finner det vanskelig å tre inn i fagdisiplinens diskursive orden. Dette kommer tydelig fram ved at hun prøver å bryte det hun betegner som en ”profesjonell fjernhet” ved at hun ikke setter opp en tydelig grense mellom seg selv som behandler og pasientene. Slik hun posisjonerer seg er det erfaringene hun har gjort seg som pasient som også gir retning for hvordan hun ønsker å møte pasientene i sin behandlerposisjon. Dette kan forstås som at hun forsøker å posisjonere brukerdiskursen på innsiden av fagdisiplinens diskurs og at dette skaper en konfliktsituasjon hvor hun til slutt velger seg ut, fordi hun ikke vil eller kan betjene seg av de metodene og retningslinjene som stilles til rådighet.

Den intervjuede viser også til situasjoner hvor utstengningsmekanismer trer direkte i kraft fra behandlerens side. Dette er bruddsituasjoner som aktiveres der hennes pasienterfaringer blir kjent blant behandlerne. Det kan se ut som at hun ved å tilkjenne sin bakgrunn blir posisjonert som representant fra objektområdet og at det hun sier og gjør blir forstått ut fra denne representasjonen.

Ut fra Foucaults definisjon på hva som kjennetegner en disiplin blir den intervjuede utfordret på to plan når hun forsøker å posisjonere sine pasienterfaringer på innsiden av fagdisiplinens diskurs inne i institusjonen. Hun finner det selv vanskelig å innordne seg i de tankemåtene og retningslinjene som gis gyldighet og hun opplever å bli posisjonert som en representant for objektområdet og marginalisert når hennes bakgrunn som pasient blir kjent.

Ved å utforske det som ser ut som et brudd ved at det er en åpning fra pasientsiden til behandlerens side har materialet avdekket at det er vanskelig å posisjonere pasienterfaringene i fagdisiplinens diskurs inne i institusjonen i praksisnære relasjoner.

Mulighetsrommet som gis på utsiden av den psykiatriske avdelingen

Et annet brudd som er analysert fram i forhold til Tsjekhofs tekst, som viste et ”låst mulighetsrom” for pasientene, er at min medleser viser til et rom utenfor institusjonen hvor

hun blir posisjonert som foredragsholder og hvor hennes erfaringer gis gyldighet. Jeg vil kontekstualisere dette rommet for så å fokusere på posisjoneringsmuligheten som rommet gir.

Jeg har i oppgaven benevnt arenaen som hun trer inn på for et *utvendighetsrom*. Foucault beskriver *vitenskapenes utvendighetsrom* som stedet hvor man finner *den umiddelbare erfaring og de imaginære temaene* (Foucault 1999b: 20). Det er også interessant å se at dette utvendighetsrommet i bokstavlig forstand er plassert på utsiden av den psykiatriske avdelingen. Som foredragsholder i det offentlige rom og i utdanningsinstitusjoner blir hennes erfaringer lyttet til ved at hun trer inn i et opplyst rom hvor hun blir gjort synlig. Det er fra dette rommet hun opplever å kunne ”påvirke systemet på en annen måte” ved at rommet utfordrer fagdisiplinens diskurs fra utsiden.

Studien stiller imidlertid et spørsmål ved om dette er et reelt brudd eller om dette rommet er en utvidelse av det terapeutiske rommet hvor bekjennelsene fra pasientene har vært sentrum for en analyse og påfølgende kunnskapsutvikling. Den intervjuede beskriver foredragene som ”jeg blir stående oppe på en scene i 5 – 6 timer”. Ved å koble foredragene til begrepet scene åpnes det for en sammenheng hvor foredragene kan forstås som at det blir gjort en forestilling hvor hun viser seg fram og deler sine erfaringer med publikum.

Foucault har i *galskapens historie*(1999a) vist til at pasientens *bekjennelse* kom inn i psykiatriens historie via Freud ved at pasientenes fortellinger ble enetaler som ble møtt med en analytisk taushet. Slik den intervjuede beskriver foredragene opplever hun en *avstand* hvor hun posisjoneres på scenekanten hvor undervisningen har ”*bekjennelsens ansikt*”. Den nye posisjonen som foredragsholder kan dermed forstås som en kontinuitet av pasientposisjonen i psykiatriens tidligere historie, men ikke nødvendigvis som et brudd. Rommet som har åpnet seg kan forstås som et åpent, bekjennende rom i motsetning til at rommet tidligere var et lukket, bekjennende rom. Sett i et slik perspektiv er forskjellen at bekjennelsen er tatt ut i et åpent rom.

6.5 Frigjøringsmulighetene i utvendighetsrommet

I det forrige kapittelet avsluttet jeg med å peke mot at posisjonen som foredragsholder kan sees som et brudd, men åpnet også for at bruddet bærer en kontinuitet i seg ved at

bekjennelsen har en lang tradisjon i psykiatriens historie hvor fagdisiplinene har hatt disse bekjennelsene som utgangspunkt for sin kunnskapsutvikling. I dette kapittelet vil jeg se nærmere på frigjøringsmulighetene som ligger i dette bruddet.

Jeg vil starte med å trekke noen linjer tilbake til den skjønnlitterære tekstens tilblivelse hvor Tsjekhov som lege måtte ut av fagdisiplinens diskurs for å finne et mulighetsrom hvor han kunne kritisere datidens psykiatriske praksis og interneringsleirene i Sibir. For Tsjekhov ble hans forsøk på å tre inn i den akademiske verden stoppet ved at hans doktorgradsarbeid ble underkjent og møtt med taushet. Tsjekhov valgte derfor forfatterskapet som den arenaen hvor han kunne kritisere datidens praksis.

”Medisinen kan ikke lenger anklage meg for forræderi jeg er glad for at den grove arrestantkappen nå henger i min forfattergarderobe. Måtte den bare henge der!”
(Kjetsaa 2004: 132).

Tsjekhov beveget seg fra vitenskap og empiri til fiksjon og forflyttet seg over til annen diskurs hvor han opplevde å bli gitt en talende subjektposisjon. Sett fra fagdiskursens ståsted trådte han ut i et utvendighetsrom, men det var fra dette rommet at kritikken kunne bli posisjonert og gjort synlig.

Det empiriske materialet i denne oppgaven viser at min medleser må på utsiden av institusjonen for å bli posisjonert. Det kan se ut som at det er i utvendighetsrommet at kritikken kan bli posisjonert. Den diskursive iscenesettelsen har teaterets kontekst hvor fortellingen spilles ut fra en opplyst scene. Både Tsjekhovs posisjonering og det empiriske materiale peker mot en fellesnevner ved at fortellingene må løftes ut av fagdisiplinens konstruerte rom, og at dette kan sees som en nødvendig frigjøring for å bli posisjonert og gjort synlig.

Tsjekhov var posisjonert som forfatter før han skrev Palata No.6. Han hadde altså et mulighetsrom som lå åpent hvor det ikke ble satt i verk utestengningsmekanismer. Ved å rette blikket mot mulighetsrommet som gis min medleser som foredragsholder kommer det til syne at rommet er posisjonert gjennom konstituelle føringer. Mulighetsrommet som har åpnet seg på utsiden av institusjonen er ikke skapt av de helsefaglige disiplinene selv, men av Lover og Forskrifter som har kommet styrende inn og befestet at et brukerperspektiv og brukermedvirkning skal være synlig og satt i system på alle arenaene innen det psykiske helsevernet. Sett i lys av at brukerdiskursens mulighetsrom er skapt gjennom konstituelle føringer gir dette diskursen en maktposisjon ved at *det ville utvendighetsrommet* blir

posisjonert og utfordrer fagdisiplinens diskurser på en åpen og opplyst arena. Ved at analyseobjektene fra fagdisiplinens diskurser trer inn i talende subjektposisjoner i en diskurs som utfordrer fagdisiplinens diskurser fra utsiden kommer diskursene i en forhandlingsposisjon. Frigjøringspotensialet ligger i at møtet mellom brukerdiskursen og fagdisiplinens diskurs dermed kan åpne for en ny bevegelse i kunnskapsutvikling.

Diskurser er i bevegelse og i konstant forhandlingsposisjoner med andre diskurser i kampen om betydningsdannelse (Jørgensen & Phillips 1999: 60).

Ved at lovverket har posisjonert brukerdiskursen, har det samme lovverket utfordret fagdisiplinens diskurser. Ved å vektlegge min medlesers posisjoneringsmuligheter peker det empiriske materialet i denne studien mot at det er på utsiden av den psykiatriske avdelingen at brukererfaringene kan bli posisjonert og dermed gå inn i en reell forhandlingsposisjon med fagdisiplinens diskurser om betydningsdannelse.

6.6 Det tvetydige utvendighetsrommet

Slik jeg har analysert fram utvendighetsrommet bærer det en tvetydighet i seg ved at individene som får talerett opplever å bli posisjonert i en diskurs. Samtidig signaliserer rommets iscenesetting av diskursen en kontinuitet i psykiatriens historie hvor det er en lang tradisjon at de individuelle fortellingene formidles og tas i mot som bekjennelser.

I denne sammenheng vil jeg løfte fram et sitat som bærer tvetydigheten i seg.

Jeg blir stående oppe på en scene i 5 – 6 timer hvor jeg har undervisning. Vi har jo dialog etterpå med spørsmål og svar og alt det der, men jeg tenker mer på det å være i en avdeling. Jeg føler jo at jeg gir mye da jeg holder foredrag og, men jeg føler at dette er en fase At det kunne være fint å være sammen med, støtte og se mulighetene sammen med folk som er i krise.

Sitatet kan stå som en oppsummering som viser hvordan min medleser italesetter utvendighetsrommet og hvordan blikket rettes tilbake mot praksisnære situasjoner hvor hun helst vil være. Utvendighetsrommet kan i lys av dette sees som *et frigjørende utestengningsrom*. Frigjørende ved at det gir mulighet til å posisjonere brukererfaringene fra dagens psykiske helsevern. Utestengende ved at fagdisiplinene samtidig setter opp reguleringsmekanismer som beskytter fagdisiplinens diskurs der den utspiller seg i møtene mellom pasienter og behandlere i det psykiske helsevernet.

Ettertanker

Jeg vil til slutt dele noen refleksjoner her jeg sitter med Tsjekhovs bok i hånden etter at studien er ferdig.

Ragin er ikke stolt av sin legegjerning, men mener han gjør så godt han kan innenfor de rammene som er gitt han og sier:

Hvis jeg bare var født to hundre år senere, ville jeg vært en helt annen (s.33).

Med dette peker han fram i tid; inn i og forbi vår tid mot andre mulighetsrom.

Et annet sted forsøker han å trøste pasienten ved å vise til at det vil skje forandring:

Bare vent – en gang i fremtiden vil det bli slutt på både fengsler og sinnssykehus, og da vil det verken være gitter foran vinduene eller stripete kitler. Det er ikke tvil om at det før eller senere vil komme så langt (s.37).

Ragin forsøkte å se inn i framtiden. Jeg har i denne studien satt Tsjekhovs tekst i møte med den framtiden som Ragin snakket om. Til Ragin vil jeg si: ”Jeg gjorde en studie 115 år etter dine uttalelser og jeg fant tydelige brudd sammenliknet med den praksisen du var en del av, men da jeg så nærmere på bruddflatene så jeg også ”årringer i treet” som pekte tilbake mot en historie som vi tror vi har forlatt”.

Litteraturliste

Bergström, G. & Boreus, K. (2005). *Samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys. I: Textens mening och makt, metodebok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. G. Berström & K. Boreus (red.). Lund: Studentlitteratur.

Bokmålsordboka (2006) Oslo: Universitetsforlaget.

Boye, Th. og Angell, Ths. (1927) *Norsk Medicinallovgiving. En kronologisk samling av lover og bestemmelser vedkommende Norges medicinalvæsen for aarene 1672-1900*.

Oslo: Aschehoug & Co.

Bremer, J. (1997) ”Knud Pontoppidan - Amalie Skrams mobbe-offer”.

Dag og Tid nr.8

Evensberget, S. og Gundersen, D. (1983) *Bevingede ord, nær 12000 litterære sitater, historiske ytringer, ordtak og talemåter, sentenser og fyndord*. Oslo: Gyldendal.

Fairclough, N. (1992) *Discourse and Sosial Change*, Cambridge: Polity Press.

Foucault, M. (1972) *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*.

New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1999a) *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oversatt av Engelstad og Falkum. Oslo: Gyldendal. (Originalt arbeid publisert i 1961).

Foucault, M. (1999b) *Diskursens orden*. Oversatt av Espen Scaanning. Oslo: Spartacus (Originalt arbeid publisert i 1971).

Foucault, M. (1999c) *Overvåkning og straff. Det moderne fengsels historie*. Oversatt av Dag Østerberg. Oslo: Gyldendal (Originalt arbeid publisert i 1975).

Hamre, B. (1997). *Wilhelm Frydendal – en modig patient. I: Diskurs, diagnose og konstruksjon. Om Foucaultinspireert forskning i Norden med relation til handicaphistorisk forskning.* B. Kirkebæk og I. Markussen (Red.).

København: Danmarks lærerhøyskole. Center for Handicaphistorisk forskning.

Handicaphistoriske tekster nr.3

Haugsgjerd, S., Jensen, P. og Karlsson, B. (1998) *Perspektiver på psykisk lidelse. En innføring for helse- og sosialfagene.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Helweg, H. (1915) *Sindssygevæsenets udvikling i Danmark.* København.

Holm, S., Iversen, J.G. og Solbakk, J.H. (2004) *Forsknings- og vitenskapsetikk.*

I: Forskningsmetode i medisin og biofag. H. Benestad og P. Laake (Red.) Oslo: Gyldendal akademiske.

Høyersten, J.G. (2002) ” Genial medisinstudent”. *Tidssk Nor Lægeforening nr 10/2002*
122:1033-4

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo (2005)

HELSEF 4403 – *Omsorg, makt og verdighet.* Lest online 06.10.05

[http:// www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4403](http://www.uio.no/studier/emner/medisin/helsefag/HELSEF4403)

Jørgensen, M.W. og Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode.*

Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag. Samfundslitteratur

Kjetsaa, G. (2004) *Tsjekhov liv og diktning.* Oslo: Gyldendal.

Klaveness, Thv. (1937) *Ullevål sykehus 1887 – 1937.* Oslo: P.M. Bye & Co AS.

Nasjonalt medisinsk museum (2007) Tema: psykiatri. Lest online 16.01.07

http://www.tekniskmuseum.no/medisinskmuseum/sunn_sjel/psykiatri.htm

Nerland, M.(2003) *Instrumentundervisning som kulturell praksis, en diskursorientert studie av hovedinstrumentundervisning i høyere musikkutdanning*. Universitetet i Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet.

Neumann, I. B. (2001) *Mening, materialitet, makt: en innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Robertson, A. (2005) *Narrativanalys. I: Textens mening och makt, metodebok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. G. Berström & K. Boreus (red.). Lund: Studentlitteratur.

Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug

Sosial og helsedepartementet, *Lov om spesialisthelsetjenesten*, nr.61: 1999-02.07.

Sosial og helsedepartementet, *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, nr.62: 1999-02.07.

Sosial og helsedepartementet, *Lov om pasientrettigheter*, nr.63: 1999-02.07.

Thagaard, T. (2002) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tsjekhov, A. (2001) *Sjette avdeling*. Oversatt fra russisk av E. Sande. Oslo: Solum Forlag. (Originalt arbeid publisert i 1892)

Tsjekhov, A. (1894) *Sygestue No. 6 og andre Fortællinger*. Oversatt fra russisk av A. Kaaran og K. Fosse. Kristiania: Dybwad. (Originalt arbeid publisert i 1892)

Tsjekhov, A. (1915) *6. Avdeling*. Oversatt av Elise Ottesen. Kristiania: Helge Erichsen. (Originalt arbeid publisert i 1892)

Villadsen, K. (2006) *Genealogi som metode – fornuftens tilblivelseshistorie*. I: *Sociologiske metoder – fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. O. Bjerg og K. Villadsen (Red.). Fredriksberg C: Samfundslitteratur.

Vold, B. (1999) ”Den store institusjonsoppbyggingen: Psykiatriens historie i Norge, del 1” *Samfunnsspeilet 1/99, Statistisk sentralbyrå*

Vold, B. (2002) ”Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling”. *Helse- og omsorgstjenester – psykiatriske helsetjenester, Statistiske analyser 56, Statistisk sentralbyrå.*

Date: Tue, 22 Aug 2006 10:37:38 +0200 [2006-08-22 10:37:38 CET]
From: [Kristin Heggen <k.m.heggen@medisin.uio.no>](mailto:k.m.heggen@medisin.uio.no)
To: Elin.Hakonsen@hf.hio.no
Subject: Fwd: Re: utdyping av et spørsmål
Headers: [Show All Headers](#)

On 20.08.2006 20:34, Kristin Heggen wrote:

Hei,

i june tok jeg telefonisk kontakt på vegne av en masterstudent jeg veileder for å spørre om hun/vi må søke REK. Studenten skal lese og diskutere et skjønnlitterært verk om psykiatri med en psykiaterisk pasient. På telefon ble vi enig om at det var neppe nødvendig med en REK søknad, men ble enig om at det beste er å sende dere en kort skisse (1 side) av prosjektet for å kunne gi et sikrere svar på spørsmålet. Skissen følger vedlagt.

Med hilsen Kristin Heggen

Kristin Heggen
Professor dr.polit.
Section for Health Science
Institute of Nursing and Health Sciences
Faculty of Medicine
University of Oslo
Box 1153 Blindern
N-0318 Oslo, Norway
Tlf.: +47 228 58 412
Fax: +47 228 58 411

Date: Mon, 21 Aug 2006 08:45:45 +0200
From: Jørgen Hardang <jorgen.hardang@medisin.uio.no>

Hei

Vi har sett på vedlagt skisse og oppfatter det slik at dette prosjektet faller utenfor mandatet til REK.

Mvh

--

Jørgen Hardang
Sekretær for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge (REK Sør)
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 46 66 Faks 22 84 46 61
E-post:rek-2@medisin.uio.no
Besøksadresse: Frederik Holsts hus/Ullevål terrasse, Ullevål sykehus

Henvendelse til REK med spørsmål om masteroppgave faller innunder REKs mandat

I min masteroppgave vil jeg ta utgangspunkt i den skjønnlitterære teksten ”Sjette avdeling” av Anton Tsjekhov (1892). Tekstens tema er hvordan livet utspiller seg mellom pasienter og ansatte på en sinnssykeavdeling ved et sykehus i tsartidens Russland.

Innen det psykisk helsevernet er dagens diskurs knyttet opp mot ”frihet” i den betydning at det har skjedd en fokusendring fra pasienten i institusjon til pasienten på sin hjemmearena. I min masteroppgave ønsker jeg å sette fokus på denne diskursen ved å utfordre diskursen med å ta i bruk en tekst som beskriver den psykiatriske avdelingen i tsartidens Russland hvor tydelige maktovergrep skjer. Jeg ønsker dermed å belyse nåtidens diskurs med fortidens diskurs for å se om fortidens kunnskap og handlinger knyttet til utstøtelse av de psykisk syke fortsatt kan spores i nåtiden og i tilfelle hvordan dette kan komme til syne.

Foreløpig problemformulering:

Er det noe i maktrelasjonen mellom samfunnet og den psykisk syke som er så gjennomgripende at det gjenkjennes under ulike historiske og geografiske betingelser (1892 i Russland – dagens psykiatriske diskurs i Norge)?

Oppgavens teoretiske plattform:

Jeg vil benytte Foucault sin forståelse av diskurs som han omtaler som: ”Practices that systematically form the objects of which they speak”. Her trekker Foucault inn diskursens konstruerende karakter. Dette forstår jeg som at diskursen tilbyr subjektet en posisjon å handle ut fra og at denne posisjonen også har i seg ”regler” og ”regimer” som begrenser subjektets mulighetsbetingelser og dermed er med å forme og ta makten over subjektet. Subjektet sees ikke som utgangspunktet for handling, men som innvevd i en sosial praksis.

Metode:

Ved å velge en diskursiv innramming vil jeg trekke opp flere diskurser og se hvordan disse forholder seg til hverandre. Den ene diskursen er den valgte skjønnlitterære teksten. Den andre diskursen er hvordan den skjønnlitterære teksten gis mening for en som har erfaringer som pasient innen psykisk helsevern i dagens Norge.

Planen er at jeg skal ha flere intervjuer med en person som har lest den skjønnlitterære teksten. Informanten har erfaringer som pasient innen det psykiske helsevernet.

Intervjuene vil ha en dialogisk form hvor tema fra den skjønnlitterære teksten løftes fram.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og transkribert.

I forkant av intervjuene vil informanten bli informert om hensikten med intervjuene og intervjuenes plass i prosjektet.

Spørsmål til REK:

Vil dette prosjektet slik det er beskrevet falle innenfor eller utenfor REKs mandat?

Elin Håkonsen
Oslo 20.08.06

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Håråld Hårfagre gate 21
N-3007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kristin Heggen
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 10.12.2006

Vår ref: 15684/PB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.11.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15684	<i>Kan en klassisk skjønnlitterær tekst kaste lys over makt- og avmaktforhold i dagens psykiateriske helsevesen? En fortolkning av Anton Tsjekovs: Sjette avdeling</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kristin Heggen
Student	Elin Håkonsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.


Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

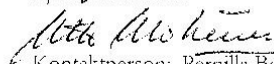
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen



Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elin Håkonsen, Vestbyveien 57, 1440 DRØBAK

Avdelingskontorer / Distriktkontorer:



OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 22 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kyrra.sjovaa@svt.ntnu.no
BROMSØ: NSD, SVT, universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47 77 54 43 46. nsdmas@svt.uib.no



I prosjektet vil det bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold (jf. POL. § 2 pkt. 8 c). Det vil ikke bli registrert direkte personidentifiserbare opplysninger, men indirekte personidentifiserbare opplysninger i form av spesifikke erfaringer og diverse bakgrunnsopplysninger (informanten kan for noen være kjent fra media) vil kunne forekomme.

Prosjektleder opplyser at hun planlegger å anonymisere datamaterialet (råmaterialet) ved prosjektslutt 31.12.2007. En anonymisering av datamaterialet vil innebære at lydopptak slettes og at intervjuuttanskrivninger gjennomgås med tanke på å slette eller grovkategorisere/endre opplysninger som vil kunne være indirekte personidentifiserbare. Dette bør opplyses overfor informanten. Navn og kontaktopplysninger til veileder bør det også opplyses om.

Ombudet minner om at det ikke er påkrevd å innhente et skriftlig samtykke til deltagelse.

Date: Fri, 04 Jan 2008 16:49:11 +0100 [2008-01-04 16:49:11 CET]
From: [Janne Sigbjørnsen Eie <Janne.Eie@nsd.uib.no>](mailto:Janne.Eie@nsd.uib.no) 
To: elin.hakonsen@hf.hio.no 
Subject: Prosjektnr: 15684. Kan en klassisk skjønnlitterær tekst kaste lys over makt- og avmaktsforhold i dagens psykiateriske helsevesen? En fortolkning av Anton Tsjekovs: Sjette avdeling
Headers: [Show All Headers](#)

Viser til innsendt statusskjema for ovennevnte prosjekt.

Personvernombudet har nå registrert 1. mars 2008 som ny dato for prosjektslutt. Vi vil da rette en ny statushenvendelse.

Vennlig hilsen
Janne Sigbjørnsen Eie
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 31 52
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Email: Janne.Eie@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no/personvern