

Den psykiatriske pasient

En begrepshistorisk studie

Anne Madeleine Botslangen



Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD)
at the University of Bergen

2015

Dissertation date: 4. september 2015

Den psykiatriske pasient

En begrepshistorisk studie

Anne Madeleine Botslangen

Universitetet i Bergen

2015

© Copyright Anne Madeleine Botslangen

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndverkslovens bestemmelser.

År: 2015

Tittel: Den psykiatriske pasient

En begrepshistorisk studie

Forfatter: Anne Madeleine Botslangen

Trykk: AIT OSLO AS / Universitetet i Bergen

Forord

Denne studien er gjennomført med utgangspunkt i en stipendiatstilling ved Høgskolen i Molde. Jeg har opplevd forståelse fra høgskolen for å legge til rette for at jeg skulle ha en arbeidssituasjon som gjorde det mulig å ferdigstille avhandlingen. Takk til det som i 2010 het Helse Nordmøre og Romsdal HF for at jeg fikk anledning til å gjøre undersøkelser i arkivene til Opdøl sykehus.

Vibeke Erichsen, dr. philos, førsteamanuensis, har vært hovedveileder. Hun er ansatt ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Dag Magne Berge, dr. polit, førsteamanuensis, har vært biveileder. Han er ansatt ved Høgskolen i Molde. Uten disse to hadde det ikke vært mulig å skrive denne avhandlingen. Tusen takk for all god veiledning som har bidratt til å bringe arbeidet videre.

Det har også vært til inspirasjon å ha vært med i Sol-gruppa ved Høgskolen i Molde, og gruppa av phd-kandidater ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Takk til medlemmene i begge disse gruppene for kommentarer til utkast underveis. Jeg vil også takke IT-avdelingen og bibliotekjeneren ved Høgskolen i Molde for all hjelp underveis, samt mine øvrige kollegaer ved høgskolen. Bjørnar Pedersen var til stor hjelp teknisk i slutfasen.

Familien min fortjener også takk for å ha utvist stoisk ro i de ulike fasene dette arbeidet har vært gjennom. De har vært med på fine friluftsopplevelser som har fått meg til å tenke på andre ting.

Summary

The psychiatric patient – a conceptual and historical study

Throughout history, a variety of ways have been used to describe the psychiatric hospital patient and I want to examine the relationship between the new and the old concepts. This study is about how have these patients been conceptualized historically and politically.

The hospital chosen for the empirical study is Opdøl Asylum - a 100-year old psychiatric hospital which was established in 1913 and quickly gained over 100 patients. Since that time some major changes in several areas have taken place. To mention just a few of them:

- 1) The hospital had some 470 beds in the 1970s - today there are about 20 patients.
- 2) The word “insane” – once in common use - is today virtually never used.
- 3) It appears that topics such as *what constitutes treatment* and *patients’ rights* have acquired a new significance.

The theoretical perspective is the German historical semantics. Reinhard Koselleck (1923-2006) was one of the founders and editors of the *Geschichtliche Grundbegriffe*. The lexical work was written in the period 1967-1992. That was a path-breaking encyclopedia. Koselleck argues that certain concepts can be regarded as basic. By this, he means that concepts become political and ideological issues. The book *Futures Past. On the Semantics of Historical Time* (Koselleck 2004) is about constructing conceptual pairs. The attention is on the role language plays in reflecting and constructing concepts in society. It would appear that today’s concept of the psychiatric hospital patient is a basic concept according to Koselleck’s sense of the phrase. It is also part of a conceptual pair in contrast to the somatic patient. Conceptual history and social history complements each other but can hardly be reduced to one another in either direction (Junge 2011:18).

Michael Foucault defines psychiatry as a policy area in which different ideologies prevail (2009). Ideologies are capable of reflecting ideas, attitudes, values, aims or solutions and may be expressed as language. Based on an assumption that linguistic change may therefore indicate ideological change, I subscribe to Koselleck's historical approach to verbal concepts: If a verbal concept can have more than one meaning and apply to different situations then it follows that it can also 1) express different perceptions of reality, 2) lead to different problem understanding and 3) indicate different treatments.

This study examines the terminology which has traditionally been used to describe psychiatric hospital patients and looks at how our concepts about this group have changed fundamentally. It is not a history of the concepts themselves, but of shifting descriptions and different historical phases. My purpose is to examine movement in our conceptualization of psychiatric patients and to place these in historical context – and to look at changes in linguistic practice and consider what implications these have had to justify for example treatment.

Foucault questioned how and why it could be that very different things in the world were collated, characterized, analyzed and treated under the same heading of 'mental illness' (Veyne 2010:171). My intention in this study is to analyze terminologies working together. The various terminologies describing the psychiatric hospital patient are like the many threads of a cloth. When we place a 'net' over these we call it discourse. Discourse helps establish analytical distinctions. My goal is to identify discourses which shape our ideas about the patient in different ways and my strategy for identifying discourses is to look at both everyday routines and language. Reading of texts can help identify discourses. In these texts we can find traces which indicate who is speaking, what is being spoken about and what action has been taken.

I have read various texts, such as hospital annual reports and budget comments, patient's case notes, and letters from patients, doctors and others, in addition to official documents such as legal statutes and government white papers. I have also used fictional literature. The hospital has a museum with historical objects and

pictures. There are also recordings of interview with people who worked in the hospital for about 50 years.

Asylum can in itself be seen as a form of treatment. The institute of asylum was first established after the Insanity Act of 1849. The law demanded, among other things, that the asylum director must be a doctor. There was to be a strict departmental structure taking into account factors such as gender and patient behavior. In addition, practice relating to staff rules, doctor's rounds, and the recording of case notes and protocols was established. How have psychiatric hospital patients been conceptualized and talked about in connection with various forms of treatment? What kind of discourse might lie behind these conceptions? How have specific interpretations of what constitutes the psychiatric patient become commonplace and how have they been expressed in language.

'Insane' is woven into the tapestry of terminology which surrounds the psychiatric patient. The word appears to occupy a central place both as a medical and a legal term. It is used in Norway's first Insanity Act in 1849. It seems that for more than 120 years the word 'insane' was extremely important, and yet it has gradually ceased to be used. (The national daily) *Aftenposten* claims that the word has been absorbed into everyday language and, as such, is no longer used in psychiatry (03.02.2011). What does this really indicate? What was 'insane' supposed to tell us and what alterations of meaning has it undergone? Have other expressions replaced 'insane'? To what degree is this about changing our concept of the phenomenon as a problem, and what political and ideological processes are involved? It is here that Foucault's discourse theories come in: Veyne argues that discourses can be seen as "glasses" ("*spectacles*") through which people understand phenomena and which have themselves shaped thoughts, actions and language (2010:28). In what ways do discourses represent different usage of language thereby contributing to different questions being asked?

Starting with the concept of 'the psychiatric patient' I have explored related concepts and their metamorphosis over time. The expression 'insane' was of central

importance for more than 100 years when it was replaced by ‘the psychiatric patient’ and in still more recent years by ‘customer’, ‘user’ and ‘citizen’. These linguistic changes reflect historical and social processes like human rights, struggle for freedom, to be accepted as citizens, equality and self-determination.

These conceptual transformations relating to the psychiatric patient have been conducive in turning concepts like necessary and active into contested concepts. Necessary and active can in the context of the psychiatric patient be seen like historical concepts. In a historical perspective what was necessary or active has not been questioned. These two small words have been used in psychiatry as something self-evidently right. That can be seen like the light of power.

The concept of the psychiatric patient has been a good case in studying conceptual changes, and how psychiatric power and conceptualization is working together. Like many other social and political concepts, it can be traced back to the revolutionary and enlightenment transformations in the period around 1800. The concept of the psychiatric patient has been part of accelerated conceptual changes related to modernization. Today the concept is part of conceptual struggles. One of them is how to name “the mental patient”. Naming “the mental patient” is part of a structural asymmetry. It labels persons, patients of a particular kind. Historically the structural asymmetry has been transformed into the new concepts.

Innhold

FORORD	3
SUMMARY	5
INNHOOLD	9
1. INTRODUKSJON.....	13
1.1 Tema og problemstilling	13
1.2 Studiens lokale utgangspunkt.....	19
1.3 Studiens historiske innramming.....	21
1.4 Avhandlingens oppbygging	24
DEL I TEORETISKE OG METODISKE PERSPEKTIVER.....	27
2 BEGREPHISTORISK TEORI OG METODE	27
2.1 Den tyske begrephistorie	29
2.2 Grunnbegrep	31
2.3 Pasient som grunnbegrep	34
2.4 Begrepspar og asymmetri	35
2.5 Psykiatrisk pasient og somatisk pasient som begrepspar	41
2.6 Begrep og paradigmeskifter	43
2.7 Kamp om begrep	47
2.8 Pasientbegrep i kamp.....	49
2.9 Metodiske betraktninger	51
2.10 Studiens kildemateriale	56
3 ETYMOLOGI OG PSYKIATRIFORSKNING	59
3.1 Etymologi - pasientbegrepet.....	59
3.2 Antikke forestillinger om den syke	61
3.3 Psykiatriforskning	63
3.4 Bestandig og naturgitt asymmetri	66
3.5 Galskap i Norge.....	71
3.6 Asymmetri omformes.....	77
3.7 Asyls framvekst	86
DEL II PASIENTBEGREP I ASYLET	95
4 FORMING AV EN PASIENTKATEGORI I NORSK KONTEKST	96
4.1 Den afsindige.....	97

4.2	Den sindsvage	100
4.3	Den sinnssyge.....	111
4.4	Asymmetri og medisinsk språk for galskap	119
5	ASYLET SOM SEMANTISK FELT	126
5.1	Initiativet til å opprette asyl	127
5.2	Valget av Opdøl gard	132
5.3	Opdøl asyl åpnes	134
5.4	«Det veks på med sinnssjuka».....	138
5.5	Paternalisme og engasjement.....	145
5.6	Pasienter som offentlig objekt	151
5.7	Pasienthistorie om Anna	153
5.8	Hvorfor kom Dorthe-Ane på asyl?	158
5.9	Medisinske trekk ved asylet	161
5.10	Pasienthistorie om Marie.....	166
5.11	Fra asyl til sykehus.....	170
6	AVSLUTNING DEL II	173
DEL III PASIENTBEGREP I SINNSSYKEHUSET		177
7	SINNSSYKEHUSET SOM SEMANTISK FELT	178
7.1	Medisinske og sosiale vurderinger	178
7.2	Asyl - motbegrep i sinnssykehuset.....	181
7.3	Sykehuset i krigstid	184
7.4	Tvangsmidler i brann.....	185
7.5	Fra arbeidsvirksomhet til arbeidsterapi.....	188
8	«SPESIELT INNGRIPENDE BEHANDLING»	194
8.1	Belegg får sjokk som behandling	195
8.2	«De opererte pasientene».....	201
8.3	Pasienthistorie om Beret	215
8.4	Legitimering av spesielt inngripende behandling.....	221
9	PSYKIATRIENS HEGEMONI.....	225
9.1	«Eit eventyrslott».....	226
9.2	«De nye midler»	229
9.3	Familiepleie	239
9.4	Økt behov for sinnssykeplasser	248
9.5	Hvorfor skulle et sykehus drive gard?	253
9.6	«Et sindsygehospital er et specialhospital»	256

10	AVSLUTNING DEL III.....	260
DEL IV PASIENTBEGREP - BRUDD OG KONTINUITET		263
11	SINNSSYKELOVEN - DEBATT OG ENDRING	264
11.1	Sinnssykeloven behandles	265
11.2	Kamp for begrepet sinnssyk	270
11.3	Psykisk helsevern.....	275
11.4	Drøfting av begrepsendringer	280
12	IDEOLOGISKE SKIFTER I OPDØL SYKEHUS.....	283
12.1	«Vi kastet frakken!»	284
12.2	Pasienthistorie om Kristine	290
12.3	Pasienthistorie om Johanne og Johan.....	292
13	AVSLUTNING DEL IV	294
DEL V PASIENTBEGREP I KAMP		299
14	SYKEHUSAVDELINGER SOM SEMANTISKE FELT	300
14.1	Fra psykiatrisk sykehus til psykiatrisk avdeling.....	300
14.2	Tilføyelsene som spesifiserte den farlige.....	303
14.3	«Den glemte sektor»	311
14.4	«Pasienten i sentrum»	315
14.5	«Pasienten selv har nøkkelen».....	321
14.6	«Pasienten som medarbeider».....	324
15	NASJONALE ENDRINGSPROSESSER	327
15.1	Begreps tvetydige trekk	328
15.2	Begrepskamp	332
15.3	Begreps asymmetriske trekk	339
15.4	Begreps elastisitet	347
16	AVSLUTNING DEL V	350
DEL VI DET HISTORISKE OG POLITISKE BEGREP		355
17	PASIENTBEGREP I PSYKIATRIENS OG ASYLETS HISTORIE	357
17.1	Framvekst og omforming av en språklig figur.....	358
17.2	Stabile trekk.....	362
17.3	Konkurrerende begrep.....	366
18	KONKLUSJON	371
	LITTERATUR/KILDER.....	375
	VEDLEGG.....	397

1. Introduksjon

1.1 Tema og problemstilling

Denne studien tar for seg historiske endringer i pasientbegrepet slik det har kommet til uttrykk i lovgivning og et norsk asyl. Pasientbegrepet er innenfor det vi kaller psykiatri knyttet til en bestemt historisk periode i vestlige samfunn. Dette en periode som begynner med at den gale ble omdefinert til sinnssyk, og dermed ble legens pasient på 1800-tallet. Fra tidlig på 1900-tallet skjedde det en vending der medisin i økende grad ble spesialisert og psykiatri ble en medisinsk spesialitet. Det betyr at psykiatri ble forankret i biomedisin, men samtidig var dette noe for seg selv. Begrepet den psykiatriske pasient ble et uttrykk for den moderne medisins objekt. Mot slutten av 1900-tallet kan det identifiseres et nytt skifte i den forstand at begrepet den psykiatriske pasient møtte motbør av begrep som bruker og borger. Begrepet den psykiatriske pasient har i økende grad blitt gjenstand for offentlig debatt. Slike debatter kan blant annet oppfattes som å reflektere demokratiske verdier i omtale av mennesker. Avhandlingen om begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient er skrevet som en fortelling om vekst, brudd og fall. Som Reinhart Koselleck sa det: *Language is the battlefield.*¹

Psykiatri er et stort og viktig felt som har vært preget av mange skandaler. Handteringen av pasientene i psykiatrien synes å være vanskeligere enn med andre pasienter. Dette er et område der samfunnet på den ene siden yter hjelp og gir omsorg, men på den andre siden kan utøve tvang og makt overfor mennesker. Jeg vil gå veien om ordene for å undersøke forming og omforming av den psykiatriske pasienten sin status og stilling. Forskningen min viser hvordan ord og begrep former ulike tenkemåter og praksiser på dette området, og omvendt hvordan bestemte tenkemåter og praksiser former ord og begrep. Det er språket som beskriver trekk ved mennesker og samfunnet. Mitt bidrag retter seg mot hvordan språk former virkelighetsoppfatninger, og hvordan virkelighetsoppfatninger former begrep om

¹ Reinhard Koselleck i et intervju i 2005 (Sebastian og Fuentes 2006:108).

psykiatriens pasient. Det er et mål å vise hvordan ord og begrep innenfor dette feltet bærer i seg ulike verdier. Språket beskriver fortid, brukes i nåtiden, og det gir retning til framtiden. Ord og begrep forstås som å inngå i verdimessige sammenhenger, og i ideologiske kamper som utkjemper i samfunnet. Begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient blir som en «krigssone» hvor ulike betydninger og verdier brytes mot hverandre. Dermed blir det viktig å undersøke hva kamper mellom ord og begrep handler om. Analysen veksler mellom å undersøke begrep over lang tid og hvordan de inngår i nett av andre begrep på valgte tidspunkter. Jeg skriver innenfor en epoke som avspeiler forestillinger om modernitet og rasjonalitet.

Dette er en historisk studie av framvekst, utbredelse og semantisk omforming av begrepet den psykiatriske pasient. Den handler om ord og begrep som har vært brukt i omtale av mennesker med psykiske problemer eller som lider psykisk. Ord kan bidra til å skape forståelse, kontakt og støtte. De kan også såre, stigmatisere, skape avstand og holde mennesker nede. Dette er relevant fordi språket er virksomt på den måten at ord og begrep former virkelighetsoppfatninger og handlinger. Det gjelder både i livet til den enkelte av oss og mer generelt i samfunnet. Samtidig er språk gjenstand for endringer. Noen ord går ut av bruk, mens nye ord kommer til. Andre ord består, men endrer betydning. Det er nettopp slike trekk som gjør det interessant å undersøke språket nærmere. Denne språklig orienterte forskningen forutsetter at begrep kan være en inngang for å forstå samfunnsprosesser som involverer makt og politikk. Min forskning er viktig fordi den utforsker hvordan språket har vært virksomt i det å legitimere bruk av makt, men også hvordan språk inngår i ideologiske endringer på dette området.

Denne studien av pasientbegrep har en lokalhistorisk innretning. Den bygger i stor grad på empiri som viser framveksten og omdannelsen av Opdøl asyl i Møre og Romsdal. Samtidig er den forankret nasjonalt og i vestlige samfunn. Begrepet asyl brukes i en bestemt betydning som skiller seg fra dagens bruk, der begrepet inngår i innvandrings- og flyktningsdiskurser. I studien refererer asyl til en form for institusjon for mennesker, karakterisert som sinnssyke. Historien om asylet er samtidig en historie om hvordan deler av offentlig helsepolitikk har blitt formet og

omformet. Undersøkelsen retter seg i tid mot de siste 200 årene. Den retter seg mot framveksten av et eget område innen medisin, og et politikkområde i det norske samfunnet som de siste 10-årene i økende grad har blitt gjenstand for kritikk og debatt.

Studiens teoretiske grunnlag bygger på begrepshistorisk teori og metode, utviklet av Reinhart Koselleck. Det begrepshistoriske inntaket undersøker hvordan sosiale strukturer og begreper både betinger og påvirker hverandre (Koselleck 2002). Min problemstilling er følgende: Dette er en begrepshistorisk undersøkelse av begrepsliggjøringen av den psykiatriske pasient i et norsk asyl og psykiatrilovgivning siden tidlig på 1800-tallet. Det er også en analyse og drøfting av denne pasientens status og stilling.

Det begrepshistoriske inntaket introduseres senere. Innledningsvis vil jeg nevne at det handler om å undersøke ord og begrep, og deres betydninger. Koselleck betraktet ord som entydige, mens begrep er ord med ulike, flere og situasjonsbestemte betydninger (Koselleck 2007:71). Pasient forutsettes å være et begrep som har ulike, flere og situasjonsbestemte betydninger. I dette perspektivet betraktes begrep som selvstendige analyseobjekter. Det er begrepens flertydighet som gjøres til gjenstand for undersøkelser. Tilnærmingen gjør det mulig å identifisere verdimeslige endringer i samfunnet ved å undersøke begrep og endringer i begrepsbruk. Koselleck var opptatt av hvordan forestillinger om framskritt og modernitet formet samfunnet, og bidro til endringer i stadig høyere tempo (Koselleck 2007:43-50).

Ideologi kan beskrives som ulike måter å tenke om politikk (Freeden 2004:6), og reflekterer ideer om hvordan noe er eller om hvordan det bør være. Ideologier nedfeller seg i språket i form av begrep. Dette åpner for at begrep kan formidle mellom språk og historie. Begrepshistorie er en form for begrepsanalyse (Freeden 1996:130). Begrep representerer *a window through which to observe and understand socio-historical data* (Freeden 1996:118), og de blir analyseenheter for å undersøke politisk historie. Når begrep er omstridte hevder Freeden at dette handler om ideologi, eller møtet mellom ulike oppfatninger om hvordan noe er. Han hevder at *the*

conceptual analysis of ideologies is at the heart of political theory

(Freeden1996:132). Koselleck hevdet at ideologi ble formet i samspillet mellom erfaringer av og forventninger til samfunnsmessige og politiske forhold (Koselleck 2007:46). I studien fungerer begrepet den psykiatriske pasient som «vindu» for å identifisere ulike måter å begrepsliggjøre en særlig syk, samt noen av ordningene i samfunnet dette begrepet inngår i.

Forskningen min viser at i et langsiktig perspektiv er denne pasientens status og stilling formet mellom å være en rettighetsløs syk, tatt hånd om av legene og den medisinske utvikling, og en syk med individuelle rettigheter, som forventes selv å bidra aktivt til egen behandling og tverrfaglig samarbeid. Begrepene har blitt mer framtidorienterte og fått et innhold med sikte på forandring. Den viser hvordan språk er virksomt i prosesser der undertrykte grupper ved egen hjelp kan oppnå større innflytelse i livet og forme en alternativ framtid for seg selv. Den synkrone analysen viser at dette begrepet har asymmetriske trekk, som rekonstrueres selv om begrepene forandres. Dette er interessant fordi det bidrar til forståelse for forhold som ikke ble tematisert i sin samtid, og fordi det blir mulig å fortelle en historie som trer fram når kildene leses over tid.

Pasientbegrepet er relevant for politiske studier av flere grunner. Det danner utgangspunkt for kategorier, organisatoriske løsninger, lover og for ulike former for praksiser. Det inngår i prosesser som handler om makt og politikk. Pasient er et av mange ord eller merkelapper som har vært satt på mennesker. Slike betegnelser har gjenspeilet ulike verdier eller valører. Mennesker karakterisert som pasient har blitt gruppert og gruppene karakterisert på forskjellige måter. Det er et samfunnsaktuelt spørsmål hvem som er i posisjon til å sette merkelapp på andre mennesker, og hvilke prosesser slike karakteristikker inngår i.

Pasientbegrepet har de senere årene vært framme i aktuelle politiske debatter i forbindelse med at helselovgivningen ble samlet. Dette omfattet Helse- og omsorgstjenesteloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovendringen ble gjort gjeldende fra 1. januar 2012.

Pasientenes rettigheter har blitt tydeligere i Pasient- og brukerrettighetsloven. Andre endringer innebar at oppgaver ble overført fra stat til kommuner. Begrepene pasient og bruker innarbeides i den nye helselovgivningen. Dette er utviklingstrekk som styrker pasientbegrepet. Samtidig kan det se ut til at begrepet bruker supplerer, og muligens utfordrer, pasientbegrepet. Det er disse relasjonene og nyansene mellom begrep som har vært gjenstand for undersøkelse. Studien belyser hvordan pasientbegrep inngår i historiske og politiske sammenhenger som handler om demokratisering og pasientens rettigheter. Samtidig med at pasientlovgivningen har vært gjenstand for samordning, opprettholdes særlovgivingen i psykiatrien. Dette er et utviklingstrekk som skaper undring og nysgjerrighet.

Pasientbegrepet kan spesifiseres på ulike måter. En måte å spesifisere pasientbegrepet er gjennom tilføyelsene somatisk og psykiatrisk. Denne spesifiseringen har vært formende for norsk helsepolitikk. Når pasientbegrepet brukes med tilføyelsen psykiatrisk ledes betydningen i bestemte sammenhenger. Begrepet den psykiatriske pasient er formet av prosesser der teori og vitenskap har erobret terreng. Begrepet har blitt formet av en kunnskapsforståelse framstilt som å være basert på systematikk og kontrollerte forsøk, og i relasjon til ordningen med asyl. Dette kan karakteriseres som spesialisering. Asylets etablering, vekst og fall inngår i modernitetens fortelling. Med modernitet sikter jeg til hva som til enhver tid oppfattes som det nyeste og beste. Modernitetens fortelling omfatter kunnskaps- og demokratiseringsprosesser. Studien tematiserer hvordan begrep om mennesker som lider psykisk kan bidra til forståelse for samfunnsmessige prosesser som involverer kunnskap og demokrati.

Det er pasientbegrepet spesifisert som den psykiatriske pasient som er gjenstand for undersøkelse. Begrepet skaper inntrykk av at dette er en egen sort pasient. Studien «pakker ut» historiske og betydningsmessige sammenhenger begrepet den psykiatriske pasient inngår i. Uttrykksmåten «å pakke ut» leder oppmerksomheten mot spørsmål som: Hvilke betydninger legges i dette begrepet? Hvilke fenomen og trekk ved mennesker begrepsliggjøres på denne måten? Når, og i hvilke sammenhenger, ble begrepet tatt i bruk? Når gikk det eventuelt ut av bruk? Hvilke relasjoner har begrepet til andre begrep?

Det begrephistoriske inntaket reiser spørsmål om hvordan denne begrepskonstruksjonen har vært virksam. Forskningen min viser at tilføyelsen psykiatrisk merker pasientbegrepet i den forstand at det bringes inn i bestemte betydningsmessige sammenhenger. Tilføyelsene bidrar til å kategorisere mennesker som henholdsvis somatisk pasient eller psykiatrisk pasient. Begrepene anvendes som om vi alle har en klar oppfatning om hva dette er. Slik er det nødvendigvis ikke. Det er begrep med verdimesseige og tvetydige aspekter. Det betyr at det er åpent hva begrepet kan omfatte i framtiden. Et hovedfunn er at begrepet den psykiatriske pasient, som en gang hadde en sterk posisjon, nå utfordres av andre begrep som former maktrelasjoner på nye måter.

Begrepet den psykiatriske pasient undersøkes historisk. Avhandlingen belyser hvordan begrepet kom til, inntok en betydningsfull posisjon og ble utfordret. Samtidig har det vært analytisk nyttig å tenke at det er psykiatriens måter å begrepsliggjøre sitt objekt som gjøres til gjenstand for undersøkelse. Det å snakke om psykiatriens objekt er en uttrykksmåte mennesker som selv har vært pasient eller arbeidet i psykiatrien neppe vil kjenne seg igjen i. Det er en objektiverende uttrykksmåte. For forskeren kan det være nyttig å snakke om psykiatriens objekt i den hensikt å søke generelle begrep og generaliserende forklaringer. I avhandlingen har hensikten med uttrykksmåten psykiatriens objekt vært å kunne veksle mellom to posisjoner: å være i historien og gå ut av den.

Studien undersøker hvordan mennesker som lider psykisk har blitt begrepsliggjort historisk. Begrepet den psykiatriske pasient forutsettes å ha kompleks betydning, som undersøkes i sammenhenger der en særlig omsorg ble etablert og senere gjenstand for omorganiseringer. Psykiatri er et område innen helsesektoren som ble etablert som særomsorg. Ordet særomsorg viser til forming av et slags samfunn i samfunnet med isolerende og beskyttende funksjoner: beskytte samfunnet og beskytte den innlagte. Medisinsk tenkning og praksis har hatt en dominerende rolle på dette området. Tidsepoken fra 1800-tallet og fram til i dag er preget av nasjonsbygging, demokratisering og fordeling. Den inngår i sammenhenger karakterisert som modernisering og framskritt (Koselleck 2007:47). Framveksten av psykiatri inngår i

lange utviklingsforløp preget av teknisk og vitenskapelig utvikling, og kunnskapsspesialisering. I undersøkelsen av psykiatriens begrep om sitt objekt vil slike prosesser være å forstå som sosialhistoriske sammenhenger for begrepsdannelser.

Avhandlingen utforsker begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient i et norsk asyl og psykiatrilovgivning. Dette er interessant fordi studier av begrep kan bidra til økt forståelse for denne pasientens status og stilling. Når begrep skifter kan det belyse hvordan tenkningen omkring dette som fenomen endres. Samtidig er det mulig at stabile trekk ved tenkningen videreføres selv om begrep skifter. Å gå tilbake i norsk psykiatrihistorie er som en reise til et ukjent land. Kildene forteller historier som gir innblikk i måter å tenke på, og i en hverdag som for meg har vært ukjent. Det har vært viktig for meg å vise respekt for kildene. Studien bygger på et kildemateriale som ikke må leses med våre dagers «sunne fornuft». De må leses i sin historiske sammenheng. Jeg håper at avhandlingen kan bidra til refleksjon omkring verdier og normer som vi kanskje tar for gitt. Mine refleksjoner kretser omkring følgende: «Den sinnssyke» var en moderne oppfinnelse omkring 1850. Er det slik at denne måten å tenke om mennesker har relevans i dag?

1.2 Studiens lokale utgangspunkt

Studien har empirisk hovedfokus på et psykiatrisk sykehus. Det er lokalisert på Hjelset, omtrent 20 km nord/øst for Molde. Bygningene skiller seg fra annen bebyggelse i området dels på grunn av sin størrelse, men også på grunn av sin særpregede utforming. Stedet ligger vakkert til ved fjorden. I dag er dette en avdeling i Helse Midt-Norge. Det pågår en dagsaktuell debatt om det skal bygges et nytt sykehus på dette området.²

² <http://www.rbnett.no/nyheter/article9794799.ece> (14.6.2014).

Den første asylbygningen ble oppført for over 100 år siden. Opdøl asyl åpnet høsten 1913. Det fikk senere navnet Opdøl psykiatriske sykehus. Her var det på det meste innlagt over 440 pasienter. I dag er dette en sykehusavdeling med i underkant av 20 pasienter. Disse tallene vitner om prosesser som kan beskrives som etablering, vekst og omorganiseringer. Dette asylet var opprettet på grunnlag av sinnssykeloven fra 1849. Opdøl asyl, og senere sykehus, har over tid vært gjenstand for større og mindre forandringer. Ulike reformdokumenter inngår derfor i kildematerialet som ligger til grunn for studien. Pasientene har vært der i over 100 år. Hvordan har de blitt begrepsliggjort, og i hvilke betydningsmessige sammenhenger har de inngått? Hva kan denne språklige tilnærmingen fortelle om pasientenes status og stilling?

For noen år siden ble det arbeidet med å utvikle prosjektet *Fagmiljøer, pasienter og samfunnsendring i en psykiatrisk institusjon (1913-2013): et prosjekt innen institusjonell helsetjenesteforskning med basis i en organisasjonshistorie om Opdøl sykehus* (Bjarnar 2008). Rapporten skisserer mange ulike innfallsvinkler for studier av Opdøl sykehus. Noen av innfallsvinklene kunne vært medisinsk historie, profesjonshistorie, organisasjonshistorie, lokalhistorie, arkitektur eller landbrukshistorie. I forbindelse med 300-års jubileum for sykehusdrift i Molde høsten 2013 ble boken *Sykehusbyen Molde 1713-2013* utgitt (Strømskag, Eldøen, Johnsen og Langnes 2013). Boken gir innblikk i ulike sider av 300 års sykehusdrift i Molde, deriblant etablering av Opdøl asyl. Min vei inn i historien til dette 100 år gamle asylet går gjennom ordene og begrepene. Mitt bidrag er å skrive fram «den psykiatriske pasient» som et begrep med klare historiske sammenhenger, ikke som et medisinsk, men som et sosialpolitisk begrep.

På den ene siden er dette en historie om vekst og framgang, om velferdsstaten og modernisering av det norske samfunnet. På den andre siden handler denne historien om innesperring av mennesker, makt og disiplin. Bare i denne introduksjonen veksler teksten mellom ord som asyl, sykehus, psykiatrisk sykehus og avdeling. Avhandlingen utforsker i hvilken historie disse skiftende betegnelse inngår. Omdreiningspunktet er hvordan begrepsliggjøringen av den psykiatriske pasient har

blitt formet i denne fortellingen som handler om både modernisering og bruk av tvang.

Kildematerialet er i stor grad dokumenter fra arkivene ved Opdøl asyl og sykehus. Dette innbefatter pasientjournaler, årsmeldinger, ulike brev, og avisoppslag. Dette er skriftlige kilder der den psykiatriske pasient begrepsliggjøres på måter som dels har stabile trekk, dels endrer seg. Journaler og brev har gjort det mulig å skrive historier nært menneskene som er begrepsliggjort som sinnssyk eller psykiatrisk pasient. I disse kildene anvendes begrepene som kategoriserte psykiatriens objekt. Det betyr at begrepene får mening i bestemte sosialhistoriske sammenhenger. Det er interessant å gjøre en historisk studie av et asyl fordi asylet har vært sentralt i å produsere tekster om mennesker som lider psykisk.

1.3 Studiens historiske innramming

Studien undersøker semantiske endringsprosesser³ som knytter seg til begrepet den psykiatriske pasient. Det kan stilles spørsmål ved om pasient er det mest sentrale begrepet i den psykiatrihistoriske debatten. At det har overlevd i perioden fra 1800-tallet og fram til i dag er interessant. Det er et stabilt trekk. De senere år har pasientbegrepet kommet under et visst press av begrep som bruker eller borger. Det reflekterer prosesser som handler om demokratisering og rettighetsorientering. Dette styrker en oppfatning om at pasientbegrep ikke kan avgrenses som objektive betegnelser. De må forstås som verdiladede begrep. Det at begreper som gal, pasient, bruker og borger erstatter eller supplerer hverandre i beskrivelsen av mennesker som lider psykisk, betyr noe ut over ordene som brukes. Det har vært et mål å vise at dette ikke er objektive begrep. Det er begrep formet i relasjon til sosiale forhold i samfunnet, som eksempelvis demokratisering og rettighetsorientering.

³ Det begrepshistoriske inntaket omtales nærmere i kapittel 2. Semantiske endringsprosesser handler om hvordan begrep og deres betydning formes og omformes.

Et annet utviklingstrekk er de senere års nedbygging av heldøgns plasser ved psykiatriske sykehus.⁴ Det inngår i prosesser som former oppgavefordeling mellom sentrale og lokale styringsnivå i samfunnet. Opdøl asyl/sykehus ble etablert som del av en ambisiøs og velferdspreget helsepolitikk. Tilsvarende kan også hevdes om helsepolitiske endringer som formet nedbygging av dette sykehuset, men på andre måter. Den historiske innretningen gjør det mulig å skrive fram stabile trekk, men også endringer på dette samfunnsområdet. Studien viser hvordan slike trekk bidrar til kamp og konkurranse mellom begrep. Et gjennomgående tema i studien har vært hvordan oppfatninger av det moderne forandres og er virksomme på psykiatriens område.

Tanken er at begrep kan bidra til forståelse for skiftende tenkemåter om psykiatriens objekt. Dels handler dette om å tydeliggjøre at samme begrep kan ha betydningsmessige nyanser og variasjoner. Dels handler det om å vise at begrep og betydninger skifter. For eksempel gikk begrepet sinnssyk ut av bruk, mens nye begrep som eksempelvis klient, bruker eller borger kom til. Den begrephistoriske innretningen kan bidra til å belyse stabile betydningsmessige trekk, altså at gamle tenkemåter rekonstrueres i nyere begrep, men også nye betydningsmessige elementer som kommer til.

Studien utforsker hvordan tvetydige trekk ved begrepet den psykiatriske pasient er virksomme. At begrep har tvetydige trekk innebærer at de kan fylles med mening på ulike måter (Gallie 1956). For å si det på en annen måte, så utforskes begreps betydningsmessige fleksibilitet eller elastisitet. Tilnærmingen forutsetter at begrep kan bidra til innblikk i komplekse sammenhenger.

Det er hvordan psykiatriens objekt begrepsliggjøres i et norsk asyl og i psykiatrilovgivningen som er gjenstand for historisk undersøkelse. Språket gjøres ikke til gjenstand for undersøkelse som system. Derimot brukes ord og begrep for å gripe tenkemåter og praksiser innen dette samfunnsområdet. Siktemålet i

⁴ <http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2000-05-10> lastet ned 14.4.2014

avhandlingen er å undersøke framvekst og rekonstruksjon av pasientbegrep. Det forutsettes at pasientbegrep inngår i komplekse historier og er historisk formet. Studien viser hvordan tilføyelser til pasientbegrepet bringer begrepet inn i ulike betydningsmessige sammenhenger.

Når mennesker plasseres i kategorier bidrar det til at noen trekk synliggjøres, mens andre trekk usynliggjøres (Bowker og Star 2000). Jeg har som nevnt funnet det interessant å undersøke pasientbegrepet med tilføyelsen psykiatrisk. Tilføyelsen bringer pasientbegrepet inn i psykiatrihistoriske sammenhenger som undersøkes nærmere. Det er av interesse fordi begrep om psykiatriens objekt ser ut til å romme ulike betydninger og problemer. Skiftende begrep som har vært brukt for å begrepsliggjøre den psykiatriske pasient «pakkes ut», og gjøres til gjenstand for drøfting og refleksjon. Det er et mål at undersøkelsen kan bidra til økt innsikt i tradisjonelle maktforhold mellom den som begrepsliggjør og den som blir begrepsliggjort. Weber (1922/1982) var særlig interessert i spørsmålet om legitim maktutøvelse. Han mente at all makt har behov for å rettferdiggjøre seg selv. Psykiatrilovgivningen kan oppfattes som legal makt. Dette er også et område der andre former for makt har vært virksomme. Weber beskrev en tradisjonell form for makt som et «fars-styre» (Weber 1922/1982). I asylet hadde legene makt over pasientene både i kraft av sin utdanning, sin formelle posisjon og av å være mann. De kan oppfattes som en slags «fars-figur». Når begreps innhold demokratiseres kan det forstås som uttrykk for at tradisjonelle maktformer svekkes. Samtidig er det mulig at patriarkalske tankemønstre fortsatt kan gjøre seg gjeldende på dette området, selv om begrepene skifter.

Studien anvender tidligere forskning på psykiatriens framvekst for å plassere begrep om den psykiatriske pasient i internasjonal og historisk sammenheng. Det kommer jeg nærmere tilbake til. Tidligere studier av norsk asylvesen har bidratt til å ramme inn begrep og begrepsbruk (Haave 2008, Skålevåg 2003, Ludvigsen 1999, Ericsson 1974). Her tydeliggjøres sammenhenger begrepene var del av i den norske konteksten. Aaslestad har skrevet *Pasienten som tekst* (2007). Det er en bok om

journalistens fortellerrolle. Den har betydd mye for meg på den måten at den forberedte meg på hva jeg kunne møte i arkivene.

Avhandlingen tematiserer semantiske trekk ved norsk asylpsykiatri og psykiatrilovgivning. I så måte representerer den et nytt perspektiv. Det begrepshistoriske inntaket undersøker hvordan begrep om psykiatriens objekt ble formet i relasjon til psykiatriens tilblivelse og senere utvikling. Det er ordene og begrepene som brukes for å åpne tenkningen som har formet denne måten å begrepsliggjøre mennesker. Avhandlingens tilnærming kan karakteriseres som narrativ i den forstand at jeg bruker ord og begrep fra kildene. Den har også narrative trekk i det at den bygger på noen anonymiserte pasientfortellinger. Analysen knytter forbindelser mellom gamle og nye snakkemåter med sikte på å undersøke både stabile trekk og endringer i begrepsliggjøring av psykiatriens objekt.

1.4 Avhandlingens oppbygging

Avhandlingen er inndelt i introduksjon, fem hoveddeler med kapitler og underkapitler, samt en avsluttende del. Fortellingen er konstruert ut fra primær- og sekundærkilder. Den utdypes og nyanseres gjennom kildemateriale fra et asyl og fra lovgivningsprosesser.

Del I går nærmere inn på teoretiske og metodiske tilnærminger. I del I plasseres studien i psykiatrichistoriske og etymologiske sammenhenger. Denne delen kan betraktes som forløper og premisslegger til teksten som omhandler framveksten av ordningen med asyl. I del II er det pasientbegrep i asylet som gjøres til tema. Tidsmessig strekker denne delen seg fra omtrent år 1800 og fram til 1930-tallet. På 1800-tallet ble mange av middelalderlovene avløst av ny lovgivning på en rekke områder. I denne perioden fikk Norge sin første sinnssykelov og de første sinnssykeasylene ble bygd. Dette var samfunnsprosesser som omformet uttrykksmåten den afsindige. Den nye betegnelsen som kom til var sinnssyk. Tidligere tiders gale og afsindige ble legenes pasienter. Del II går nærmere inn på etableringen og driften av Opdøl asyl. Dette en periode der det norske samfunnet

gjennomgikk endringer i den forstand at bredere lag av befolkningen tok del i politikkenes utforming.

I del III trer asylbegrepet i bakgrunnen til fordel for betegnelsen sykehus. Fra omkring 1930-tallet ble den medisinske innretningen tydeligere. I sykehuset kommer dette til uttrykk som psykiatrisk diskurs, økt vekt på medisinsk behandling og nye behandlingsmåter. Denne søken etter medisinske årsaker og nye behandlingsmåter inngår i modernitetens fortelling. Med røtter i asylet formes psykiatrisk diskurs både av ønsket om å bli mer anerkjent som medisinsk felt, og samtidig tydeliggjøre sine særtrekk som eget felt. Tidsperioden beskrevet i del II og del III har det til felles at asylet er å betrakte som en form for offentlig virksomhet. Samtidig var mye av det som foregikk der, i liten grad gjenstand for offentlig innsyn og debatt. Denne delen av avhandlingen tydeliggjør at pasientenes status var formet av forestillingen om en særlig form for syk. Deres rettigheter var i liten grad gjenstand for offentlig debatt.

Del IV har overskriften *Pasientbegrep mellom brudd og kontinuitet*. Den viser til at tidsperioden fra omkring 1960-tallet og til 1980-tallet har utviklingstrekk preget av brudd med tidligere måter å begrepsliggjøre psykiatriens objekt. Omkring 1960 var begrepet sinnssyk gjenstand for debatt. Den nye betegnelsen skulle nå være psykiatrisk pasient. Dette var et begrep som både ivaretok medisinsk definering og videreførte tankene om det særegne ved denne pasienten. Dette var psykiatriens pasient, og en pasient som ikke var helt som andre pasienter. Begrepet er verdiladet, og føyer seg inn i modernitetens fortelling. Samtidig ble tidligere tenkemåter og praksiser videreført. Mye tyder på at kompleksiteten på dette området økte. Del IV undersøker hvilke nye begrep som kom til for å begrepsliggjøre psykiatriens pasient. Her drøftes også hvordan tidligere tenkning ble videreført i nye begrep, men også hvordan nye betydninger kom til. Del IV omfatter en periode der både det norske og andre vestlige samfunn gjennomgikk ideologiske endringer. Dette har vært omtalt som det postmoderne sammenbruddet. Det viser til prosesser som større grad av individualisme, verdimangfold, samt at gamle institusjoner og tradisjoner sto for fall.

Del V går nærmere inn på hvordan konkurransen fra andre begrep økte. Dette bidro til å tematisere endringer i pasientens status og stilling. Den siste tidsperioden fra 1980-tallet er preget av tvetydigheter, økt offentlighet og endringer i tenkningen omkring pasientenes rettigheter. For det første ble pasientenes rettigheter aktualisert og lovfestet. For det andre ble psykiatri og psykiatriens praksiser i økende grad del av offentlig debatt. I denne perioden gjennomføres nedbygging av behandlingsplasser i psykiatriske sykehus, samt omorganisering av det psykiatriske sykehuset.

Avslutningsvis drøftes det historiske og politiske begrep med vekt på stabile trekk og konkurranse mellom begrep. Den langsiktige analysen retter seg mot hvordan begreps betydninger endrer seg, men også mot hvordan betydninger har stabile trekk. Det andre analytiske grepet er å gå inn i utvalgte perioder med sikte på å undersøke hvordan tilføyelser, spesifiseringer, parallelle og konkurrerende begrep former betydningsmessige nyanser i begrepsliggjøringen av mennesker som lider psykisk

Del I Teoretiske og metodiske perspektiver

Det er grunn til å være oppmerksom på ord. Del I introduserer begrephistorisk teori og metode. Dette er et inntak som setter søkelyset på enkeltbegreps historie og relasjoner mellom begrep. Begrephistorie representerer en alternativ innfallsvinkel til fag- og institusjonshistorie. Begrep er analytisk nyttige på to måter: Begrep betraktes som «vindu» i historiske studier for å forstå mer om forestillinger og verdier som har vært rådende. Begrep anvendes som inngang for å forstå mangfoldet av betydninger begrepsliggjøring av psykiatriens objekt inngår i. Del I har også en etymologisk innretning med sikte på å forstå mer om den ordhistorien pasientbegrepet inngår i. Dette kapitlet går også nærmere inn på psykiatriforskning som har vært formende for studien.

2 Begrephistorisk teori og metode

Kapitlet introduserer en tysk tradisjon innenfor begrephistorisk teori og metode. Dette er en tradisjon som forutsetter at det er mulig å skrive historien om et begrep. Denne tilnærmingen tok sikte på å utvide grensene for hvordan historiske tekster kunne utformes. Den står på skuldrene til tyske filosofer som Martin Heidegger, Hans Georg Gadamer og Carl Schmitt (Olsen 2012). Ordet *Begriffsgeschichte* skal ha blitt brukt av G.W.F. Hegel (Nevers 2010). Otto Brunner bidro også til å etablere begrephistorie som egen disiplin i det tyske språkområdet. Over tid har det vært et tilbakevendende tema hvorvidt begrephistorie er en teori eller en metode, eventuelt begge deler (Tribe 2004:xvi). Jeg har ingen ambisjoner om å gå inn i slike diskusjoner. Begrephistorie anvendes i en empirisk undersøkelse av pasientbegrepet.

Den retter seg mot å nyansere ulike konstellasjoner pasientbegrep inngår i, og hvordan de forandrer seg over tid.

Begrepshistorie er en språklig innfallsvinkel til historie og samfunnsforskning som de senere år har utviklet seg til å bli et internasjonalt forskningsfelt. I Frankrike finnes Annales-skolen, grunnlagt av Marc Bloc og Lucien Febvre. Denne tradisjonen har også blitt omtalt som mentalitetshistorie. J.G.A. Pocock og Q. Skinner representerer en angloamerikansk tradisjon. I Skandinavia er det først og fremst i Danmark og Finland det har vokst fram begrepshistoriske miljø.⁵

Undersøkelsen av pasientbegrepet er inspirert av denne tyske begrepshistoriske tradisjonen som først og fremst forbindes med Reinhart Koselleck. Den løfter begrep og deres mange betydninger fram som selvstendige analyseobjekter. Ideen er at tidligere betydninger av ord og begrep har formet pasientbegrepets betydninger slik vi kjenner det i dag. Det betyr at begrepets tidligere betydninger har varighet med konsekvenser i vår tid.⁶ Det pasientbegrepet vi bruker i dag bærer i seg et mangfold av betydninger. Kosellecks tilnærming til begrepshistorie er valgt fordi den synliggjør asymmetriske og moralske trekk ved begrep. Dette anses som forbundet med makt og politikkutforming. Kosellecks arbeider viser hvordan begrep kan gå inn i analyser over lange tidsrom. En styrke ved begrepshistorie er at tilnærmingen åpner for analyser omkring gamle og nye betydninger av begrep. Det begrepshistoriske inntaket stiller spørsmål ved forholdet mellom oss selv og «de andre», de som begrepsliggjøres. Begrepshistorie har et samfunnskritisk element i det å løfte fram verdier og forhold som gjerne blir tatt som en selvfølge.

⁵ Se for eksempel Kari Palonen, Jeppe Nevers, Niklas Olsen og Jan Ifversen.

⁶ Dette drøfter Nevers (2005) for begrepet kildekritikken og viser til Koselleck (1994).

2.1 Den tyske begrephistorie

Den tyske begrephistorie forbindes gjerne med Reinhart Koselleck (1923-2006). Han var historiker og redaktør for det begrephistoriske leksikonet *Geschichtliche Grundbegriffe* (GG).⁷ Arbeidet med dette leksikonet kan tidfestes til tiden mellom 1967 og 1992. I leksikonet er det samlet studier av utviklingen til mer enn hundre politiske og sosiale begreper. Eksempelvis demokrati, revolusjon og stat. Den mest anerkjente, og kanskje viktigste, delen av GG er artikkelen som heter *Krise*.⁸

Koselleck undersøkte langsiktige konsekvenser av opplysningstidens politiske filosofi (Koselleck 2006). Han hevdet at ideologier som nazisme, kommunisme og liberalisme bar i seg visjoner om det perfekte samfunn, noe som førte den moderne verden inn i en tilstand av permanent krise. *In the case of illness, crisis refers both to the observable condition and to the judgement about the course of illness* (Koselleck 2006:360). Begrepet krise er et grunnbegrep som bærer i seg et mangfold av betydninger formet av sammenheng og tid. Richter og Richter hevder at *few articles in the GG demonstrate more clearly or successfully Kosellecks theoretical concerns, his methods, sources, and contributions than does entry on crises* (Richter and Richter 2006:344).

Det var i arbeidet med spørsmålet om modernitet og bevissthet om tid, Koselleck utviklet hypotesen om at det antikke, det kristne og opplysningstidens tidsbegrep var ulike. I antikken rådet en cyklisk oppfatning om tid, og en bibelsk kronologi formet det kristne tidsbegrep. Fra opplysningstiden og fremover identifiserte Koselleck fenomener som politiske ideologier og vitenskapelige prognoser, som tyder på at tidsbegrepet i moderne tid skiller seg fra det antikke og kristne tidsbegrep (Nevers

⁷ *Geschichtliche Grundbegriffe*. Historisches Lexikon zur Politisch-sozialen Sprache in Deutschland, 8 vols. (Basic Concepts in History: A Dictionary of Political and social language in Germany), eds. Otto Brunner, Werner Conze, Reinhard Koselleck. Siterer denne som GG i fortsettelsen.

⁸ Jfr Richter and Richter (2006:344). Koselleck skrev også en bok med tittel *Kritik und Krise. Eine Studie zur Pathogenese der Bürgerlichen Welt*. Frankfurt am Main (1973). Se også (Koselleck 2002:236).

2005:46). Ideen om det moderne kommer ikke bare fra Koselleck.⁹ Denne ideen har relevans for avhandlingen i den forstand at moderniteten åpnet forventninger om at framtiden kan skapes, og begreper er et omdreiningspunkt i slike samfunnsprosesser. Dette gjør begreper viktige i utforming av politikk. *Når begreberne griber ind i framtiden, bliver kampen om at definere dem nemlig en kamp om at definere framtiden* (Nevers 2005:47). Dette perspektivet på begrep åpner for at undertrykte grupper gjennom begrepsmessige skifter kan oppnå mer innflytelse og forme en alternativ framtid. I Kosellecks begrepshistorie kan dette kalles makronivå. Prinsippene for det empiriske arbeidet kan betegnes som begrepshistoriens mikronivå.

Kosellecks anvendelse av begrepshistorie representerer en sosialkonstruktivistisk og språklig innfallsvinkel til idéhistorie og politisk teori. Koselleck var opptatt av både å lokalisere begreper i språket og språket i sosial kontekst. Et av problemene knyttet til konstruktivisme er hvordan kontekst skal bestemmes (Ifversen 2003). Dersom kontekst reduseres til tekst blir ikke dette problemet så framtrødende. Etter min vurdering vil det være en overforenkling. En styrke ved Kosellecks begrepsanalyse er at kontekstproblemet reises, og han kommer med forslag til hvordan det kan løses. Han hevder at konteksten kan analyseres fram ved at kildene leses i sin sosialhistoriske sammenheng.

Koselleck oppfattet begrep som generelle termer, men samtidig er de noe mer enn ord og definisjoner. De ordner virkeligheten på bestemte måter som inkluderer noen aspekter, samtidig som de ekskluderer andre aspekter. En alternativ oppfatning om hva et begrep er kan knyttes til bestemmelse av egenskaper, trekk eller kjennetegn. Med et slikt utgangspunkt vil siktemålet være rettet mot å definere begrepet. Kosellecks tilnærming er langt fra definatorisk. Han reserverer betegnelsen begrep til ord med komplekse betydninger og av abstrakt karakter (Ifversen 2007:90). Begrep ordner ikke bare virkelighet, de tillegges også innhold og betydning i bestemte

⁹ Se for eksempel Kant eller Weber.

historiske og kulturelle sammenhenger. Det kan bidra til å legge normative føringer for begrep og deres betydning. Sentralt i Kosellecks begrepsforståelse står begreps tvetydighet. I det ligger at begreps betydninger formes i sosiale sammenhenger.

Begrephistoriske problemstillinger gjør betingelsene for mulige historier til tema. Koselleck (2007) reflekterte omkring forholdet mellom historikk og hermeneutikk. Historikk er å forstå som betingelsene for mulige historier (Koselleck 2007:164). Han skilte mellom det å undersøke empiriske data om historiske forhold og det å spørre hva betingelsene var for nettopp denne historien? Hermeneutikk ble oppfattet som *læren om eksistentiel indleiring i det, man kan kalde sproglig muliggjort og sproglig formidlet historie* (Koselleck 2007:176). Hermeneutikk ble framstilt som en forståelselære som kommer til uttrykk i språket. Koselleck slo fast at forholdet mellom historikk og hermeneutikk var komplisert. Det å arbeide fram en historie handlet for Koselleck om å skrive om forhold og sammenhenger som ikke kunne framsettes i denne perioden. Dette behøver ikke å handle om etterpåklokskap, men om analytiske refleksjoner muliggjort gjennom avstand til tid og sted. Koselleck arbeidet med historier som ingen kildetekster inneholder. Han var opptatt av historier som trer fram gjennom tekstene når de leses både i tid og over tid.

2.2 Grunnbegrep

Koselleck skilte mellom ord og begrep. Ord kan være entydige, men begrep ble av Koselleck oppfattet som tvetydige.

In use a word can become unambiguous. By contrast, a concept must remain ambiguous in order to be a concept. The concept is connected to a word, but is at the same time more than a word: a word becomes a concept only when the entirety of meaning and experience within which and for which a word is used can be condensed into one word (Koselleck 2004:85).

Dette betyr at ord og begrep kan anvendes for forskning. Ord representerer potensial for mening. Begrep bærer i seg et mangfold av betydninger. Det er begreps

varierende, uklare og kontekstavhengige betydning som gjøres til gjenstand for undersøkelse. I den tyske utgaven av GG brukes betegnelsen «Grundbegriffe». Engelske oversettelser bruker «basic concepts».¹⁰ Danske tekster benytter betegnelsen «grundbegreb» (Nevers 2011). Nordmannen Helge Jordheim har i *Lesningens vitenskap* brukt betegnelsen grunnbegrep (2001). Jeg kommer til å benytte grunnbegrep om Kosellecks «Grundbegriffe». Hva er nå dette? I oversettelsen av Kosellecks artikkel *Krise* finnes følgende omtale av grunnbegrep:

..inescapable, irreplaceable parts of the political and social vocabulary. Only after concepts have attained this status do they become crystallized in a single word or term such as “revolution”, “state”, “civil society”, “democracy” or “crises” (Richter og Richter 2006:345).

Det er mangfoldet av betydning disse ordene kan ha over tid som bidrar til deres status som grunnbegrep. Både historisk oppsamlet erfaring og forventninger til fremtiden vil forme ordenes betydning. Slike begrep med kompleks betydning må fortolkes i de sammenhenger de brukes. Koselleck hevdet at *et begreb er ikke blot en indikator på de af begrepet omfattende sammenhænge, men det er også en faktor. Ethvert begreb sætter bestemte horisonter og grænser for mulig erfaring og tænkelig teori* (2007:72). Dette tolker jeg som at samfunnet rammer inn hva som kan erfares språklig, mens språket legger føringer for hva det kan tenkes og handles på bakgrunn av. Språket blir historisk på to måter. Det reflekterer hvordan den historiske virkelighet endrer seg, og det er selv med og bidrar til endringer.

Kosellecks grunnbegrep representerer mulighet for refleksjon omkring gamle og nye betydninger og tenkemåter. Det å undersøke språkets rolle og språklige forandringer på ulike tidspunkt vil kunne belyse samfunnsmessige endringer (Koselleck 2004). Koselleck undersøkte grunnbegrepers utvikling i det tyske språkområdet. Han var særlig opptatt av hvordan det prøyssiske byråkratiet handterte virkningene av den franske revolusjon i perioden 1750-1850. GG har bidratt til å belyse hvordan

¹⁰ Se for eksempel Richter og Richter 2006, Koselleck 2002 og 2004.

grunnbegrep i samfunnet ble etablert, senere tilpasset, omformet og utfordret (Richter og Richter 2006).

Koselleck var opptatt av å undersøke begrepers forming i en spesifikk historie. *Grundbegreber er i følge Koselleck de begreber, som er uundgåelige i fremstillingen af de for et samfund afgjørende spørgsmål af politisk og sosial karakter* (Ifversen 2007:90). Dette vil være begrep som er av abstrakt karakter og omstridte.

Tema for begrepshistorien er enkeltordet, i den forstand det er et begrep som blir anvendt av forskjellige mennesker i forskjellige sammenhenger, og slik at det danner et slags knutepunkt i et nettverk av tekster og utsagn (Jordheim 2001:170). Begrep kan oppfattes som uttrykk for den språklige fortolkning som historiske aktører gir av et forhold i en gitt kontekst. Med bakgrunn i denne antakelsen kan det forventes at begrep brukes sammen med ulike nabobegrep til ulik tid. Begrepet er det språklige merket som fortolkingene samles om (Ifversen 2003:25).

Koselleck stilte opp to strategier for begrepshistoriske undersøkelser. Den første var diakron analyse. Den diakrone analyse handler om å historisere enkeltbegreper, altså ett begreps historie. Dette betegner jeg også som den langsiktige analysen. Den diakrone analyse må utvikles sammen med en synkron begrepsanalyse. Det er en analyse som gjøres i utvalgte perioder, altså i tid. Et annet ord for den synkrone begrepsanalyse er semantisk felt. Denne analysen trekker inn andre ord og begreper som hører med i den aktuelle sammenhengen. Et analytisk grep er altså å kartlegge viktige begreper i tekster, og et annet grep er å fortolke begreps kontekst. Den synkrone analysen handler om å *kortlegge de felter av begreber, som enkeltordet i foranderlige mønstre har inngått i* (Nevers 2005:49). Undersøkelser omkring slike begrep vil handle om å identifisere begrep som nevnes i sammen. Alternative uttrykk for dette kan være konstellasjoner eller klynger av begrep, beslektede begrep eller nabobegrep. Koselleck brukte betegnelsen semantiske felt.

2.3 Pasient som grunnbegrep

I avhandlingen forutsettes det at pasient er et grunnbegrep. Det betyr at pasient kan ha ulike betydninger. Pasientbegrepet brukes som utgangspunkt for refleksjon omkring nye og gamle betydninger og tenkemåter. Tanken er at tidligere betydninger er bakket inn i begrepets historie. På den måten blir tidligere betydninger virksomme selv om begrepene skiftes ut med andre begrep. En strategi er å undersøke hvordan pasientbegrep har blitt etablert, omformet, tilpasset og utfordret. Tanken er at vesentlige deler av tidligere betydninger videreføres selv om nye begrep overtar.

Pasient forutsettes å være et tvetydig begrep. Det setter ord på fenomen mange mennesker kan gjenkjenne. Begrepet pasient brukes om en som er syk. Ved å stille spørsmål om hvem som er syk og hvordan syk blir ting mer komplekse. Pasient er et begrep som kan fylles med betydning på ulike måter, og det er verdiladet. Dette kan eksemplifiseres ved å se hvordan pasientbegrepet opptrer sammen med tilføyelser. Boken *Den moderne pasienten* handler om pasienten i dagens norske samfunn, og hvilke roller pasientene får eller inntar i møte med representanter for helsevesenet (Tjora 2008). Boken illustrerer noen av de mange tilføyelsene til pasientbegrepet: den kunnskapsrike pasienten, den nyfødte pasienten, den alvorlig syke pasienten, nettverkspasienten, pasienten på e-post, pasienten som ikke passer inn, den alminnelige pasienten, den motstridende pasienten, forebyggingspasienten, den ansvarlige pasienten og den selvforaktende pasienten. Disse tilføyelsene eksemplifiserer at pasientbegrepet kan opptre i mange ulike betydningsmessige sammenhenger. Det betyr at pasient er et komplekst begrep som må fortolkes ut fra sammenhengen det brukes.

I studien undersøkes pasientbegrepet historisk i et asyl og i psykiatrilovgivningen. Jeg vil argumentere for at pasient er et begrep som kan bidra til forståelse for ulike tenkemåter som har vært virksomme på dette samfunnsområdet. Det begrephistoriske inntaket kan bidra til å undersøke hva pasientbegrep på ulike tidspunkter og sammenhenger har kunnet bli brukt til. Denne diakrone begrepsanalysen kan imidlertid ikke stå alene. Den må kombineres med en synkron begrepsanalyse.

Den synkrone analysen retter seg mot de andre begrepene som opptrer i pasientbegrepets betydningsfelt. Jeg velger heretter å omtale det som semantisk felt. Den synkrone analysen kartlegger andre begrep med betydning for pasientbegrepet, og den søker å analysere fram konteksten for begrepets anvendelse. Tilføyelsene til pasientbegrepet er identifisert som innfallsvinkel for å undersøke betydningsmessige trekk nærmere. Det er et analytisk valg å undersøke pasientbegrepet med tilføyelsen psykiatrisk. Tilføyelsen psykiatrisk former sammen med tilføyelsen somatisk et begrepspar.

2.4 Begrepspar og asymmetri

Reinhart Koselleck (2004) tok i bruk begrepsdikotomier i språket, som eksempelvis før og etter, inne og ute, leve og dø eller arbeidsgiver og arbeidstaker. Dette har også blitt omtalt som motbegrep eller begrepspar. Noen begrepspar har en karakter der begrepene gir hverandre mening. De skiller seg ut på den måten at de har relasjonell betydning. Slike begrepspar bidrar til å forme kontekst og relasjoner. De kan være en form for markører på en skala slik som kald og varm, høy og lav eller rolig og urolig. Begrepspar kan også relateres til historiske forhold, eksempelvis liberal og konservativ, myte og fornuft, demokrati og diktatur eller offentlig og privat. Dette vil være begrep der betydninger formes av situasjon, tid og sted. De lenkes sammen med sett av andre ord og begrep, og former nett eller semantiske felt. Når Koselleck brukte betegnelsen semantiske felt viste han til at begrepenes betydninger trer fram i relasjon til andre begrep. Motbegrep inngår i arbeidet med å kartlegge begrepers betydning i tekster. Tanken er at det vil være mulig å gripe begreps betydning ved å finne ut hva begrepets motsetning betyr (Nevers 2005:50).

Begrepspar kan være symmetriske eller asymmetriske. Det er asymmetriske begrepspar som er av interesse for studier av samfunnsutvikling. Asymmetriske begrepspar karakteriseres slik: *Counter concepts become asymmetrical only when they distinguish between speakers, types of people, their groups or social roles, and*

when their use is not endorsed across the partitions they make (Junge og Postoutenko 2011:35).

Det er i relasjonene mellom begrep de asymmetriske trekk formes. Slike begrepspar vil være preget av samfunnsprosesser der noen er i posisjon slik at de kan definere andre som annerledes. Dette omtales som asymmetriske prosesser (Koselleck 2004:177). Asymmetriske motbegrep tilhører en spesiell type historiske og politiske begrepsformasjoner brukt av grupper i samfunnet med sikte på å definere andre mennesker som annerledes. Denne asymmetrien kan handle om at noen mennesker har begrensede muligheter til å ytre seg. Da kan deres status og stilling gjøres til tema for spørsmål og endringer. Asymmetriske begrepspar utelukker gjensidig anerkjennelse. Nedsettende betydning kan innebære at motparten blir tiltalt, men ikke anerkjent. Da blir begrep både indikator og faktor i sosiale prosesser. Asymmetriske begrep kan brukes i den hensikt å legitimere inngripende handlinger overfor mennesker. *The use of asymmetrical counter-concepts entails addressing others in a disparaging way, and the party referred to, despite is awareness of being addressed, does not consider itself properly recognized by this reference* (Junge og Postoutenko 2011:30).

Jeg vil gå nærmere inn på hvordan Koselleck anvendte asymmetriske begrepspar. Han utviklet typologier for asymmetriske relasjoner med utgangspunkt i fire begrepspar; greker - barbar, kristen - hedning, overmenneske - undermenneske og utviklet - underutviklet. Denne begrepskonstruksjonen har sitt opphav i Platon¹¹ og Aristoteles¹² sine tekster. Grekerne karakteriserte barbarene på måter som var fordømmende med hensyn til deres levemåter. Barbarene ble framstilt som det motsatte av det grekerne forbandt med sin egen selvforståelse. Barbarenes stakkarslige tilstand ble knyttet til både naturlige og kulturelle årsaker. En forskjell mellom grekerne og barbarene finnes i deler av Platon og Aristoteles sine arbeider.

¹¹ Plato, Meno 245 C. Referanse hentet fra Feres (2005).

¹² Politics (1252 b). Referanse hentet fra Feres (2005).

Aristoteles argumenterte for at det var naturlig at grekerne skulle styre barbarene. Dette har vært brukt for å rettferdiggjøre slaveri. Aristoteles var ikke alene om å definere barbarene som slaver. Det er ikke grunnlaget for Aristoteles holdninger som er gjenstand for oppmerksomhet her, men hvordan dette siden har blitt brukt for å differensiere mennesker. I staten Polis levde grekerne et fritt liv, mens barbarene levde som slaver i Polis eller i fiendtlige stater. Av dette begrepsparet kan det utledes to ytterpunkt som kan formuleres som «vi» og «de andre». Aristoteles tekst åpner ikke for en løsning for barbarene i form av frigjøring. I begrepsparet greker og barbar er forskjellene bestandige. Det er dette som rettferdiggjør at den ene er underordnet den andre. Den asymmetriske opposisjonen er kulturelt bestemt (Koselleck 2007:113).

Med kristendommen kom andre perspektiv som ikke lot seg utdype i eksemplet med grekerne og barbarene. En viktig forskjell var knyttet til det å være troende, i motsetning til det å være ikke troende. Her satte Koselleck begrepsparet kristen og hedning i opposisjon (Koselleck 2007:125). Kristne aksepterte Guds ord og levde i henhold til det. Her var det ikke et geografisk område som var formende. Kristne og hedninger levde side om side. Forestillingen om den kristne ble formende for en ny forventning. Det var en forventning om at hedningen kunne la seg omvende til kristendommen. Det er verd å merke seg at hedningen ikke utelukkende var negativt definert. Hedningen ble knyttet til noe som var ventet å inntreffe i framtiden. Hedningens livsstil kunne i framtiden ventes å bukke under til fordel for den kristne. Den asymmetriske opposisjon var temporalt bestemt, altså avgrenset i tid. Det temporale knyttes til tid og varighet. Den kristne ideologien bygde på oppfatningen om at tro var bevisst. Det innebar mulighet for omvendelse av hedningen til en troende kristen. Dette ledet til den konklusjon at hedningenes oppfatning av de kristne var uriktig, mens de kristnes oppfatning av hedningene var riktig. Spørsmålet om hvordan hedningen skulle omvendes var virksomt i samfunnet i den forstand at det bidro til å legitimere inngripende handlinger.

Den tredje kategorien Koselleck undersøkte var *Übermensch* og *Untermensch*, overmenneske og undermenneske, alternativt menneskelig og ikke menneskelig

(Koselleck 2007:142). Dette begrepspar ble utviklet i konteksten av det nazistiske Tyskland. Begrepspar var utledet av motbegrepene arisk og ikke arisk. Begrepspar tydeliggjorde forventningene om å kunne eliminere negativ opposisjon (ikke arisk) i framtiden. Den ariske ideologien tenkte seg muligheten av fysisk eliminasjon av såkalte undermennesker i framtiden. Den asymmetriske opposisjon var bestemt på grunnlag av rase. Koselleck arbeidet med dette begrepspar i prosessene omkring opplysningstiden i Frankrike. I den sammenhengen viser begrepspar til maktfordelingen mellom konge og folk.

En fjerde typologi knyttes til motbegrepene utviklet og underutviklet. Eksempelvis betegnes vestlige land som utviklet, mens andre land beskrives som underutviklet. I denne typologien kan den asymmetriske opposisjon betegnes som tradisjonsbestemt. Den tidsmessige dynamikken i dette forholdet seg slik at *the heathens of today shall be the Christians of tomorrow* (Koselleck 1989:239 sitert i Junge og Postoutenko 2011:144). At dagens hedninger skulle omformes til framtidens kristne bærer i seg moralske aspekter. Det former den asymmetriske distinksjonen «oss og dem». Denne asymmetriske konstruksjonen har legitimert ulike former for inngrep eller ordninger.

Når et begrepspar først har oppstått historisk indikerer det bestemte erfaringer og forventninger, som til en gitt tid vil være organisert på bestemte måter, men de kan også dukke opp under andre betegnelser i andre situasjoner (Koselleck 2007:110). Koselleck argumenterte for at nyere asymmetriske begrepspar vil være preget av økende kompleksitet, noe som skyldes den historiske akkumulering av erfaring i begrep. Det betyr at selv om ord skifter, kan en asymmetrisk argumentasjonsstruktur holde seg over tid.

Koselleck undersøkte blant annet motsetningene mellom menneske og umenneske/dyr (2004). Disse begrepsparene indikerer *bestemte erfaringsmåder og forventningsmuligheter, som til givne tider vil være organiserte på bestemte måder, men som også kan dukke opp under andre betegnelser i andre historiske situasjoner* (Koselleck 2007:110). Koselleck hevdet at kulturell asymmetri vil kunne være mest dominerende i en periode, mens andre former for asymmetri vil kunne være

dominerende i andre perioder. Begrepspar kan gjøre det mulig å undersøke hvordan asymmetriske formasjoner understøtter og glir over i hverandre.

Tenkningen om motbegreper kan anvendes i samfunnsstudier. Joao Feres har i *The semantics of asymmetric counterconcepts: The case of "Latin Amerika" in the US* vist hvordan spansk amerikanere og brasilianere konstrueres som Latin Amerikanske (Feres 2005). Han undersøkte hvordan Latin Amerika begrepsliggjøres som motsetning til Nord Amerika. Tilsynelatende er Latin Amerika et geografisk begrep som definerer et område. Et område som eksisterer uavhengig av menneskelig virksomhet. Feres hevder at begrepet Latin Amerika kan ha ulike betydninger: et språk, geografisk område, en bestemt form for musikk og kultur. Han fant kulturelle trekk beskrevet med karakteristika som stolt, lidenskapelig, temperamentsfull, og med et prangende utseende (Feres 2005:90). Disse ordene kan betraktes som å ha usikker betydning. Er det å karakterisere noen som stolt ment som et positivt eller negativt trekk? Er det å karakterisere noen som lidenskapelig og temperamentsfull uttrykk for positive eller negative egenskaper? Latin amerikanere begrepsliggjøres som å være i sine følelsers vold, med liten/mindre evne til rasjonell tenkning enn de i nord (Feres 2005). Karakteristikkene former, og formes av en asymmetrisk relasjon. Han argumenterer for at amerikansk forskning har reproduisert den asymmetriske begrepsliggjøringen av Latin Amerika som ledd i å rettferdiggjøre amerikansk intervensjon. Et annet asymmetrisk trekk kom fram i framstillinger av Latin Amerika som primitivt og dårligere utviklet enn Nord Amerika. Asymmetriske trekk kom til syne ved at ordene var nedsettende, alternativt at de representerte det negative av noe positivt. Eksempelvis *a liberal society (diversity and pluralism) with Protestant roots (religious nonconformity), and a special vocation for the future (disrespect for tradition and authority)* (Feres 2005:98). Feres peker på at en slik liste med positive ord passer perfekt med Amerikas selvforståelse.

Feres hevder at begrepet Latin Amerika ble virksomt i bestemte sammenhenger. Latin Amerika ble gjenstand for amerikansk initierte forandringsprosesser. Selve

muligheten for framtidig forandring rettferdiggjorde handlinger overfor Latin Amerika.¹³ Først konstrueres relasjonen der Latin Amerika oppfattes som «de andre». En omforming fra en form for asymmetri til en annen sikrer at tidligere karakteristika kan bli forlatt til fordel for nye betegnelser, samtidig vil asymmetriske trekk kunne videreføres.

Historien Feres har kunnet skrive handler om at overlatt til seg selv ville Latin Amerika bli værende såkalt underutviklet. I hendene på andre kunne Latin Amerika utvikles, en midlertidig overordnet makt måtte på plass. Historien om Latin Amerika kan leses som en lang historie om slik intervensjon. Først hadde moderniseringsteori som mål å kurere Latin Amerika som underutviklet. Senere hadde teorier om politisk stabilitet som mål å sikre Latin Amerika mot kommunisme. For det tredje var det et mål å utvikle demokratier i Latin Amerika. For det fjerde diskuteres nå demokratisk konsolidering. Listen kan gjøres lengre. Hvert av disse momentene støttes av diskurser som har sitt utspring fra et punkt som definerer seg selv som ulikt Latin Amerika både i tid og rom. Nettopp distansen i tid og rom er nødvendig for autoriteten i diskursene.

Det stabile historiske trekket som trer fram handlet om at når posisjonen til den som snakket var USA, fra et samfunn som i diskursene framsto som utviklet, at latin amerikanere ble i stand til å forstå sin situasjon og akseptere nødvendige tiltak.

Den nødvendige intervensjonen fulgte en slik struktur: Først presenteres Latin Amerika som patologisk case. Deretter diagnostiseres denne patologien som å være underutviklet. Til slutt foreskrives tiltak som involverer en form for amerikansk intervensjon. Feres hevder at språket brukt av amerikanske forskere for å beskrive Latin Amerika negativt hadde ideologiske trekk (manifest destiny, Anglo-Saxon superiority). Samtidig hevdet han at diskurser presenteres som verdifrie og objektive. Ved å kontrastere begrepsparet Latin Amerika og Nord Amerika kunne Feres skrive

¹³ Se Melvin Richter (1990) der han tematiserer grekernes dominans overfor barbarene. Dette inntaket baseres ikke på ideen om framtidig frigjøring av barbarene.

om forhold og sammenhenger som ikke kunne gjøres til tema i den perioden tekstene han undersøkte ble skrevet.

Hvilken nytte kan eksemplene om grekere og barbarer eller Sør og Nord Amerikanere ha for denne studien av pasientbegrep? Den asymmetriske konstruksjonen er et middel for å synliggjøre egenskaper ved andre mennesker, som ikke tilhører de vi selv identifiserer oss med, i et begrepspar der den ene kategorien begrepsliggjøres ensidig og nedsettende.

2.5 Psykiatrisk pasient og somatisk pasient som begrepspar

I studien er pasientbegrepet spesifisert som den somatiske pasient og den psykiatriske pasient. Dette er identifisert som begrepspar. Det betegner mennesker. Begrepsparet forutsettes å danne utgangspunkt for mulige historier, og det kan bidra til å undersøke asymmetriske trekk ved pasientbegrepet. Studien argumenterer for at begrepet den psykiatriske pasient historisk har vært uttrykk for en egen sort pasient, annerledes og mindre verdt enn andre pasienter.

Det har vært et analytisk valg å undersøke pasientbegrepet med tilføyelsen psykiatrisk. Begrepet den psykiatriske pasient kan forstås som motbegrep til den somatiske pasient. Studien undersøker trekk ved motbegrepet den psykiatriske pasient. Kompleksiteten i dette motbegrepet kan tydeliggjøres ved å undersøke status og stilling til mennesker som har blitt begrepsliggjort på denne måten. Intensjonen er å vise at dette historisk har vært en egen sort pasient formet i samfunnsprosesser der andre har hatt makt til å definere denne pasientens status og stilling. Avhandlingen argumenterer for at pasientbegrepet med tilføyelsen psykiatrisk er del av semantiske felt. Det både former, og formes av, den medisinske spesialiteten psykiatri. Studien undersøker noen av de sammenhengene dette pasientbegrepet har inngått i, i arkivmaterialer fra et asyl og i psykiatrilovgivningen.

En tilnærming kan være at begrepet den psykiatriske pasient begrepsliggjør et objektivt og selvfølgelig eksisterende fenomen. Er det slik at tilføyelsen psykiatrisk til pasient definerer en medisinsk spesialitet som eksisterer uavhengig av menneskelig virksomhet? Et slikt ståsted kan forankres i en tilnærming til vitenskap som anser det mulig å studere og forklare sammenhenger uavhengig av forskeren, og historiske og kulturelle forhold.

En alternativ tilnærming er å betrakte begrepet den psykiatriske pasient som et historisk og politisk begrep. Det vil plassere seg innen en vitenskapsteoretisk posisjon som søker forståelse for relasjonelle forhold. Psykiateren German E. Berrios hevder at begrepshistoriske studier innen psykiatri er basert på følgende ide: *mental symptoms are speech or communication acts conveying a biological signal which is heavily formatted by personal, social and cultural codes, and that upon being uttered these acts are additionally conceptualised by professional interpreter* (Berrios 1999:151). Det forstår jeg slik at psykiatri verken er bare biologi eller en sosial konstruksjon, men en kompleks kombinasjon av disse to. Berrios (1999) legger også vekt på hvordan den profesjonelle fortolker har formet begrepskonstruksjon i psykiatrien.

Analysen retter seg mot formingen av begrepet den psykiatriske pasient som et historisk og politisk begrep. Intensjonen er å åpne dette som et asymmetrisk motbegrep, formet i relasjon til den somatiske pasient. Studien analyserer også hvordan asymmetriske trekk har blitt formet og rekonstruert over tid. Den tematiserer også hvordan det asymmetriske motbegrepet har vært virksomt. For å si det på en annen måte, hvilke handlinger har denne begrepskonstruksjonen bidratt til å legitimere? Studien har som utgangspunkt at dette begrepet kan bidra til refleksjon omkring tenkemåter som har formet begrep om psykiatriens objekt, og hvilke handlinger det har vært mulig å legitimere. Selv om asymmetriske begrep er kjent og etablert i samfunnsvitenskap, hevder Junge og Postoutenko (2012) at deres rolle i struktureringen av samfunnet i liten grad har vært utforsket. Studien kan bidra til økt forståelse for hvordan denne måten å begrepsliggjøre mennesker på har virket i det norske samfunnet.

Pasientbegrepet spesifiseres gjennom relasjoner til andre begreper. Det har nabobegrep, og det brukes med ulike tilføyelser og spesifiseringer. Begrepshistoriens analytiske potensial ligger i det å undersøke hvordan begrepspar, nabobegrep, tilføyelser og spesifiseringer konstruerer asymmetriske trekk, som leder til begrepskamper og åpner for nye begrepskonstellasjoner.

2.6 Begrep og paradigmeskifter

Det begrepshistoriske leksikonet (GG) bygde på en tese om at det på tvers av mange begrepers forskjellige utviklingsmønster kan spores et generelt paradigmeskifte tilbake til Preussen i perioden 1750-1850. Perioden har blitt betegnet som *Sattelzeit*.¹⁴ I denne perioden «knadde» store revolusjoner de politiske begrepene.

Koselleck hevdet at de eldre begrepene var formet av erfaring og pekte tilbake i tid.

Erfaring var en sentral kategori hos Koselleck. Han hevdet at erfaring kom forut for begrepene, og han var opptatt av hvordan erfaring begrepsliggjøres. For Koselleck betydde erfaring opphopet fortid som virker i nåtiden. Det betyr at språket vil være i stand til å ta opp i seg den kunnskap og de handlingsmønstre som kjennetegner en bestemt situasjon.

Dette innebærer imidlertid også at språket er med på å bestemme hvordan vi skal forstå verden, og at språklige endringer alltid også er endringer i hvordan vi erkjenner vår egen historiske virkelighet. Målet med all begrepshistorisk analyse blir dermed å undersøke hvilke erfaringer som ligger investert i de enkelte språklige uttrykk, i de enkelte begreper, slik de kommer til anvendelse i konkrete historiske situasjoner (Jordheim 2001:164).

¹⁴ Koselleck forteller *I do not like the term, mainly because it is very ambiguous* (Sebastian og Fuentes 2006:120). Han brukte uttrykket i en annonse i den hensikt å markedsføre GG. Han vurderte begrepet som nyttig i det å åpne et gap mellom erfaringer og forventninger.

Når Koselleck vender erfaring mot framtidige handlinger blir de i hans terminologi til forventninger. Forventninger er noe grunnleggende forskjellig fra erfaringer fordi framtiden ikke kan erfares. Den rommer noe ukjent. Koselleck hevder at avstanden mellom erfaring og forventning ble større jo nærmere vår tid vi kommer. Det betyr at *forventningene våre fjerner seg stadig mer fra de erfaringer vi har gjort hittil. Som følge av teknologiske, sosiale og politiske nyvinninger, kan vi ikke lenger uten videre slutte fra det vi har opplevd så langt, til det vi kommer til å oppleve i framtiden* (Jordheim 2001:136). Et interessant spørsmål er hva som skjer med samtiden når avstanden mellom fortid og framtid øker. Kosellecks poeng er at samtiden da oppleves som en overgangstid preget av endringer. Dette framkaller spenninger. De kan komme til uttrykk i begrep som krise og konflikt. Nye løsninger og nye begrep antas å kunne identifiseres i det empiriske materialet, som for eksempel reformdokumenter. Det er mulig dette kan bidra til forståelse for historiske dynamikker som har vært formede i samfunnet.

Det interessante er dynamikken mellom erfaring og forventning. Her hevder Koselleck at nye begrep drives fram. Koselleck utviklet en tese for å illustrere hvordan eldre begrep avløses av nye begrep. Modernitetstesen lyder:

at overgangen til moderne tid i europæisk historie er kendetegnet ved, at menneskers forventninger til framtiden i stigende grad er blevet løsrevet fra erfaringene fra fortiden. Hvor det før-moderne menneske levede med forestillingen om et forestående liv, der i store træk ville forme sig som det forgangne, hersker der hos det modernes menneske en forestilling om, at fremtiden kan skabes.¹⁵

Modernitet henviser til en tid annerledes enn tidligere tider. Dette handler om hvordan språket: ordene og begrepene inngår i det å forme framtiden. Modernitetstesen blir virksom i den forstand at den rammer inn hvordan mennesker

¹⁵ Se Koselleck (1967) *Preuzsen zwichhen Reform und Revolution: Allgemeines Landrecht, Verwaltung und soziale Bewegung von 1791 bis 1848*. Stuttgart. Modernitetstesen oversatt til dansk av Jeppe Nevers (2007:12).

tenker og hvilke handlinger som kan legitimeres i forskjellige historiske situasjoner. Kort sagt hva er det mulig å si og gjøre til en gitt tid. Det er her begrephistorie legger seg tett opp til sosialhistorie. Begrephistoriens anvendelighet kommer av at begrepenes forandringer skulle ses i lys av de omfattende prosesser der moderniseringen av samfunnet tok form (Ifversen 2007:95).

Koselleck hevdet at det i sadeltiden kan spores utviklingstrekk i språket knyttet til at eldre, erfaringsmettede begreper avløses av framtidsorienterte begreper. Dette beskrev han som begreper kjennetegnet ved at de griper inn i framtiden. På den ene siden kommer nye begreper til, og på den andre siden utvides betydningene av eksisterende ord. Når begrepene begynner å gripe framtiden, blir kampen om å definere framtiden også en kamp om å definere begrepene. Koselleck oppsummerte disse utviklingstrekkene i de fire prosessene temporalisering, demokratisering, ideologisering og politisering. Disse prosessene setter ord på samfunnsmessige forandringer. De griper inn i anvendelsen av begrepene, og medvirker til å gi begrepene ny betydning. Begrep blir i dette perspektivet ikke statiske. Tvert imot blir begrep del av prosesser og forandringer. Kosellecks antakelse var at omformingen av språklige strukturer fulgte dette utviklingsforløpet: *at a certain point in time 1) language became more democratic and 2) politicized, at a time of 3) strong ideological dispute and 4) internal temporalization of concepts* (Sebastian og Fuentes 2006:104).¹⁶

Historiebegrepet kan trekkes fram som eksempel. Dersom begrepet historien opptrer i tekster i bestemt form entall, hevdet Koselleck at begrepet inngikk i sosiale prosesser. Et annet eksempel er begrepet demokrati.¹⁷ Koselleck brukte demokrati som eksempel på et begrep som tradisjonelt ble brukt om en bestemt styreform i antikken, men som i løpet av sadeltiden kom til å få et framtidsrettet innhold som mål for sosiale prosesser. Da oppsto det Koselleck kaller kollektivsingular. Det er ord som

¹⁶ Sitatet er fra et intervju i 2005 med Reinhart Koselleck.

¹⁷ Se også Jeppe Nevers (2011).

har «mistet» sin flertallsform (Nevers og Olsen 2007:13). Kollektivsingular er ord som opptrer i entall uten at det kan sies å ha en konkret, avgrenset eller spesifikk referanse. Dette betyr at begrepet blir del av prosesser, og gjør det mulig å uttrykke erfaring løsrevet fra personer og begivenheter. Koselleck brukte kollektivsingular som kategori for å beskrive utviklingen av begrep.

Temporalisering uttrykker et bestemt forhold mellom fortid, nåtid og framtid, varighet. Det refererer til at begrep fylles med betydning som er framtidsrettet, at de uttrykker forventninger til noe som skal inntreffe i framtiden. Dette handler om prosesser der begrep endrer seg med sikte på å forme framtiden. Temporalisering henviser til begrepenes anvendelse i forbindelse med forvaltning av tid (Ifversen 2007:95). Demokratisering refererer til at begrep spres til nye samfunnsgrupper. I begrepshistorisk optikk handler demokratisering om begrepenes utbredelse, anvendelse og i hvilken grad de utfordrer etablerte sannheter (Ifversen 2007:95). Ideologisering innebærer at begrep åpnes og blir mer anvendelig for flere interesser. Det betyr at de blir mer abstrakte og kan brukes av aktører til forskjellige ideologiske formål (Ifversen 2007:95). I følge Koselleck vil begrep som opptrer i semantiske felt i bestemt form entall, være grunnlag for å identifisere dem som selvforklarende og virksomme. Politisering tematiserer den politiske anvendelsen av begrepene. Det kan for eksempel være som politiske slagord eller i oversettelsen av teoretiske antakelser til praktiske formål (Ifversen 2007:95). Prosessen karakterisert som politisering knyttes til at begrep i økende grad blir gjenstand for uenighet og strid i forbindelse med begrepets betydning og bruk. Jordheim hevder slike prosesser handler om at begrep blir *del av legitimeringsarsenalet til alle politiske og sosiale grupper* (Jordheim 2001:137). De blir kort og godt virksomme i de deler av samfunnet der de brukes. Nyere begrep vil ha gjennomgått et slags tidsskifte i den forstand at de peker framover i tid. De ble omformet med betydninger som rommet noe som skulle inntreffe i framtiden. Koselleck hevdet at nyere begrep i økende grad vil være politiserte og preget av forventninger til framtiden. Det var denne begrepsmessige transformasjonen han viste i studien av historiebegrepet, *Geschichte* (Olsen 2007:114). Ifversen hevder at *begrebehistoriens fornemste oppgave er at afdekke de*

forskjellige lag av fortid og framtid, af erfaringer og forventninger, der er indleiret i de anvendte begreber (Ifversen 2003:21).

Kosellecks identifisering av en sadeltid refererer seg til det geografiske området Preussen i perioden 1750-1850. Dette tidsperspektivet kan overføres til andre områder. Selve ideen om en sadeltid kan betraktes som et grep for å undersøke begrepers utvikling (Leonhard 2001 og Hölscher 1999). Den praktiske nytten av Kosellecks teori om at begrep gjennomgår en sadeltid er nyttig med sikte på å identifisere en periode, for så å studere språklige endringer. Antakelsen er at jo nærmere nåtiden, jo mer komplekse vil begrep være.

2.7 Kamp om begrep

Det er grunn til å være oppmerksom på ord og begrep. Begrep kan oppfattes som mer enn ord og definisjoner. De ordner virkeligheten på bestemte måter som inkluderer noen aspekter, samtidig som de ekskluderer andre aspekter. En alternativ oppfatning om hva et begrep er, kan knyttes til bestemmelse av egenskaper, trekk eller kjennetegn. Med et slikt utgangspunkt vil siktemålet være rettet mot å definere begrepet. Kosellecks tilnærming er langt fra definatorisk. Han reserverer betegnelsen begrep til ord med komplekse betydninger og av abstrakt karakter (Ifversen 2007:90). Begrep ordner ikke bare virkelighet, de tillegges også innhold og betydning av aktører i bestemte historiske og kulturelle sammenhenger. Det kan bidra til å legge normative føringer for begrep og deres betydning.

Koselleck var opptatt av begreps tvetydighet. Dersom det råder uklarhet med hensyn til begreps betydning kan det åpne for begrepskamper. Boken *Futures Past* anvender forholdet mellom begrep som inntak til å studere politiske begrepskamper (Koselleck 2004). Begrepene blir oppfattet som viktige bastioner i all moderne politikk: *Når begreberne begynner at gribe ud i fremtiden, bliver kampen om at definere fremtiden nemlig også en kamp om at definere begreberne* (Nevers og Olsen 2007:13).

Koselleck forstår begrep og begrepsmessige skift som prosesser, utvikling, bevegelser og forandring. Han hevdet at forbindelsen mellom språk og virkelighet

kan analyseres gjennom kamp om begreper (Koselleck 2007:71). Trekk ved utviklingen i samfunnet kan undersøkes ved å undersøke hvordan begrep kommer i posisjoner eller mister posisjoner.

Begrepshistorie hevdes å ha sammenfallende trekk med Gallies *Essentially Contested Concepts* (Freeden 1996:117). Walter B. Gallie argumenterte i *Essentially Contested Concepts* for at det vil være umulig å definere begrep som i sin karakter er verdiladede (Gallie 1956). Den engelske uttryksmåten *Essentially Contested Concepts* kan på norsk oversettes til grunnleggende omstridte begrep. Slike begrep vil kunne sette ord på en situasjon eller et fenomen mange mennesker kan gjenkjenne, der det kan knytte seg varierende mening eller innhold til begrepet. Det er flere faktorer som må være tilstede for at et begrep skal kunne omtales som grunnleggende omstridt (Gallie 1956:171-172). Begrepet må ha verdimeslige aspekt som åpner for ulike vurderinger. Det må ha en kompleks karakter, og det vil kunne variere hvordan innholdet i begrepet framstilles. Ulike trekk ved begrepet vil i varierende grad kunne beskrives. Begrepet må preges av en åpenhet eller elastisitet for å kunne tilpasses endrede omstendigheter. Ulike parter som bruker begrepet vil kunne ha forskjellige syn på hvordan begrepet skal brukes eller på begrepets innhold.

Både demokrati og kunst er eksempel på grunnleggende omstridte begrep (Gallie 1956:180-182). Gallies tilnærming åpner for å diskutere ulike fortolkninger av begrep i forhold til hverandre. Hvis et begrep kan tillegges mer enn en betydning, åpnes muligheter for kamp eller konkurranse med hensyn til hva som skal være den rådende betydning (Freeden 2004). Det er grunn til å anta at begreps økende flertydighet vil bidra til begrepskamp. Oppmerksomheten må derfor rettes mot hvordan slike verdiladede begrep har blitt brukt historisk. Det vil være tilføyelser eller spesifiseringer som konstruerer asymmetriene, som leder til begrepskampene. Begrep som brukes parallelt kan også bidra til forståelse for verdimeslige konstruksjoner som leder til begrepskamper. Studien undersøker hvordan begrepsliggjøringen av den psykiatriske pasient inngår i tvetydige sammenhenger som reflekterer begrepskamper og skiftende tenkemåter i psykiatrien.

2.8 Pasientbegrep i kamp

Det er tilføyelsen psykiatrisk som konstruerer asymmetriske trekk ved pasientbegrepet. I det langsiktige (diakrone) perspektivet undersøker studien utvikling, endringer og variasjoner i begrepsliggjøringen av psykiatriens objekt. Den tar sikte på å vise hvordan begrepsliggjøring av psykiatriens objekt i økende grad preges av uenighet omkring begrep, deres betydning og bruk. Det betyr at begrepsliggjøring av dette fenomenet i økende grad formes av ulike forventninger til framtiden. Begrepsparet erfaring og forventning er et omdreiningspunkt hos Koselleck. At framtiden oppfattes som formbar, henger sammen med konstruksjonen av nye begreper. Et spørsmål knytter seg til i hvilken grad de utfordrer etablerte sannheter. Et annet spørsmål er om begrep blir mer abstrakte og derfor kan brukes til ulike ideologiske formål.

Analysen tar også sikte på å identifisere utviklingstrekk som viser at begrep brukes i entallsform uten å referere til bestemte situasjoner, altså kollektivsingular. Det betyr at begrep om den psykiatriske pasient har blitt del av prosesser som gjør det mulig å uttrykke erfaring løsrevet fra personer, tid og sted. På denne måten etableres et abstrakt nivå for kommunikasjon. Det er interessant fordi det kan oppfattes som uhåndgripelig og skape distanse. Koselleck knyttet utviklingen av bestemt entallsform til at bestemte forhold ble samlingspunkter for samfunnets erfaring av den moderne verden (Nevers 2005:34). Han understreket at dette diakrone perspektivet ikke kan stå alene (Sebastian og Fuentes 2006:100). Det må kombineres med et synkront perspektiv som undersøker andre ord og begreper som inngår i tilsvarende sammenhenger. Sammen bidrar disse to perspektivene til å synliggjøre de langsiktige forandringene i begrepsliggjøring av psykiatriens objekt, hvordan begrep inngår i konkrete situasjoner og noen ganger, i verdimeslige endringer.

Det er derfor et analytisk grep å identifisere andre ord og begrep som inngår i det semantiske feltet til begrepet den psykiatriske pasient. Nærliggende eksempler på

begrep som inngår i pasientbegrepets semantiske felt er bruker, kunde, klient eller borger. Begrepskamp er beskrevet som at *nye begrep erstatter de gamle, og nye objekter kommer til syne i de gamles sted* (Jordheim 2001:146). Studien undersøker både hvordan tidligere betydninger opprettholdes, og hvilke nye objekter som kommer til syne når begrep skifter. Det forutsettes at en undersøkelse av semantiske felt kan bidra til å belyse verdimeslige variasjoner pasientbegrepet inngår i, og gjøre det mulig å identifisere trekk ved endringsprosesser. Når noen begrep går ut av bruk og nye begrep kommer til, reflekterer dette samfunnsprosesser som handler om hva det er akseptert å si eller ikke. I dag er det politisk korrekt å lytte når noen føler seg stigmatisert eller «satt i bås». Frykten for å bruke negativt ladede snakkemåter kan tilsløre det som uttrykkes. Den begrephistoriske tilnærmingen er opptatt av om det bare er begrep som byttes ut, eller om nye begrep også åpner for andre perspektiv. Det begrephistoriske inntaket bidrar til å synliggjøre kamp og konkurranse mellom hvem som skal sette framtidens mål på begrep. Dette er en tilnærming som på den ene siden arbeider med språket som «fengsel», og på den andre siden arbeider med språket som «våpen» i forandringsprosesser.

Dette etablerer en forbindelse til Michel Foucault og diskursanalyse. Michel Foucault skrev *History of Madness* (Foucault 2010). Denne boken handler om framveksten av psykiatridiskurs. Den kommer jeg tilbake til. Forbindelsen mellom begrephistorie og diskursanalyse handler om at språket oppfattes som et nett av betydninger som styrer og avgrenser den som bruker språket sine tanker og handlinger. Når språket er et «fengsel» er det virksomt i den forstand at det avgrenser mulige forventninger. Det vil være konstruerende for de tingene som blir tatt for gitt. Derimot når språket er et «våpen» blir det virksomt i endringsprosesser. Studien av begrepsliggjøringen av den psykiatriske pasient viser hvordan historiske aktører har brukt språket for å sikre bestemte interesser. Koselleck la ikke stor vekt på å skille de to strategiene (Nevers 2005:53). Han hadde på mange måter en pragmatisk tilnærming til begrephistorisk metode.

2.9 Metodiske betraktninger

Hvilken metode eller framgangsmåte som velges i forskning vil være formet av forskerens syn på teoretiske og vitenskapsteoretiske spørsmål (Kjelstadli 2007). Det begrepshistoriske inntaket er en språklig tilnærming til studier av politikk. Begrepene kan betraktes som sosiale konstruksjoner som får mening gjennom bruk (Hacking 1999). De gjøres til agenter i historiske prosesser. Koselleck analyserte begrep individuelt og som historiske drivkrefter. *Concepts for Koselleck are epistemic entities that are not tied to individual words and their meanings, despite the fact that they can be named and identified with key words and often obtain their function as drivers of history precisely through this blatant, propagandistic identifiability* (Busse 2003:5). Denne tenkningen overføres til begrepet den psykiatriske pasient. Det forutsettes å være et begrep som bærer i seg et mangfold av betydninger og det har vært virksomt i sosiale prosesser.

Begrepshistorie og sosialhistorie har bruk for hverandre. Begrepet diskurs slik det er utviklet av Michel Foucault (1999) har inspirert studien. Foucaults diskursbegrep er tett forbundet med makt i den forstand at den som definerer en diskurs også former virkelighetsforståelse. Den som definerer psykiatridiskurs definerer en virkelighetsforståelse som begrepet den psykiatriske pasient er meningsbærende i. Dette er av betydning fordi det har legitimert praksiser som historisk har handlet om innesperring og iverksetting av ulike former for behandling. Et problemområde er forholdet mellom psykiatridiskurs og menneskers rett til å definere seg selv.

Diskurser kan oppfattes som «briller», som former både tanker, handlinger og språk (Veyne 2010:28). Et annet trekk er at diskurser kan avgrense begrepenes betydningsmuligheter (Freeden 2004). De er formende for hvilke begrep som inngår i et semantisk felt. Diskurser vil være vevd inn i for eksempel lover, reformer, bygninger, ord og normer. I undersøkelsen av pasientbegrep oppfattes psykiatri både som begrep og som diskurs. Det kan diskuteres om semantiske felt tilsvarer Foucaults diskurser. Jeg har en pragmatisk tilnærming til dette, og oppfatter semantiske felt og diskurser som å gli over i hverandre. Det argumenteres for at psykiatrisk diskurs har

vært virksom i den forstand at den formet semantiske felt, formet betydningen av begrep og forholdet mellom dem på bestemte måter. Det argumenteres også for at endringer i begrep og oppkomsten av nye begrep i det semantiske feltet har bidratt til diskursive endringer. Dette former over tid et komplekst semantisk felt.

I en av Kosellecks siste tekster, som ble publisert etter hans død, tok han opp forholdet mellom begrepsanalyse og diskursanalyse (Erichsen 2013).¹⁸ Her berører han kritikken mot begrepsanalyse og understreker at begreper ikke kan analyseres isolert. Det er i en kontekst av *motbegrep*, *over-* og *underbegrep*, *begrepsmessige tilføyelser* og *sideordnede begrep at et begrep lar seg analysere* (Koselleck 2006:101). Forskeren vil alltid måtte forholde seg til semasiologiske¹⁹ spørsmål om hvordan avgrense betydninger for et begrep, men også onomasiologiske²⁰ spørsmål der ulike begrep brukes om samme sak. På den måten formes begrepsvever og det bygges overganger til diskursanalyse. Det betyr at betydninger av pasientbegrepet vil formes av nabobegrep, over- og underordnede begrep, tilføyelser og sideordnede begrep. Begreps- og diskursanalyse *share the same historical-epistemic objectives* (Busse 2003:5). I den grad jeg bruker diskursbegrepet, brukes diskurs om de større sammenhenger psykiatrigrepet inngår i. Denne koplingen fra begrepshistorie til diskursanalyse er utviklet hos blant annet Nils Åkerstrøm Andresen. Boken *Diskursive analysestrategier* introduserer Koselleck side om side med Michel Foucault, Ernesto Laclau og Niclas Luhmann (Andersen 1999). Han fortolker begrepshistorie som en form for diskursiv analysestrategi. Koselleck brukte ikke betegnelsen analysestrategi. Han brukte forskningsstrategi om teoretiske og metodiske avklaringer (Koselleck 1996:65).

¹⁸ Koselleck (2006) *Begriffsgeschichten* Frankfurt am Main: Surkamp, referert i Erichsen (2013:321), *Conceptual Transformations in Psychiatry. The 16th International Conference of the History of Concepts. Proceedings*. Bilbao 29.-30. August 2013.

¹⁹ Semasiologi retter seg mot å beskrive enkelt ord i språket, som i en ordbok.

²⁰ Onomasiologi brukes her om å ta utgangspunkt i begrepsområder.

Når jeg lener meg på Foucault er det fordi han spurte hvordan og hvorfor menneskers oppførsel, væremåter eller atferd ble et problem. Foucault var opptatt av hvordan og hvorfor svært ulike ting i verden ble samlet, karakterisert, analysert og behandlet som mentale lidelser (Veyne 2010:171). Busse derimot hevdet at diskursanalyse ikke kan greie seg uten Kosellecks tilnærming til begrepsanalyse (Busse 2003: 5).

Avhandlingen bygger på følgende tese: de ideologiske forholdene som formet psykiatri ble utviklet i løpet av 1800-tallet, og asylet inngikk i relasjoner som begrepsliggjorde psykiatriens objekt. I dag er dette bakt inn i kompleksiteten i begrepsliggjøring av psykiatriens objekt. Det begrephistoriske inntaket er en språklig tilnærming til historiske endringer i begrepsliggjøring av psykiatriens objekt.

Avhandlingen er formet av noen metodiske betraktninger. Den begrephistoriske tilnærmingen åpner for å ha et pragmatisk forhold til kilder. Det innebærer at kilder velges ut fra hvordan de viser endringer og nyanser i begrepsliggjøring av psykiatriens objekt. For at leseren skal forstå valg av kilder er det nødvendig å understreke at det ikke er politisk historie eller en institusjons historie som er undersøkelsens tema. Det er begrep, men begrepene står i forhold til politisk historie og det psykiatriske sykehusets historie. Det er brukt kilder som åpner ordenes historie, etymologi. Andre kilder belyser epistemologiske trekk, altså hvilken kunnskap som fikk betydning på psykiatriens område. Det har vært et valg å nedtone en systematisk gjennomgang av leksikon, til fordel for å undersøke begrep i psykiatrilovgivningen. Hovedvekten er lagt på hvordan asylet og psykiatrilovgivningen har vært formende for begrepsliggjøring av psykiatriens objekt.

En forutsetning er at det er mulig å skrive historien til begrepet den psykiatriske pasient, på samme måte som historien til en institusjon eller en person. Nevers peker på en utfordring når han hevder at *begreb ikke skaber sitt eget arkiv* (Nevers 2011:24). Det får den praktiske konsekvens at undersøkelsens kildemateriale ikke er systematisk innsamlet og behandlet. Jeg har lett etter kilder der psykiatriens objekt begrepsliggjøres. Avhandlingens tekst kan dels gjenspeile mønstre som faktisk fantes, på den andre siden er det mulig at den kan tillegge fortida mønstre (Kjelstadli 2007:38). Hvilke mønstre som trer fram vil formes av de spørsmålene jeg stiller til

kildene. Det overordnede spørsmålet er hvordan psykiatriens objekt har blitt begrepsliggjort historisk.

Et tredje metodisk spørsmål som har formet arbeidet med undersøkelsen hviler på forholdet mellom begrepet og fenomenet. Jeg tenker da på forholdet mellom begrepet den psykiatriske pasient og psykiatri. En undersøkelse av begrepsliggjøring av psykiatriens objekt kommer ikke utenom diskurser begrepsbruken har vært knyttet til, altså de sammenhengene begrepsliggjøring av psykiatriens objekt har inngått i. Det er utfordrende å definere begreps kontekst (Ifversen 2007:81-103). En tilnærming kunne vært at kontekst reduseres til system og strukturer. Koselleck oppfattet kontekst som erfaring. Det er en annen måte å forholde seg til kontekst på, enn som system og strukturer. Koselleck var opptatt av hvordan erfaring blir akkumulert i begrep. Det er hva som kan sies eller skrives innenfor en gitt historisk sammenheng, og hvilken funksjon dette utsagnet måtte ha som er interessant. Når Koselleck skrev *at begrebet også er i historien, tenker han på, at begreber har betydning for det ikke-sproglige; at sproget er mer end blot et redskab til kommunikasjon og afbildning* (Nevers 2005:52). Dette former en gjensidig avhengighet mellom språk (begrep) og omverden (saksforhold). Det er ikke mulig å redusere fortellingene i avhandlingen til bare å handle om begrep eller historie. Jordheim reflekterer over det å skrive fortellinger som ligger et sted mellom språket og historien. Han framstiller det som en serie *språkløse hendinger* (Jordheim 2001:126). I den forbindelse har han oversatt Kosellecks tekst slik:

Denne konvergensen blir på ingen måte forstått som en identitet mellom begrep og historie. Den naive sirkelslutningen fra ordet til saksforholdet og tilbake igjen blir brutt. Mellom dem finnes en spenning, som snart blir opphevet, snart bryter ut igjen, og snart synes uløselig. Betydningsendring og saksendring, situasjonsveksling og tvang til å finne nye begreper korresponderer med hverandre på forskjellige måter (Jordheim 2001:127).

Det er et mål å få mer forståelse for hvordan asymmetriske trekk ved begrepsliggjøring av mennesker med psykiske lidelser formes og rekonstrueres.

Tidsaspektet må også trekkes fram i forbindelse med metodiske betraktninger. Avhandlingen strekker seg over et langt tidsrom, fra slutten av 1700-tallet og fram til våre dager. Den har en kronologisk oppbygging, formet av forfatteren. Avhandlingens deler er ikke å forstå som avgrensede tidsfaser. Det er hensiktsmessig å tenke at de glir over i hverandre. Det er mer i tråd med begrepshistorisk teori og metode (Koselleck 2004). Koselleck la empirisk hovedvekt på kilder fra det 19. århundre. Dette går også igjen hos andre studier inspirert av Koselleck.²¹ En vesentlig del av kildene som ligger til grunn for avhandlingen er fra det 19. århundre eller første del av det 20. århundre. Argumentet er at grunnlaget for å forstå våre dagers utfordringer ble lagt langt tilbake i tid.

I avhandlingen er uttrykksmåten psykiatriens objekt brukt. Dette må betraktes som et begrep konstruert av, og for forskeren. Uttrykksmåten representerer et analytisk grep. Den følger av en tenkemåte som søker etter generelle begrep og generaliserte forklaringer. Samtidig er det en måte å tenke på som ikke er forenlig med begrepshistorisk teori. Begrepshistorisk tilnærming handler om å undersøke hvordan ord og begreper har fått mening i bestemte sammenhenger. Begrepshistorie handler om å være i historien. Det er ingen grunn til å gå ut fra at ansatte, pasienter eller pårørende innen psykiatriområdet vil kjenne seg igjen i, eller slutte seg til, uttrykksmåten psykiatriens objekt. Til det er den for fjern fra der mennesker har levd sine liv. Uttrykksmåten psykiatriens objekt representerer en analytisk kategori som det empiriske materiale på ulike måter har bidratt til å fylle med innhold, og dermed gjort det mulig å vise trekk preget av både stabilitet og endring.

De metodiske valgene er gjort ut fra et perspektiv som ser den psykiatriske pasient som et begrep som kan åpnes og historiseres. Det er ikke et mål å definere begrepet, men «pakke ut» noen av dets mange betydninger.

²¹ Se for eksempel Nevers (2011) eller Mordhaus (2002).

2.10 Studiens kildemateriale

Studien bygger på skriftlige kilder. I hovedsak er dette trykte kilder, men de aller eldste kildene har dels vært håndskrevne. Det gjelder også deler av journalene. De håndskrevne kildene har vært mer krevende å lese enn trykte tekster. Utvelgelsen av tekster har vært styrt av om teksten begrepsliggjør psykiatriens objekt. Tekstene er opprinnelig skrevet for helt andre formål og i andre sammenhenger. Det er dette som gjør tekstene interessante som kilder. Språket vil derfor kunne betraktes som virksomt. Innledningsvis var tilnærmingen til valg av kilder åpen og undersøkende. Jeg ønsket og bruke et mangfold av kilder. De eldste førstehånds kildene kan dateres til tidlig på 1800-tallet.²² Så langt tilbake i tid har det også vært nyttig å bruke andres forskning. Et eksempel er Blombergs (2002) arbeid med hvordan de gale ble internert og utskilt i perioden 1550-1850 her i Norge. Det har vært mulig å finne opplysninger om hvordan dette var lokalt i Randi Kristin Strand (1997) sin hovedfagsoppgave om Reknes hospital. Prosessen omkring etablering av Opdøl asyl kommer fram i amtstingets meldinger fra tidlig 1900-tall. Senere har årsmeldingene fra Opdøl asyl og sykehus vært nyttige kilder.

Valg av tekster er gjort med sikte på en analyse av hvordan den psykiatriske pasient har blitt begrepsliggjort i dette asyl og i psykiatrilovgivningen. Det å gjøre systematiske søk i litteratur er valgt bort, til fordel for å anvende eksemplariske kilder. Det er utviklet metoder for å arbeide med store datamengder i begrephistoriske og diskursanalytiske sammenhenger (Ifversen 2009). Det er noe jeg har valgt bort.

Med utgangspunkt i andres erfaringer var jeg forberedt på at arkivene kunne by på visse utfordringer, men også muligheter (Aaslestad 2007 og Haave 2008). Jeg snakket med Per Haave om hva som kunne være aktuelt datamateriale.²³ Han bekreftet at det slett ikke er uvanlig å finne historisk materiale i søppelsekker

²² Dette gjelder beretningen til F. Holst (1828).

²³ Samtale 16.06.2010.

(Thoresen 2010). Ellen Lange hevder at det hersker en likegyldighet til psykiatriens historie hos ansvarlige instanser (Thoresen 2010). Det er ikke min hensikt å påstå at det hersker en likegyldighet i forhold til Opdøl asyl sin historie. Tvert imot, så har jeg møtt interesse og engasjement i kontakt med helseforetaket. På et generelt grunnlag er inntrykket at det er behov for å øke bevisstheten om hvordan historisk materiale blir tatt vare på.

Undersøkelsen er empirisk forankret i tekster fra arkivet til Opdøl asyl og senere psykiatrisk sykehus, samt i psykiatrilovgivningen. Dette er ulike typer tekster som for eksempel journaler, årsmeldinger og brev av ulik karakter. Disse tekstene er valgt fordi psykiatriens objekt begrepsliggjøres eller fordi de bidrar til å belyse sammenhenger denne begrepsliggjøringen inngikk i.

De skriftlige kildene bygger på lovverk og lovforarbeider, samt både norsk og internasjonal litteratur omkring temaet psykiatrichistorie. Dette er offentlig tilgjengelige kilder. Det er også noen skjønnlitterære bøker blant kildene. Dette er både eldre og nyere bøker som på ulike måter nyanserer medisinske perspektiv. Jeg har for eksempel stilt meg spørsmål om hvor godt forfatterne av skjønnlitterære bøker kjente det området de skrev om (Kjelstadli 2007:166). Vurderingen min er de hadde godt kjennskap til det de skrev om. Det er også brukt avisartikler, noe som er offentlig tilgjengelige kilder. Aviser kan være nyttige kilder for å få inntrykk av om et tema, i dette tilfellet psykiatri, har vært et politisk tema (Kjelstadli 2007:165). Avisartiklene bidrar også til å belyse utviklingstrekk ved begrepsliggjøring av psykiatriens objekt i offentlige sammenhenger.

Studien bygger i tillegg på kilder som er underlagt regler om taushetsbelagte personopplysninger. Det har vært et ønske å fortelle om historiske pasienter. Det å bruke pasientfortellinger reiser etiske problemstillinger. Helsinkideklarasjonen (2008) inneholder etiske retningslinjer som skal sikre individuelle rettigheter i forbindelse med forskning. I utgangspunktet skal journalopplysninger skjermes og ikke benyttes i denne type studier. Samtidig representerer dette et kildemateriale som kan bidra til

forståelse for sammenhenger begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient har inngått i.

Prosjekter som skal bruke helseopplysninger må ha tillatelse fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Hovedregelen ved deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning er informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke. Dette kravet er knyttet opp til etiske vurderinger som retten til selvbestemmelse, menneskeverd og personlig integritet. Innhenting av slikt samtykke ville vært vanskelig på grunn av at menneskene journalene handler om er døde. Spørsmålet har vært om kravet til samtykke er av en slik art at det må innhentes hos slektninger. Loven gir mulighet for å gjøre en interesseavveining i forhold til pasientene journalene omhandler og andre interesser. I dette tilfellet har argumentet vært at det er begrep som studeres, og at det knytter seg samfunnsinteresser av en slik karakter til psykiatrihistorie at kravet om informert samtykke fra nålevende slektninger kunne fravikes.

Både Skålevåg (2003), Aaslestad (2007), Schaanning (2007) og Haave (2008) har alle lest pasientjournaler. Deres arbeider har bidratt til å gi innsikt i viktige historiske og samfunnsmessige spørsmål på dette området. Det kan også hevdes at det reiser etiske spørsmål dersom journalmateriale ikke gjøres til gjenstand for historiske undersøkelser. Et eksempel kan være praksiser i sykehus med å lese brev til og fra pasienter. Aaslestad fant i sin gjennomgang av journaler fra Gaustad sykehus brev som ikke har blitt formidlet mellom pasient og familie, men vedlagt journalen (Aaslestad 2007:135). Dette foregikk nesten helt opp til vår egen tid.

Jeg har etter søknad til regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) hatt mulighet til å lese journaler til pasienter som er døde. Dette er et svært omfattende kildemateriale. Utvelgelsen av hvilke journaler som skulle leses og referere fra har vært gjort med utgangspunkt i et ønske om å belyse ulike tidsperioder. Utvelgelsen har også vært preget av tilfeldigheter i den forstand at det over tid har dukket opp kilder som har gjort det mulig å følge en pasient over tid. Fortellingene

om pasienter er reelle. De er anonymiserte, konkrete og spesifikke. Det er jeg som har konstruert pasientenes og eventuelle familiemedlemmers navn.

Ingen av kildene i studien utgjør et representativt utvalg. Kildene er et eksemplarisk utvalg. Målet har vært å tematisere hvordan den psykiatriske pasient har blitt begrepsliggjort historisk. Lesingen av kildene har tatt sikte på å avdekke motbegreper, i hvilke sammenhenger de har blitt brukt og hvordan de har forandret seg over tid. Hensikten har vært å belyse hvordan strukturen i asymmetriske argumentasjonsfigurer opptrer i kildene over tid.

3 Etymologi og psykiatriforskning

Kapitlet går tilbake til antikke forestillinger om den syke og middelalderens forestillinger om galskap. Det viser hvordan medisinske ideer og begreper trådte inn på galskapens område og kom i ledtog med moralske verdier. Etymologi handler om ordhistorie, og må ikke oppfattes som definisjoner av ord. Etymologiske studier bidrar til innsikt i ords historie og skiftende betydninger. I dette kapitlet skrives en bestemt måte å erfare og begrepsliggjøre galskap fram, - som sykdom gjenstand for intervensjon.

3.1 Etymologi - pasientbegrepet

Pasient betyr opprinnelig den lidende, de som tålmodig aksepterer og utholder (Ericsson 1995:23). I Norsk riksmålsordbok knyttes patient til latinske *patiens* med betydningen akk, lide (Knudsen og Sommerfelt 1983:666). I den etymologiske ordboken *Online etymology dictionary*²⁴ knyttes det engelske ordet patient til det gamle franske *pacient*. Det franske *patience*, har på latin betydningen tålmodighet

²⁴ www.etymonline.com

(Knudsen og Sommerfelt 1983:666). Pati er et annet ord for lidelse eller følelse, og kommer av latinske patos med betydning affekt og lidenskap (Guttu 2005:556). Pati og pato setter lidelse i forbindelse med lyst og nytelse, det gode og det onde, dyder som religiøst har blitt knyttet til synd og skam. I bibelen står det eksempelvis *Gled dere, jo mer dere får del i Kristi lidelser* (1. Pet. 4:4) og *Nå gleder jeg meg over mine lidelser for dere, og det som ennå mangler i kristi lidelser, utfyller jeg på min egen kropp; jeg lider for hans legeme, kirken* (Kol. 1:24).²⁵

Det engelske patient kom i bruk omkring år 1400. Det ble brukt i betydningen syk person under medisinsk behandling, men det var andre enn medisinerere (physici) som drev med det (Online etymology dictionary). Det latinske patience kom i bruk omkring år 1200. Ordet ble brukt i betydningen en som lider, og nevnes i forbindelse med død og smerte. Det greske pathos ble brukt for å uttrykke lidelse og katastrofe. Samtidig uttrykte det tilstanden følelse (emotion).

I *Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog (1903- 1906)* brukes tre varianter av begrepet lide (Falk og Torp 1991:457). Den første peker hen mot det å skride fram, bevege seg bort fra, hvordan det går med noe. I den andre er å lide et verb med betydningen taale, gjennomgå, utstaa smerte. Det refererer blant annet til å være slapp eller svak. Den tredje betydningen av å lide handler om det å stole på, sette sin lid til. Ordet å lide rommer ulike betydninger avhengig av sammenhengen det brukes i. Forbindelsen mellom lidelse og pasient bringer pasientbegrepet inn i varierende sammenhenger. Når patient brukes om en person er det gjerne i betydningen en som er under legebehandling for sykdom eller svakhet (Knudsen og Sommerfelt 1983:666). Pasientbegrepets betydning og bruk inngår i et semantisk felt sammen med ord som medisinsk behandling, lege og sykdom.

²⁵ Se www.bibel.no. Nettbibel. Lastet ned 16.01.2015

3.2 Antikke forestillinger om den syke

Greske Hippokrates regnes som legevitenskapens far. Den oldgreske legevitenskap blomstret i perioden omtrent 300 år før og etter K. f. Er det mulig å tenke seg at antikke argumentasjonsfigurer fra oldgresk legevitenskap kan leve videre i våre dager? Platon hadde noen refleksjoner²⁶ om legene og deres relasjoner til pasientene.

Det finnes to sorter leger. Den ene er god for slavene og er som oftest slave selv. Han plukker opp kunnskap gjennom erfaring, ved å observere sine mestere og være deres assistenter. Slavelegen redegjør aldri for sykdommen og lytter ikke til pasienten. Han foreskriver det han anser som nødvendig uten forklaring, som om han hadde presis kunnskap og selvtilliten til en diktator. Den frie legen behandler frie menn. Han nøyer seg ikke med å foreskrive, men går inn i samtaler med pasienten og samler inn informasjon om han og hans venner. Slik lærer han selv noe fra den syke. Med argumenter overbeviser han pasienten om hva som bør gjøres (Erichsen 2002:157).

Denne refleksjonen er avhengig av det athenske samfunnets sosiale struktur. Sitatet kan brukes for å identifisere begrepsparet slavelegen og den frie legen. Denne antikke argumentasjonsfiguren kan benyttes for å identifisere to ulike sorter pasienter. Det er den syke slaven og den syke borgeren. Sitatet viser hvordan dette begrepsparet former relasjoner mellom pasienter og leger på ulike måter.

Dr. med. Jul. Wiberg har skrevet i *Nordisk medisinsk Tidsskrift* om den oldgreske legevitenskap (Wiberg 1931: 246-255). En av de leger som trekkes fram var Rufos som levde omtrent år 100 e.t.v. (etter vår tidsregning). Wiberg har oversatt deler av den greske tekst *Om at udspørge de syge*. Jeg har valgt å referere et sitat fra denne teksten fordi den framstiller den syke enten som fornuftig eller som ikke i stand til å bruke sin fornuft.

²⁶ Finnes i Lovene 720 c-e.

Lægen maa udspørge de syge, da han derved bedst kan faa noget at vide om Sygdommen og bedre blive i stand til at behandle den. Og til at begynde med bør man rette sine Spørgsmaal til Patienten selv, da man paa den maade kan faa at vide, om og i hvilken Grad hans fornuft er lidende, og man vil tillige lære at kende hans Svækkelse og faa et Begreb om sygdommen og det lidende Sted. Naar Patienten nemlig giver sammenhengende Svar og viser god Hukommelse, fremfører rimelige Ting og ikke tager fejl hverken med Hensyn til Sproget (Taleevnen) eller det fornuftsmessige, men viser sig naturlig og – naar han ellers er velopdragen – svarer venlig og sømmeligt eller, hvis han af naturen er dristig eller frygsom, svarer frimodigt eller paa frygtsom Vis -, da maa man anse ham for i alt Fald være i Stand til at bruge sin fornuft (Wiberg 1931:248-9).

I denne teksten kommer det fram et skille knyttet til om den syke ansees å være fornuftig eller ikke. Teksten beskriver trekk ved den fornuftige syke uten at vedkommende betegnes særskilt. Karaktertrekkene naturlig, velopdragen, vennlig, sømmelig, dristig eller fryktsom beskriver den fornuftige syke. Dette kan oppfattes som positivt ladede trekk ved mennesker. I teksten oversatt av Wiberg beskrives ikke negasjonen. For å forstå mer om disse begrepene betydning kan motbegrepet beskrives som unaturlig, uhøflig, uvennlig og usømmelig. Altså negativt ladede karaktertrekk. Wiberg hevder videre at

...den oldgræske Læge søgte først at faa et Skøn over den syges aanderlige Tilstand, idet han gik ud fra den fornuftige Betragtning, at det under en Forvirringstilstand hos Patienten ikke kunde nytte noget at søge Oplysninger hos denne selv; i saa Fald maatte han søge Underretning hos den syges Omgivelser (Wiberg 1931:254).

Disse to sitatene er tatt med i den hensikt å konstruere en antikk argumentasjonsfigur. Den som var syk kunne framstilles som fornuftig og mulig å snakke med. Alternativt kunne vedkommende framstilles som vanskelig/umulig å snakke med. En grunn var at den syke ikke kunne bruke sin fornuft. Herav kan forestillingen om den syke som

fornuftig eller som ufornuftig konstrueres. Min interesse retter seg mot hvordan historiens aktører senere skal fylle denne antikke argumentasjonsfiguren med innhold.

Wiberg beskrev hvordan tyngdepunktet i den oldgreske legevitenskap flyttet seg fra det greske samfunnet til den arabiske del av verden. Wiberg har et interessant poeng når han beskriver hvordan tenkningen i legevitenskapen endret karakter. Den oldgreske legevitenskap bygde på det grunnleggende prinsipp at *Naturen helbreder Sykdommene; Araberne satte næsten overalt i Stedet Troen paa, at det er Lægemidlerne, de bevirker Helbredelse* (Wiberg 1931:269). Dette representerer to ulike innfallsvinkler til sykdom. Den første ser det slik at naturen ordner opp. Andre forestillinger hadde innebygget en dynamikk om å forandre ting i framtiden til noe bedre.

I den arabiske verden ble det bygd hospital spesielt for gale (Foucault 2009:117). Spania var styrt fra Bagdad en periode før år 1000. Den arabisk-mauriske legevitenskap hadde hovedsete i Cordoba i Spania (Wiberg 1931: 264-269). Det foregikk medisinsk undervisning i Sevilla, Murcia, Toledo og Zaragoza. De første europeiske asylene for gale så dagens lys i Spania. Fra siste del av middelalderen hevder Foucault at en slags medisinsk humanisme kom til å prege handteringen av gale (Foucault 2009:116).

3.3 Psykiatriforskning

Den franske filosofen Michel Foucault publiserte *History of Madness* (2009) i 1961. Bokens norske tittel er *Galskapens historie*. Den tematiserer hvordan det medisinske fagområdet fikk stadig høyere status i samfunnet fra anslagsvis slutten av 1700-tallet og framover. Myndighetene og medisinerne fikk økt interesse for de såkalte gale, eller sindsforvirrede individer. De hadde tidligere hatt en posisjon som hoffnaffer og i skuespill. Galskap var noe som kunne ramme alle og var en del av samfunnet. Opplysningstiden medførte endringer i synet på mennesker som ble omtalt som fattige, tiggere, late og gale. De ble underlagt moralske krav om å forbedre seg blant

annet gjennom arbeid. Galskap vokste fram som sosialt problem. I arbeidet med avhandlingen har jeg hatt nytte av å lene meg på noen av Foucaults tekster.

History of Madness er en framstilling av galskapens historie og framveksten av psykiatri (Foucault 2009). Den tematiserer overgangen fra at middelalderens gale inngikk som del av samfunnet, til fornuftens tenkemåter og begrepsliggjøring av sykdom. Foucault bidro til å ramme inn, og sette begrep inn i sammenhenger der humanisering, forstått som medisinens framvekst, kan ses som en strategisk måte å bruke makt på (Foucault 2009). Foucault tematiserte også hvordan diskurser kan ses som sosiale praksiser. *Practices that systematically form the objects of which they speak* (Foucault 1972:49).

History of Madness handler bare tilsynelatende om kunnskapsobjekter som galskap (Veyne 2010). Veyne hevder at Foucault skrev om praksisene som formet fenomenet den psykiatriske pasient. Begrep både former praksiser og formes av praksiser. Inspirert av Foucault kan denne studien plasseres i en vitenskapsteoretisk tradisjon som ser etter tilfeldigheter som kan bidra til forståelse, og ikke årsakssammenhenger (Kendall og Wickham 1999). Foucault inspirerer til å se dynamiske og gjensidige relasjoner mellom ord og ting. I dette tilfellet asyl/sykehuset og pasientbegrep. Den kanadiske filosofen Ian Hacking hevder også at mentale lidelser er en kategori formet av de som har definatorisk makt (Hacking 1999 og 2007).

Et vendepunkt i utvikling av vitenskap og forskning har blitt ført tilbake til siste del av 1700-tallet og den franske revolusjon (Foucault 2009, Goldstein 2001, Maurseth 2005). Dette var en tid der vitenskap og teknologi åpnet nye muligheter. Samfunnsmessig utvikling ble drevet av oppfatninger om at framtidens muligheter ikke hadde noen grenser. Som del av disse prosessene vokste det gradvis fram et psykiatrisk felt. Det er hvordan objektet for dette psykiatriske feltet har blitt satt på begrep som er avhandlingens tema. Samfunnets forestillinger om fornuft har vært formende på dette området. Filosofen Kant skrev i 1784 at *Reason know no bounds for its designs* (Kant 1991:42). Hvordan har forestillinger om menneskers fornuft siden formet begrep og begreps betydninger innenfor psykiatriens område?

Dette inngår i politisk historie og i framvekst av offentlige ordninger og ansvar. Omkring 1800-tallet ble vitenskap og forskning på mennesker og menneskers aktivitet tydeligere. En av flere vitenskaper som rettet seg mot mennesker var psykiatri, *the medical study and treatment of the disorders of the mind* (Goldstein 2001:1). Begrepet psykiatri ble brukt i Tyskland omkring 1808, og noe senere i Frankrike (Goldstein 2001:6). Historisk involverer begrepet psykiatri forhold som framvekst av en særlig kunnskap, en profesjon, politiske beslutninger og statlige ordninger. Psykiatri kan knyttes til samfunnsprosesser karakterisert ved profesjonalisering, byråkratisering og spesialisering. Begrepet psykiatri kan forstås som et sett av kategorier. De var uttrykk for bestemte måter å se og ordne samfunnsmessige forhold. Denne tenkningen var virksom i den forstand at den todelte pasientbegrepet i begrepsparet den somatiske pasient og den psykiatriske pasient. Begrepsparet reflekterer hvordan historiens aktører todelte pasientbegrepet.

Foucault kritiseres i boka *Console and classify* (Goldstein 2001). Det hevdes at Foucault nedtonet historiske aktører og bidro til å framheve - *a faceless and ubiquitous «power», working to satisfy abstract, systematic requirements* (Goldstein 2001:4). Tilsvarende synspunkt kan finnes i boken *Historische Diskursanalysen* (Eder 2006). Rudiger Graf identifiserer to problemer med Foucaults diskursanalyse (Eder 2006). Hans ene innsigelse er knyttet til aktørproblematikk. Mangel på subjekter som viser fram og bærer diskursen hevdes å være en utfordring. I mange av kildene denne avhandlingen bygger på er aktørene tydelige, enten som enkeltpersoner eller som representanter for grupper i samfunnet. Et interessant utviklingstrekk i studien er å følge hvordan den tydelige aktør omformes over tid. Foucault har blitt kritisert for å skrive om makt på måter der aktører ikke blir tydelige. Goldstein derimot løfter fram psykiatriens aktører.

Graf sin andre innvending mot Foucault knyttes til avgrensning av diskursens grenser (Eder 2006). Det kan være en utfordring å avgrense diskursbegrepet generelt, og psykiatridiskurs spesielt. Det er mer enn 50 år siden Thomas Szasz hevdet at begrepet mental sykdom og mentale lidelser var en myte (Szasz 1974). Han bidro til å rette oppmerksomheten mot at såkalt moderne medisinsk behandling på dette området

alternativt kunne betraktes som brutal psykiatrisk kontroll og tvang. I det ligger en oppfatning om at psykiatri representerer en struktur bygd på undertrykkelse. Et slikt perspektiv vil forme semantiske felt på andre måter.

Den amerikanske journalisten Robert Whitaker har skrevet *Mad in America* (2002). Denne boken tar for seg utviklingen på området vi i dag snakker om som psykiatri i de siste tre hundre årene. Whitakers framstilling av utviklingen innen psykiatri i Europa har sammenfallende trekk med Foucault og Goldstein. Derimot går han mer inn på utviklingen på dette området i det amerikanske samfunnet. Boken har vært nyttig i det at den utdypet framveksten av og tenkningen om det som ble omtalt som moral treatment. Den har også bidratt til innsikt i drivkrefter som har formet medisinske perspektiv. Jeg vil gå nærmere inn i bidrag fra denne litteraturen med sikte på å utvikle forståelse for formingen av semantiske felt.

3.4 Bestandig og naturgitt asymmetri

Forestillingen om fornuft var en del av sykdomsbegrepet i antikken. *History of Madness* (Foucault 2009) handler om hvordan denne antikke argumentasjonsfiguren kom til å leve videre og gjenoppstå i andre sammenhenger. I introduksjonen til *History of Madness* hevdes det at boka ikke bare handler om begrepsliggjøringen av galskap, men like mye om rasjonalitetens historie (Khalifa i Foucault 2009:xxv). Den tyske sosiologen Norbert Elias var opptatt av sivilisasjonens framvekst i Europa (Elias 1969). Han hevdet at lokal samhandling mellom mennesker var grunnlaget for utvikling av institusjoner, kulturer og samfunn. Elias skrev om hvordan staters rett til vold og skattlegging kom til gjennom lange og komplekse prosesser. Han hevdet at selvbeherskelse og affektkontroll var dyder som utviklet seg over mange hundre år parallelt med samfunnsutviklingen, og at en siviliserings- og individualiseringsprosess gikk parallelt med statsdannelsesprosessen ved overgangen fra føydalsamfunnet til en kapitalistisk samfunnsordning (Elias 1969).²⁷ Slike dyder

²⁷ Se f eks Norbert Elias *The Civilizing Process* (1969) Vol.1 og 2.

kom til å få implikasjoner for forståelsen av galskap i den forstand at de bidro til å forme et moralsk blikk (Foucault 2009:475). Bagge hevder at forskjellene

fra middelalderen og til i dag ikke først og fremst handler om en entydig utvikling fra spontanitet og driftsutfoldelse til selvstendighet og målrettet atferd. Selv om middelalderens mennesker på en rekke måter var annerledes enn vi er, dreier forskjellen seg neppe først og fremst om grunnleggende psykisk utrustning. Vel så viktig er forskjellen i samfunnsstruktur og, i sammenheng med den, forskjellen i normer (Bagge 1998:231).

Jeg vil gå nærmere inn på noen språklige utviklingstrekk i overgangen fra middelalder til modernitet. Dette er en tid da betegnelser som galskap og sykdom kom i forbindelse med hverandre. Foucault argumenterte for at

We need to start further back in history, and examine the character of the madman before the seventeenth century. There is a tendency to believe that the mad were individuated as a result of a process of medical humanitarianism, as if the figure of their individuality was never anything other than pathological. In fact, in the Middle Ages, long before the medical status that came with positivism, the mad had already acquired a sort of personal density, although perhaps more as a character type than pathological case (Foucault 2009:116).

Foucault framstiller galskap i middelalderen som et naturlig, muligens beundret, åndelig fenomen. Det var noe som i liten grad ble forbundet med sykdom. Den engelske betegnelsen madness ble tatt i bruk omkring år 1400 (Online etymology dictionary²⁸). Da i betydningen irrasjonell oppførsel. Madness kan deles i mad og ness. Mad avløste adjektivet wood, som ble brukt for å betegne en voldelig, vanvittig person. Wood ble brukt i betydning utblåsning og overnaturlig. Wood er et ord som ikke brukes med denne betydningen mer. Det kan knyttes til det norrøne Odin. Mad avløste også gemæde, som betegnet «out of one's mind». Dette involverte

²⁸ www.etymonline.com

betydningen voldelig (violent). Ness forbindes med foolishness. Foolish knyttes til det gamle tyske ordet gimeit. Det betegnet egenskaper som dum, skrytende, forgiveves.

Betegnelsen fattig kan bidra til å belyse hvordan måter å karakterisere folk kunne virke. I en tekst fra 1693 konstrueres et skille mellom *the good and bad poor, those of Christ and those of Devil* (Foucault 2009:59). Den gode fattige aksepterte autoritetene. Vedkommende ble begrepsliggjort slik: *patient, humble, modest, content with their station and the assistance that the Bureau gives them, and thanking God for his providence. The Devil's poor by contrast complained about the General Hospital, and the constraints that it imposed upon them.* De menneskene som ble betegnet som dårlige fattige ble begrepsliggjort slik: *Enemies of good order, lazy, deceitful, lascivious and given over to drink, they speak no language other than of the devil their father, and curse the Bureau's teachers and directors* (Foucault 2009:59). Det er ikke bare begrepsparet fattig og rik som former forestillingen om fattige. Det tegnes et verdiladet bilde av fattige, som spesifiseres som gode eller dårlige fattige. Det gir begrepet fattig et verdiladet innhold. Moralske forhold var formende for skillet god og dårlig fattig. Dette er en begrepsliggjøring som har asymmetriske trekk fordi den konstruerer skiller mellom mennesker. Denne asymmetriske relasjonen var i liten grad preget av at de fattige var objekt for kunnskap, syke eller gjenstand for medfølelse. Fattige ble handtert som moralske subjekt.

the madman was considered in a different fashion during the Renaissance, and grouped together in something resembling a new specific unity, isolated by a practice that was no doubt ambiguous as it isolated him from the world without exactly granting him a medical status. The mad became the objects of a particular form of solitude and hospitality, reserved for them alone and none other in that it advanced quite rapidly along a path that led to a recognition of the madman, and hence to the scientific knowledge that might emerge therefrom, but quite the opposite. The seventh century began to distinguish them less clearly, and reabsorbed them instead into an undifferentiated mass (Foucault 2009:118).

En form for madness ble på 1500-tallet betegnet som lycanthropy (Online etymology dictionary²⁹). Den som var rammet ble oppfattet som påvirket av ulver. Ordet har forbindelser til det greske språk, lycanthropos. I det engelske språket, wolf-man. Dette er eksempel på et ord der forestillingen om animalitet kommer til uttrykk. Forestillinger om animalitet var formende i hospitalene i Frankrike under perioden omtalt som *Den store innesperringen. De som ble lenket til cellemurene var ikke lenger mennesker som hadde tapt sin forstand, men dyr som var blitt bytte for et naturlig vanvidd* (Foucault 2006:73). Lenker, jerngitter, bur, låser, skodder og brutalitet preget regimet gjennom renessansen. Den rådende oppfatning var at den gale ikke var syk. På denne tiden var galskap mindre enn noen gang knyttet til sykdom og medisin.

I en annen forestilling fra 1600- og 1700-tallet oppfattes den gale som en som tok feil. En som måtte vises den rette vei. Galskap ble forstått som ikke fornuft, ufornuft, altså fornuftens negasjon (Foucault 2006:100). Handtering av galskap på 1700-tallet handlet om irettesettelse og opplæring. Dette var en tilnærming som kan analyseres med utgangspunkt i Kosellecks typologi om hedninger og kristne. Det ufornuftige kunne i framtiden ventes å bukke under til fordel for fornuften. Hospitalet framsto ikke bare som tilfluktssted for dem som ikke kunne arbeide på grunn av alderdom, sykdom eller invaliditet. I tillegg hadde hospitalet karakter av å være en moralsk institusjon (Foucault 2006:63). Hospitalet bringes på denne måten inn i tvetydige sammenhenger. *I perioder med full sysselsetting og høye lønninger sørger interneringen for at det eksisterer et potensial av billig arbeidskraft, og i perioder med arbeidsløshet reabsorberer den de ledige og beskytter samfunnet mot uro og opprør* (Foucault 2006:57).

Galskap ble gradvis del av sosial unyttighet, og kom inn i det samme landskapet som fattigdom og arbeidsudyktighet. Galskap ble oppfattet både som sosialt problem og

²⁹ www.etymonline.com

som moralsk forkastelig fenomen. Innesperring av gale i de tidligere husene for spedalske ble løsningen. Det kom på plass en praksis som skilte folk i grupper. I kontrast til tidligere framstillinger av galskap som lyder, sang og uforståelig tale, har Foucault beskrevet disse interneringsanstaltene som preget av stillhet (Foucault 2009:495). Det ble mulig å argumentere for og praktisere at såkalte gale mennesker kunne stenges inne i disse interneringsanstaltene. Dette er viktig i den forstand at det representerte et grunnlag for etablering av asylene, og forholdet mellom asylene og begrepene.

Kirken og religionens perspektiv på galskap i renessansen bidro til å identifisere skyld, sanksjon og straff (Foucault 2009:255). På den ene siden var den gale forblindet, villfarene og slik å forstå som uskyldig. På den andre siden var galskap en naturlig straff for et moralsk onde (Foucault 2006:138). *Bruken av sanksjon overfor den gale trakk et skille mellom den kroppslige og den sjelelige terapi. En rent psykologisk medisin ble først mulig den dagen da galskapen ble plassert innenfor skyldens område* (Foucault 2006:158).

The distinction between the physical and the moral only became a practical concept in the medicine of minds when the problematic of madness were displaced towards the interrogation of a responsible subject (Foucault 2009:325). I siste del av 1700-tallet kom ideen om en kur eller behandling til. Siden har den blitt fylt med innhold på mange og varierte måter. Den var på denne tiden *organised around the idea of punishment* (Foucault 2009:325).

Innledningsvis trakk jeg tråder tilbake til antikken og hvordan en asymmetrisk argumentasjonsfigur tok form. I begrepsliggjøringen av galskap gled oppfatninger om moral, økonomi, sosiale forhold, mystikk og religion inn og ut. Det var variasjoner omkring mystikk og animalitet som preget både forestillinger og språk. Et annet formende trekk var rollen de såkalt unyttige hadde i samfunnet. Denne karakteristikken var blant annet formet av behovet for arbeidskraft. Forestillinger om sykdom var i mindre grad formende. Dette kom imidlertid til å endres. Mot slutten av 1700-tallet og første halvdel av 1800-tallet hevdet Foucault at psykologisk medisin

ble mulig gjort i form av ideen om at noe var feil, det representerte ikke bare variasjon. *A purely psychological medicine was only made possible when madness was alienated into guilt* (Foucault 2009:326). Denne ideen om at noe var feil, sammen med forestillingen om at feil kan rettes opp dannet kontekst for både pedagogiske tiltak, straff og en mengde kurer. Dette var en vending som kan analyseres som en asymmetrisk forskyvning: Fra den bestandige og naturgitte asymmetri, og mer i retning av temporalt formet asymmetri som muliggjorde intervensjon. Fra at galskap var bestandig og naturgitt, til å bli forstått som en form for sykdom som kunne kureres gjennom intervensjon. Før denne asymmetriske endringen utdypes mer, undersøkes noen av de eldre norske betegnelsene omkring galskap og deres betydning.

3.5 Galskap i Norge

I Norge er praksisen med å stenge inne og uskadeliggjøre rasende svært gammel (Blomberg 2002:64). Rasende ble brukt for å begrepsliggjøre galskap. Fra middelalderen er myrkvastofa kjent som et sted der rasende kunne bli holdt i fangenskap. I norsk språk var galne, galinn og vandvittig parallelle begrep til det engelske mad. Galinn ble brukt i betydning fortryllet, afsindig, rasende og rammet av sykdom (Falk og Torp 1991:212). I ordboken knyttes galinn til å lage lyder og sang. Galinn ble brukt i betydningen å synge trylleformularer (uforståelig, overnaturlig tale), kunne påhekse folk vanvidd. Sjæl ble ikke brukt i gamle hedensk dikt, men knyttes til kristelige snakkemåter.

Den nærmeste foranledning til at forestillingen om en sjæl oppstod, var døden i det man forklarede sig livsfænomenernes ophør derigjennom at noget med legemet forbundet havde forlat det. (...) I overensstemmelse hermed stilledes sjælen snart i modsætning til legemet, snart anvendtes begge forbundne om det hele mennesket (Falk og Torp 1991:702).

Praksisen med gradvis sosial utskilling av gale antas å ha tatt til omkring midten av 1500-tallet (Blomberg 2002). Kildesituasjonen gjør det vanskelig å si akkurat

hvordan dette var. En eller annen gang på 1500-tallet begynte ordningen med daarekister. Daare refererer til *åndelig sløvhed, person som er til spot, en som er dvask eller døs* (Falk og Torp 1991:96). Kiste er lånt fra latinske cista som betyr skrin (Falk og Torp 1991:364). Daarekiste ble brukt i betydningen galehus eller fengsel (Falk og Torp 1991:96). Det var et eller to rom i en arrestkjeller hvor uregjerlige folk kunne anbringes (Ericsson 1974:25). Det var de som skapte problem og ble ansett som farlige som ble sperret inne. Det er viktig å understreke at kildene forteller i første rekke historien til de fattige gale. Antakelig var det en relativt stor del av denne såkalte overskuddsbefolkningen som ikke ble ansett som farlig, og de fikk være i fred med sin elendighet. Galskapen i høyere sosiale lag er lite kjent (Blomberg 2002:49). Det er grunn til å tro at den ikke ble et offentlig anliggende, men handtert innen familien. Overklassen sendte sine syke til utlandet (Søbye 2010:331).

Galskap som sosialt og kulturelt fenomen omfattet ikke så mange mennesker i Norge på 1500-tallet (Blomberg 2002:35). Det er muligens på denne tiden at forestillingen om at en gruppe i befolkningen kunne representere et sosialt problem begynner å få feste. Den formes delvis av fattigdomsproblematikk, men også av om folk ble ansett som å være farlige. Hva slags samfunn var Norge i middelalderen? Bagge (1998) skriver i *Mennesket i middelalderens Norge. Tanker, tro og holdninger 1000-1300* om samfunnsmessige forandringer på flere områder i tiden før galskap ble et offentlig anliggende. Dette var en periode der normer og holdninger gjennomgikk endringer. Kirkens normer for god livsførsel tok over for middelalderens normer. Det å ha selvkontroll trekkes fram som felles ideal, men selvkontroll på ulike måter. Middelalderens mann måtte være med på drikkegildet, men ha selvkontroll slik at han gikk ut for å kaste opp. Kirkens mann viste selvkontroll ved ikke å nyte alkohol. Middelalderens mann ble verdsatt for å vise lidenskap, mens kirkens mann ble verdsatt for og «holde fasaden». Normene endret seg også på områder som renslighet og spisevaner. Det kom til en annen type normer, og handlinger kom til å bygge på andre former for rasjonalitet (Bagge 1998:231). *Skillet er blitt klarere mellom den offentlige sfære hvor man er rasjonell, tenker langsiktig og strategisk, og har et upersonlig forhold til andre mennesker, og den private, hvor følelsene har sin plass* (Bagge 1998:232). Andre trekk ved middelaldersamfunnets struktur kan knyttes til

kongemakt. På dette området skjedde endringer fra at flere konger/høvdinge hadde regjert, til etablering av kongemakt som institusjon. Dette la grunnlag for en annen form for hierarkisk samfunnsstruktur. Dette var *et skritt i retning av en samfunnsordning vi betrakter som selvfølgelig* (Bagge 1998:202). I denne prosessen ble individet mer synlig både i moralsk og juridisk forstand. I *Håkon Håkonssons saga* heter det at Håkon var vennlig mot de fattige og trengende (Bagge 1998:199). Han regjerte omkring år 1300. Et annet interessant trekk ved det norske hoffet på denne tiden var at uregjerlige og krangleverne krigere skulle forandres til lydige og siviliserte hoffmenn. Midlene var regler som understreket verdsette dyder og regler som tydeliggjorde forskjellene mellom aristokrati og resten av befolkningen (Bagge 1998:187). Det å være ydmyk var nok ikke et ideal i det gamle høvdingeregimet. Med framvekst av konge- og kirkemakt ble ydmykhet et ideal, og for befolkningen antakelig flere å være ydmyke overfor. Snakkemåten om den nyttige befolkning kommer til syne i lys av kongemakten. Kristendommen førte også med seg bøkene, og kunnskapen om å skrive og lese. Dette var nytt, og kan oppfattes som at en ny form for ekspertise kom til å prege samfunnet. Denne ekspertisen hadde makt i den forstand at den begrepsliggjorde mennesker og fenomenet i samfunnet. Dette er interessante forandringer med tanke på hva som skal komme noen hundre år senere.

Hovedfagsoppgaven *Organisering av omsorg for spedalske under eneveldet. Reknes hospital 1708-1794* (Strand 1997) viser at det i tilknytning til Reknes hospital for spedalske ble bygget et lite tilbygg for å huse ei kvinne. En mann fikk betaling for å holde vakt over henne.

Effter medfølgende Velbaarne Herr Amtmand Mustis ordre af 30 augusti 1719, paa min givvede andsøgning til hannem, No 6, belagende at andtage og betale Tømmermænd til at opbygge Et lidet Huus ved Hospitalit, til det svage Rasende Menniske udi Hospitalit, Nefnlig I L, samt og at betale Jonas for hand holdet

*vagt over hende – Til samme lidet Huus at opbygge, har jeg andtaget tvende
Tømmermænd (...).*³⁰

Dette er interessant på to måter: Det viser at allerede i 1719 ble det bygd et eget hus i tilknytning til et hospital i den hensikt å huse en kvinne som ble betegnet som rasende. Dette foregikk i Molde, og knytter derfor an til sykehushistorien i dette området hvor Opdøl asyl ble bygd omtrent 100 år senere.

I *Ordbog over det ældre danske sprog (1300-1700)* brukes *rasen* (de) om det å være vild og afsindig (Kalkar 1976:556). *Rasenhed* var det samme som *raselse*: *herren skal slaa deg med rasindehed oc blindhed oc sindsløshed* (Kalkar 1976:556). Sitatet over om Reknes hospital sannsynliggjør at allerede tidlig på 1700-tallet kunne svage og rasende bli sperret inne i tilknytning til et hospital, ikke et fengsel eller en arrest. *Dette var relativt tidleg i høve til andre hospital* (Strand 1997:175). Det var først noen år senere følgende kongelige påbud om etablering av særlige ordninger for vandvittige og forstyrrede kom:

I et reskript³¹ til stiftsbefalingsmennene og biskopene i Norge av 14. juli 1736 heter det at *kongen har fornummet, at det findes saa beqemme værelser, hvori fattige folk, som av vandvittighet og sindets forstyrrelse blive hjemsogte kunne innsettes og forvares* (Ot.prop.nr 69 1959-60:8 eller Ericsson 1974:25). Dette var forløperen til dårekistene, kurkamrene eller tronka som de ble betegnet. I sitatet over nevnes fattige som er forstyrret på sinnet. Fattig kan betraktes som supplerende begrep til både folk og galne. Hvilken mening hadde slike kategorier? En mulighet er at det handlet om evnen til å betale for seg, men det kunne også ha handlet om ivaretagelse av offentlig ro og orden. Var det slik at fattige gale ble forbundet med det å være uhandterlig, og

³⁰ Romsdals amt. Reknes hospital. Protokoll 1. Regnskap 1714-22. Se 1719-regnskapet, brev av 30.8.1719. Tilgjengelig Statsarkivet Trondheim. Se også Strand (1997:75).

³¹ Et reskript er en skriftlig kongelig befaling fra dansk-norsk enevoldstid. Det er et skriftlig offentlig dokument som kan inneholde regler og retningslinjer. Se for eksempel <http://www.jus.uio.no/iior/forskning/publikasjoner/skriftserien/dokumenter/nr-3-2013-selberg.pdf> Lastet ned 13.07.2014

at de skapte uorden og representerte problem for samfunnet? En refleksjon kan være at dette først ble et problem når fenomenet ble synlig.

Det finnes en rekke varianter av ordet galn (Kalkar 1881-1907:5). Det å være galhjærnet ble brukt om afsindig. Galpande ble brukt om et vredaktig menneske. Galenskap var det samme som galenhet. Drukkenskap var selvvillig galenskap. Gælne var å gjøre afsindig, komme i raseri. Dette viser variasjoner i semantiske felt omkring fenomenet galskap.

Galskap beskrives som å være afsindig, vanvittig og rasende. Dette kan vi kanskje forstå i dag som å bli oppfattet som annerledes og uhandlerlig, noe det var vanskelig å forstå. Den før nevnte lov fra 1736 overførte ansvaret for fattige fra rettsvesenet til fattigvesenet (Blomberg 2002:65). Ordningen med fattigmanntall innebar klassifisering av mennesker. I dette fattigmanntallet skulle det oppføres hvem som var såkalt blinde, dumme og vanvittige (Blomberg 2002:69). Muligens var dette den første registreringen av gale. I løpet av første halvdel av 1800-tallet begynte oppfatningen om at fattige gale var ei gruppe som krevde særtiltak å feste seg. Dermed ble bruksområdet for dårekistene utvidet. For eksempel ble Trondhjems hospital utvidet med ei dårekiste (Grankvist 1982:198). *Den 1. juli 1776 ble det lille kurkammeret tatt i bruk til det formål det egentlig var bestemt for. (...)Det er ikke til å undres over at dette rommet ble kalt «Tronka» i betydningen innelukke eller klemme* (Grankvist 1982:209). I årene som kom ble det bygd dollhus. Dette var en ny betegnelse som hadde i seg mye av den samme betydningen som dårekiste, men som også representerte noe nytt. I etymologisk ordbok framstilles dollhus som galehus (Falk og Torp 1991:106). De var større enn dårekistene og hadde plass til flere personer.

I 1736 ble ordningen med tvungen konfirmasjon etablert ved lov i Norge.³² Ordningen med konfirmasjonstvang kan oppfattes som eksempel på kirkens betydning. Uten å være konfirmert ble en person ikke ansett å være et voksent og

³² Store norske leksikon. Søkeord konfirmasjon og 1736. Lastet ned 14.12.2014

myndig menneske. Den som ikke møtte til konfirmasjon innen fylte 19 år kunne straffes med tukthus eller gapestokk. Konfirmasjon fungerte som en slags samfunnsmessig utskillingsmekanisme på den måten at såkalt ufornuftige ikke var i stand til å konfirmeres.

Tukthuset var en ordning som skulle skille de verdige fra de uverdige trengende. Det skulle beskytte de knappe midlene som var tiltenkt de såkalt rette fattige ved å skremme og tukte de uverdige fattige. Den naturgitte og bestandige asymmetri var også i Norge formende. Det å være fattig eller galin/rasende ble ansett som å være naturgitte og varige tilstander, og dette rettferdiggjorde inngrep overfor de som ble betegnet som galne. Tidlig på 1700-tallet hadde ikke forestillingen om at galskap var noe som kunne endres festet seg. De ordningene som var, tok sikte på å handtere galskap og fattigdom som del av livets problemer, ikke forandre dette. Et asymmetrisk trekk kom til uttrykk i betegnelsene verdig fattig og uverdig fattig. Denne argumentasjonsfiguren ble brukt for å bestemme hvem som skulle får del i offentlige bidrag. Både dårekister, dollhus, tukthus og arrester fungerte sammen i innesperringen av folk. Spindehus var beslektede ordninger med røtter tilbake til bekjempelsen av betleriet (Ericsson 1974:26).³³ Det kan altså identifiseres forbindelser mellom nedsettende betegnelser på mennesker og praksisen med å sperre folk inne også i Norge.

I mange av kildene omkring år 1800 var prester premissleggere. Biskop Johan Nordal Brun holdt en tale i Bergen i 1781, der han karakteriserte dårekista som et sted der *fornuften slukkes som et lys og aldri tennes mer* (Blomberg 2002:84). Han gav uttrykk for tanken om galskap som en potensielt foranderlig tilstand (Blomberg 2002:83). Brun snakket galskap inn i sammenhenger der miljøet ble tillagt kurativ betydning. Han hevdet at de materielle forholdene i dollhus og dårekister måtte bedres.

³³ Betleri var en form for organisert tigging (Ericsson 1974:27).

Biskop Brun begrepsliggjorde en ny gruppe mennesker, de fattige vankelmodige. Det betegnet melankolske (deprimerte) og suicidale som ikke klarte seg selv. Karin Johannisson (2010) har i *Melankolske rom* undersøkt melankoliens historiske former. Hun framstiller det melankolske som benevnelsen på en følelse og en sinnstilstand (Johannisson 2010:11). Hennes utgangspunkt er at melankolien alltid har eksistert, men under ulike navn og uttrykk og med varierende kulturell status. Den melankolske kan oppfattes som noe annet enn den farlig gale. Den norske biskopen Johan Nordal Brun begrepsliggjorde det melankolske fenomenet som vankelmodig og gav det en ytterligere tilføyelse gjennom fattigdomsbegrepet. Ved overgangen til 1800-tallet var en rekke kirkelige og statlige institusjoner på plass i Norge. Det var også forestillingen om at galskap var noe som angikk disse organisasjonene.

3.6 Asymmetri omformes

Det er store variasjoner i hvordan galskap ble begrepsliggjort før 1800-tallet. Et utviklingstrekk er at galskap ble forstått som bestandig og naturgitt fenomen. Gal hadde den semantiske funksjon at menneskeheten ble redusert til to naturlige arter, som gjensidig utelukket hverandre. Asymmetriske trekk viser seg ved at betegnelser preges av nedsettende betydninger og manglende anerkjennelse av motparten. Den gale ble bestemt negativt og forble gal. Dette kom til å endres i retning av det som Koselleck betegnet som temporær asymmetri. Temporær asymmetri handler om at asymmetriske trekk betraktes som å være av avgrenset varighet. Dette var et asymmetrisk skifte, og helt avgjørende for historiens videre forløp. Med utsiktene til å kunne forandre disse asymmetriske trekkene i framtiden bringes dynamiske element inn. Dette falt i tid sammen med perioden omtalt som opplysningstiden. Denne perioden kan tidfestes til 1700-tallet og Frankrike.

I denne perioden utfordret fornuft, vitenskap og framskritt religiøse og føydale systemer. Opplysningstid forbindes med begrep som fornuft og lys, sannhet og lov, og skjønnhet og orden. Denis Diderot var en av de viktigste bidragsyterne til opplysningstidens diskusjoner (Maurseth 2005). Sammen med d'Alembert redigerte

han den store franske *Encyklopedien*, en kritisk ordbok over vitenskap, kunst og håndverk. Redaktørenes målsetting var intet mindre enn å endre den alminnelige måten å tenke på (Maurseth 2005). Ordboken ble innledet med et kunnskapstre med tre hovedgrener som representerte henholdsvis erindring, imaginasjon (kreativ fantasi) og fornuft. Ulike vitenskaper ble så plassert i henhold til disse. I samtiden ble encyklopedien oppfattet som undergravende av og for kirken, men også for den bestående samfunnsorden. I sitt forfatterskap trakk Diderot fram både skandaløse og ubehagelige tema som hans samtid unngikk å skrive om (Maurseth 2005).

Rameau's Nephew er en eksemplarisk tekst.³⁴ Fortellingen handler om nevøen som klovn og som gal.

Det var slik naturen skapte meg og slik den slengte meg bort til de andre nikkedukkene, noen med digre, sammensunkne maver, med kort hals og store utstående, apoplektiske øyne; andre med skjeve halsar; der var også noen tørre imellom, med livlige øyne og krum nese; alle holdt de på å le seg fordervet da de så meg, og selv satte jeg hendene i siden og holdt på å le meg fordervet da jeg fikk se dem; for dårer og galninger har moro med hverandre; de tiltrekker hverandre, de søker hverandres selskap (Diderot 1994:112).

Som klovn var denne figuren morsom. Som gal ble han et problem som samfunnet måtte hankses med. Forestillingen om gal ble forbundet med forestillingen om fornuft. Forestillingen om fornuft endret karakter og begynte å søke en egen natur (Foucault 2009:346). Dette innebar en bestemt relasjon mellom den gale og samfunnet, som blant annet innebar at gale kunne stenges inne. I Diderots tekst kan jeg ikke se at gal på noen måte forbindes med sykdom, men teksten eksemplifiserer at forestillingen om galskap ble omformet. Ufornuft og fornuft trådte gradvis inn på vitenskapens område. I denne perioden ble ideer som frihet, likhet, toleranse og framskritt lansert. Naturvitenskap ble et ideal. *Man skulle ikke lenger tro, men vite, og hva man ikke visste skulle man søke og finne (Diderot 1994:141). Erfaring,*

³⁴ Diderot (1891). Jeg har lest Mikkel Tin sin norske oversettelse (1994).

observasjon, eksperimenter og systematisk innsamling av enkeltfenomener og innordning av disse under allment gjeldende lover og prinsipper kom til å oppfattes som grunnlag for utvikling av kunnskap. Opplysningstiden kan forstås som et diskursivt skifte, som kom til å prege ettertidens samfunn (Foucault 2009, Whitaker 2002:6). Det var intelligens som skilte mennesker og dyr. Menneskene var i stand til å utforske verden og forme siviliserte samfunn. Det vokste fram en ide om at mennesket kunne bli objekt for kunnskap. Det var i denne virkelighetsforståelsen tanken om sinnssykdom oppsto som noe som kunne erfares, observeres og gjøres til gjenstand for eksperimenter.

I boken *Kritik und Krise* analyserte Koselleck (1959) opplysningstidens nøkkelbegreper. Hensikten var å vise hvordan moralen okkuperte og i økende grad underla seg stadig større deler av politikkens felt (Jordheim 2001:144). Koselleck hevdet at argumenter ble framstilt som å være moralske, selv om de hadde politiske implikasjoner. Jeg vil se nærmere på noen begreper som har vært formende for det semantiske feltet omkring sinnssyk.

Omkring 1775 tas begrepet somatic i bruk i engelsk språk, for å betegne *pertaining the body* (Online etymology dictionary³⁵). Somatic kom av det greske soma, som betyr kropp. Det engelske psyche kommer av det latinske psyche og greske psyche, med betydning *the soul, mind, spirit, breath, life, the invisible animating principle or entity which occupies and directs the physical body* (Online etymology dictionary). Somatic og psyche er en begrepskonstruksjon med relasjonell betydning. Begrepsparet inngikk i og formet ulike kontekster, blant annet det semantiske feltet omkring sinnssyk. Det dannet utgangspunkt for en rekke andre ord og begreper, tekster og utsagn.

Mot slutten av 1700-tallet kom begrepet psyche til å bære i seg tidligere tiders forestillinger om galskap. Samtidig ble begrepet fylt med forestillingene om å kunne

³⁵ www.etymonline.com

endre trekk ved mennesker som tidligere hadde blitt betegnet som gale. Endringene skulle komme gjennom innesperring og kurer. Foucault hevdet at *the theatre of madness was realized in medical practice* (2009:334). Hva slags teater var det han siktet til at medisinsk praksis realiserte? Et element handlet om den språklige praksisen som ble etablert, og som bidro til å formulere en slags sannhet om galskap. Andre formende elementer var innesperring, og definering av skillet mellom fornuft og ufornuft. Begrep om såkalt nødvendig behandling kom også til å være formende i dette semantiske feltet. De nye medisinske tankene inngikk i forestillinger om å hjelpe.

Den franske legen Philippe Pinel levde i perioden 1745-1826. Han beskrives gjerne som en pioner innen psykiatri, og som den som initierte en mer human behandling av de gale. Det skal ha vært Pinel som systematisk begynte med klassifisering av de som tidligere ble betegnet som gale. Observasjon og klassifikasjon ble sammen med nøyaktige registreringer og arbeid i laboratorium selve uttrykket for vitenskap. Inspirasjonen til å arbeide på denne måten kom fra fysikk og naturvitenskap. Pinel beskrev de nye ideene slik:

...a sort of counterweight to the wanderings of the spirit, in the attractions and charms inspired by the cultivation of the fields, through the natural instinct that pushes men to fecundate the earth and tend the needs of the fruits of nature with their industry. From early morning, they can be seen... merrily wandering around the diverse parts of a vast enclosure that belongs to the hospital, dividing their labours in a pattern that follows the cycle of the seasons, cultivating wheat, vegetables and the cottage garden, taking turns to look after the harvest, the trellising, the grape harvest and the beating of the olives trees, and in the evenings, returning to the tranquillity of their solitary asylum, where they sink into a calm sleep. A lengthy experience has demonstrated at this hospital that this is the surest means of returning them to reason (Pinel sitert i Foucault 2009:338).

In an arranged space such as this, madness will no longer speak the language of unreason, with all there is within it that transcends the natural phenomena of sickness. It will be entirely contained to be a positive step, the coming, if not of a truth, then at least of something that made the knowledge of the truth a possibility. But from the point of view of history, it should be seen for what it really was: a reduction of the classical experience of unreason to a strictly moral perception of madness, which secretly unified all the conceptions that the nineteenth century would later consider to be scientific, positive and experimental (Foucault 2009:338).

Herfra vokste ideen om kur. Tanken om behandling omdefinerte galskap til sykdom. Dette nye feltet kom til å begrepsliggjøres som psykiatri (Goldstein 2001:49). Denne vendingen innebar at gjennom den medisinske tilnærmingen ble kunnskap om galskap en mulighet. Rammene for denne kunnskapsproduksjonen ble sykdom og medisin. Den medisinske tilnærmingen innrettet oppmerksomheten mot sykdommens trekk og ble formende for et medisinsk språk.

Goldstein (2001) hevder at Pinel for det første var en respektert lege i sin samtid, og at han omformet det som ble karakterisert som charlatanisme. Dette var en virksomhet bedrevet av kvakksalvere, altså en form for praktikere uten formell legestatus. Denne charlatanismen eller kvakksalveriet ble del av medisin (Goldstein 2001:72-77). *With Pinel, recognition of the efficacy of charlatanic treatments of insanity not only continued but was taken further: Selected aspects of charlatanism were to be deliberately appropriated by official medicine and transformed by it – transformed rather more in status than in content* (Goldstein 2001:72). Dette innebar at denne formen for behandling ble omformet og redefinert som vitenskapelig. Goldstein beskriver mer endring i status, enn i innhold. Det nye begrepet som kom til var moral treatment. *...Pinel's historical role in laying claim to the moral treatment for official medicine and launching the speciality of psychiatry by effecting the transformation of charlatanism* (Goldstein 2001:114). Dette hadde to implikasjoner: For det første bidro Pinel til at moral treatment fikk status som den politisk korrekte tilnærming. For det andre åpnet moral treatment for et skifte i asymmetri i den

forstand at ...*the moral treatment allow a bridging of the gap between the sane and the insane* (Goldstein 2001:109). Den gale representerte ikke lenger noe naturgitt og bestandig annerledes, men ble plassert langs et kontinuum. Der delte mennesker de samme mentale strukturer. Forestillingen om at det kunne være mulig å lede den gale bort fra galskap kom på plass. Dette kan oppfattes som et ideologisk skifte som fant sted i Europa og i USA mot slutten av 1700-tallet. På den ene siden la det grunnlag for en objektivierende kunnskapsproduksjon, men på den andre siden representerte det en form for samfunnsmessig anerkjennelse.

Den amerikanske journalisten Robert Whitaker (2002) skriver om den samme utviklingen, men hans framstilling nyanserer bildet av de som ble betegnet som kvakksalvere. Han forteller om *Quakers* representert ved Benjamin Rush³⁶ i Pennsylvania omkring 1783: *The lunatics could not have hoped for a more kind-hearted man to be their advocate. Born of Quaker parents, Rush was constantly championing liberal, humanitarian reforms* (Whitaker 2002:5). Rush snakket om at gale måtte behandles med vennlighet og respect. *Every thing necessary for their comfort should be provided for them, and every promise made to them should be faithfully and punctually performed* (Rush sitert i Whitaker 2002:5). Rush var blant de som utviklet metoder for å behandle mennesker, betegnet som gale. Det er et vesentlig trekk at disse metodene ble utviklet innen forestillinger om å inngå i humane reformer. Nettopp dette har vært formende for tvetydige trekk på dette området, og den asymmetriske relasjonen var en forutsetning. Rush tok i bruk en spinnteapi. Han er kanskje mest kjent for å ha utviklet *Traquilizer Chair*, som ble eksportert til Europa (Whitaker 2002:16). Disse metodene hadde voldsom virkning på kroppen og var tenkt å gi den syke en slags ny start. Rush trekkes fram for å eksemplifisere hvordan tanker om humanitet og kur kom sammen. Quakerbevegelsen i England bygde

³⁶ I 1812 utgav Rush boken *Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind*.

their own «retreat» for their mentally ill, one that would be governed by their religious values rather than by any professed medical wisdom. They would treat the ill with gentleness and respect, as the “brethren” they were. It would be the needs of the ill, and not the needs of those who managed the retreat, that would guide their care (Whitaker 2002:23).

William Tuke³⁷ var leder i the Retreat. Pasientene deltok i oppgaver og aktiviteter som å sy, hagearbeid, de kunne skrive og spille spill. Poesi ble sett på som en form for terapi. Quakerne var nøkterne på den måten at de ikke trodde alle pasientene kunne bli kureret, men de kunne iallefall leve i vennlige omgivelser. De bidro til forme forestillinger om syke mennesker med muligheter i seg for forandring, og ikke som mennesker med preg av å være «ville dyr». Den samlende betegelsen var moral treatment. Denne quakerbevegelsen er interessant fordi den tidlig på 1800-tallet tenkte at kilden til forandring var i det enkelte mennesket, ikke i de medisinske metodene. Quakerne kunne også rapportere om gode resultater (Whitaker 2002:27). I USA opplevde legene quakerbevegelsen som en trussel, og omformet moral treatment til å bli en del av medisin.

As physicians gained control of the asylums, they also constructed a new explanation for the success of moral treatment – one that put it back into the realm of a physical disorder (...) Moral treatment worked as a medical remedy precisely because it restored, or otherwise soothed, the irritated nerves. The pastoral environment, the recreational activities, and the warm baths where medical tonics for the nervous system (Whitaker 2002:29).

Det er også andre måter å tilnærme seg religiøse formende trekk på. Både Pinel og Esquirol hadde studert religion med sikte på karriere i kirken, før de valgte medisin (Goldstein 2001:210). Begge bidro til at spaserturer, dietter og arbeid kom til å inngå i den medisinske forming av galskapens behandling *to transform (...) a problem of religious conscience into a clearcut medical and hygienic matter* (Goldstein

³⁷ William Tuke skrev boken *The Description of the Retreat* i 1813.

2001:211). Denne religiøse innflytelsen formet asyllegens rolle. Parallellen til den religiøse figuren «far», etablerte system preget av autoritet og hierarki. Dette var en parallell som styrket den asymmetriske relasjonen i legenes favør. Fra religiøse tradisjoner løftet Pinel fram det å trøste. Trøst ble et av virkemidlene som inngikk i Pinels moral treatment. Dette var et felt der medisinere var amatører, mens prestene var eksperter (Goldstein 2001:204).

I en begrephistorisk optikk inngikk moral treatment i begrepskamp, og gjennomgikk innholdsmessige endringer. Dette kan også ses som en kamp mellom religiøse og leger om hvem som skulle forme dette feltet og hvilke ord som skulle lenkes sammen. Begrepsparet soma og psyke ble mot slutten av 1700-tallet politisk og sosialt virksomt. Det bar i seg antikkens argumentasjonsfigur som gjorde fornuften til en dualisme. Dette kan oppfattes som asymmetri preget av naturgitte og endelige forutsetninger. I siste del av 1700-tallet, og første del av 1800-tallet kan det identifiseres endringer. Begrepet psyke kom til å betegne den syke på en helt bestemt måte, og det ble anvendt slik at det skapte og preget handlingsenheter, som asylene er eksempel på. Begrepet kom til å romme forestillingene om at den galne i framtiden igjen kunne bli fornuftig. Det ble en politisk og sosial faktor i den forstand at det inngikk i prosesser som å etablere hospital og vitenskapelige praksiser. Den asymmetriske argumentasjon skiftet karakter. Den ble temporalisert, altså forstått som å være foreløpig. Med denne framtidsutsikten om å kunne kurere den gale skjedde to vesentlig ting. For det første ble det etablert et tilsynelatende varig oppdelingsprinsipp med utgangspunkt i begrepsparet soma og psyke. Dette aktualiserer en filosofisk debatt og et filosofisk valg som kan tidfestes til første del av 1800-tallet. En konfliktlinje gikk mellom såkalt positiv filosofi og metafysikk. Alternativt mellom fysiologi og psykologi. Den første bygde på forestillingene om at mentale fenomener var å anse som fysiske fenomener i kroppen, observerbare for vitenskapelige studier.

The basic program of the first, "physiological" current was to treat mental life as a property or manifestation of the intricately organized physical stuff composing the human body, to confine the study of it to externally observable

phenomena, and to build a science of mind inductively on Baconian principles
(Goldstein 2001: 242).

Det er denne posisjonen som identifiseres med psykiatrisk medisin. Innen medisin er etiologi studiet av sykdommenes årsaker. Etiologiske studier undersøker hvorfor en sykdom oppstår og hvorfor den utvikler seg slik den gjør. Et vesentlig spørsmål ble med utgangspunkt i denne posisjonen hvorfor mental sykdom oppsto, og hvorfor den utviklet seg slik den gjorde. *The basic program of the second, "psychological" current was to treat mind as a reality distinct from the body, as a radically free entity not subject to the laws prevailing in the physical world and properly investigated only from the inside...* (Goldstein 2001:243). Medisinere oppfattet denne posisjonen som metafysikk og den ble oppfattet som fiende nummer en (Goldstein 2001:248). Begge disse to posisjonene ble representert ved relativt nyetablerte profesjoner. Det er grunn til å anta at begge søkte å etablere sine respektive posisjoner i samfunnet.

Det som tidligere hadde blitt erfart som naturgitt og bestandig galskap, ble nå erfart som ufornuft og sykdom som muligens kunne forandres gjennom behandling og tiltak. *Forms of recognition and structures of protection found themselves superimposed in a consciousness of not being mad that was henceforth sovereign* (Foucault 2009: 461). Skiftet i asymmetriske trekk kan knyttes til erfaringen av den gale som ufornuftig og syk, i kontrast til fornuftig og suveren. Tanken om kur og behandling kom sammen med erfaring av den suverene. Erfaring av galskap endret karakter fra å være forbundet med frykt, til å bli et objekt for observasjon og intervensjon. *The status of object was now to be imposed immediately on any individual recognised as alienated: alienation was suddenly deposited as a secret truth at hart of all objective knowledge of man* (Foucault 2009:462). Denne asymmetriske vendingen legger grunnlag for avhandlingens videre tekst. I fortsettelsen utforskes noen av de motbegreper denne forestillingen har kastet av seg, samt hvordan moral og følelser kom til å bli formende i begrepsliggjøringen av psykiatriens objekt.

3.7 Asylets framvekst

Et utviklingstrekk fra tidlig på 1800-tallet er at det gradvis vokste fram forbindelser mellom statlig politikk og fagområdet medisin. I Frankrike markerte loven av 30. juni 1838 etablering av en psykiatrisk profesjon. Loven integrerte den nye medisinske spesialiteten i det statlige apparatet. Legene ble tillagt ansvaret for asylene, og det kom i gang formaliserte ordninger om opplæring av studenter innen dette området. Gale var nå å anse som syke med behov for å isoleres i asyl. Legenes funksjon var å klassifisere disse fenomenene. Dette ble formet i disputer med kirken og forestillinger om moralsk forfall på den ene siden. På den andre siden med dommere og forestillinger om lovbrudd. Ideologiske forestillinger om sosial orden, stabilitet i samfunnet og humanitarisme bidro til å legitimere den nye politikken.

Begrepet psychiatry ble tatt i bruk i 1846 (Online etymology dictionary). Da i betydningen healing of the soul. Her hevdes det at Psychiatrist kom i bruk omtrent 50 år senere. Den tidligere betegnelsen var mad-doctor. Det hevdes at den tyske legen Johann Christian Reil brukte begrepet psychiaterie i en journal han skrev sammen med J.C. Hoffbauer, *Beytrage zur Beforderung einer Curmethode auf psychischem Wege* 1808: 169). *He argued there should not just be a branch of medicine (psychische Medizin) or of theology or penal practice, but a discipline in its own right with trained practitioners.*³⁸ Reil hadde ambisjoner om at psykiatri ikke skulle være en del av medisin, men formes som eget felt. Han søkte å forme psykiatri som noe annet enn medisin og teologi. Reil var også inspirert av moral treatment i betydningen av bedre sosiale forhold og individuelle rettigheter. Denne tenkningen brøt med tidligere oppfatninger om gales animalitet. Moral treatment ble fortolket og refortolket av Pinel, Esquirol, Reil og andre (Goldstein 2001), og kom til å inngå i medisinske og politiske prosesser. I Pinels fortolkning spilte følelser og trøst en rolle i moral treatment (Goldstein 2001:205). Esquirol la vekt på at moral treatment handlet om å manipulere oppmerksomhet (Goldstein 2001:247).

³⁸ http://en.wikipedia.org/wiki/Johann_Christian_Reil Lastet ned 12.05.2013

I *Psychiatric Power* er Foucaults forelesninger på *College de France* i perioden 1973-74 samlet (Foucault 2008). Tidligere tiders *disciplinary practice* var en forutsetning eller basis for utvikling av psykiatrisk teori og den psykiatriske institusjon (Foucault 2008:35). Psykiatriens mekanismer forstås på bakgrunn av hvordan disiplinær makt virker.

...disciplinary power fabricates subjected bodies; it pins the subject function exactly to the body. It fabricates and distributes subjected bodies; it is individualizing (only in that) the individual is nothing other than the subjected body: Disciplinary power is individualizing because it fastens the subject – function to the somatic singularity by means of a system of supervision-writing, or by a system of pangraphic panopticism, which behind the somatic singularity projects, as its extension or as its beginning, a core of virtualities, a psyche, and which further establishes the norm as the principle of division and normalization, as the universal prescription for all individuals constituted in this way (Foucault 2008:55).

Disiplinær makt bidro blant annet til å rette oppmerksomhet mot uregelmessige trekk ved mennesker (Foucault 2008:54). Slike uregelmessige trekk ved mennesker ble begrepsliggjort i medisinske termer og samtidig negativt betegnet. Teksten om den engelske kong Georg III handler om at kongen var rammet av mania og delirium (Foucault 2008:20, Whitaker 2002:9-10). Han ble isolert og satt i en situasjon der han fikk en underordnet rolle. Dette kan leses som en historie med en bestemt virkning. Den bidro til å skape optimisme med hensyn til at gale kunne behandles med sikte på å oppnå bedring i framtiden. Historien manifesterer terapeutisk intervensjon. Denne behandlingen var det ikke hvem som helst som skulle iverksette, det var doktoren/legen.

The idea of a link between medicine and morality is no doubt as ancient as Greek medicine. But if the seventeenth century and the order of Christian reason inscribed it in their institutions, it was in a manner as far from that of

the Greeks as could be imagined – in the form of repression, constraint, and the obligation to redeem one's soul (Foucault 2009:87).

Denne forbindelsen mellom medisin, moral og religion bar i seg undertrykkende trekk og forventninger om selvbeherskelse. Den bygde på forestillingen om at sjelen kunne forandres. Den asymmetriske begrepskonstruksjonen var formende for identiteter, og den var virksom i etableringen av ordningen med asyl.

Foucault har knyttet asylets oppkomst i England til Samuel Tuke og the Retreat. Tuke tilhørte den religiøse sekten kvekere. Tanken var at et enkelt, lykkelig liv på landet skulle ha kurerende effekt, også betegnet som moral treatment. Aktivitet, frisk luft og fysisk arbeid var verdsatt i the Retreat. Dette var ideen om en gård på landet, med en hage omkring og uten gitter for vinduene. Tuke la grunnlaget for at:

...the asylum no longer sanctioned the guilt of the madman, but it did more: it organised it. It organised it for the madman as self-consciousness, in a non-reciprocal relation with his keeper, and it organised it for men of reason as a consciousness of the other, and a therapeutic intervention into the madman's existence. Through this guilt, the madman became an object of punishment always offered to himself and the other; and from that recognition of his status as an object, and his consciousness of his own guilt, the madman was to return to his consciousness as a free, responsible subject, thereby regaining reason (Foucault 2009:485).

Dette var prosesser der den gale ble et objekt for det medisinske blikk. Her inngikk forestillingen om at den gale var syk, og gjennom arbeid og innsikt i sin egen situasjon kunne gjenvinne sin fornuft og dermed frihet. Arbeid ble tillagt kurerende betydning i form av at det strukturerte tid, gav resultater og innebar ansvar. The Retreat ble et instrument for moralsk og religiøs segregering (Foucault 2009:482). Religiøse og moralske oppfatninger lå til grunn for erfaringen av ufornuft i the Retreat. Her oppsto det Foucault karakteriserte som en myte (Foucault 2009:474). De gale ble tillagt behov for landlig lykke innen rammer som kunne minne om den patriarkalske familien, mellom foreldre og barn. Samtidig nyanserte Foucault dette

når han skrev: *It is not true that the doctor tries to reactivate the image or figure of the father within the space of the asylum* (Foucault 2008:15-16). Foucault hevdet at legenes rolle i denne patriarkalske «familien» kom senere, i det tjuende århundre. Det er sammenfallende med historien Whitaker (2002) forteller. Den handler om hvordan legene konstruerte forklaringer på hvorfor moral treatment virket og hevdes å være sammenfallende med medisinsk tenkning og språk. I USA kan dette tidfestes til perioden 1840 og fram mot århundreskiftet.

I Frankrike fikk begivenhetene et noe annet forløp. Før den franske revolusjon var Bicêtre et sted hvor mennesker var lenket og innelåst bak gitter. Revolusjonen nådde også gale og innesperrede. Bicêtre endret seg fra å være et fengsel, til å bli et hospital der målet var å søke galskapens medisinske former.

...it (Bicêtre) became a hospital where the alienated received treatment until they were cured: Since the Revolution, the administration of public establishments only confines the mad in free hospices for the period they are judged to be harmful and a menace to society, so they only stay so long as they are ill, and as soon as it becomes apparent that a cure has been effected, they are sent back to the bosom of their families or friends. The proof of this is the large number who has left after recovering their wits, even including some who had been confined for life by the previous Parliament. The current administration considers it its duty to lock up only the mad who are unable to enjoy their liberty (Foucault 2009:468).

Bicêtre ble tillagt en medisinsk funksjon, og gale ble oppfattet som medisinsk problem. Pinel bidro til å forme et hospital med ambisjoner om å søke den objektive og rene sannhet om galskap forstått som sykdom. Her oppsto en tvetydighet i den forstand at dess mer objektiv kunnskapen om galskap har blitt, dess mindre sikker synes den å være (Foucault 2009:471). Et annet utviklingstrekk på denne tiden kan knyttes til det som ble omtalt som en økning i antallet gale. *A numerical increase in the lunatic population had, said Esquirol, been “observed in France since the beginning of our revolutionary torment”* (Goldstein 2001:101). Hva handlet dette om? Var det slik at flere mennesker ble gale på denne tiden? En tanke kan være at

økningen i antall gale skyldes revolusjonen. En annen mulighet kan være at normer i samfunnet endret seg, og muliggjorde praksiser som observasjon og registreringer av trekk ved mennesker. Det å utvikle vitenskapelig status ble forbundet med nettopp praksiser som registreringer, oversikter og statistikker av utvalgte trekk ved mennesker og deres aktivitet. Asylet ble en strukturell ramme for å muliggjøre slike ambisjoner.

Positivismen slo rot i dette landskapet mellom fornuft og ufornuft. Galskap ble framstilt som en slags samfunnsfiende (Foucault 2009:353). Myten om at galskap kunne mestres patriarkalsk og utforskes medisinsk kom på plass. Positivismens bidrag skulle være å redusere det mytiske som omgav galskap. *From the outset, it took for granted, as objectively obvious, that the truth of madness was man's reason (...)* (Foucault 2009:475).

Pinel har blitt forbundet med at han frigjorde de gale fra lenkene, og at han bidro til mer human behandling av mennesker. Foucault ser det heller slik at Pinel bidro til å etablere tvetydighet i den forstand at han definerte den gale som uskyldig og galskap som et felt som kunne utforskes objektivt. Asylet, forstått som landlig idyll, kom til å bli en fysisk ramme omkring forestillingen om objektiv utforskning. De mytiske oppfatningene omkring galskap endret karakter og kom til å ta for gitt at sannheten om galskap var å finne som sykdom i menneskenes fornuft. *The science of mental illness, such as it was to develop in the asylums, was only ever of the order of observation and classification. It was never to be a dialogue* (Foucault 2009:487). Det kom til å bli de observerbare trekk for det medisinske blikk som ble tillagt vekt og som ble gjenstand for begrepsliggjøring, bli i form av klassifisering.

Både Tuke og Pinel representerte en tenkning der motbegrepene ro og uro var virksomme. Foucault gjengir et sitat fra Pinel som sier til en pasient *Take my word. Be calm and confident, and I shall restore your liberty* (Foucault 2009:477).

Begrepsparet ro/uro har en verdiladet karakter. Uro kom til å bli forbundet med sykdom, og ble gjenstand for såkalt objektive studier. I denne fortellingen er uro et normativt begrep. Urobegrepet illustrerer forbindelsen mellom psykiatridiskurs og sosiale diskurser. Dette er en forbindelse som ble formet fra siste del av 1700-tallet.

Det er flere trekk felles for Tuke og Pinel. De bidro begge til å omdanne tidligere myter til det som senere oppfattes som objektive sannheter. Foucault hevdet at de bidro til å etablere praksiser organisert i asylet, tanken om behandling og en bestemt erfaring av galskap. Tuke etablerte et religiøst og tilbaketrukket rom for galskap. Pinel derimot etablerte et instrument for moralsk uniformitet og sosial fordømmelse (Foucault 2009:495). Hans erfaring av galskap handlet om at den gale i asylet ble et medisinsk objekt som kunne studeres. Moral treatment ble avløst av praksisen med isolasjon. Opphold i asylet innebar isolasjon. I tillegg ble det etablert ordninger for ytterligere isolasjon i asylet. Observasjon og klassifikasjon var redskapene som skulle avdekke sykdommens årsaker. Esquirol hevdet at lower class-sinnssyke måtte isoleres (Goldstein 2001:291). Dette er et eksempel på at begrep kunne være strukturerende.

Foucault har framstilt asylet som *a disciplinary mechanism (...). It entailed the analysis of a geographical area; the supervision of its inhabitants; the control of individuals; a hierarchy of information, decision making, and movement down to the regulation of the smallest details of everyday's life* (Dreifus og Rabionow 1983:190). Asyl lå geografisk på et avgrenset område, var tilnærmet selvforsynt og representerte et strukturert liv, alt dette med kurerende siktemål. Foucault framstilte et helt bestemt blikk *when the nineteenth century decided that unreason should be treated in hospital, and that confinement should be a therapeutic process aimed at curing the sick* (Foucault 2009:131). Den ufornuftige skulle behandles i hospital, og begrensning av frihet kom til å bli oppfattet som å ha kurerende betydning. Med utgangspunkt i Kosellecks terminologi kunne motsetningen soma og psyke territorialiseres til asylet og psykiatri. Begrepet psyke ble forbundet med asylet.

Foucault pekte på fire strukturer av betydning for dannelsen av asyl mot slutten av 1700-tallet. De fire strukturene var stillhet, speil/gjenkjennelse, dom/straff og den medisinske karakteren (Foucault 2009:495-507). Jeg velger å trekke fram det han omtaler som forgudelsen av legeskikkelsen. *Den er utvilsomt den viktigste av alle strukturene, siden den ikke bare støttet opp under nye former for kontakt mellom legen og den syke, men også skapte et nytt forhold mellom sinnslidende og den medisinske tenkning og endelig ble bestemmende for hele den moderne erfaringen av*

galskapen (Foucault 2006:222). Foucault framstilte legen som et midtpunkt i asylet. Det var han som bestemte hvem som skulle få adgang. Dette var en rolle som ble formet i relasjon til sykerollen. Legens inntreden i asylet var ikke som medisinsk kyndig, men som vis mann (Foucault 2009:504-505). I asylet kom leger til å prøve ut ulike metoder og kurer. Foucault hevder at det er en misforståelse at Tuke og Pinel åpnet asylet for medisinsk vitenskap. Derimot gav asylet autoritet til en ny karakter. Legen fikk juridisk autoritet i form av et slags sertifikat/erklæring. Den kom til å få en formell rolle med legens signatur. Legen kan oppfattes som en karakter som ikke kjente galskap, men som mestret den. Asylet formet en sykerolle preget av tvetydighet. Den syke ble å anse som et objektivt felt for observasjon og klassifikasjon, for juridisk autoritet, men også sosial og moralsk forming. Dette må antas å ha vært formende for asymmetriske trekk i språket. På slutten av 1700-tallet ble det i Europa etablert en bestemt relasjon mellom asylet, legen og pasienten. Arbeid ble et slags balansepunkt. Det frie, fornuftige og ansvarlige subjekt var i stand til å arbeide. Den ufornuftige, gale var mindre i stand til å arbeide. Samtidig var religiøse tradisjoner og praksiser formende på dette området.³⁹

Selve asylbegrepet har en lang historie.⁴⁰ Asyl kommer av det latinske *asylum* og greske *asylon* (Online etymology dictionary⁴¹). Det framstår som et slags ideal, skilt fra det øvrige samfunnet. Asylbegrepet ble brukt i betydningen skjulested skjernet for vold, og i sammenhenger der personer søkte beskyttelse. Begrepet kan knyttes til kirken og religion, og kan oppfattes som å ha paralleller til klosteret. Det har en territoriell betydning, i tillegg til det å hjelpe flyktninger og fredløse. Det rommer en humanitær forpliktelse i form av å være et tilfluktsted. I 1776 ble asyl brukt med betydningen *benevolent institution to shelter some class of persons* (Online

³⁹ Se for eksempel Reformasjonens politiske betydning (Skinner).

⁴⁰ Se Jill Loga (1998). Hovedoppgave om kirkeasyl. Hun arbeider nå med en artikkel om kirkeasylbevegelsen i de nordiske landene. Planen er at den publiseres i en internasjonal, komparativ bok om temaet.

⁴¹ www.etymonline.com

etymology dictionary). Det var dette asylbegrepet som kom sammen med hospitalbegrepet. Det kan oppfattes som møte mellom religiøse og medisinske forestillinger. Asylbegrepet kom til å få en spesifikk betydning. Foucault (2009) hevdet i *Klinikkens fødsel* at det vokste fram et klinisk blikk innen rammen av asylet. Dette blikket var formende for hva som skulle få status som viten, og for hvilke beskrivelser som skulle definere virkeligheten.

Del II Pasientbegrep i asylet

Del II tar for seg historiske endringer i pasientbegrepet fra tidlig på 1800-tallet, og strekker seg over et tidsrom fra tidlig på 1800-tallet og fram til 1930-tallet. Dette er en periode der den kontinentale psykiatridiskursen vandret over landegrensene. Kapittel 4 belyser hvordan denne kontinentale psykiatridiskursen gradvis ble etablert i det norske samfunnet. De nye betegnelse som kom til var afsindig, sindssvag og sinnssyg. Denne begrepsutviklingen reflekterer at tidligere tiders gale ble omdefinert til sinnssyke. De ble legenes pasienter. Psykiatri ble forankret i biomedisin, men samtidig formet som et eget spesialområde blant annet i lovgivningen. Dette representerer et vesentlig skifte. Det har sammenfallende trekk med Kosellecks modernitetstese (Koselleck 2007:12). Forventningene til fremtiden ble løsrevet fra fortiden i den forstand at forestillingen om at fremtiden kunne skapes vokste fram. Dette var en forestilling formet av medisinsk kunnskap og vitenskapelighet. Den falt sammen med sosialhistoriske trekk som vekst og nasjonsbygging.

Del II undersøker hvordan det semantiske feltet omkring galskap ble endret og omformet av psykiatriens språk. Foregående kapitler preges av møtet mellom ulike ideologier, eller måter å tenke om og begrepsliggjøre galskap. De etterlater inntrykk av at dette var et område formet av ulike verdier og tenkemåter. I kapittel 4 undersøkes framveksten til ord som afsindig, sindssvag og sinnssyg. Studien av hvordan mennesker begrepsliggjøres historisk bringes inn i sammenhenger med framveksten av sinnssykeloven og sinnssykeasyl⁴² i Norge, og da spesielt Opdøl asyl. Kapittel 5 undersøker asylet som semantisk felt med vekt på begrepsliggjøring av

⁴² Jeg veksler mellom skrivemåtene sinnssykeasyl og asyl.

psykiatriens objekt. Her blir det lagt vekt på hvordan forestillinger om det nye og moderne var formende for tenkemåter og handlinger i asyl.

4 Forming av en pasientkategori i norsk kontekst

Kapitlet tar for seg formingen av en pasientkategori i den norske konteksten, samt framveksten av norsk psykiatrilovgivning og ordningen med asyl. Intensjonen er å undersøke hvordan tidligere forståelser av fenomenet betegnet som gal, kom til å fylles med betydninger om sykdom og svakheter. Dette skiftet i tenkning er viktig for å forstå mer om framveksten av en særlig betegnelse, anstalt og lovgivning. Begrepet sinnssyk kom til med denne diskursive endringen. Samtidig var det formende for samfunnsstrukturer som asylene og sinnssykeloven.

Kapitlet kan tidfestes til 1800-tallet, med hovedvekt på perioden 1809-1849.⁴³ Dette var en tid der trekk ved mennesker begrepsliggjort som galskap ble fortolket på nye måter. Det innebar endringer fra at galskap ble forstått som dyrisk eller åndelig, til i økende grad å bli sett på som uttrykk for menneskelig defekt. En defekt som etter hvert ble oppfattet som mulig å forandre, og som kunne uttrykkes i fornuftens språk. I opplysningstiden skiftet forståelsen av galskap mer i retning av at dette handlet om villfarelse og forblindelse, noe fornuften kunne ta i øyesyn.⁴⁴ Antakelig var dette skiftet en forutsetning for den medisinske forståelsen som skulle komme senere.

⁴³ I arbeidet med dette kapitlet er det lagt størst vekt på følgende tre kilder; Trondheimskommisjonen, Dollhuskommisjonen og sinnssykeloven. Disse kildene viser hvordan psykiatriens objekt gradvis trer tydeligere fram. Med en begrephistorisk tilnærming framstår dette som at nye betegnelser kom til, samtidig som eldre betegnelser trådte tilbake. Dels representerte de tidligere erfaringer, og dels brakte de inn nye betydningsmessige elementer.

⁴⁴ Se Goldstein (2001), Foucault (2009:473) og Berrios (2006).

Norge var et samfunn i stor grad basert på sjølvhushold og lokal tilhørighet. Et prinsipp var at slekten skulle ta seg av sine. Et annet prinsipp var et lokalt forsorgssystem der fattige gikk på legd. En viktig verdi var å forsørge seg selv. Dette var en tid der det norske samfunnet gjennomgikk endringer på mange områder.⁴⁵ Befolkningsmønsteret endret seg i retning av at flere bodde i byene, og de fikk en større del av inntekten sin fra lønnsarbeid. Det er på denne tiden befolkningsutviklingen begynner å øke. Norge ble en selvstendig nasjon ved grunnlovsetableringen i 1814. Det vokste gradvis fram offentlig politikk og institusjoner på mange områder, som eksempelvis pengepolitikk og næringsvirksomhet. Dette var også en tid der det skjedde endringer i sosial bevissthet i den forstand at det offentlige tok ansvar på nye områder. Ordningene som vokste fram var formet av ideer om at tiltak måtte tilpasses ulike målgrupper. Disse ordningene endret karakter fra å være lokale til å bli et nasjonalt ansvar. Sosiale problemer ble nasjonale problemer. Min interesse retter seg mot framveksten av offentlig interesse og ansvar for de som ble betegnet som gale. Dette inngår i prosesser som handler om framveksten av en rettsstat, demokrati og fordeling.

4.1 Den afsindige

I 1809 ble Trondheimskommisjonen nedsatt. Den ble ledet av presten Bendix Støren. Han hadde erfaring som prest i møte med fanger blant annet på kriminalasylet i Trondheim. Kommisjonen avgav *Dollhusinnstillingen* i 1812. Denne innstillingen representerte tanker om infantilisering⁴⁶, avledning, disiplin, samtaler, oppmuntringer til å internalisere normer og selvkontroll gjennom belønning. I denne innstillingen begynner gale å bli synlige som enkeltindivider. De ble synlige i den forstand at de kunne gjøres til gjenstand for endring og overvåking. Trondheimskommisjonen gav

⁴⁵ Se for eksempel Store norske leksikon, søkeord befolkningsutvikling Norge 1800.

⁴⁶ Se Foucault (2009:474). I dette ligger en slags parallell der den gale må tas vare på samme måte som et barn.

uttrykk for forhåpninger om at dårekista kunne bli noe annet enn en oppbevaringsanstalt. *En Daarekiste kan enten betragtes blot som en Anstalt, hvori Afsindige skulle nyde Underholdning, bevogtes og hindres fra at skade sig selv eller andre, eller dens Øiemed kan tillige antages at være de Afsindiges muelige Helberedelse.*⁴⁷ Afsindige ble brukt i betydningen vitlaus, vetlaus. For betydninger av vet henviser Falk og Torp til vid (1991:979). Vid har blitt brukt i betydningen det å være vidende. Det å ha vet og vilja. Det å ha bevisthed, være ved sans og samling. Det å være vetlaus ble brukt i betydning uforstand, gå fra sanns og samling (Falk og Torp 1991:980). En vetlaus måtte voktes. Samtidig åpnes det for tanken om mulig helbredelse. Grunnbetydningen av helbred var forbundet *med sundt udseende* (Falk og Torp 1991:282). I denne sammenhengen handlet helbredelse om at fornuft eller vettet kom tilbake. Dette inngikk i religiøse, moralske og disiplinerende prosesser.

Dollhusinnstillingen representerte en vending. Den begrepsliggjorde en ny måte å tenke på. Her kom tanken om at galskap kunne helbredes til uttrykk. Blomberg skriver: *Hele kommisjonsinnstillingen er preget av tro på at dette er mulig* (2002:86). Dette var en ny tanke i Norge. Kommisjonen rettet kritikk både mot økonomi, forpleining, vakthold, hygieniske forhold og mangel på klær og sysselsetting i dårekistene. *Dårekista slik den ble drevet var en ren forpleinings- og bevoktningsanstalt, og ikke en helbredelsesanstalt* (Blomberg 2002:87).

Kommisjonen presenterte forslag til utvidelse og omorganisering. Forslaget innebar at dårekister og dollhus måtte utvides og omorganiseres. Det måtte opprettes to avdelinger, en for rolige og en for urolige. Dette kan oppfattes som en form for klassifisering. De afsindige måtte isoleres fra omverden og skjermes fra påvirkning utenfra. Innstillingen la vekt på at bygningene burde utformes for observasjon og kontroll både inne og ute. *Over de for Afsindige bestemte Værelser indrettes paa Loftet nogle ganske smaa, indvendig i Værelsene umærkelige, Aabninger med Laager eller Luger for, hvorigjennem de Afsindige, medens de i sine Værelser ere overladte*

⁴⁷ SAT. Protokoll nr. 2 for Trondhjems hospital: Kommisjonsakt om Dårekisten 1809-1812. Se også Blomberg (2002:86).

til sig selv, kunne observeres (Blomberg 2002:87). Dette har sammenfallende trekk med Foucaults framstilling av asylet (Foucault 2009:463). De terapeutiske idealene skulle preges av indre stillhet, sysselsetting, atspredelser, belønning og lempeligere tvangsbruk (Blomberg 2002:88). Bak dette lå det intensjoner om å helbrede både i form av samtaler, medikamenter og det som ble betegnet som fysisk-mekaniske midler.

det sies ikke noe mer presist om hva disse «fysisk-mekaniske midler» kunne være. Men oppfinnsomheten var stor på 1700-tallet. Da Herman Major i 1846 foretok sin inspeksjon av landets dollhus, fant han i Bergen både «Trædehjul, Svingemaskine, Korsfæstelses-Apparater», som han antok ikke lenger var i bruk på dette tidspunktet.⁴⁸ Trondheimskommisjonen kunne godt ha tenkt på slike innretninger 35 år tidligere (Blomberg 2002:89).

Trondheimskommisjonens innstilling førte i liten grad til endringer av dårekista i Trondheim (Blomberg 2002). Sett i større sammenheng og i lengre tidsperspektiv viser innstillingen et begrepsmessig skift fra galne til afsindige. Den reflekterte på den ene siden holdningsmessige endringer fra det å sperre folk inne i den hensikt å beskytte samfunnet, til innesperring i den hensikt å helbrede.

Trondheimskommisjonens innstilling representerte et skifte fra kulturell asymmetri som bygde på forestillinger om at galskap var et bestandig og naturgitt fenomen, i retning av temporal asymmetri. Det betyr at i hendene på en «overordnet makt» kunne afsindige muligens helbredes. Dette var en tid der prestene hadde viktige funksjoner i administrering av innbyggerne. Samtidig ble legene gradvis mer sentrale. Det å administrere innbyggerne gjennom skriftliggjøring ble mer vanlig. Praksisen med å skriftliggjøre virksomheten, i blant annet dårekista, kom på plass.

⁴⁸ Se Herman Major (1846): *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge i 1846*. Christiania: Schibsted.

4.2 Den sindsvage

Stortinget tok den 24. juli 1824 initiativ til å opprette en kommisjon hvis formål skulle være *at undersøge Tilstanden i og Beskaffenheden af samtlige Dollhus i Riget* (Holst 1828:3). Denne kommisjonen skulle også vurdere kostnader knyttet til de endringer den måtte foreslå. Kommisjonen ble betegnet som Dollhuskommisjonen. Leder for kommisjonen var Fredrik Holst, medisinerprofessor og stadsfysikus i Cristiania. Holst fikk i 1828 trykt og utgitt *Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindsvages Kaar i Norge å gjøre Forslag til deres Forbedring i Aret 1825 naadigst nedsat Kongelige Commisjon*. Dette er en skriftlig kilde som gir innblikk i både begrep og betydningsmessige trekk.

At fornuften er menneskets høyeste gode og at derfor dens sykdomme må henregnes iblant dets største under, har man neppe nogensinde betvivlet; og dog har man i ingen tidsalder i samme grad sørget for dem, der ere berøvet fornuftens brug, som for dem, der lide av legemlige sykdomme. Sindets sykdomme utgjør også, til held for menneskeheten, et langt lavere antall, end legemets, men derved ere også anledningerne til om dem at samle erfaringer meget sjeldnere. Stundom erholder lægen om sindsvaghedens begynnelse, udvikling og forhold i dens forskjellige perioder aldeles ingen opplysning, ytterst sjelden erholder han en tilstrækkelig, og naar en sådan kan vindes, er dette ofte forbundet med en så stor vanskelighed, at han derved afftræffes fra at anstille nogen nøiaktig undersøgelse. Sygdommens årsager ligger, som oftest, meget skjulte og forblive ei sjelden endog aldeles uopdagede. Studiumet af disse sygdommes væsen, årsager, gang og behandling er derfor langt vanskeligere og udkræver hos lægen, større oppofrelse og andre egenskaber (Holst 1828:1).⁴⁹

⁴⁹ Fra *Berætning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de sindsvages kaar i Norge og gjøre forslag til deres forbedring i året 1825 naadigst nedsat Kongelig Commisjon til Dollhusenes undersøgelse*. Dokumentet er framskaffet ved NTNU, Trondheim. Språket er noe tilpasset dagens bokstaver. Ordene er i stor grad forsøkt skrevet slik som for 200 år siden.

Dette to hundrede år gamle sitatet viser oppfatningen om sykdommenes todeling, i legemlige sykdommer og sinnets sykdommer. Det reflekterer de moderne vitenskapers framvekst på 1800-tallet. Det var denne oppfatningen som lå til grunn for innsamling av viten om individer. Viten som bygde på oppfatningen om at det var mulig å skille mellom teori og observasjon, samt at kunnskap og erfaringer inngikk i et storstilt byggeprosjekt. En annen forutsetning var at en spesifikk terminologi kunne utvikles.

Sitatet knyttet begrepet sindssvag direkte til oppfatningen om sykdom på fornuften, forstått som sinnets sykdom. Dette ble forstått som noe uoppdaget og annet enn legemets sykdommer. Forekomst og omfang av denne særlige formen for sykdom ble kontrastert til legemets sykdommer. Beretningen uttrykker et vesentlig skille. Her benyttes begrepsparet sinnets sykdomme og legemets sykdomme. Den som hadde sinnets sykdom ble betegnet som sindssvag. Dette begrepsliggjorde en annen slags syk. Det var i beretningen til Holst at den særlige syke ble skrevet fram i den norske konteksten. Begrepet den sindssvage kan oppfattes som et motbegrep til den legemlige syke på den måten at begrepene inngikk i ulike sammenhenger.

Dollhuskommisjonens beretning formet et semantisk felt omkring begrep om den særlige syke og den legemlige syke. Denne begrepskonstruksjonen har det siden vært mulig å fylle med innhold på ulike måter.

Beretningen til Holst viser at det var legitimt å karakterisere mennesker med utgangspunkt i motbegrepene sindssvag og legemlig syk. Formingen av skillet knyttet seg til forestillingen om fornuft. I beretningen kommer det fram en betydningsmessig nyanse. Tidligere forestillinger om fornuft knyttet seg til at dette var noe man hadde eller ikke hadde. Fornuft ble i økende grad relatert langs et kontinuum. På denne tiden ble manglende fornuft mer oppfattet som sykdom, og som sådan gjenstand for forandring. Det særegne ved den sindssvage handlet om sykdom på fornuften. Med referanse til Koselleck kan konstruksjonen av den sindssvage forstås som å inngå i asymmetriske prosesser. Avhandlingen undersøker asymmetriske trekk knyttet til begrepet den sindssvage. Murphy og Piazza hevder at *The negated concept can never be the positive concepts equal, since it is conceptually more complex* (Murphy and

Piazza 2011:57). Er det da slik å forstå at begrepet sindssvag aldri kunne bli begrepet legemlig sygs like, rett og slett fordi det er mer komplekst? Det semantiske feltet omkring begrepet sindssvag ble for eksempel formet av både forestillinger om humanitet, omsorg, ro, aktivitet, pedagogikk, religion og ulike former for tiltak forankret i medisinsk tenkning. I fortsettelsen undersøkes på hvilke måter negasjonen er mer kompleks, og da med den konsekvens at en slik måte å begrepsliggjøre mennesker aldri vil kunne oppnå likeverdig betydning. Påstanden er at det vil hefte asymmetri ved denne begrepskonstruksjonen.

Et parallelt begrepspar til sindssvag og legemlig syk kommer til uttrykk i teksten slik: *Disse vanskeligheter uagtet, kan det dog ikke negtes, at mentale Syge ei have et ringere krav paa vor omsorg, end corporlige* (Holst 1828:1). Sitatet illustrerer bruk av begrepsparet mentalt syke og corporlig syke.⁵⁰ Dette er en alternativ begrepsliggjøring av skillet mellom det sinnssyke og det legemlige syke. Samtidig er sitatet verdiladet på den måten at mentale syke også hadde krav på samme omsorg som legemlige syke. Det semantiske feltet utvides ytterligere når Holst fortsetter: *Det er vor Pligt baade at sørge for deres physiske velbefinnende og muelige helbredelse og at forebygge, at de vorde farlige for det Offentlige* (Holst 1828:1). Holst skrev om fysisk velbefinnende, uten at det i denne teksten forekommer et motbegrep til fysisk. Holst kan oppfattes slik at han brukte ordet mentalt som motbegrep til fysisk. Mer interessant er det at Holst skrev om plikten til å ta vare på syke og svake. Dette uttrykker en etisk bevissthet. Den tyske filosofen Immanuel Kant levde fra 1724 til 1804 (Straume 2013:147-170). Han var opptatt av at mennesker måtte ta i bruk og utvikle fornuften. Det var fornuften som gjorde mennesker til noe annet enn dyr. Denne plikten til å handle overfor andre mennesker kan betraktes som å komme fra Kants begrep om moral. Hvem var den sindssvage? Holst gir uttrykk for at dette var

⁵⁰ Kommer av det latinske corpus med betydning "body of a person". Ordet har røtter til corps. I engelsk språk ble det brukt først om dead body, senere om live body. Det var også brukt om body of citizens og band of knights. I fransk språk som corps d'arme (online etymology dictionary). I norsk språk brukt om kropp og det kroppslige.

vore ulykkelige medmennesker, som hadde tabt Forstandens Brug (...) Erfaring viser, at Sinnets Sygdomme have det tilfælles med legemets, at de snart helbredes, snart ikke helbredes. Det gives altsaa to arter af Sindssvage, nemlig helbredelige og uhelbredelige. Enhver af disse fordrer en ganske forskjellig Behandling. Naar man giver de uhelbredelige Sindssvage husly, mat, drikke, klæder, med faa ord, naar man sørger for deres fysiske Fornødenheder og forebygger, at de beskadiger sig selv eller andre, synes vore forpliktelse at være opfyldte. Men de helbredelige Sindssvage vilde endnu ikke dermed være tjente. Med dem maa føres et nøiere opsyn, de maae classifiseres paa en omhyggeligere og flersidigere maade og overhoved nyde en paa helbredelse rettet behandling. Dette gjør igjen en særegen og kostbarere baade indretning og bekræftelse av stiftelsen nødvendig, hvilket de uhelbredelige Sindssvage ikke behøve (Holst 1828:6-7).

Holst foretok en ytterligere spesifisering av begrepet sindssvag i såkalt helbredelige og uhelbredelige. Med utgangspunkt i denne måten å tenke om og begrepsliggjøre sindssvage, utviklet det seg en praksis med ulik behandling av uhelbredelige og helbredelige sindssvage. For uhelbredelige sinnssyge ble materielle behov og sikringstiltak dekket. Interessen knyttet seg derimot til helbredelige sindssvage. De skulle klassifiseres omhyggelig, gis planmessig behandling, tilsyn og pleie. Den uhelbredelig sindssvage ble knyttet til naturlige årsaker og ble ikke gjenstand for endring. Derimot ble den helbredelig sindssvage i større grad knyttet til ideen om framtidig forandring gjennom intervensjon. Jeg tolker dette som at begrepsliggjøringen av den sindssvage i økende grad ble mer kompleks.

Beretningen skrevet av Holst representerer et sykdomsperspektiv. Han bidro til å begrepsliggjøre en særlig form for syk. I teksten kommer tanker om både omsorg og helbredelse til uttrykk, og det samtidig med tanken om at den offentlige sikkerhet måtte ivaretas. Samfunnet skulle i økende grad sørge for mentalt sykes vel, for deres mulige helbredelse og forebygge farlighet. Til det trengtes *Ordentligt indrettede og hensigtsmæssigen bestyrede Helberedelsesanstalter* (Holst 1828:7). Holst hevdet at *sindssvage helbredes langt skjeldnere i private hus, hos familie og venner, end i*

ordentlig organiserede helbredelsesanstalter (1828:7-8). Her benyttes ordet helbredelsesanstalt. Det bar i seg erfaringene fra dårekister og dollhus, samtidig som betydningen rommet noe annet. Det rommet betydningen om at denne medisinsk organiserte institusjonen hadde helbredende funksjoner. Kommisjonen antok at sindssvage ville være lettere å behandle i stiftelser enn hjemme, hvor de vil være *udsatte for Indvirkningen af Aarsagen til deres Sygdom* (Holst 1828:7). Betegnelsene stiftelser og anstalter brukes synonymt, og erstattet betegnelsen dollhus. Et særlig trekk kommer til uttrykk slik:

Erfaring viser desuden, at den Sindsvage sjelden erkjender sig selv for saadan, men derimod er meget tilbøvelig til at ansee dem, der er om ham, for sindsvag, at han, ved at omgaas andre mentale Syge og derved blive vidne til de mange sørgelige optrin, deres Sygdom medfører, ofte udfinder Tilfælde, der ligne hans eget – han vækkes derved til Eftertanke, hans tanker faae en nye Retning og han er fra samme stund Reconvalescent (Holst 1828:8).

Dette er interessant. Det fastslås at den sindsvage sjelden anså seg selv for syk. Det ble antatt at det å bli helbredet handlet om å ta inn over seg andre tanker gjennom eksemplets makt.

Kommisjonen så det slik at det var ytterligere argumenter for å etablere egne anstalter. Det ble diskutert om fengsler kunne benyttes, men dette ble avvist. I den forbindelse brukes betegnelsen brødefrie syge (Holst 1828:8). Det betegnet den syke som uskyldig, en som ikke hadde begått kriminelle handlinger. *Sindssvage vilde ofte ved deres Støien, Strigen og anden Ullarm forstyrre den roe* (Holst 1828:8). Legemlig syge ble ansett som å ha behov for ro. Den sindssyge lagde støy og skulle ved selvsyn se hvor dumt dette livet var, og komme på bedre tanker. Konklusjonen var at sindssvage burde behandles i egne stiftelser, beregnet bare for dem. Kommisjonen drøftet også behovet for å skille helbredelige og uhelbredelige sindssvage. Hvordan skulle dette skillet defineres? Et annet spørsmål som trenger seg fram er - hva ville det si å bli helbredet? Holst hevdet at gjennom *planmessig Behandling modtage helbredelse og som nyttige medlemmer gjengives til samfunnet* (Holst 1828:6).

Helbredelse knyttet seg til det moralske kriteriet å oppfattes som nyttig medlem av samfunnet. Sitatene fra Dollhuskommisjonen underbygger at både medisinske og sosiale kriterier var formende på dette området.

Når Holst skrev om helbredelige sindssvage brukte han betegnelsen disse unyttige som parallell betegnelse (Holst 1828:10). Han reflekterte over tidligere praksis i dårekistene med at

læren om Sindets sygdomme endnu befant sig i sin Barndom. (...) lidt efter lidt eftersom kundskaben om Sindssvaghedens Natur og Behandling udvidedes og vandt en større Sikkerhed, indsaae man ogsaa Vigtigheden af ei blot at oprette særegne Stiftelser for de deraf angrebne unyttige, men ogsaa af at give disse Stiftelser en til deres særegne Bestemmelse passende form og indretning (Holst 1828:10).

I dette sitatet brukes betegnelsen angrebne unyttige. Det å bli karakterisert som unyttig må kunne hevdes å være en lite verdsatt karakteristik. Det å være angrepet av noe signaliserer noe uforskyldt. Sitatet viser hvordan forestillingen om at det var mulig å opparbeide sikker kunnskap om sinnets sykdommer var virksom.

Dollhuskommisjonen gav uttrykk for at det måtte opprettes anstalter for syke. Hvilke egenskaper var det ønskelig at den nye anstalten skulle ha? *Den maae have en passende Beliggenhed, være en sund og sikker Boelig, samt frambyde anledning til Inspection og Classification (Holst 1828:11).* Passende betydde fri og uavhengig beliggenhet, landlig og med mulighet for mark- og hagearbeide. Et tørt, opphøyd og luftig sted var ønskelig. Den syke skulle ikke *udsettes for Forbigaaendes Drillerier og Spot eller for synet af Gjenstanden for deres ulykkelige forfatning (Holst 1828:11).* Ved beskrivelsen av krav til bygningen kommer nedsettende framstillinger av den syke til uttrykk. I tillegg til å lide på fornuften og være unyttig beskrives den sindssvage som å ha *en særegen modbydelig lukt og hvoraf mange desuden ere i høieste grad ureenlige (Holst 1828:12).* Dette må kunne forståes som nedsettende snakkemåter. Vedkommende som hevdet dette ville sannsynligvis ikke framstilt seg

selv, eller sin like, som å lukte vondt eller være urenlig. Sitatet underbygger påstanden om at den sindssvage ble snakket inn i særlige sammenhenger.

Holst trakk fram bygningens arkitektur som vesentlig. Bygningen måtte være romslig. Samtidig måtte den ivareta et krav om tilsyn og kontroll av de sindssvage, men også av betjentene. Ved manglende tilsyn og trange boforhold ble det antatt at behovet for *lænker, indesperring, tvangstrøier og deslige haarde Midler, der vel kun temporairt bør anvendes, træde i stedet* (Holst 1828:13). Ideen om Panoptikon trekkes fram som et ideal for bygningens utforming. Holst skrev om behovet for både mangesidig og planlagt klassifikasjon. Tanken om klassifikasjon forankres i det han kalte nyere psykiatri.

Saa enig man nu i alminnelighed er om Nødvendigheden av Sindssvages planmessige Classifikation, er den dog selv i Nutidens bedre stiftelser ikke altid, den samme. Vi ville her kun anføre den, som den nyere Psychiatries Skaber Pinel, hans dicipel og Eftermand i Salpetrieren Esquirol og andre erfarne Franske, Britiske og Tyske læger have i de under deres Bestyrelse staaende stiftelser antaget, i en Række af aar fundet gavnlig og som desuden er bygget paa en theoretisk Grundvold. De avsondre de Sindsvage med hensyn til Kjøen, Dannelse, Sygdommens Art og Periode (Holst 1828:14-15).

I denne teksten nevner Holst spesielt legene Pinel og Esquirol, og henviser mer generelt til andre franske, britiske og tyske leger. Han framstilte psykiatri som noe nytt, skapt av Pinel. Holst beskrev en teoretisk grunnvoll bestående av kjønn, dannelse, sykdommens art og periode. Han viste til at sykehus for legemlig syke adskilte de syke etter kjønn. Slik adskillelse ble ansett som enda mer nødvendig i en stiftelse for sindssvage, i og med at for mange skyldes kjønnsforskjellen deres sykdom. Dette er en tekst som faller inn i fortellingen der psykiatri framstilles som nytt. Tanken om at psykiatri var noe nytt ble brukt som selvstendig argument og hadde legitimerende funksjon. Når det gjaldt sykdommens art ble den knyttet delvis til at

Mania, Monomania, Dementia og Idiotia ere i deres natur saa forskjellige og fordre en saa forskjellig Behandling, at helbredelsen vitterlig meget vanskeligere vilde la sig udføre, om alle Sindssvage vare uden Skjønsomhed blandet om hverandre, end dersom de vare planmessig afsondret. Det samme er Tilfældet med dem i sygdommens forskjellige perioder, med de Støiende og Roelige, Reenlige og Ureenlige (Holst 1828:15).

I tillegg skulle klassifisering skje med utgangspunkt i dannelsen. Dette handlet om at

Sindssvaghed ydret sig hos personer af forskjellig Cultur paa en forskjellig maade, og Behandlingen maa være forskjellig efter Sygdommens forskjellige ytringer. De fleste Sindssvage have desuden visse Øieblikke eller kortere perioder, i hvilke de enten ganske eller for en Deel gjenerholde Brugen af deres Fornuft (lucida intervalla); og naar de da see sig satte iblandt Personer af en annen Cultur, ganske forskjellig fra deres egen, vil dette neppe kunne virke fordelaktigen paa deres Gemyt (Holst 1828:16).

Var det slik at uttrykksmåten Cultur reflekterte tenkning om mennesker inndelt i klasser? Samfunnet hadde vært klassesdelt med for eksempel borgerstand, bondestand og embetsstand. Det innebar at folk tilhørende samme klasse søkte sammen og dannet et lagdelt samfunn. Sitatet viser hvordan sosiale forhold var formende i konstruksjon av den sindssvage.

Holst nevnte at en mildere behandling kunne ha velgjørende innflytelse på de sindssvage. Samtidig la han vekt på at denne særlige medisinske helbredelsesanstalten, synonymt Stiftelsen, også måtte ivareta sikkerhet. Lenker, tvangstrøyer og ensomme celler var en del av dette. Denne anstalten ble formet av tanker om både omsorg og tvang. Omkring bygningen måtte det være en mur. Det måtte være gitter for vinduene og solide låsbare dører. Selve bygningen ble anbefalt oppført i stein. Av inventar nevnes seng, stol, bord, latrine, sengetøy og klær, badeinnretning, bøker, instrumenter og tvangstrøyer. Stiftelsen måtte ha betjenter, forskrifter, reglement og spisereglement. Den måtte tilby beskjefligelse i form av mark- og hagearbeid, spaserturer, gymnastikk, handarbeid, leker, tegning og musikk.

Ingen uvedkommende måtte tillates adgang. En form for tilsyn måtte etableres, og stiftelsen måtte ha en inspektør. *Det viktigste, men uidentivl ogsaa det vanskeligste hverv har unegtelig Lægen, han bør lede alle Foretagender i Stiftelsen og alt bør rette sig etter hans Forholdsordre* (Holst 1828:20). Legen hadde daglig tilsyn og førte journaler. Til slutt burde Stiftelsen ha *en Geistelig ansat, der kan yde Religionens Trøstegrunde til Syge, som Lægen maatte finde at tiltrænge dem* (Holst 1828:20). Dette er en konkretisering av snakkemåten planmessig behandling. Det var dette som representerte de særegne tiltakene for helbredelige sindssvage. De ble ansett som både omfattende og kostbare. I denne institusjonen ble det etablert en særlig relasjon mellom leger og helbredelige sindssvage.

Begrepsparet helbredelige og uhelbredelige sinnssyke bidro til å definere en bestemt sosial struktur. Denne forskjellen kom til syne slik: *For Sindsvage, som man intet haab har om at kunne helberede, ere alle de Midler overflødige* (Holst 1828:21). Både klassifikasjon, streng bevoktning, daglig tilsyn av lege eller annen form for behandling var ikke nødvendig. Disse trengte husly, mat, drikke og klær, altså fysiske fornødenheter. Ut over dette hadde *de intet rettmæsig krav at kunne have paa deres Medmenneskers Omsorg* (Holst 1828:21). Disse sitatene forteller om grensene for det humane. Refleksjonene omkring antall og størrelse er interessant. I beretningen betraktes det som en fordel å bygge helbredelsesanstalter store, derimot kunne pleieanstaltene være små og simple.

Dollhuskommisjonen tok også opp *Sindssvages Indtagelse i og Udgang i de for dem bestemte Stiftelser. Indlemmelse i en saadan Stiftelse medfører Indskrænkning i den Syges borgelige Frihed og desuden betydelige Byrder for det Offentlige* (Holst 1828:22). Samfunnsmakt skulle tre i stedet for borgelige frihet. I forbindelse med at noen skulle tas inn i en stiftelse for sindssvage hevdet Holst at

...en Øvrighedsperson, Sjelesørger og en autorisert læge burde avgi skriftlig erklæring. Tillige bør, især fra den læge, som maatte have behandlet ham, med Rekvisisjonen følge en fulstændig Beretning om hans Karakter, førend han blev Sindsvag, om hans alder, om sygdommens Art, Gang, Varighed, dens

muelige Aarsager, de anvendte Midler og deres Resultat m. m., da Kundskab om disse Omstændigheder altid er nyttig og ofte uunværlig til en planmæssig behandling. Førend de helbredede Syge ganske udskrives af Stiftelsen, blir man ved Dimisjon paa ubestemt Tid gjøre Forsøg over Varigheden af deres helbred under forandrede Omgivelser. Derved kunne baade de selv og deres Familie overbevises om deres forbedrede Tilstand og Evne til atter at leve i det frie Selskab (Holst 1828:22).

Sitatet berører en kjerne, nemlig relasjonene mellom den særlige syke og frihetsberøvelse. Det å innskrenke friheten til den særlige syke ble oppfattet som legitimt. Denne teksten reflekterer tro på at «alt» kunne registreres av den kyndige, altså øvrighetspersoner som for eksempel legene.

Det kan også knyttes noen refleksjoner til anstaltens navn. Tidligere ord som Dollhus, Daarekiste, Dårhus, Irrenhaus, Trunken, Narrentrunken, Lunatic Asylum ble alle ansett som uaktuelle og burde endres. Liknende ordninger i utlandet hadde navn som Swifts hospital, Bethlem hospital, St. Lukes hospital, York Retreat, Urbis & Orbis (i Zaragoza), Salpetriere, Bicetre, Sonnenstein og Bistrup gaard.

Trondheimskommisjonen hadde foreslått Pleiehuus. Dollhuskommisjonen fant det vanskelig å foreslå navn. Målet var å finne to særegne navn, et som betegnet anstalter for helbredelige og et som betegnet anstalter for uhelbredelige. *Maaske kunde det finnes pasende at opkalde dem efter en eller anden bibelsk eller anden mærkelig Person, hvis velgjørende Indrætter for den lidende Menneskehed vare almindeligen bekjendte* (Holst 1828:24). Forslaget til navn for helbredelsesanstaltene var St. Johannes Stiftelser⁵¹ og for pleiestiftelsene Immanuel⁵² Stiftelser.

⁵¹ I Bibelen framstilles Johannes en av 12 apostler. Han skal ha inngått i Jesus indre krets, og han skal ha vært en av Jesus yndlingsdiscipler. Johannes skal ha blitt en svært gammel mann (Store Norske Leksikon).

⁵² Immanuel er et symbolsk navn på et barn hvis fødsel betyr at Gud er beskytter, frelser og med oss. Immanuel er et hebraisk ord med betydning "med oss er Gud" (Store Norske Leksikon).

Holst framstilte dollhusene i Norge som å være i sørgelig forfatning. Han trakk fram at Storbritannia var det eneste landet som har gjort sindssvages kår til gjenstand for drøfting i nasjonalforsamlingen. Norge var det andre landet som gjorde dette (Holst 1828:2). Dollhuskommisjonen og Holst sin beretning var skrevet med inspirasjon fra Dr. Willis (Stanford, USA), Dr. Fors (Bristol, Storbritannia) og Dr. Esquirol (Paris, Frankrike) (Holst 1828:8). Beretningen er i hovedsak skrevet fra et medisinsk perspektiv. Den bærer også i seg sosiale og religiøse perspektiv. Den ble skrevet i en tid der vitenskapelige metoder som systematikk og statistikk bredte om seg på mange av samfunnets områder. Beretningen reflekterer moderne vitenskapers framvekst på 1800-tallet, og var skrevet i en tid preget av tro på innsamling av viten om individer. Viten som bygde på oppfatningen om at det er mulig å skille mellom teori og observasjon, samt at kunnskap og erfaringer inngikk i et storstilt byggeprosjekt. En annen forutsetning var at spesifikk terminologi kunne utvikles.⁵³

Begge de to nevnte kommisjonene representerte tanker med trekk til internasjonale strømninger. Mens Trondheimskommisjonen fra 1809 kan hevdes å ha vært inspirert av moral treatment-bevegelsen ⁵⁴, var Dollhuskommisjonen mer inspirert av det panoptikonske prinsipp ⁵⁵. Begge kommisjonene la vekt på at den materielle standarden i dårekister og dollhus måtte bedres. Trondheimskommisjonen hadde tyngdepunkt nærmere de religiøse, moralske og pedagogiske virkemidlene. Det som i hovedsak skiller dem er Dollhuskommisjonens medisinske innretning. Selv karakteriserte kommisjonen dette som reform (Holst 1828:65). Det var Dollhuskommisjonens innstilling som begrepsliggjorde den sindssvage. Dette begrepet bar i seg tidligere tiders forestillinger og erfaringer. En av disse handlet om skillet uhelbredelig og helbredelig. Skillet var etablert på et tidligere tidspunkt, sammen med tanken om at den som manglet fornuft kunne bringes til fornuft. Dette var på plass før begrepet om helbredelse etableres i denne sammenhengen. Begrepet

⁵³ Det henvises til tabeller på følgende sider (Holst 1828:72-87).

⁵⁴ Foucault (2009:471).

⁵⁵ Det panoptikonske prinsipp se: (Foucault 2009:468) og (Berrios 2006).

om helbredelse kan oppfattes som å peke framover i tid i den forstand at det bar i seg forventninger om noe som skulle inntreffe i framtiden. Selv om begrepet helbredelse ble brukt, betyr ikke det nødvendigvis at galskap ble gjenstand for helbredelse. Jeg forstår det heller som uttrykk for at det medisinske språket ble etablert inn i galskapens område. Det å snakke om sykdommens natur, årsak, klassifisering og behandling handlet om å etablere dette medisinske språket.

4.3 Den sinnssyge

I boken *En mann fra forgangne århundreder* om overlege Johan Scharffenberg, kan vi også lese om Herman Wedel Major, født i 1814 (Søbye 2010:158). Major avla embetseksamen i medisin i 1842. Deretter begynte han å studere psykiatri, og besøkte asyl i Tyskland, England og Frankrike. I 1844 kom Major med forslag om å etablere asyl i Norge. Stortinget bevilget året etter 5000 daler til tomt, og garden Gaustad ble innkjøpt. Major foreslo i *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge i 1846* at det skulle utarbeides en sinnssykelov. Han fortalte følgende om dårekista i Christiansand:

Skal en dør aabnes, hører man først Raslen af Nøgler og Laase og Lyden av Stænger og Skaader, og gaar man nu ind i et af Værelserne, da standses formeligt Ens Aandedræt, thi Luften, som er svangret med en formelig Privetstank, er næsten irrespirabel. Her finder man da den arme Beboer som oftest sammenkrøbet i sin elendige Seng, eller upaaklædt indtrykket i en Krog af den usunde Celle, der ofte i en lang række af Aar har begrændset hans ensomme Tilværelse og hvorfra alene Døden i de fleste Tilfælde skal befrie ham. Alle de Indespærrede afgivne ogsaa ved et gustent og sygeligt Udseende et uimodsigerligt Beviis for Skadeligheden af de Forholde, hvorunder de leve (Major 1848:14).

Både Major og Holst dokumenterte de dårlige forholdene i landets anstalter for de som ble betegnet som gale. Begge bidro til økt sosial bevissthet om at mennesker var innestengt under slike forhold. De argumenterte for at slike anstalter måtte skilles fra

andre typer anstalter og de måtte ha medisinsk ledelse. Legene tilbød samfunnet løsninger på praktiske sosiale problemer. Den norske nasjonalforsamlingens interesse for denne saken var unik i internasjonal sammenheng (Ludvigsen 1998:73). Myndighetene søkte råd hos leger, og de ba leger undersøke forholdene rundt om i landet. Legen Hermann Major utarbeidet en plan for det han betegnet som en moderne anstalt.⁵⁶ I tillegg skrev han teksten til en sinnssykelov. Dette ble grunnlag for norske myndigheters beslutninger på dette området. Det var to viktige prinsipper som ble lagt til grunn: anstalten måtte være et statsansvar og den måtte være spesielt anlagt for dette formålet (Ludvigsen 1998:81). Scharffenberg mente at *det som preget den norske loven var asyllegenes dominerende stilling* (Søbye 2010:158).

Lov af 17de August 1848 om *Sindssyges Behandling og Forpleining* ble vedtatt og satt ut i livet fra 1. januar 1849.⁵⁷ Dette var den første sinnssykelov i Norden (Haave 2008:31). Den kom i en tid der det norske samfunnet i økende grad var preget av industrialisering, urbanisering og befolkningsøkning. I det gamle bondesamfunnet fantes det enkle arbeidsoppgaver for både rare, gale og grensetilfellene, slik at disse kunne være til nytte på sitt vis. I det nye samfunnet var behovet for orden en drivkraft. *Løsningen blir institusjoner, reserverter for uproductive* (Ericsson 1974:84). I 1842 hadde straffeloven blitt vedtatt. Dette var en tid da medisinsens rolle i rettspleien ble tematisert (Skålevåg 2003). På denne tiden ble det et omfattende og ikke minst synlig fattigdomsproblem i Norge (Ludvigsen 1998). I disse sammenhengene kom de sinnssyke mer til syne som egen gruppe. På den ene siden trengte de forsørgelse, og på den andre siden kunne de komme til å forstyrre lov og orden (Ludvigsen 1998:87). Majors arbeid har ideologiske trekk i den forstand at han hevdet sinnssykes rett til menneskelig behandling og rett til helbredelse på linje med legemlig syke (Ludvigsen 1998:91).

⁵⁶ Major (1845): *Forslag til et Sindssyge-Asyl for Norge*.

⁵⁷ Loven var i hovedsak bygd på et utkast legen Herman Wedel Major la fram i 1847 (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955).

Major argumenterte for tre forhold: 1. *Ondet var helbredelig*. 2. *Staten måtte ta hovedansvaret for å bygge institusjoner*. 3. *Dette ville i lengden bli en lønnsom investering for staten* (Ericsson 1974:44). Ordet helbredelig kan oppfattes mer som eksempel på medisinsk språk, enn som uttrykk for faktisk helbredelse. Det reflekterer at medisinsk diskurs var formende. Major gav ikke tilslutning til begrepsdikotomien helbredelig og uhelbredelig, som derimot Holst hadde lagt stor vekt på. Major mente dette var et skille som kunne føre til at såkalt uhelbredelige pasienter ikke fikk det legetilsynet de trengte (Ludvigsen 1998). Majors arbeid med sinnssykeloven var dels bygd på humane verdier. Det var også formet av tanken om bruk av tvang og medisinsk tenkning.

Loven fastslo at ingen asyl kunne opprettes uten kongelig autorisasjon (§1). Den krevde at asyl skulle ledes av en lege (§3). Loven fastslo at bare pasienter hvis tilstand var slik *at Optagelsen er hensiktsmæssig for han selv eller nødvendig for den offentlige Ordens og Sikkerheds Overholdelse* kunne interneres mot sin vilje jfr lovens §§ 9 og 16. Alle andre mennesker i samfunnet var frie mennesker, og under ansvar av samfunnets lover. Sinnssykeloven definerte et skille mellom frie mennesker og de som ble underlagt lovens bestemmelser. De var ikke å forstå som frie mennesker, underlagt samfunnets såkalte allminnelige lover. Sinnssykeloven plasserte beslutningsmyndigheten over den sinnssyke hos legene. I loven brukes *Sindssyge, de syge* og *Patient* om de som var innlagt i asyl. Lovens § 16 bruker betegnelsene *Ubændige* og *Rasende Sindssyge*. I § 17 står det om de *Fattige Sindssyge*, og hvem som skulle betale deres asylopphold. Disse tilføyelsene til sinnssyk spesifiserer den sinnssyke ytterligere. I Kosellecks terminologi bidrar tilføyelsene til å synliggjøre motbegrepets kompleksitet. De ulike måtene sinnssykeloven spesifiserte de syke kan oppfattes som uttrykk for samfunnet og legenes makt til å forme sitt objekt.

Tenkningen som lå til grunn for behandling og forpleining av de syke kommer fram i sinnssykeloven § 1. *Asylets fuldkomne adskillelse fra alle andre Indretninger; en fri og sund beliggenhed; Anledning til de Syges Sysselsættelse og Bevægelse i fri Luft; absolut Afsondring af de forskjellige Kjøen, samt en passende Classifikation af de Syge af hvert Kjøen*. Lovteksten utdyper ikke dette med kjønn nærmere.

Dollhuskommisjonen hevdet at en årsak til sindssvagheten kunne knyttes til kjønn. Sinnssykeloven la mer vekt på isolering, klassifikasjon og arbeid. *Klassifisering var et av de fremste behandlingsmidlene; isolering, rett plassering, oppdragelse, arbeid og orden skulle fremme helbredelse* (Ludvigsen1998:159).

Tanken om orden kommer til uttrykk slik: I sinnssykelovens § 5 finnes grunnlaget for *personalprotokoll* og *behandlingsprotokoll*. *Personalprotokoll* skulle fylles ut med opplysninger om *Navn, Alder, Fødested, Levevei og Forsørgelseshjem, efter hvis Forlangende den Syge optages i Asylet. Etter 8 Dage efter Modtagelsen skal en nøiaktig Beskrivelse over Patientens Legems- og Sjels-Tilstand og senere Forandringer, som deri maatte indtræde, indføres i denne Protocol*. Eventuell dødsdag, utskrivingsdag og grunn, samt neste oppholdssted skulle også skrives her. Tenkningen var preget av nøyaktighet og tro på at sykdomstilstanden kunne la seg beskrive. Sitatet reflekterer tro på at sykdommen viste seg i form av ytre trekk ved enten utseende eller væremåte. Dette bygde på forutsetningen om at det synlige var slik, og det kunne uttrykkes utvetydig.

Vanlige diagnoser på 1800-tallet var melancholia, mania, dementia og paranoia. Årsaker til sinnssykdom kunne være arv, drikk, legemlig sykdom, sanseintrykk, syfilis, kjærlighetssorg og amerikaopphold (Søbye 2010:151). Pasientene var oftest arbeidere, bønder, husmenn, tjenere og håndverkere. De fleste hadde det til felles at de var innlagt på fattigvesenets regning. Den 27. juni 1891 kom et tillegg til sinnssykeloven som tydeliggjorde den fattige sinnssyke. Dette var en *hvis tilstand kræver en fra sædvanlige fattiges forsørgelse særegen behandling eller forpleining*. Hvem var nå dette? Sinnssykelovens paragraf 4 er omfattende, men jeg velger å sitere fra det første punktet.

Som sindssyke, hvis tilstand kræver en fra sædvanlige fattiges forsørgelse særegen behandling eller forpleining, ansees:

- a) *Alle, hvis sindssygdom gir grundet haab om helbredelse eller væsentlig bedring, naar en hensigtsmæssig behandling eller forpleining blir dem til del;*

- b) *Sindssyge, der er farlige for sig eller andre:*
- 1) *Ubændige eller rasende sindssyke, samt saadanne, der har tilbøielighet til selvmord eller selvplagerier.*
 - 2) *Sindssyke, der lider av andre abnorme tilbøieligheter, som gjør dem skadelige eller farlige for deres nærmeste omgivelser eller større kredser, t. eks tilbøielighet til mord, ildspaaesættelse, usedelig opførsel og lign:*
- c) *Sindssyke, der i det hele tiltrænger særeget tilsyn eller bevogtning forbundet med ganske ekstraordinære omkostninger.*

Denne teksten bidrar gjennom tilføelsene til å åpne et mangfold av betydninger som kunne knytte seg til sinnssyk. En betydning knyttet seg til den helbredelige eller uhelbredelige syke. Disse betegnelsene var virksomme på den måten at det ble opprettet egne ordninger for de helbredelige sinnssyke, og andre ordninger for de uhelbredelige sinnssyke. Tilføelsene ubændige, farlige, rasende, abnorme begrepsliggjorde den sinnssyke som det ble ansett som nødvendig å beskytte samfunnet fra.

En ytterligere nyanse i betydning begrepsliggjøres i tilføelsen fattige sinnssyke. På den tiden sinnssykeloven ble vedtatt og i årene etter var forholdet mellom medisin og fattigvesen gjenstand for konflikter (Ludvigsen 1998). Det var ikke klart om fattige sinnssyke var et medisinsk ansvar eller var de fattigvesenets ansvar.⁵⁸ Det å være innlagt i asylet på fattigvesenets bekostning betydde at man ikke spurte om pasientenes ønsker, for eksempel når det gjaldt behandling (Søbye 2010:177). Det kan stilles spørsmål ved om dette var formende for det historiske grunnlaget for bruk av tvang. Tenkningen om pasienter i asylet var preget av at dette var pasienter som ikke selv var i stand til å ta beslutninger på egne vegne, eller som gjorde valg som ikke var i samsvar med rådende normer i samfunnet. Dette kan sees i forbindelse med moralske snakkemåter som reflekterte årsakene til fattigdom som dårlige vaner og

⁵⁸ Se Ludvigsen 1998.

sviktende moral. Dette var pasienter som ikke visste sitt eget beste. Sinnssykeloven var en politisk beslutning. Den gav legen makt til å ta bestemmelser på vegne av pasientene. Dersom pasientene måtte underkastes tvangsmessig behandling, skulle dette skrives nøyaktig i det som ble kalt *behandlingsprotokollen*.

I behandlingsprotocollen anføres enhver Patient, som har været underkastet Indespærreren i eensomt Værelse eller mekaniske Tvangsmidler, med tilføjet Forklaring om Grunden, hvor og Tiden, hvori deslige Forholdsregler have været bragte i Anvendelse. Ligeledes anføres, hvor mange Patienter der dagligen have været beskjeftigede, samt Maaden, hvorpaa dette er skeet (Sinnssykeloven 1848:§ 5).⁵⁹

Sinnssykeloven bidro til å etablere og legitimere forbindelse mellom tvang og behandling, samt mellom arbeid og behandling. Begrepet behandling innbefattet ulike ting. Det hadde å gjøre med selve interneringen i asylet. Behandling omfattet også bruk av tvangsmidler overfor pasientene, samt pasientenes deltakelse i arbeid. Det ble etablert snakkemåter som *Tvangsmidlenes Beskaffenhed og Andvendelse* og *Arbeidsvirksomheden*. Dette handlet om tvangsmidlenes utforming og bruk. Tabeller viste hvilke tvangsmidler som ble brukt og hvor lenge. Arbeidsvirksomheten var en samlebetegnelse for hvem av pasientene som arbeidet, og med hva. Det ble registrert hvor mye de arbeidet og hvor mye de produserte. Arbeidsvirksomheten ble uttrykt i form av tabeller og statistikk. Bruken av begrepet behandling oppfattes som uttrykk for en medisinsk snakkemåte, samtidig var det virksomt i samfunnet som uttrykk for at noe ble gjort for å komme «ondet» til livs.

I lys av tidligere ord som eksempelvis galne, afsindige eller sindssvag, var sindssyg et nytt ord. På den ene siden avløste sindssyg galen, afsindig og sindssvag. Samtidig bar det med seg erfaringene fra disse tidligere betegnelse, kanskje særlig moralske forestillinger. Sindssyg rommet i tillegg nye forestillinger om sykdom og

⁵⁹ Et eget tillegg kom i form av *Cirkulære av 20. august 1894 angaaende protokoller over sindssyke*.

mulighetene for å helbrede sykdom. Begrepet sinnssyg formet et annet blikk,⁶⁰ der tanken om at den sinnssyke var en særegen type pasient var virksom. Dette var en som var syk på sinnet. Begrepet sinnssyg ble formet som motbegrep til den kroppslig syke pasienten. Den medisinske modellen⁶¹, representert ved asylene og legen kom til å frata pasienten ansvaret for sin egen helbredelse. Det at pasienten manglet såkalt sykdomsinnsikt kom til å bety at pasienten ikke hadde et rasjonelt jeg som så på sin egen atferd som et system som trengte reparasjon (Ericsson 1974:132).

Sinnssykelovens hovedanliggende var å legge rammer for *Sinnssygesasylers Oprettelse og Bestyrelse*. Asylene skulle representere statens makt gjennom struktur, orden, hierarki og arkitektur.

Ulike utviklingstrekk var formende for sinnssykeloven: pasientens lidelse kunne ses som uforskyldt, men det kunne også tenkes at personen selv var ansvarlig for sin egen situasjon. Den første med historiske røtter til hospitalet og legevitenskap, og den andre med røtter til arbeidsanstaltene forstått som et sted for oppdragelse.

Sinnssyg brukes i loven uten noen nærmere forklaring eller definisjon. Dette var en syk. Det var viktig for Major å understreke at sinnssyk handlet om sykdom. Det måtte etableres et tydelig skille til forbrytere.⁶² Parallelle begrep var de syge og Patient. Supplerende begrep var Ubændige, Rasende og Fattige. I min analyse bidrar disse parallelle og supplerende begrepene til å ramme inn og nyansere begrepet sinnssyk. Med sinnssykeloven ble tidligere tiders gale og afsindige konstruert som å være en spesiell type pasient. Sinnssykeloven konstituerte tidligere galne og afsindige som en særlig form for syk. Den sinnssyke inngikk i en særlig medisinsk diskurs, der legen og asylene var sentrale elementer. Denne diskursen bar i seg forstillingene om orden,

⁶⁰ Se Klinikkens fødsel M. Foucault (2009), men også kapitlet om begrepshistorisk metode og diskursanalyse.

⁶¹ *Den medisinske modellen, som i ekstreme tilfeller gjør pasienten til en gjenstand som skal repareres, er en måte å frata pasienten ansvaret for sin egen helbredelse på* (Ericsson 1974:133). Det ligger en forskjell her knyttet til forholdet mellom pålegg og tilbud om behandling.

⁶² Se Ludvigsen 1998, Schaanning 2007.

system, disiplin og vitenskap. De supplerende begrepene ubændige og rasende kan oppfattes som mer forbundet med fortiden. Begrepet fattige supplerte sinnssyk i en sosial diskurs der samfunnet tok mer ansvar for de som ikke greide seg selv. Dette kan oppfattes som uttrykk for en slags sosial bevissthet. Den så institusjoner som løsning på sosiale problemer ved å definere problemene som sykdom.

I 1908 kom *Kongelig resolusjon av 7. november 1908 om forvaring av farlige sindssyke*. Med denne tilføyelsen spesifiseres sinnssyk ytterligere som en form for farlighet som krevde samfunnsbeskyttende tiltak. Andre sindssyke som forstyrret den offentlige orden og sikkerhet falt også under den nevnte resolusjon. Dette var såkalt sinnssyke mennesker som ikke hadde begått straffbare handlinger, men som forstyrret den offentlige orden gjennom handlinger som var egnet til å vekke forargelse. Den syke tematiseres også som privilegert i den forstand at vedkommende skulle behandles hensynsfullt, slippe ordinært arbeid og samfunnets krav.⁶³ Dette representerte en tenkning med røtter til the Retreat, og det å kunne trekke seg tilbake for en periode. Samtidig var den moralske diskursen med blick for dårlige vaner og sviktende moral også til stede.

Sinnssykeloven fastslo statens og medisinenes ansvar for sinnssyke. Kgl. resolusjon av 22. januar 1910, samt 15. mars 1912 om politiets befatning med sinnssyke slo fast kravet om at en formell sinnssykeattest skulle være grunnlag for innleggelse til behandling og forpleining. Det var psykiater Paul Winge som bidro til å innføre formell sinnssykeattest. Nå var prinsippet om familie og slektingers omsorg forlatt.⁶⁴ Denne sinnssykeerklæringen framstår som et symbol på legevitenenskapens ansvar for de menneskene som ble klassifisert som sinnssyke. Den var formende for medisinsk autoritet. Et problematisk trekk ved sinnssykeattesten er at den klassifiserte som sinnssyk ved innleggelsen, altså før pasienten hadde vært i asylet for observasjon og undersøkelser.

⁶³ Jfr normalitet (Sirnes 1999) og sykerollen (Parsons 1951)

⁶⁴ Ot.prop.nr. 69 har en drøfting av dette temaet på sidene 9 og 10.

4.4 Asymmetri og medisinsk språk for galskap

Kilder fra Molde tilbake til første halvdel av 1700-tallet viser at det ble bygd et eget hus i tilknytning til Reknes hospital i den hensikt å innlosjere en rasende og svag kvinne. Dette markerte et skille og kan oppfattes som uttrykk for en form for sosial bevissthet. Fra da av ser det ut til at tilsvarende ordninger ble etablert i tilknytning til eksisterende hospitaler. Dette er viktig fordi det viser at det ble etablert forbindelser mellom såkalt rasende og hospitaler omtrent 100 år før det medisinske språkets inntog på galskapens område.

Jeg har vist hvordan det norske språket fikk ord som korresponderte med det engelske *insane*. Trondheimskommisjonen brukte betegnelsen *afsindig*. Dollhuskommisjonen brukte betegnelsen *sindssvag*. Senere kom *Lov om sindssyges Behandling og Forpleining* der betegnelsen *sindssyg* ble brukt. I Norge var legene Holst og Major formende aktører på dette området i første del av 1800-tallet. Loven markerte et skille fra kristen veldedighet til at det kom på plass nasjonale, offentlige ordninger på dette området. Den revolusjonerende nye ideen var antakelig ikke det at galskap kunne kureres. De nye ideene var mer knyttet til forbindelsen mellom framvekst av såkalt rasjonelle mål og statens aktive rolle i gjennomføring av disse. Dette er utviklingstrekk som tydeliggjør utskilling av en annerledes pasient. Innenfor rammeverket av sinnssykeloven ble den *afsindige* redefinert som *sinnssyk*. Dette var en pasient som ikke var helt som andre pasienter. Hva var det som definerte det særlige? Ulikheten i sosial status mellom legen og den *sinnssyke* var formende for asymmetriske trekk. Et vesentlig utviklingstrekk var at den *sinnssyke* ikke hadde samme rett til å uttrykke seg. Sinnssykeloven var strukturerende på den måten at den fastslo legenes rett til å uttrykke seg om den *sinnssyke*. Moralske trekk som væremåte, arbeidsdyktighet, renslighet og snakkemåte var definerende for utskilling av denne særlige pasientkategorien. Observasjon, klassifikasjon og spesialisering var formende praksiser. Det at sosiale forhold som atferd og følelser ble gjenstand for observasjon og kartlegging kiler seg inn på den måten at det har vært formede for tvetydige trekk ved snakkemåter. Et utviklingstrekk er at sosiale forhold som eksempelvis atferd og følelser ble fortolket som objektive årsaker til eller uttrykk for

sykdom. At det var følelser og oppførsel som inngikk i fortolkningen av denne særlige sykdommen var i liten grad gjenstand for drøfting i de kildene jeg har lest.

Begrepet sinnssyk var virksomt i den forstand at det identifiserte fenomenet mental sykdom. Begrepsliggjøringen av den sinnssyke var dels formet av en særlig medisinsk tenkning, dels bidro det til å lenke sammen ord og begreper slik at de formet et semantisk felt. Sinnssyk var et virksomt begrep i det norske styringssystemet som definerte leger som formelt kompetente til å identifisere sinnssykdom. Det kom gradvis på plass forestillinger om at det bare var leger med spesiell ekspertise og erfaring som kunne kjenne og behandle denne sykdommen. Det var en ny psykiatri som tok form (Skålevåg 2003). Den bar i seg to prosesser. Den ene trakk i retning av å assosieres med medisin, forstått som somatisk medisin. Mens den andre trakk i retning av å utvikles som eget vitenskapelig felt. Dels ble den nye psykiatrien lukket inne i kroppen, dels kom den til å inngå i lover og samfunnsprosesser. Den ble en formende maktfaktor både i møte med enkeltmennesker og i samfunnet. Det var språket, begrepene, som lenket dette sammen.

Afsindig/sindsvag og sindssvag/sinnssyg kan betraktes som begrepspar. Betydningsmessig gjennomgikk de endringer slik at de i økende grad ble ladet med framtidsrettet betydning. På den ene siden trer et humanitært ansvar fram, som handlet om å ta vare på folk som trengte det. På den andre siden kom dette til å formes innenfor medisinske forståelsesrammer. Medisinsk kunnskap på dette området ble framstilt som å inngå i prosesser som handlet om vitenskapeliggjøring og den ble i økende grad betraktet som sikker. Disse medisinske måtene å snakke på var ikke nødvendigvis vitenskapelige og objektive. Det kan også reises spørsmål ved om de bidro til å skape avstand og holde folk nede. Kildene tydeliggjør at sosiale forhold som tanker, følelser og atferd bidro til å forme den medisinske vitenskapelighet.

Overgangen fra Trondheimskommisjonen til Dollhuskommisjonen er særlig interessant. Holst og Dollhuskommisjonen bidro til å definere et kunnskapsområde som kunne gjøres til gjenstand for vitenskapelighet og objektivitet. Det bidro til å

styre oppmerksomheten mot det å klassifisere og føre statistikker. Identifiserbare og kvantifiserbare forhold kom til å bli assosiert med vitenskapelighet.

I dette semantiske feltet inngikk parallelle betegnelser som vetlaus, mentalt syg, patient og den syge. Disse ordene har det til felles at de bar i seg betydningene om mangel på vet og på fornuft. Samtidig inngikk de i et semantisk felt med betegnelser som fattig og unyttig. Dette kan oppfattes som betegnelser betinget av samfunnets struktur. Historisk har tanker om synd og skyld også vært formende, forankret i religiøse forestillinger. Nevnte begrepsskift kan oppfattes som gradvise endringer i retning av at ordene kom til å romme mer framtdsrettede betydninger. Dette viser hvordan det pasientbegrepet som ble etablert med sinnssykeloven bar i seg betydninger som var av tvetydig karakter. Med utgangspunkt i Kosellecks begrepshistoriske perspektiv kan det hevdes at tidligere tiders historiske erfaringer var akkumulert i sinnssykelovens pasientbegrep. Dette er utviklingstrekk i språket som kan knyttes til det Koselleck betegnet som temporale prosesser. Det mest framtrede utviklingstrekket er at begrep fylles med framtdsrettet betydning.

Kan det være slik at med etablering av et medisinsk språk for galskap ble den sinnssyke pasient konstruert som motbegrep til pasient? For legene framsto dette som symmetrisk begrepspar. Den sinnssyke ble oppfattet som like viktig syk som den somatiske pasienten. Hovedpoenget er at dette begrepsparet har asymmetriske trekk. Grunnen til det er de moralske forestillingene som knytter seg til motbegrepet. Den sinnssyke ble formet som et objekt for medisin, og som en bestemt type syk som legitimerte innesperring i asyl. Både det å definere noen som sinnssyk og det å informere om denne beslutningen har å gjøre med utøvelse av makt.

Begrepene syg og patient ble koplet sammen med motbegrepene mentalt syg og sindsvag. Den sindsvage eller den mentalt syge kan forstås som asymmetriske motbegrep til det implisitte eller eksplisitte legemlig syge eller corporlig syge. Tilføyelsene mentalt og legemlig representerer spesifisering av den syke, og det er i lys av dette den særlige syke trer fram. Den særlige syge framstilles som å være i sine følelsers vold og som syk på fornuften, med mindre evne til rasjonell tenkning enn

den legemlig syge. Den legemlig syge hadde sin fornuft i behold. Det benyttes karakteristikk som motbydelig lukt, urenslig og støyende om den sindssvage. Dette kan oppfattes som verdiladete og nedsettende snakkemåter. De var virksomme i den forstand at de bidro til å legitimere handlinger overfor de afsindige, sindssvage eller sindssyge som begrenset deres borgelige frihet. Når mennesker ble betegnet på måter som trakk deres evne til fornuft i tvil bidro det til å rettferdiggjøre inngripende handlinger overfor dem.

Asymmetriske motbegrep, som eksempelvis sinnssyk, ble brukt for å karakterisere folk på bestemte måter. De skapte skiller mellom folk. Dette var en lite verdsatt merkelapp. Det er når negasjonen til en positiv karakteristikk «henges» på folk av andre, som selv identifiserer seg med den verdsatte snakkemåten, at ting blir problematiske. Tilføysene uheldelig og heldelig bidrar til å belyse verdier og tvetydigheter nærmere. Klassifiseringen som uheldelig eller heldelig bidro ytterligere til å skape skiller mellom folk. Den heldelig sindssyge skulle behandles i heldelsesanstalter. Denne snakkemåten knyttet an til forestillingen om framtidig endring i form av bedring, og den legitimerede medisinsk intervensjon. Den uheldelig sindssyge skulle få dekket behov for pleie i pleieanstalter. Denne klassifiseringen legitimerer intervensjon i form av for eksempel innesperring. Begrepsparet uheldelig og heldelig indikerer to ulike asymmetriske former, en bestandig asymmetri og en foranderlig asymmetri.

Dollhuskommisjonens beretning og sinnssykeloven bidro til å etablere et skille der det medisinske fagområdet skulle overta ansvaret for folk som ble betegnet som sindssvag eller sindssyg. Det uheldelige ble forklart som naturgitt fenomen. I motbegrepene uheldelig sindssvag/syg kan forskjellene oppfattes som å være bestandige. Det er dette som innebærer at opposisjonen kan beskrives som kulturelt bestemt.

Det heldelige ble derimot knyttet til noe som forventes å inntreffe i framtiden. I motbegrepene heldelig sindssvag/syg kan forskjellene oppfattes som å være av mer temporal karakter. Den kan altså betraktes som midlertidig. Det er dette som

legitimerer intervensjon. Det medisinske perspektivet bygde på oppfatningen om sykdom, og at bedring var mulig gjennom behandling. Dette ledet til at den medisinske oppfatningen av den sindssvage/syge ble ansett som riktig, mens den sindssvage/syges oppfatning var uriktig. Begrepsendringen fra afsindig til sindssvag og sindssyg kan oppfattes som å reflektere et skifte i asymmetrisk opposisjon.

Hvordan kunne slike måter å begrepsliggjøre folk være virksomme? Den som var sinnssyk kunne for eksempel ikke inngå ekteskap (Lov om indgaaelse og opløsning av ekteskap fra 30. mai 1918). I § 5 står det at *Den, som er sindsyk, maa ikke indgaa egteskap* (Lutken og Platou 1920:6). Dette forbudet gir innblikk i det som tidligere har vært betegnet som borgerlig frihet.

Bestemmelsen hviler paa den ene side paa den betragtning, at sindsygdom utelukker retslig handleevne, og at en sindsyk person derfor ikke kan indgaa egteskap. Forbudet hviler imidlertid ogsaa paa den betragtning, at det i og for sig er berettiget at søke hindret, at sindssyke indgaar egteskap – dels av hensyn til de sindssyge selv, for at beskytte dem mot at komme op i forhold, som kan forøke deres ulykke, dels av hensyn til den anden egtefælle og de barn, som kan bli født i egteskapet (Lutken og Platou 1920:7).

Sinnssykdom var en av relativt få legale grunner for å omgjøre et ekteskap på denne tiden. *En omstøtelsesgrund er saaledes en egtefælles sindsygdom ved egteskapets indgaaelse, se § 34* (Lutken og Platou 1920:40). Leger ble tillagt myndighet i slike saker. De ble betegnet som *sakkyndig læge* (Lutken og Platou 1920:6). Tilføyelsen sakkyndig bidrar til å understreke legens autoritet.

Asymmetriske trekk kan konkretiseres ytterligere. Søbye skildrer i boken om overlege Johan Scharffenbergs liv og virke 1869-1965 forholdene på Gaustad i 1897 (Søbye 2010:156-7). Teksten bygger på en klage til Medisinaldirektøren fra pasienten Hermann Jakobsen.

Her skildrer han blant annet hva som skjedde da middagsmaten kom, voktere og pasienter styrtet til og det ble kastet mat fra den ene tallerkenen til den andre.

Jakobsen ble satt på en diett av grøt, byggsuppe og kavringer. Suppen ble satt i vinduskarmen og utsatt for sol og fluer, og at andre pasienter drakk av den. Toalettet hadde knapt plass til en person, gulvet fløt av urin. Papir fantes ikke, og da han spurte en vokter, fikk han til svar at bønder flest brukte fingrene hvis de i det hele tatt gjorde noe (Søbye 2010:157).

Søbye skriver at klagen ble publisert i en avis under fullt navn. Med våre dagers blikk kunne kritikken blitt møtt med forklaringer om manglende faglighet hos voktere, mangel på ressurser og kvalifiserte leger. I redegjørelsen til Justisdepartementet skrev direktør Lindboe

...at det var stivsinnet egenrådighet samt forhøyet selvfølelse hos de syke som fikk dem til å klage. Problemet var at familie og venner ikke lot pasientene få den nødvendige roen. Direktøren fant det nytteløst å gå inn på alle klagemålene, men mente at det nok ville interessere departementet å få vite litt mer om hvem som hadde forfattet klagene. Pasienten som hadde skrevet til departementet, var sinnssyk i en «impulsiv og ræsonnerende form», han hadde alltid vært vrang og vanskelig (Søbye 2010:157).

Kontrollkommisjonen støttet direktøren. I denne argumentasjonen er det trekk ved pasienten og sykdommen som angis som grunn til klagen. Dette sitatet viser hvordan asymmetriske trekk kunne være virksomme. Sitatet over uttrykker en bestemt form for tenkning om pasienten, og det reflekterer hvordan makt kunne brukes mot den som var klassifisert som sinnssyk.

I 1911 reiste Scharffenberg til den store hygieneutstillingen i Dresden. Her lot han seg inspirere av ideene om rasehygiene og rasjonell menneskeavl (Søbye 2010:311). Hvorfor var Scharffenberg opptatt av dette? Han hevdet at *siden samfunnet skulle ta seg av åndssvake, sinnssyke, blinde, døvstumme og vanskapte, kunne man ikke nekte samfunnet å forebygge at det ble født slike barn* (Søbye 2010:302). Også andre leger hevdet liknede synspunkter.

Rasehygienens oppgave var å bekjempe degenerasjonen gjennom prevensjon, ekteskapsforbud, sterilisering, avsperring og internering, hevdet Vogt. Hospitalisering av syke var et gjennomtenkt rasehygienisk program forklarte Vogt og så med tilfredshet på den økende hospitaliseringen av sinnssyke, åndssvake og epileptikere. Det var ingen grunn til å nekte de kjærlighetens trøst og hjelp, men slike individer måtte til en viss grad unngå å få avkom, og det skjedde i den grad de ble anbrakt i anstalter, skrev Vogt som i 1915 ble Norges første professor i psykiatri (Søbye 2010:344).

Amalie Skram skrev romanen *Paa St. Jørgen* i 1895. I samtiden vakte romanen stor debatt og den gikk inn i en mer omfattende diskusjon om institusjonene for sinnslidende (Søbye 2010:183). Forfatteren skriver følgende om begrepet sinnssyk:

Hva ville det egentlig si å være sinnssyk? Man kunne jo glatt vekk kalle hinannens særegenheter og mer eller mindre eiendommeligheter for sinnssykdom. Hvem kunne hindre det? En hadde aversjon for katter, en annen var ikke å bevege til å foreta seg noe på en mandag, en tredje gikk ikke i seng uten først å sette skoene baklengs foran sovekammerdøren (...) en fjortende var stormannsgal og bilte seg inn at han visste til punkt og prikke hva som skulle kalles sinnssykdom og hva ikke, og så framdeles i det uendelige (Skram 2004:49).

Romanen tematiserer pasientenes status og stilling. Lydighet ble oppfattet som tegn på tilfriskning, mens uro og motvilje var tegn på sykdom. Begrepet sinnssyk inngikk i maktforhold. Den sinnssyke var ikke i en slik stilling og hadde ikke status som gjorde det mulig å stille spørsmål ved legenes diagnoser.

I tiden omkring 1891 – 1926 ble det reist en rekke asyl rundt om i Norge. Sinnssykeloven fastslo at leder for asyl skulle være lege. Sammen med etablering av psykiatriske studier bidro dette til å forme et profesjonelt område innen medisin. Et spesialområde, skilt fra andre medisinske områder. Begrepsparene legemlig og mentalt/somatisk og psykisk bærer i seg dette skillet. Perioden som er nevnt over er karakterisert som den store asylbyggingens tid (Haave 2008). En rekke lokale asyl ble

reist som rene pleieanstalter. Til grunn for dette lå en forståelse av at pleie kunne skilles fra behandling. Uttrykkene behandlingsanstalt og pleieanstalt kan sees i lys av klassifiseringen av pasientene som helbredelig og uhelbredelig.

Dollhuskommissjonens beretning tok opp hva såkalte uhelbredelige sindssvage rettmessig kunne kreve av medmenneskers omsorg. På den ene siden kan dette oppfattes som uttrykk for sosial bevissthet, men også som refleksjon omkring prioriteringer. Temaet bærer i seg en slags universell karakter om hva og hvorfor samfunnet skal bidra overfor den enkelt innbygger. En slik begrunnelse kan være forankret i både det å hjelpe, men også for å sikre samfunnets interesser. Den psykiatrien som vokste fram bar i seg en tosidig rolle. Den skulle være en hjelper for samfunnet i det å opprettholde ro og orden, samtidig skulle den pleie og gjøre syke friske. Dette var sinnssykeasylenes samfunnsoppgaver. I studien undersøkes et sinnssykeasyl som semantisk felt, et felt som over tid endret seg. Dette belyses nærmere i forbindelse med etablering av Opdøl asyl.

5 Asylet som semantisk felt

Det norske samfunnet var i siste del av 1800-tallet og første del av 1900-tallet preget av at profesjoner var på frammarsj. Det gamle embetsverket sto for fall. Det ble etablert parlamentarisk praksis og stiftet politiske partier. I det norske samfunnet ble industri bygd ut og folk flyttet til byene. Landets økonomi ble i økende grad påvirket av internasjonale svingninger. Dette medførte problemer sosialt og helsemessig. Medisinsk kunnskap ble etterspurt for å bidra til at disse problemene ble løst. Leger fikk selvtillit gjennom nye medisinske oppdagelser (Schøitz 2006:67). Dette var en tid med omfattende kunnskapsproduksjon innen naturvitenskaplig orientert medisin. De nye erkjennelsene førte til et skifte i forståelsen av sykdommenes etiologi, mens det ble etablert nye former for forebygging og behandling (Schøitz 2006:68).

I Norge åpnet det første asylet på Gaustad i 1855 (Ludvigsen 1998:128). Tidlig på 1900-tallet var dette med asyl en relativt ny ordning. I Norge var det på den tiden

noen få store statsasyl. At det ble bygd mindre asyl rundt om i landet var nytt. Perioden omkring 1910 er karakterisert som *den store asylbyggingen* (Haave 2008). Overlege Scharffenberg hevdet at *asyl, de var hvilehjem for syke sinn og ikke noe å være redd for* (Søbye 2010:295). Sitatet er uttrykk for hva Scharffenberg la i begrepet asyl i 1910. På den tiden drev han en privat praksis som spesialist på sinnslidelser.

Dette kapitlet undersøker mer om etablering og drift av Opdøl asyl, og strekker seg fra 1907 til 1930-tallet.⁶⁵ Asyl var på denne tiden en ny og moderne ordning i offentlig regi. Tidligere betegnelser som dårekiste, dollhus og hospital hadde blitt omformet til motbegreper til asyl. Afsindig og sindssvag var omformet som motbegrep til sinnssyk. Lemmer hadde blitt motbegrep til pasient. Nå var det asyl og medisin som rommet forventningene om i framtiden å helbrede sinnssyke.

I Molde har det vært lokalisert store helseinstitusjoner i en periode på 300 år. Reknes hospital for spedalske ble vedtatt etablert i 1713. Dette var før Molde fikk bystatus. Det markerte starten på en lang sykehushistorie som er beskrevet i boka *Sykehusbyen Molde* (Strømskag, Eldøen, Johnsen og Langnes 2013). Opdøl asyl er en del av denne historien.

5.1 Initiativet til å opprette asyl

Det var amtets lægeförening som den 12. mars 1907 leverte en *forestilling om nedsættelse af en komité til utredning af spørgsmaalet om pleiehjem for sinnssyge* (Romsdals amtsting 1907 1. afdeling:36). Lægeföreningen henstilte amtstinget om

⁶⁵ Det benyttes noen anonymiserte pasienthistorier som inntak for å gripe tenkemåter og praksiser. Disse kildene gjør det mulig å undersøke begrepsliggjøring av pasienter i asylet. Fortellingene om pasienter bidrar til å utvide og nyansere det semantiske feltet.

at der nedsættes en komité til nærmere udredning af, hvorledes et pleiehjem for uhelbredelig sindssyge, der ikke passer til privatforpleining, bør indrettes, - hvad anlægskostnaderne kan ville andrage til og hva forpleiningen vil komme til at koste paa et saadant pleiehjem. Lægeforeningen vil samtidig udtale, at det vilde være ønskelig, om et saadant pleiehjem i tilfælde kom til at optage saadanne sindssyge baade fra by og land. Foruden at nogle af disse sindssyge til sine tider kan være farlige for sine omgivelser, hvad der har været sørgelige eksempler paa her i landet, er det forstaaeligt, at forpleierne, der er uden nogensomhelst kjendskab til behandling af saadanne sindssyge, derfor ogsaa er lidet egnede til at modtage saadanne i forpleining, hvorfor også pleien bliver derefter til lidet held for de udsatte sindssyge (Romsdals amtsting 1907 2. afdeling:159-160).

Dette handlet om å utrede etablering av et pleiehjem for uhelbredelige sinnssyke, som ikke passet til privat forpleining.⁶⁶ Pleiehjemmet skulle ta imot sinnssyke fra både by og land. Teksten gir uttrykk for at uhelbredelig sinnssyge er noe kjent og avgrensbart. Det at skriveren bruker uttrykk som saadanne og disse underbygger ytterligere oppfatningen om det særlige. Udsatte brukes i betydningen satt bort i pleie hos private gjerne på en gard. I sitatet brukes pleien i bestemt form. Det refererte antakelig til hvordan den sinnssyke ble tatt hånd om i privat forpleining og at det ikke var tilstrekkelig medisinsk. Det vil si at ordets betydning formes av situasjoner og sammenhenger det brukes. Koselleck hevdet at dette er uttrykk for at begrep var del av sosiale prosesser.

Den 30. mai 1907 ble det vedtatt å sette ned en komité for å vurdere opprettelse av et asyl i dette området. Argumentasjonen var slik: Det var flere tilhørende i amtet som var i pleie ved asyl andre steder i landet. Dette medførte høye utgifter for amtet. Disse pengene kunne i stedet brukes i et lokalt asyl. Tanken var at ved gradvis å venne sinnssyke til arbeid ville de kunne bidra noe til egen forpleining. Som sitatet over viser så advarte legene mot ordningen med privat forpleining. Det ble hevdet at sinnssyke kunne være farlige for sine omgivelser, og at forpleierne var uten

⁶⁶ Kommer nærmere tilbake til betydningen av uttrykksmåten privat forpleining.

kjennskap til behandling av sinnssyke. Mot slutten av skrevet kommer det fram at tanken om å opprette pleieasyl for sinnssyke inngikk i liknende prosesser andre steder i landet (Romsdals amtsting 1907 2. avdeling:159-160). Denne måten å snakke på preges av to hovedargumenter. For det første at dette var et medisinsk område som krevde særlig kjennskap, og for det andre at det handlet om å ivareta samfunnssikkerhet. Betegnelsen sinnssyk framsto som det sentrale kriteriet. Forpleining i pleiehjem og behandling i asyl representerte to ulike måter å tenke om og handtere sinnssykdom. Ordningen med privatpleie var en tredje måte å handtere dette på, men legene anså den som mindre ønskelig. Dette blir tatt opp senere i avhandlingen.

Komiteen henvendte seg til fattigstyrene i amtets herreder og byer, samt distriktslegene. Siktemålet var å få oversikt over *hvorvidt og i hvilken utstrekning nogen extra-ordinær innsats tiltrengtes her i amtet* (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:86). Distriktslegene ble for eksempel spurt *Er der blant de hjemme-pleiede sindssyke nogen som helst burde vært i asyl?* (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:87). I svarene framkommer blant annet følgende:

I Indre Søndmør kan 3 kvinder og 1 mand hjemmepleies kun derved at den ene sidder eller rettere ligger i «bur», og de 3 andre derved, at ovnen er indgjerdet og vinduerne forspikret med fjæler eller tyk stengenot. Tages disse med, blir det 9 kvinder og 3 mænd, som burde asyl-pleies paa grund av uro, høieste grad av urenslighet, lidderlig snakk med mer (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:87).

I kildene brukes hjemmepleie, privatpleie og asylpleie. Dette var spesifiseringer som indikerte ulike måter sinnssyke kunne bli tatt hand om. Svarene komiteen fikk viser sammenfallende trekk med utviklingen i resten av landet. Det viste seg vanskelig å få de som ble karakterisert som uhelbredelige sindssyke anbrakt i privat pleie (Ludvigsen 1998). Kostnadene og misnøyen med denne ordningen økte. I denne sammenhengen ble skillet mellom helbredelige og uhelbredelige sinnssyke tydelig. Uhelbredelige sinnssyke omtales som brysomme, og det var disse som skulle anbringes i amtenes pleieanstalter. Pleieanstaltene var forventet å være billigere å anlegge og drive, enn statsasylene. Det var statsasylene som skulle være helbredelses-

anstalter. Dette framstilles i kontrast til noe som karakteriseres som den gamle pleiemåten. Privatpleie handlet om at for eksempel bønder kunne ta imot pasienter på garden mot betaling. Hjemmepleie var derimot uttrykk for at familien til den syke hadde ansvar for pleie. Asylpleie representerte anstalten, institusjonen. Den asylofforpleide, den privatpleide og den hjemmepleide var tre ulike pasientbegrep som ble brukt i forbindelse med tre ulike praksiser. Ordningen med pleieanstalter og helbredelsesanstalter var ansett som en ny og moderne måte å forholde seg til problematikken begrepsliggjort som sinnssykdom.

Vurderingene av behovet for amtsasyl trakk inn andre forhold også. En kgl resol av 7.11.1908 fastslo at *sinnssyke, farlige for den offentlige sikkerhet skal isoleres hurtigst mulig* (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:88). Ett år senere kommer det fram behov for hurtig innleggelse av de som ble betegnet som *nye, friske, mulig helbredelige tilfeller av sinnssykdom* (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:88). Disse vurderingene reflekterte en praksis der asylene skulle både ta seg av fattige sinnssyke og folk som ble vurdert som farlige. Det var også ønskelig at asylet kunne ta imot uhelbredelige sinnssyke som var i privat pleie ved uro og raserianfall.

Efterat saken i sin helhed var diskurtert, blev man enige om, at asylnøden gjør det uavviselig nødvendig, at amtet skrider til oprettelsen av en pleie-anstalt for de værste, uhelbredelige sindssyge, der er farlige for den offentlige sikkerhed, og som skal isoleres hurtigst mulig. End mer paakrævet er anlæg av amts-asyl bleven ved den kgl resol av 7/11 1908 angaaende sindssyge, der er farlige for den offentlige sikkerhed, og som skal isoleres hurtigst mulig. Hertil kommer som et væsentligt hensyn, at komiteen tror, at man ved økonomisk drift kan faa forpleiningssummen noget ned, eller i hvertfald ikke yderligere øket, saaledes som der er al udsigt til med den gamle pleie-maaten. Som et viktig hensyn bør også være bestemmende, at man faar et sted, hvor man kan hurtigs faa midlertidig indlagt de nye, friske, mulig helbredelige tilfælde av sindssygdom, i stedetfor som nu at maatte vente lange tider, før man endelig kan faa plass for dem paa stats-asyl, og maatte længe holde kostbar vagt over dem i hjemmet med al den uhygge som følger dermed (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:88).

Teksten er argumenterende i den forstand at tilføyelsene til sinnssyk brukes for å skape politisk oppslutning om å bygge amtsasyl. De værste, uhelbredelige sindssyge brukes i kontrast til nye, friske, mulig helbredelige tilfælde av sindssygd. Dette er snakkemåter som former virkelighetsforståelser om pasientene. De gir inntrykk av at det er lite å gjøre for førstnevnte, mens de som ble snakket om som nye, friske tilfeller var pasienter det var mulig å gjøre noe med ved å sette i verk asylbehandling. Uten at det eksplisitt kommer fram, skaper teksten inntrykk av at det å bygge asyl representerte den nye tid og det moderne. Sitatet refererer til den gamle pleiemåten. I sitatet brukes ordet asylnøden i bestemt form, som om dette var et kjent fenomen i samfunnet. Det var det nok også i denne spesielle sammenhengen. Forestillingen om asylnød ble formet i møte mellom medisinske og sosiale prosesser.

Komiteen konkluderte med at amtet trengte en sentral-anstalt, bygget i stein og med isolasjonsrom. Såkalt medgjørlige sinnssyke kunne fortsatt tas hand om i privat pleie mot betaling, men i en avstand til asylet som muliggjorde kontroll med forpleiningen. Medgjørlige ble brukt som supplerende begrep til sinnssyk. En annen karakteristikk var arbeidsdyktige sindssyge. Arbeidsdyktig ble også brukt supplerende. Komiteen så for seg at de bedre, lettere sindssyge enten fortsatt ble i privatpleie, alternativt i en koloni i asylområdet (Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:89). Det hevdes at den mest fullkomne ordningen ville vært å etablere mindre kolonier omkring sentral-anstalten. Imidlertid ble dette ansett som for omfattende både praktisk og økonomisk på dette tidspunktet. Komiteen mente derimot at tomtearealet som skulle velges burde være tilstrekkelig stort for senere utvidelser.

Tilføyelsene til sinnssyk reflekterte på den ene siden trekk som ble ansett som farlige eller ikke mulig å gjøre noe med. Arbeidsdyktig var en annen tilføyelse.

Karakteristikken bidro også til å definere den sinnssyke. Andre tilføyelser reflekterte den medisinske snakkemåten. Jeg tenker da på den sinnssyke som ny, frisk og helbredelig. Samtidig som at tilføyelsene spesifiserte trekk ved den sinnssyke, kan de også oppfattes som å inngå i verdimeslige sammenhenger. Dette kom til uttrykk i forbindelse med vurderingene om økonomisk effektivitet.

Kravene som måtte innfris for å få autorisasjon for et asyl var følgende:

1. *At det er et selvstendig anlegg uten forbindelse med andre anstalter.*
2. *Rikelig adgang til godt vand og gode kloakkforhold.*
3. *Sikker avsondring mellom mænd og kvinder.*
4. *Lægehjelp stadig for haanden – helst saaledes at bestyreren er læge.*
5. *Sikkerhed for ildsfare – stenbygning, elektrisk lys, samt centralopvarming.*

(Romsdals amtsting 1909 2. avdeling:91).

Den 14. juni 1909 forelå følgende innstilling til sak 42 om at sinnssykekomiteen skulle fortsette sitt arbeid til opprettelse av en pleieanstalt for mindst 110 (væsentlig uhelberedelige) sindssyke for den opsamlede og fremtidig amtet tilfallende andel av brændevinssamlagenes overskudd (Romsdals amtsting 1909 1. avdeling:89).

Romsdals amtsting bifalte innstillingen enstemmig og anmodet komiteen om å undersøke skikkede eiendommer. I innstillingen omtales prosessen som reformen i bestemt form. Tidlig på 1900-tallet gikk det å bygge asyl og utforme ordninger for å ta hand om sinnssyke inn i sammenhenger begrepsliggjort som reform. I denne sammenhengen viser reform til at det bestående endres og i framtiden skal nye løsninger formes. I juni 1910 forelå innstillingen om opprettelse av sinnssykeasyl i amtet, samt kjøp av en eiendom til dette formål.

5.2 Valget av Opdøl gard

Sommeren 1910 stevnet en dampbåt inn Fannefjorden. Ombord var amtstingets medlemmer. De skulle på befarings på eiendommen Opdøl i Bolsø. Garden lå tilstrekkelig langt fra byene for å kunne verne samfunnet mot de sinnssyke. Den lå nær en elv der det kunne bygges kraftverk for å være selvforsynt med elektrisk kraft. Garden var veldrevet og lå vakkert til nær fjorden. Riksvegen gikk rett forbi. Det gjorde at Opdøl ble oppfattet som et sentralt sted. Det var mulig å kjøpe til mer areal dersom det viste seg å bli behov for det senere. Medlemmene i Amtstinget fant stedet

de lette etter på Opdøl. Garden ble ansett for å være sentralt beliggende og ha de nødvendige kvaliteter. Eieren, kaptein Høstmark var villig til å selge. Den 18. juni 1910 vedtok Romsdals amtsting å kjøpe Opdøl gard, gardsnr 60, bruksnr 1.

Det videre arbeidet var i stor grad av teknisk karakter. Det kan nevnes at et samarbeid med arkitekt Sigurd Lunde i Bergen ble etablert. Det skulle bygges en *centralbygning av sten beregnet på 110 pasienter (halvdelen av hvert kjønn) samt beboelsesrum i den samme bygning for fornødent vaktpersonale* (Romsdals amtsting 1911 2.

avdeling:127). Gardens hovedbygning skulle bli bolig for direktøren. Det ble planlagt og oppført et anlegg som hadde karakter av å være et eget samfunn med boliger, vann- og kraftforsyning. Selve asylbygningen ble omtalt som central-bygningen.

Tanken var at alle nødvendige funksjoner skulle bygges rundt den. Det ble installert elektriske anlegg inne og ute, til lys og maskiner som fryseri og vaskeri. Parallelt ble det planlagt og gjennomført oppføring av landbruksbygninger. Nede ved fjorden var det egen kai. Det er relevant å nevne at gardsvirksomheten var relativt omfattende.

Den var en grunnleggende betingelse for asylsamfunnet, og skaffet mat og brensel.

Asylet var ved oppstarten dimensjonert for 110 pasienter og omtrent 30 ansatte.

Garden skaffet først og fremst mat til folk og brensel til oppvarming. Asylet var i stor grad utformet med utgangspunkt i tanken om selvforsyning.

Romsdals amtskommune fikk autorisasjon fra justisdepartementet den 18. april 1912 for å opprette og drive et kommunalt asyl (Romsdals amtsting 1912 2. avdeling:203).

Kontrollen med asylet var forankret i sinnssykeloven av 17. august 1848. Det ble stilt som betingelse at asylet ble bestyrt av en autorisert lege. Den 15. juni 1912 vedtok

amtstinget at byggekomiteen skulle lyse ut stillingen som direktør for Opdøl asyl. Det var forutsatt at direktøren skulle ha fri bolig, lys og ved i tillegg til en lønn på kr 4000 i året (Romsdals amtsting 1912 1. avdeling:168). Direktør og eneste lege, Carl Oluf Wingard tiltrådte den 15. april 1913 (Romsdals amtsting 1913 2. avdeling:96).

Hvordan så folk i lokalsamfunnet på det å få et asyl i bygda? I en udatert tekst funnet i arkivet skrev en av bygdas innbyggere at

det ble ikke så lite diskusjon blant folk, for og imot dette å få et sinnssykehus i en liten bygd. Sinnssykdom ble sett på som noe en ikke snakket høyt om. En

forsto jo så lite av sjukdommens art, og det skremte. Det ble nesten tabu og mest mulig skjult om noen var så uheldig å ha en slik i familien. Men det var langt til nærmeste asyl og noen trengte hjelp for lidelsen, også i vår bygd. Det var derfor noen som var så framsynt at de forsto at det var et bra tiltak og at det kunne bli til stor framgang for bygda.

Sitatet reflekterer noe av verdimangfoldet omkring det at et asyl skulle legges til bygda. Dette kom til uttrykk i form av redsel, ønske om å hjelpe, uvisshet mht hva dette var, tanken om å skjule, men også utsiktene til bedret økonomi i form av arbeidsplasser.

5.3 Opdøl asyl åpnes

Romsdals Amts Sindsykeasyl på Opdøl åpnet sine dører 1. oktober 1913. Sykehuset ble ansett for å være svært moderne. En modell av bygningen ble vist fram på en jubileumsutstilling i Oslo i 1914. Dette var et anlegg å være stolt av. Den første pasienten ble skrevet inn 10. november. I løpet av ett par måneder ble over 90 pasienter fra fylket skrevet inn i asylet. Mange av dem kom fra asyl andre steder i landet. Andre ble fulgt dit av familie. Felles var at de gjerne hadde med seg ei kiste med noen eiendeler. *Reglene for indlæggelse av syke fra 1. oktober 1913 slo fast at De Syke maa saavidt mulig ved indlæggelsen medbringe: 3 sæt Undertøi, 2 Dresser eller Kjoler, 2 Par Støvler eller Sko foruten Hodeplag Bukseseler, Lommetørklær o. lign., liksaa hvis det trengs Yttertøi og Vanter (§4).* Disse reglene tok opp bruk av tvang og spørsmål om informasjon til pasientene. *De Syke maa saavidt mulig indsendes uten Andvendelse av Tvangsmidler og ikke narres med Hensyn til hva Reisen gjælder. De maa ledsages av paalitelige Folk, som kan meddele Oplysninger om Forholdene i den Sykes Hjem og paa Reisen (§5).* Husreglene fra 25. juli 1913 uttrykker at innlagte på asylet skulle omtales som pasienter og at de var å anse som syke. Reglene for innleggelse slo fast at *til eller om de syke er ingen annen betegnelse enn «syk» eller «patient» tillatt (§3).*

Den første sykehusbygningen ble først omtalt som centralen, senere som B-sentralen. Arkitekturen som var valgt var ikke tilfeldig. Bygningen var delt i en kvinne- og en mannsavdeling. Disse var igjen inndelt i rolig og urolig avdeling. Ute var det luftegårder med solid, to meter høyt nettinggjerde. De var også delt, en for rolige og en for urolige pasienter. På Opdøl var gjerdet rundt luftegårdene laget av netting, ikke planker. Nettinggjerdet ble i sin samtid ansett for å være en moderne innretning i den forstand at pasientene kunne se ut gjennom gjerdet.

Asylet var bygd som en pleieanstalt. Hva betydde det? I amtstingets drøftinger har det vært lite å finne som forteller hva en pleieanstalt var. Under drøftingene i forkant av og under byggingen av asylet var bygningstekniske og økonomiske forhold sentrale. Et brev datert 9. desember 1912 fra den norske lægeförening gir innblikk i tenkningen som lå til grunn for denne todelingen mellom pleie og behandling. *Oprindelig var amtsasylene tænkt som væsentlige pleieanstalter for kroniske syke og særlig for arbeidsføre saadanne, som av en eller anden grund (urenslighet, rømmelyst eller lign.) ikke godt kunde anbringes i privat forpleining* (Romsdals amtsting 1913 2. avdeling:107).

Nye og akutte tilfeller skulle sendes til statsasyl for behandling. Uttrykket pleieanstalt fikk betydning i relasjon til behandlingsanstalt og statsasyl. Dette skillet var vanskelig å opprettholde. Det ble begrunnet med stor mangel på asylplasser. Jeg kan i liten grad se at slike kategorier ble problematisert. Amtsasylet måtte også ta imot akutt syke pasienter, og pasienter fra de tre byene Ålesund, Molde og Kristiansund når det var ledig plass. Asylet var inndelt i avdelinger for urolige syke menn og rolige syke menn, og urolige syke kvinner og rolige syke kvinner. Dette er tilføyelser som forteller om en praksis formet av kjønn, men også definert av begrepsparet ro og uro. Uttrykksmåten pasienter fra byene kan oppfattes som uttrykk for administrative skiller mellom by og land. Direktøren rapporterte i 1914 at avdelingene for urolige raskt ble fylt opp, og han signaliserte behov for å utvide disse i nær framtid (Romsdals amtsting 1914 1. avdeling:274).

Amtstingets beretninger i perioden omkring oppstarten av asylet gir i hovedsak innblikk i tekniske og økonomiske forhold. Det er til en viss grad mulig å trekke ut

opplysninger om hvordan pasientenes opphold i asylet kunne arte seg ut over selve inndelingen i avdelinger. I beretningen om virksomheten i 1913-1914 kommer det fram at mannlige pasienter utførte omfattende utarbeid som planering av området rundt asylbygningen, alt onnearbeid og hele vedhuggingen. Kvinnene deltok leilighetsvis i arbeid på markene. Deres deltakelse i utarbeid ble begrenset av at det ikke var en pleierske som kunne være med. Derimot karakteriserte direktøren kvinnenes arbeid inne som særdeles tilfredsstillende. Dette var daglig husarbeid og vedlikehold av klær. Kvinnene spant ull og strikket trøyer, votter, strømper til alle pasienter og ansatte. Mannlige pasienter hadde også innarbeid med fiskegarn, og de laget ulike koster og skrubber. Pasientenes arbeid betegnes på denne tiden som arbeidsvirksomhet. Antakelig var det slik at pasientenes arbeid var til stor nytte for driften av asylet. Tobakk ble brukt som oppmuntring. Direktør Dahl uttalte at *tobakken beroliger og stimulerer vore syke til arbeide, og i de små mengder den her blir nytt, har den sikkert ingen uheldig innflytelse* (Møre fylkesting 1925:233). På helligdager kunne rolige syke få spasere i omegn i følge med en pleier. Menn kunne spille kort, mens kvinner kunne spille selskapsspill som dam eller domino. Det ble holdt gudstjeneste omtrent en gang i måneden. Det kom tidlig ønske om musikk. Direktøren foreslo i budsjettet for 1915 innkjøp av grammofon og husorgel.

I asylets første driftsår utførte mannlige pasienter arbeid som å sage opp og klyve all ved til oppvarming av asylbygningen. Kvinnene var med i huslige gjøremål, samt vedlikehold og produksjon av klær. Imidlertid var det vanskeligere å skaffe kvinnene nok arbeid, særlig ute. Direktøren gav uttrykk for at det ble lagt stor vekt på å skaffe de syke passende sysselsetting. Etter hans mening beroliget arbeidet og bidro til bedret helse.

Angaaende patienternes arbeidsvirksomhet kan oplyses, at av de mandlige patienter har 62 pct været beskæftiget dels med gardsarbeide og vedhugging, dels med snedker- og skomakerarbeide. Som i fjor er alle skoreparationer til asylet utført av et par patienter. En del av de daarligste, sløve, beskæftiges med drevplukking og husgjerning. Kvinderne beskæftiges med strikking og spinding samt almindelig husgjerning; et par kvinder assisterer i kjøkkenet, naar deres tilstand tillater det. Der lægges stor vægt paa at skaffe de syke passende

sysselsættelse; arbeidet beroliger de syke, liksom det i mange tilfælde hjælper til at gjengi dem helsen. De penge, som øker arbeidsvirksomheten i et asyl, er vel anvendt (Romsdals amtsting 1918:7).

Det å sette pasientene i arbeid fikk allerede fra starten av en sentral plass i asylet. Tanken var at arbeid bidro til at pasienter kunne gjenvinne helse. Ingen som var i stand til å arbeide skulle være i asylet og gå ubeskjeftiget. *Mænderne er i det store og hele arbeidsvillige, desværre kan ikke det samme sies om det svake kjønn; i det at være arbeidsvillige er de alt annet enn svakt, og arbeidet er dog snart det bedste lægemiddel for patienter, hvis nervesystem er i orden* (Romsdals amtsting 1919:352). Asylet var inndelt i avdeling for menn og for kvinner. Disse var igjen inndelt i urolig og rolig avdeling. Rommene i asylet var betegnet som saler, der sengene sto på rekke og rad. Asylet var bygd med isolat.

Som man vet var isolatfløiene fra først av uden tag. Temperaturforandringer i forbindelse med sne, is og vand forårsaket fuktighet i rummene og skade på murverket. Det midlertidig anbrakte bord – tak over fløiene er snart uttjent og nogen mer varig og hensiktsmessig foranstaltning må træffes med det første. Dette kan muligens sees i forbindelse med et annet spørsmål – utvidelse av asylet. Nogen lang utsættelse tåles ikke (Møre fylkesting 1921:319).

Det er mulig vi må forstå dette som at pasientene i isolat ikke hadde tett tak over hodet. Celle og cellepatient var brukt som parallelle begrep til isolat. En grunn til at pasienter ble plassert i isolat på denne tiden var nok at de ble oppfattet som farlige for andre pasienter.

Legen Munch Søegaard var direktør på Opdøl asyl i en periode på 4 måneder i 1921. Da han sluttet i denne stillingen skrev han et brev datert 25. oktober 1921 på fire sider til kontrollkommissjonen. I dette brevet beskriver Munch Søegaard forholdene på asylet. Punkt 1. *Isolaterne paa de urolige avdelinger kan ikke opvarmes tilstrækkelig, hvad enten grunden skyldes mangel ved centralopvarmingen eller fejl ved selve bygningen (fladt takkonstruktion.)*

Punkt 2. *Isolaterne er til dels usunde, idet det trækker fuktighed gennem murveggen, saa pudsen slaar sig baade utvendig og indvendig. Det regner tvers gennem vindusposterne.* Vi vet ikke akkurat hvordan det var å være pasient i isolat på Opdøl asyl, men dette er to kilder som beskriver isolatene som i liten grad beboelige.

5.4 «Det veks på med sinnssjuka»

Uttrykket asylnød brukes i direktørens beretninger i tiden omkring 1920. Asylnød ble brukt i betydningen at det var mangel på plasser i asylene for sinnssyke (Haave 2008). I kildene fra Opdøl ble uttrykket brukt med noe ulik betydning. Byene hadde ikke egne asyl og pasienter fra byene ble delvis avvist på Opdøl. Det kunne være vanskelig å få plassert sinnssyke som var bosatt i byene. Situasjonen var slik at stadig flere søkte om plass i asylet. Samtidig viste det seg å være vanskelig å skrive ut pasienter. Antallet pasienter ble høyere enn asylet var godkjent for. Det ble omtalt som overbelegg. Hvordan kan bruk av ordet asylnød forstås i denne sammenhengen? Var det sånn at asylet mislyktes med behandling av sinnssykdom? Eller var det slik at antallet sinnssyke økte mer enn før? Det kan også tenkes at flere avvik ble definert innenfor begrepet sinnssyk. Pågangen til asylets plasser var økende. Inne i asylet viste det seg å være behov for flere isolat og flere plasser på urolig avdeling. Direktør og lege Munch Søegaard skrev brev der han påpekte behovet for klær til pasientene.

På mandsavdelingen findes kun 10 vinterfrakker. Naar patienterne nu høstdag er ute i sine tynde klær, fryser de. Hele vinteren kommer patienterne av mangel på klær ikke ut i fri luft, hvilket vel maa karakteriseres som mindre god behandling.

Vore utarbeidende mandspatienter mangler regnkapper. De lider vont i regnveir. Deres skotøi trenger også revision. De bør hver aften naar de kommer ind, kunne faa bytte sine vaate og skidne arbeidsstøvler med tørre hussko. Nu trækker de skidt rundt i ganger og paa stuer. Kostholdet ved asylet

*er det tarveligste, som findes ved noget norsk sykehus. Det er ogsaa meget ensformig. Jeg vil anbefale en revisjon.*⁶⁷

Legen framstår som en forkjemper for at pasientene i asylet skulle få bedre forhold å leve under. Totalt inneholdt brevet 17 konkrete punkter med forslag til tiltak for å bedre forholdene for pasientene i asylet. Brevet viser at legen Munch Sørgaard kjempet for pasientenes kår i asylet.

Et annet forhold som også inngår i det semantiske feltet omkring asylnød er vanskelighetene med å få ansatt pleiere. I 1920 uttalte direktøren at *det er bra asylet ikke har flere plasser på grunn av at det er vanskelig å få ansatt pleiere* (Romsdals amtsting 1920:334). Amtsmann Nørve skrev følgende *Aa bli heimsøkt av sinnssjukdom er ein tung lagnad. Og naar det attaat kjem det, at folk ikkje veit kvar dei skal gjera av dei stakkars sjuke, daa røyner det paa. Ikkje aa sjaa seg utveg, ikkje aa vite si arme raad, er det værste. Det syner seg, at det veks på med sinnssjuka* (Romsdals amtsting 1920:722). Et par år senere hevdet fylkesmannen at det var ytterst vanskelig og ofte rent umulig å få bortsatt sinnssyke i privat forpleining (Møre fylkesting 1922:734). Følgen av dette var at asylene ble overfylt. Hans konklusjon var at asylet måtte bygges ut for å skaffe plasser til flere sinnssyke.

To diskusjoner med relevans til asylet trer fram i amtstinget i denne perioden. For det første fremmes et krav om bygging av et statsasyl for Vestlandet (Romsdals amtsting 1919: 435 og 723). For det andre forberedes utvidelse av Opdøl asyl. Det var bred enighet om behovet, men noe ulike syn på hvordan byene Ålesund, Molde og Kristiansund kunne inngå i planene. I 1919 ble det vedtatt å sette ned ei nemnd for å føre prosessen videre (Romsdals amtsting 1919:721). Fylkesmannen i Møre skriver at *asylnøden er stadig tiltagende. Der kann både ute fra distriktene og fra fylkeskontoret nevnes mange eksempler på hvor rent umulig det er å få anbragt de sinnssyke som trenger asylforpleining* (Møre fylkesting 1922:415). Sitatet viser at uttrykket

⁶⁷ Legen Munch Sørgaard var direktør på Opdøl asyl i en periode på 4 måneder i 1921. Da han sluttet i denne stillingen skrev han et brev datert 25. oktober 1921 på fire sider til kontrollkommisjonen.

asylnøden fortsatt ble brukt i bestemt form. I dag kan vi undres over hvordan denne forestillingen om at stadig flere trengte plass i asylet kom til. Årsberetningene fra denne tiden gir alle uttrykk for at antallet sinnssyke økte år for år. Begrepet asylnøden inngikk i ulike situasjoner som geografi, ansettelse eller organisering av asylet. Asylnød er eksempel på et begrep som kan inngå i ulike betydningsmessige sammenhenger. Det gjenspeiler at asylet hadde en sosial rolle i den forstand at det bidro til å handtere samfunnsmessige problemer.

Snakkemåten asylnød reflekterer en utbredt virkelighetsoppfatning blant aktører i sinnssykevesenet fra 1870-tallet og framover. Det betegnet en situasjon der etterspørselen etter asylplass for sinnssyke var større enn tilbudet (Ludvigsen 1999:152). Hun hevder at etterspørselen etter asylplass ikke først og fremst må sees som et resultat av at antallet sinnssyke i befolkningen økte, men i lys av samfunnsmessige forhold som endret kårerne for de sinnssyke og de som tok hand om dem. Et slikt samfunnsmessig forhold handlet om forskyvninger mellom privat og offentlig ansvar. Det kan nok også settes i sammenheng med at flere folk bosatte seg i byene og med det endret også rollene til såkalt sinnssyke personer seg. Antakelig hadde det vært lettere å finne plass for folk som på en eller annen måte skilte seg ut i det gamle bondesamfunnet.

I St. prp nr 1 Hovedpost VII B *Om bevilgning til sinnssykeasylet* begrunnes behovet for økte bevilgninger med asylnød. *Paa grunn av «asylnøden» har det ikke sjelden hendt, at urolige og voldsomme sinnssyke er blitt anbragt i politiarraster under stadig vakthold, som har vært meget kostbart* (1922:29). Samme dokument bekrefter at planer for utvidelse av blant annet Opdøl asyl er godkjent og gitt bevilgning av Stortinget (1922:33).

Fylkestinget nedsatte en ny byggekomité. Den 25. juli 1922 var denne komiteen samlet. I referatet står:

Man blev enige om følgende "ramme" for den nye asylbygning: Der bygges en helt ny bygning for kvindepasienter, idet den nuværende forbeholdes mandspasienter. Den nye bygning forutsettes aa gi plass i XI, og II etage for 100 patienter, hvorav

1. *En vaktavdeling for ca 30 med 4 isolatrum og 2 større soverum med en større stue imellem.*
2. *En avdeling for rolige beregnet paa ca 30 med nødvendige soverum og dagligstuer (I spisestue og I arbeidsstue).*
3. *I loftsetagen plaseres rum for pleiere, magasiner og skredderverksted.*

Departementet for sociale saker gav den 11. februar 1923 Opdøl sinnssykeasyl autorisasjon til å åpne ny centralavdeling for kvinner med 121 plasser, samt forandre den gamle centralavdeling til mannsavdeling med 116 plasser (Møre fylketing 1924:428).

Opdøl asyl var altså autorisert for 237 pasienter. Ved utgangen av 1925 åpnes det neste bygget på Opdøl, senere omtalt som A-sentralen. Dette bygget var planlagt, bygd og ble brukt som kvinneavdeling for 121 pasienter. Her var det også rom for betjeningen i 3. etasje. At pleiepersonalet skulle bo i asylbygningen var en selvfølge, og på dette tidspunkt ikke gjenstand for diskusjon.

I det semantiske feltet omkring asylet inngikk både synonymene helbredelsesanstalt, pleieanstalt, centralbygning og centralanstalt. Avdelingene ble betegnet som rolig eller urolig avdeling for menn eller kvinner. I forbindelse med at det bygges en ny bygning opptrer uttrykksmåtene A og B-centralen.

I tiden omkring 1920 var det svært vanskelig å få sinnssyke anbrakt i privatpleie. Norge var på den tiden ett av Europas fattigste land. I Opdøl asyl kan det se ut som at det ble lettere å finne plass hos private for sinnssyke pasienter omkring 1929. Flere pasienter kunne overføres til privatpleie. Det frigjorde plasser i asylet. Denne praksisen ble hjemlet i Lov nr. 3 av 5. juni 1925 som omhandlet overføring av pasienter fra et asyl til privat pleie. Begrunnelsen var at overlegen fant dette hensiktsmessig for den syke. *Dog må pasienter som antas å kunne bli farlige eller som lider av tuberkulose eller annen smittsom sykdom, ikke under noen omstendighet utsettes* (§1). Sitatet viser hvordan ordet utsettes ble brukt. Det var formet av konstruksjonen innsettes i asyl og utsettes i privatpleie.

Direktør Dahl reflekterte over forholdet mellom privatpleie og asylpleie i sin beretning om asyllets virksomhet i 1929.

Her er fremdeles stor efterspørsel efter patienter til privatforpleining, og efter hvad jeg hører, finner de syke sig gjennomgående vel tilfredse hos sine forpleiere. Den frihetsinnskrenkning som et asyl er nødt til å gjennomføre er en ulempe, som de syke ikke har følelsen av når de kommer ut i privatpleie – det blir mer hjemlig. Som det nu er, med den lette adgang til privatpleie, har jeg kunnet imøtekomme alle anmodninger fra fylkets landdistrikter om optagelse av patienter. De urolige avdelinger vil dog – særlig på kvindesiden – bli overbelagt, da meget få av disse patienter egner sig for privatpleie (Møre fylkesting 1929:288).

Pasientene ble begrepsliggjort i spennet mellom kjønn, og ro/uro. Dette var virksomme begrep i den forstand at de bidro til å definere hvor pasientene skulle oppholde seg og grad av frihet. Hvordan ble ordningen med privatpleie begrepsliggjort blant folk flest, og hvordan reflekterte begrepet privatpleie pasienten sin status og stilling? Hans Hyldbakk har i *Ei haustferd på Nordmøre* skrevet fra sine reiser. I åra frå 1926 og fram til siste verdskrigen reiste eg kringom bygdene på Nordmøre som husagent for eit bomullsveveri (Hyldebakk 1951:5). Da Hyldebakk kom til Gjemnes erfarte han at

Det er lett vint å drive agentur innover denne stranda her. Gardane ligg tett i tett innmed vegen på både sider, så ein slepp å klatre i berg og bakke for å nå fram til kundane. Men gardane er sundbytte og små, jamnastt på ein tri-fire naut eller så, og velstandet rekk visst ikkje langt oppå nokon stad. Det er fisket og tullingane som er bergingsvona attåt det vesle jordbruket. Dette kan høyrast litt nifst ut, men saka er den at Opdøl asyl har ei stor mengd pasientar bortsette her i Batnfjorden, og dette har vore reint eit levebrød for folk. Betalinga er frå 4-500 kroner året etter som dei er vanskelege å ha med å gjera, og dette er pengar som ein småbrukar ser mon i, men jammen må det vera smått for folk like vel når dei skal sjå seg nøydde til å ta slik armod i huset. No ja, dei tek det sikkert ikkje så samvitsfullt med røktinga alle stader, og elles kan det vera stor

hjelp i dei som ikkje er alt for galne. Det har vore meg fortald at det finst patientar som hogg all veden på garden og gjer mykje anna gardsarbeid attåt, og somme av dei kvinnelege både kardar og spinn, så det blir billeg drivkraft for dei som er så hepne å få rette slaget (Hyldbakk 1951:9).

Dette sitatet representerer en alternativ innfallsvinkel for å undersøke asylpasientenes status og stilling i lokalsamfunnet. Tullinger, armod og galne brukes supplerende til pasient. En arbeidsdyktig pasient var av «rette» slaget, og ble sett på som billig arbeidskraft og gav klingende mynt i pungen. Min vurdering er at pasientenes status nok varierte, men den var formet av grunnleggende asymmetriske trekk. Dette var en særlig pasient, men denne pasienten kunne være til nytte i enkelt arbeid.

I det samme geografiske området oppsøkte Hyldbakk en kar fra hjembygda.

På ein liten gard her oppmed Silset fann eg han Tull-Ola, som vi kalla han heime. Han var akkurat same karen som den tida han sto oppi loftsglaset heime på Surnadalsøra og ropa åt alle som for framom. Enno tala han oppatt og oppatt dei same glosene om Ola Garden, hestane og silda utmed kaia, og ikkje eit lysglint av vit var det i alt rablet hans. Da var det annarleis med hybelkammeraten hans, han Veiholmen, som dei kalla han. Hos den karen fekk ein svar på tiltale (Hyldbakk 1951:11).

Språket til Hyldbakk er direkte, og antakelig reflekterer det snakkemåter som var vanlige blant folk flest.

Asyldirektøren så for seg at de pasientene han omtalte som fungerende sinnssyke kunne overføres til en koloni. Han tok altså opp det lægeforeningen omtalte som den mest fullkomne ordningen 20 år tidligere.

Selv om efterspørselen efter patienter til privatforpleininger er god, blir der dog mange igjen som ikke er skikket til å forlate asylet. I en ikke fjern fremtid vil spørsmålet om en kolonibygning for en del av de rolige, men utrygge patienter komme op; det vil på en heldig måte kunne avlaste centralanstalten samtidig som det sikkerlig vilde bli til glæde for de syke som i en enslig koloni vilde føle sig friere (Møre fylkesting 1929: 287).

Kolonien skulle ligge tilbaketrasket fra asylet. Dette skulle bidra ytterligere til å frigjøre plasser i sentralanstalten. Dahl tok dette opp både i beretningen for 1929 og 1930. Han skrev også at tilgangen på pasienter var større enn avgangen. Koloni kom til som et nytt ord i kontrast til centralbygning. Det betegnet en egen bygning preget av mer hjemlige forhold. Den var lokalisert på asylens område, men trukket mer mot ytterkanten av asylområdet. Kolonien representerte tanken om at pasienter gradvis kunne gå over i privatpleie eller tilbakeføres til hjemmet. Dette ut fra et ønske om å skrive ut pasienter. Sak 86 forelagt Møre fylkesting i 1930 omhandlet utvidelse av Opdøl asyl med en koloni til 20-30 mannlige pasienter (Møre fylkesting 1930: 288-292). I brev til fylkesmannen i Møre skrev Sosialdepartementet *Ved kongelig resolusjon av 5. januar 1934 har Møre fylke i henhold til §1 i lov om sinnssykes behandling og forpleining av 17. august 1848 fått tillatelse til å utvide fylkets sinnssykasyl på Opdøl i Bolsyø herred med en kolonibygning for 30 menn (...)*

Direktøren hadde siden asylens åpning i 1913 vært eneste lege. I henhold til instruksen for direktøren kunne han ikke forlate asylet uten å skaffe vikar, og han skulle se til de syke minst en gang om dagen. Fylkestinget vedtok 14. juni 1928 instruks for assistentlegen (Møre fylkesting 1928:496). Kort tid senere viste det seg at en assistentlege var for lite. Det var behov for både reservelege og en assistentlege til (Møre fylkesting 1930:6). Direktøren meddelte

at asylbygningene allerede viser sig at være for små, mandsavdelingen er begreget på et belæg av 116, kvindeavdelingen 121, til sammen 237. Belægget på mandsavdelingen er nu 148 og på kvindeavdelingen 141 – til sammen 289; altså et overbelæg på 52. Hertil kommer plassmangel. Det er også bekjendt at omtrent alle andre asylter i landet går med større eller mindre overbelæg, så asylnøden desværre er meget stor overalt. Som følge herav opstår spørsmål om hvad man under sådanne omstendigheter bør og kan gjøre for å råde bod på plassmangelen ved det herværende asyl (Møre fylkesting 1930:290).

Asylet hadde på denne tiden 289 pasienter, og omtales som sprengt. Framveksten av uttrykket asylnøden skyldes nok både forhold internt i asylet, men også andre samfunnsmessige forandringer. Jeg vurderer det slik at begrepet asylnøden var

virksomt i det semantiske feltet omkring det å utvide og skaffe mer ressurser til asylene. Begrepet var også virksomt i den forstand at det legitimerer differensiering av måter å tenke om pasientene på. Både hvordan de fungerte i arbeid og i omgang med andre mennesker var formende for differensieringen. En pasient som fungerte godt både i arbeid og sammen med andre mennesker kunne utsettes i privatpleie, mens en annen pasient som både arbeidet og greide seg selv kunne bo i kolonien. Denne tenkningen og praksisen bidro til en gradvis overgang til et liv utenfor asylet for noen pasienter, samtidig som flere såkalt dårlige pasienter ble igjen i asylets A- og B-sentral. Jeg har aldri sett noe skrevet om at det ble vurdert å bygge en koloni for kvinnelige pasienter. Av en eller annen grunn var den ordningen tenkt for menn. Kildene viser at sinnssykdom ble oppfattet som et økende problem i samfunnet, og det krevde ulike ordninger for å ta hånd om de sinnssyke. Økonomiske og administrative vurderinger var formende for pasientenes status og stilling. Tanken om behandling var i stor grad knyttet til selve asyloppholdet, pasientenes deltakelse i arbeid, samt til bruk av det som ble omtalt som tvangsmidler i tiden fram mot 1930-tallet.

5.5 Paternalisme og engasjement

En oversikt over ansatte viser at asylet ved åpningen hadde 6 pleiere, 6 pleiersker, 1 overpleier og 1 overpleierske (Romsdals amtsting 1913 2. avdeling:116). I årsmeldingen for 1913 finnes *Regulativ for Romsdals amts sindsyke-asyl på Opdøl med almindelige bestemmelser og husorden, for direktøren, forvalteren, kasserer og bokholder, husholdersken, overpleieren, sykepleierne, maskinmesteren, maskinassistenten og de øvrige funktionærer* (Romsdals amtsting 1913 2. avdeling:404-425). *De almindelige bestemmelserne slo fast at asylet er for nærmest uhelbredelige sinnssyke fra Romsdals amt.* Dersom det var plass kunne sinnssyke fra byene mottas. Asylet kunne også motta *private syke* (§6). Det var pasienter som betalte sitt asylopphold selv.

Asylet ble styrt av direktøren, som hadde hjelp av en forvalter og husholderske. Pleie og tilsyn med de syke ble utført av overpleier og overpleierske med underordnet

personale. Bestemmelsene fastslo at hver pleier burde ha tilsyn med 8-12 syke. I dette reglementet brukes betegnelsene de syke eller patient, i tråd med sinnssykelovens bestemmelser. Direktøren rådet over hvem som kunne utskrives, i hvilken grad de syke fikk såkalt frihet og atspredelser, mulighet til å delta i arbeid og hvilken oppmuntring som var tjenlig. I tilknytning til dette siste punktet om oppmuntring står det at vurdering skulle gjøres i hvert enkelt tilfelle. Det var også direktøren som måtte gi samtykke til å motta besøk, sende og motta brev og pakker. I § 11 ble det uttrykkelig fastslått at brev til de syke skulle sendes direktørens adresse. Det var også direktøren som gav opplysninger om pasientene.

Bestemmelsen om husorden slo fast at *alle asylets funktionærer er direktøren underordnet og har i sit arbeide ved asylet at rette sig etter hans ordre* (§ 12). Asylet hadde karakter av å være et hierarki der direktøren var øverst. Pasientene var objekt for dette hierarkiet. Samtidig viser dette sitatet holdninger preget av respekt for pasientene.

Til eller om de syke er ingen annen betegnelse end «syk» eller «patient» tillatt. Personalet maa altid vise en høflig og rolig optræden og framfor alt undgaa at saare eller hidse patienterne ved overlegen eller bydende tiltale. Strid med de syke maa undgaaes og hvert rimelig ønske imøtekommes saavidt mulig. Ingen av pleie- eller tjenerpersonalet har ret til at tvinge de syke til noget, men har i tilfældet at henvende sig til nærmeste overordnede. Haard tiltale til de syke er forbudt. Legemlig mishandling vil medføre øieblikkelig avskjed og i tilfælde anmeldelse til paatalemyndigheden (Romsdals amtsting 1913 2. afdeling:405-406).

Bestemmelsene angående direktøren fastslo at han var asylets styrer. *Han kan træffe avgjørelse om alt, som angaar de sykes behandling og pleie samt asylets økonomiske og huslige forhold* (§ 1). Dette kommer blant annet til uttrykk i de mange brevene som finnes i arkivet på Opdøl sykehus. Dette er brev fra pasientenes familier. I arkivet er det mange brev skrevet omkring tiåret 1920-tallet. De er besvart av direktøren med avskrift av svaret på brevet. I arkivet finnes gjenpart av flere av disse svarene. Samlet vitner dette materialet om familier med omtanke for den som var

innlagt i asylet. I brevene spør de om hvordan det går med den syke. Er hun rolig eller er han urolig? Får hun anfall? Spiser og sover han? Dette brevet skrevet av en mor kan eksemplifisere innholdet i svært mange av brevene. *Eg kan ikkje glemme min søn, Knut, eg vender nokre ord til han om han er i den tilstand at de kan late han faa se det, og om saa er kanskje han har lyst at svare me nokre ord tilbake saa var det kjekt. Forøvrigt ber eg dere underrette me om hans tilstand. Eg lengter saart etter å høre om han.*

Det er mange liknende brev i arkivet. Flere gir uttrykk for at det var synd det skulle ende slik med deres sønn, datter eller ektefelle. For andre var det for langt å reise til Opdøl for å besøke sine slektninger. Noen beklaget at de ikke kunne komme på besøk. Andre rådførte seg med direktøren om de kunne komme på besøk. Direktøren fortalte om pasientene og gav noen ganger råd om å unngå besøk, andre ganger ønsket han familien velkommen på besøk. Han gav også råd om de kunne sende pakker til pasienten, og hva disse eventuelt kunne inneholde. Delvis er direktørens svar notert på brevene, for eksempel slik: *Martinius har framdeles været arbeidssom og rolig siden mit forrige brev til Dem, men kan plages en gang imellom av mindre god søvn, saa jeg anser det tryggest at han blir her foreløpig ialfald. Deres brev har jeg levert ham og skal forsøke at faa til at skrive til Dem med ønske om et godt Nytaar.* Bunkene med brev vitner om utstrakt kontakt mellom direktøren og pasientenes familie. Det er ingen grunn til å si at pasientene i asylet var glemt av familien.

Slike brev fra familiene til pasienter oppfattes som uttrykk for deres stemmer. De formidler datidens høflige skrivemåter. Brevene uttrykker også stor takknemmelighet for at pasienten kunne være på asylet. Direktørens svar var høflige, de var skrevet i et «alminnelig» språk uten medisinske termer, og de var rådgivende med hensyn til hva familien burde gjøre i spennet mellom pasientens behov for ro og familiens ønske om å komme på besøk. På den ene siden var asylet preget av paternalistiske trekk, samtidig viser kildene også dette store engasjementet for den enkeltes skjebne.

Bestemmelsene for direktør, forvalter, kasserer og bokholder var alle detaljerte med hensyn på å angi ansvarsforhold og det var spesifikt nevnt hvilke protokoller som skulle føres. De var i hovedsak av teknisk og økonomisk karakter. Direktøren hadde stor innflytelse på hvordan pasientene ble begrepsliggjort og deres situasjon i asylet. Forvalteren hadde innflytelse på pasientenes kår i asylet. Bestemmelsene om forvalteren fastslo at han kun var direktøren underordnet (§ 1). Forvalteren var derfor en person med svært stor innflytelse i asylet, men han hadde ingen medisinsk bakgrunn.

Det var forvalterens ansvar å føre spiseliste hver uke og gi husholdersken proviant. *For hver uke skriver han en spiseliste, som fredag forinden forelægges direktøren til godkjennelse. Efter listen gir han husholdersken mot hendes kvittering den proviant, som efter beregning vil medgaa* (§ 8). Pasientenes kost var i stor grad bestemt av forvalteren. Husholdersken skulle besørge matlagingen etter det som ble betegnet som spiseliste, samtidig fastslo § 5 i reglementet for husholdersken at hun skulle påse sparsommelighet. I tillegg til matlaging var utstyr til husholdningen hennes ansvar, renhold, samt vask og vedlikehold av klær.

Overpleieren ble ansatt av direktøren, underordnet direktøren og kunne avskjediges straks dersom det var nødvendig. Overpleieren hadde ansvar for å påse at orden og renslighet ble overholdt. Han skulle besøke sykelokalene til ubestemte tider. Han fulgte legen på sykevisitter og mottok ordre om sykepleien.

Navnlig har han opssyn med, at de syke kommer op i rett tid om morgenen, hvorunder han avgjør om nogen syk skal få bli i sin seng til lægevisitationen, at de blir ordentlig vasket, kjæmmet og paakladt, at ro og orden raader ved maaltidene samt at de syke, som ikke kan hjelpe sig selv blir matet. (...) Ved sengetid paaser han, at de syke gaar ordentlig til sengs, samt at deres klær blir efterset, undersøkt og ordentlig henlagt (§ 4).

Sitatet viser moralske trekk ved asylet. Ordet ordentlig gjentas tre ganger. Asylet skulle bidra til å skape ro, orden og system. Dersom slike forhold preget hverdagen var antakelsen at det ville prege sinnet også.

Overpleieren førte ulike protokoller, men det er spesielt grunn til å merke seg at han førte en daglig protokoll med arbeidsvirksomheten. Uttrykket arbeidsvirksomheten ble brukt om det at pasientene arbeidet. Det var både en mannlig overpleier og en kvinnelig overpleier. Ansettelsen av pleiere hadde karakter av å være en kjønn praksis. Den tok utgangspunkt i at mannlige og kvinnelige pasienter ble holdt i egne avdelinger og luftegårder. I regulativets bestemmelser omtales overpleieren utelukkende som han. Kun ett sted kommer den kvinnelige overpleier til syne i reglementet og det er på denne måten. *Den kvindelige overpleier forestaar istandsættelsen av linnedtøiet (§ 7)*. Dette reglementet forteller om hvordan ulike elementer som ansettelseskategorier, arbeidsoppgaver og ansvarsforhold ble satt sammen og gitt mening. Overpleieren hadde ansvar for å se etter og daglig rapportere følgende ved pasientene: påfallende forandringer hos de syke, oversikt over hvem som hadde vært urolig og urenslig om natten, samt det en pasient måtte ødelegge. I min gjennomgang av pasienters journaler finner jeg at det rapporteres i stor grad om uro, urenslighet og eventuelle ødeleggelser. Det samme ser jeg også i årsberetningene. Dette gir inntrykk av at sinnssykeloven, reglement for asylet og dets ansatte, samt pasientjournaler samlet bidro til at ord som uro, arbeidsevne, urenslighet ble grunnlag for å vurdere utviklingen i pasientens sinnssykdom. Dette viser hvordan moralske og medisinske trekk virket sammen i formingen av den særlige syke.

Sykepleierne ble ikke ansatt, men de ble antatt av direktøren. Deres oppgave var å pleie, hjelpe og delta i arbeid sammen med de syke. Tålmodighet og vennlighet var viktige egenskaper hos sykepleierne. Pleierne må

ha for øie, at sindssykdom, som anden sygdom, kan ramme hvemsomhelst, og det gjælder at gjøre mot andre, som man vil andre skal handle mot en selv. Vinder man de sykes agtelse og tillid, gaar arbeidet dobbelt let; den besværlige syke blir mindre brydsom, den urenslige mindre uvørrer, og selv den pirrelige og voldsomme kan bli medgjørilig og hjælpsom, naar han behandles fast, rimelig og venlig. (...) Uhøflig og hard tiltale og opførsel vil altid bli anseet som en stor forseelse; handgrikelig mishandling, støt, slag eller lignende vil medføre avsked på flekken (§ 3).

Sitatet viser at for legen var den sinnssyke en like viktig syk som andre syke. Samtidig har tidligere sitat vist hvordan moralske trekk kunne komme til uttrykk. Det er nettopp dette som former asymmetriske trekk ved motbegrepet, sinnssyk. I sitatet over virker tilføyselsene besværlige, brydsom, urenslig, uvørren, pirrelige og voldsomme til å begrepsliggjøre den syke negativt. Derimot virker tilføyselsene medgjørlig og hjelpsom til å begrepsliggjøre den syke mer positivt. Dette er tilføyselser til sinnssyk som uttrykker sosiale forhold som væremåter og atferd. Tilføyselsene var virksomme både som indikatorer på endringer hos den syke, men de framstår også som faktorer i endringer som for eksempelvis hvilke avdeling den syke skulle være i. Reglementet representerte en strukturell asymmetri mellom direktør/overlege og pasientene/de sinnssyke. Samtidig gjenspeilte reglementet asymmetriske trekk i den forstand at den syke beskrives på negativt ladede måter.

Det var forventet at pleierne skulle gå foran som gode eksempler når det gjaldt tale, oppførsel, renslighet, folkelighet og orden. *Aldrig maa de om eller til de syke bruke ord som galen, tullet eller liknende. De skal altid tiltale en syk med samme høflighet som en frisk* (§ 3). Pleierne skulle heller ikke snakke med de syke om deres vrang tanker og meninger. Alle forsøk på slikt prat skulle de slå bort med noe annet. I sitatet over er begrepsparet frisk – syk brukt. Det understrekes at omgangen med de syke skulle være preget av høflighet. Betegnelser som galen og tullet var ikke aksepterte måter å begrepsliggjøre pasienter. Det er ikke spor av ord som sjel og sjelelig i disse kildene. Sinnssyk framstår som motbegrep til somatisk/legemlig syk. Dette motbegrepet nyanserer den særlige syke med de supplerende besværlig, urenslig, pirrelig, voldsom, medgjørlig eller hjelpsom. Det er disse sosiale tilføyselsene som former asymmetriske trekk ved betegnelsen sinnssyk.

Pleierne skulle delta i arbeidet sammen med de syke og gå foran som et godt eksempel (§6). De skulle hindre alt samkvem mellom *de syke og deres paarørende eller fremmede, med mindre tillatelse er gitt* (§ 9). Dette siste var en praksis som det er grunn til å anta bygde på antakelsen om at sykdommens årsaker i mange tilfeller var å finne i familien. Den kan også settes i forbindelse med tanken om at asyl et skulle være et sted beskyttet for inntrykk fra samfunnet omkring.

Hva reflekterte disse regulativene og instruksene om begrepsliggjøring av pasientene i asylet? De var i samsvar med sinnssykeloven av 1848. De var formende for semantiske felt og for pasientenes status og stilling. Regulativene var et språklig og formelt hierarki. De kan oppfattes som uttrykk for en hierarkisk praksis i asylet. Regulativene bygde på det Foucault karakteriserte som myten om en patriarkalsk familie: *it aimed to be a great fraternal community of patients and helpers, under the authority of the directors and administration. It was a rigorous family, without weakness and complacency, but fair, in accordance with the great image of the biblical family* (Foucault 2009:474). Dette idealet bygde på forestillingene om at pasientene var brakt inn i en atmosfære preget av ro, harmoni og trygghet. De var på en måte å betrakte som barna i en familie. Dette idealet hadde røtter tilbake til the Retreat. *The Retreat had the power to heal because it brings madness back to a truth that is both the truth of madness and the truth of man, and to a nature that is both the nature of sickness and the serene nature of the world* (Foucault 2009:475). Begrep om pasientene ble formet dels av paternalistiske trekk, og dels av et stort engasjement i pasientene.

5.6 Pasienter som offentlig objekt

I forhandlingene i Romsdals amtsting kommer det fram at det var vanlig praksis å forelegge amtstinget en skriftlig beretning om *de for amtets regning forpleiede sindssyge*.⁶⁸ For året 1906 påbeløp de samlede utgifter til dette formålet seg til kr 62171,99. I amtstingets beretninger finnes fortegnelser over sinnssyke som hadde vært forpleiet med bidrag fra Romsdals amtskommune. Disse oversiktene opplyser om hjemstedskommune, de sinnssykes navn, fødselsår, i hvilket tidsrom de hadde vært forpleiet, samt forpleiningsutgiftenes størrelse. I tillegg var orienteringene fra direktørene i de ulike asylene der amtet betalte for pasienter referert. Her beskrives innlagte pasienter som amtet betalte for i ulike asyl med navn, løpenummer,

⁶⁸ Se for eksempel Romsdals amtsting 1907 sag nr. 83.

hjemsted, tidspunkt for innleggelse, og en kortfattet redegjørelse over tilstanden til pasienten. Det kunne for eksempel se slik ut: *Lbn. 559. Ole Olsen (fiktivt navn) af Grytten. Indlagt 22/3 1886. Tilstanden den samme som i mange aar. Er voldsom, farlig og aggressiv. Uhelberedelig cellepatient* (Romsdals amtsting 1907 1. avdeling:33). Tilsvarende redegjørelser om pasienter finnes hvert år fram til 1917 og gjelder for et antall i størrelsesorden 250 pasienter. Amtstingets beretninger gjorde det offentlig tilgjengelig hvem som ble forpleid på samfunnets regning og hvorfor.

I et brev til amtmannen foreslo direktør Dahl at *min beretning og karakteristikk av de patienter, som har været behandlet i asylet, ikke blir trykt i amtstingets forhandlinger, de paarørende kan let føle seg saaret* (Romsdals amtsting 1917 1. avdeling:180).

Med dette initiativet endret Dahl denne praksisen i en retning der opplysninger om pasientene i økende grad ble skjernet. Pasientenes navn, hjemsted, dato for innleggelse/utskrivning, om de var i privatforpleining eller i asylet, og til slutt hva asylforpleiningen kostet skulle fortsatt trykkes i amtstingets beretning. Det var selve karakteristikkene av vedkommende sin tilstand som fra 1917 ble sendt amtstinget som eget vedlegg. I siste del av 1920-tallet ble det slutt på praksisen med å trykke pasientenes navn, hvor de kom fra og utgiftene for hver enkelt knyttet til forpleining i årsberetningen. Fra siste del av 1920-tallet presenteres en samlet oversikt over kostnader, der enkeltpersoner ikke er synlige på samme måte som tidligere. Denne praksisen med hensyn til hva som kunne sies offentlig om innlagte i asyl ble gradvis endret, begrunnet med hensynet til pårørende. Det kan legges til at dette er et forholdsvis få steder der jeg har møtt på uttrykket pårørende i de eldre kildene. Det var mer vanlig å bruke uttrykksmåten familien.

Asylet var en medisinsk, byråkratisk organisasjon med moralske trekk.

Overlege/direktør hadde både medisinske og administrative roller. Pasientene ble betegnet som syk, pasient og personal. De ble klassifisert iht kjønn, ro/uro og arbeidsevne. Pasientene skulle behandles med respekt. Respekt, og hva det ville si å bli behandlet med respekt må kunne hevdes å ha vært et verdiladet og tvetydig begrep som ble fylt med innhold avhengig av situasjon. Asylbehandlingen skulle representere ro, orden, deltakelse i arbeid eller bruk av isolasjon eller tvangsmidler.

5.7 Pasienthistorie om Anna

Dette er en historie som strekker seg over en periode på 10 år omkring 1920-tallet. Tekstene som har gjort det mulig å skrive historien kommer fra asylets direktør, distriktslegen, pasienten selv, hennes mann og en person som kjente både pasienten og hennes mann. Kildene er pasientjournal, legeerklæring og ulike brev. Dette er anonymisert. Pasienten har fått navnet Anna og hennes mann, Anders. Hvorfor fortelle akkurat denne pasienthistorien og i hvilke sammenhenger inngår den? Til det siste først. På denne tiden er sinnssykeloven fra 1848 det formelle grunnlaget for innleggelse i asyl. Det kreves sinnssykeattest fra lege som grunnlag for innleggelse. I ekteskapslovgivningen var det å være sinnssyk en av relativt få omstøtelsesgrunner.

Det var lite å få tak i av alle slags varer på denne tiden, og det som var å få kjøpt var svært dyrt. Uttrykket dyrtid ble brukt. Norge var blant Europas fattige land. Da Anna ble innlagt i asylet hadde det vært i drift i knapt fire år. Overbelegget av pasienter var oppgitt å være 12-15 prosent. Asylet ble styrt av en direktør, som også var asylets lege. Det var tilsatt 6 pleiere på kvinnesiden, som kvinnes avdeling ble betegnet som. Det var på denne tiden Munch Søgaard skrev brev om forholdene i asylet.

Med unntak av bygninger for landbruksformål, besto asylet av en bygning som huset både kvinnelige og mannlige pasienter, samt pleierne som arbeidet der. Utenfor var det luftgårder med nettinggjerde. Pasientenes arbeid var på denne tiden viktig for asyldriften. Asylet ble rystet av en stygg ulykke. Husmor fikk håret fast i en trommel i vaskeriet. Store deler av hodebunnen ble revet av. Kvinnen ble aldri mer arbeidsfør igjen. Senere pågikk en lang prosess for å sikre den skadede kvinnen penger å leve for.

Annas historie er valgt fordi den kunne skrives på grunnlag av et rikt kildetilfang. Hun beskrives i spennet mellom karakteristikkene tullet og sinnssyk. Fortellingen kan gi innblikk i hvordan en pasient kunne bli begrepsliggjort. Anna ble innlagt i asylet i august 1917, 30 år gammel. Hun var innrekvirert i asylet av fattigvesenet i hjemkommunen. Distriktslegen opplyste at hun hadde vært gift i 10 år. Han hevdet at

Anna hørte stemmen til en annen hun hadde kjær før hun giftet seg. Distriktslegen opplyste at dette hadde tatt til for tre år siden. Da hørte hun igjen stemmen hans og så at han vinket til henne. I mellomtiden hadde hun vært *frisk og kjæk*, som distriktslegen skriver.

I pasientjournalen er hun framstilt som nedtrykt og søvnløs, med sykdommen melankoli. Det står at *hun sørger stadig over at hun har giftet seg med sin mand*. Omtrent en måned etter innleggelsen kan vi lese i journalen at *hun viser liten sykdomsforståelse*. Det kan oppfattes som at hun ikke var enig i innleggelsen. Journalen er delvis skrevet i sitats form, der hennes utsagn står gjengitt. Anna er sitert i journalen på *at hun har forspilt nåden ved ikke å gifte seg med den gutten hun hadde kjær*. Journalen forteller at hun spiste og hadde et kraftig utseende, samt at hun var tøvet og ugrei. Hun gav uttrykk for at hun ikke ville tilbake til sin mann. Omtrent et halvt år etter innleggelsen opplyser journalen at hun på oppfordring skrev et brev til sin mann. Brevet er sitert i journalen. Hun ba om at han måtte komme og hente henne.

Du kan skjønne det er forferdelig ondt at gå her indestengt og ikke få se barna mine eller nogen av mine kjente. Jeg lider uskyldig. (...) Jeg vil ha forklaring på hva jeg har gjort, som er så galt. Jeg vet det ikke selv. (...) Jeg lengter så etter de kjekke barna mine. Jeg kan enda ikke forstå hvorfor jeg blev skilt fra dem på en så uslig måte. Kom efter mig snart ellers så dør jeg av sorg.

Dette brevet er skrevet i journalen i april 1918. Så er det ikke skrevet mer i journalen før i november.⁶⁹ Da står det at Anna ble mer og mer ugrei, skjente og var aggressiv. Neste vår, i april, hadde Anna noe som i journalen beskrives som et anfall, en *explosion*. Anna er sitert i journalen på at hun ønsket mannen måtte komme og hente henne.

⁶⁹ Aaslestad (2007) fant tilsvarende lange opphold uten at noe var skrevet i noen pasienters journaler.

Den andre julen Anna var i asylet hadde hennes mann skrevet et brev til direktøren. Der takket han for at direktøren hadde spandert julekort så Anna kunne skrive til barna og mannen. Anders skrev at det var så kjekt for barna å få julekort. Da begynte en brevveksling mellom direktøren og Anders. Den 6. januar 1919 tok direktøren opp spørsmålet om de skulle forsøke og *tage Anna hjem*. I sitt svarbrev gav hennes mann uttrykk for at de siste brevene fra henne var meget bedre, og han oppfattet det som at det går framover med hennes helbredelse. *Jeg er bortreist på fiske og lover å ta Anna hjem når sesongen er slutt*. Samtidig tok Andres opp spørsmålet om å få skilsmisse fra Anna med direktøren.

En bekjent av ekteparet skrev også til direktøren omtrent på samme tid og beskriver problemene slik vedkommende ser de. Hun var glad for at Anna var bedre, og at hun håpet Anna kunne bli helt bra. Men hun var bekymret for hvordan det skulle gå i tilfelle Anna reiste hjem. *Hun har i mange aar ikke været i forståelse med manden. De har forskjellige meninger og de har vanskelig for å enes, da ingen gir efter*, skrev hun. Fattigstyret gav samtykke til at Anna kunne hentes hjem av mannen og hun ble utskrevet 14. mai 1919.

Anders skrev den 26. juni samme år til direktøren at Anna var bra de fire første ukene. Så hadde hun blitt mer og mer tullet. Det var umulig å ha henne hjemme og barna ble redd henne. Samtidig skrev Anna et brev på sju sider til direktøren.

Anna forteller i dette brevet at hun reiste fra Opdøl i en fart og at hun ikke fikk anledning til ta farvel. Hun skriver at

min sindsstemning er nu ligelesn forvirret som den var og de siste dagene verre end den har vært på lang tid, for jeg finder ikke sjælefreden hvor jeg end vender meg. Dag og nat hører jeg en ynkelig lyd for mine øren og jeg synes jeg ser forskjellige syner som er meget ubehagelige. (...) Denne stedmor min som de har forskjønnnet og ophøiet såmeget danner for meg et stygt billede.

Deler av brevet handler om ånder og syner. Anna skriver ikke om mannen sin, men hun skriver om barna sine. *De kan forstaa det var ikke kjekt for mig at komme hid og*

se de stakkars ulykkelige barn igjen, det er ikke serledes oppmuntrende at se ind i deres ansigt og deres brystne blikk. Jeg stiller så godt for dem som jeg kan. Og de er meget glade over at jeg kom igjen til dem, saa jeg greier ikke at forlate dem viss jeg ikke blir verre end jeg er nu. Hun avsluttet brevet med å be direktøren hilse til kontrollfolket og skrev at de gjerne måtte få lese brevet. De synes vel jeg er saa tullen jeg må paa asylet en gang til. Det er de ansatte i asylet Anna omtaler som kontrollfolket.

Den 2. juli samme år besøkte distriktslegen Anna. Han skriver *etter personlig foretagen undersøkelse finder jeg at hun er sindssyk og trænger asylbehandling. I mit påhør har hun uttalt at det er bedre at et menneske gjør ende på sig end at alle lider ondt. Hun er utrygg å ha i privat hus. Pasientens mand forlanger asylbehandling.*

Fire dager etter skriver Anders til direktøren at Anna har vært bra siden distriktslegen var på besøk. Han vil gjerne forsøke å ha henne hjemme litt til. Han spør hvor lang tid det kan gå før ny sinnssykeerklæring må til. Den 20. juli skriver han på nytt til direktøren. *Det forundrer dem vel at det blir saa lenge før jeg kommer med min kone Anna men det er snart to uger siden hun reiste hjemmefra og nu er hun hos sin morbror og morsøster og der ser det ut til at det foreløpig skal gå bra.*

I et brev som ikke er datert skriver Anders:

Siden det nu er en stund siden min kone Anna blev indlagt paa asylet igjen, så havde jeg lyst til at høre hvordan tilstanden er. Om hun har noget snak om børnen nu og om hun er tilfreds med at være på asylet, om hun er legemlig frisk m.m. Hos oss er alt ved det gamle barnen er friske, og glade for at de slipper at være rædde for at Anna skal komme og skremme dem. De kan hilse hende fra os hvis de ikke tror det kan skade hende.

Det siste brevet jeg har funnet fra Anders er datert 27. desember 1920. Der skriver han:

Jeg skulde have lyst til at høre hvordan tilstanden er med min kone Anna, om hun har nogen lengsel efter hjemmet nu, om hun snakker om barnene, om hun er

legemlig frisk og om tilstanden i det hele. Jeg har ikke søkt om skilsmisse endnu, men jeg kommer antagelig til at gjøre det med det første.

Den siste perioden med journalnotater starter 18. januar 1921. Anna framstilles i journalen *som en ugrei og uvirksom pasient. Hun tar seg intet annet til enn at pynte sig, det har hun sans for!* Et par dager senere står det at hun har et raserianfall og tømmer innholdet i en skål nedover nakken til en pleier. Journalen opplyser at Anna innhentes av forestillinger om slanger og djevler. På høsten 1922 flyttes hun fra urolig avdeling til rolig avdeling. På det tidspunktet skal *hun ha faldet adskillig av i legemlig henseende*. I begynnelsen av februar året etter flyttes hun igjen tilbake til urolig avdeling. På dette tidspunktet arbeider hun i systuen og det står i journalen at hun *gjør pent arbeid*. Anna beskrives som urolig om natten. Det siste notatet i journalen til Anna er datert 4. desember 1923. *I nat har hun knust 2 ruter i skyvedørene mellom sovesalene.*

Så gikk det lang tid uten at jeg fant flere opplysninger om Anna. Blant arkivmaterialet fantes en *protokoll over seksjoner*. Den dokumenterer praksisen med å åpne lik. Dette var en praksis som la vekt på kroppens indre tale eller tegn som kunne forklare sykdom. I denne skinninnbundne protokollen var Anna oppført.⁷⁰ Det framkommer at Anna kom tilbake til asylet 9. august 1920, og at hun døde 28. oktober 1929. På dette tidspunktet beskrives hun som *skinnmager og kachexisk*.⁷¹ Dødsårsaken oppgis å være cancer ventriculi.⁷²

Historien om Anna bidrar til å utvide det semantiske feltet. Medisinsk diskurs er til stede i form av uttrykksmåter, praksisen med å åpne lik og ikke minst selve asylbehandlingen. Samtidig opptreer medisinsk diskurs sammen med andre snakkemåter som gir innblikk i både Anna og familiens situasjon. Vi ser konturene av et ektepar som slet med å finne ut av forholdet sitt. Andres skrev om *min kone, Anna*.

⁷⁰ Journalen ble funnet på et kontor i A-sentralen, 3. etg. Den ble lagt i hvelvet.

⁷¹I medisinsk ordbok oversettes kachexisk som dårlig ernæringsstilstand (Evang 1955:145).

⁷²I medisinsk ordbok oversettes ventriculi med kreft i magesekken (Evang 1955:46).

I hans brev var hun et subjekt. Kildene etterlater inntrykk av at dette var en familie som strevde for å få endene til å møtes. Barna som både savnet og trengte sin mor, men som også opplevde å være redd for henne. En mor som uroet seg for barna sine og gjerne ville stelle for dem så godt hun kunne, samtidig som at hun framstilte seg selv som forvirret og tullete. Asyldirektøren var like mye en slags samtalepartner som lege, og asyllet en siste utvei. Dette semantiske feltet åpner i større grad for subjektiv opplevelse og enkeltstående hendelser. Ulike sider ved det å være menneske og livets kompleksitet blir mer framtrædende. Framstillingen av det syke suppleres av andre trekk ved Annas situasjon.

5.8 Hvorfor kom Dorthe-Ane på asyl?

Hva var det som førte til at mennesker kom på asyl? Jeg har tidligere vist til argumentasjon forankret i medisinsk diskurs. Her var det tenkning om sykdom, sykdommenes årsaker og medisinsk behandling som var formende. I dette underkapitlet refererer jeg til en annen type historiske kilder. De er skrevet fra et lokalhistorisk perspektiv. Forfatteren Hans Hyldbakk fra Kleiva i Surnadal (1898-2001) var svært produktiv.⁷³ Han skrev dikt og bygdebøker. En periode reiste han mye omkring, og han skrev fra reisene sine. Han var fast spaltist i lokalaviser. I tekstene skildret Hyldbakk livet på bygdene, folket som levde der og han tok opp aktuelle tema i sin samtid. Han fikk tilnavnet «småkårsfolkets historiker», og ble tilkjent en rekke priser, bl a Kongens fortjenestemedalje i gull. Hyldbakk var en aktiv skribent også etter at han flyttet fra Kleiva og til sykehjemmet i bygda. Teksten om Dorthe-Ane i *Streiftog i bygda* (Hylbakk 1971) kan bidra til mer innsikt i hvorfor denne kvinnen ble sendt til asyl. Historien starter med at hun kom tilbake til heimbygda for å finne kvile.

⁷³ http://no.wikipedia.org/wiki/Hans_Hyldbakk og http://snl.no/Hans_Hyldbakk

Om ettermiddagen den 18. mai 1932 satt eg i bakken utafor prestegarden og såg at dei bar eit menneske til grava. Klangen frå kjerkeklokka sveip ut i den blå vårdagen. Staren kvitra i gamle nysprotne bjørker langs kjerkegarden, og langt ute kunne eg skimte toppen av den heiderskronte Øverlandslerka over hustaka. Det var der utmed ho hadde opphavet sitt og hørde heime, ho Dorthe-Ane (Hyldbakk 1971:13).

Hyldbakk sitt første minne om Dorthe-Ane tok til med eit illskrik, som eg enno tykkjest høyre gjennom kalde vinterdagen. Det var den gongen dei tok henne ut frå heimen for å føre henne til byen på straff. Eg var på skulen den dagen, og eg minnest korleis vi ungane stima saman og lydde og såg utover mot Dorthe-Ane-husa. Det høyrdes ut som når dei slakta ein gris (Hyldbakk 1971:15).

Hva var det som førte til at Dorthe-Ane kom i denne situasjonen? Hyldbakk forteller ei historie som går tilbake til 1779. Da ble bestemor til Dorthe-Ane født. Hun var tjenestejente på ein gard. Hun beskrives som driftig og drev med handel. Da kona på garden døde ble hun ikke ny kone, men hun fikk ei datter med husbonden. Det var mor til Dorthe-Ane. Hun var ei driftig dame, og hun fikk med seg verdier i form av arv fra sin far. Den 20. desember 1850 fødte hun ei datter. Begge skal ha vært strevsomme og dugande arbeidskvinner. De vevde matter og tøy, og solgte varene sine i Kristiansund. Samtidig beskrives heimen deres som

eit permanent uro-sentrum i grenda, med melding, saksøking og trette ihopatt. I 1903 skreiv grannane ei ålmannaklage til øvrigheita og ba om hjelp til, som det heitte, "at befri os fra Ane Nilsd. Øye, paa grund af at hun forstyrrer Veifreden, saa børn ræddes for at færdes efter Veien i hendes Nærhed, endog Voksne gaar Omveie for at undgaa hende, tillige stifter hun ufred i samfunnet hvorsomhelst (Hyldbakk 1971:19).

Det var ikke mindre enn 38 menn som hadde underskrevet klagen. Den førte ikke fram umiddelbart, men noen år senere ble husene til Dorthe-Ane solgt. Den lokale legen erklærte Dorthe-Ane for sinnssyk. Fra nå av levde hun et omflakkende liv. Etter hvert fikk hun flytte inn i ei sommerstue. Der bodde hun en vinter. Hyldbakk skriver

Korleis det her kunne overvintre eit menneske den vinteren, og det til og med eit gammalt kvinnfolk, det kan eg enno ikkje begripe (Hyldbakk 1971:22). Etter denne vinteren ble Dorthe-Ane umyndiggjort og fikk verge.

No vart ho bortsett for 50 kroner månaden for den som ville ta henne i hus, og det vart ein stor inntektskjelde i den magre mellomkrigstida, da folk var glade til om dei tjente ei krone om dagen. Derfor hendte den merkelege ting at me ingen før ville hatt Dorthe-Ane i husa sine, så vart det no stor rift om å få henne, men dei måtte til sist gi opp ufreden, og endskapen vart at ho ein vakker dag måtte forlate heimbygda og hamne på Oppdøl. Mea ho var der, vart det halde auksjon over tølene hennar (Hyldbakk 1971:24).

Som nevnt reiste Hyldbakk mye rundt omkring. Fra ei av disse reisene skriver han: *Ein haustdag eg for som agent utover Fannestranda, fekk eg det innfallet at eg skulle sjå innom ho Dorthe-Ane. Ho var da bortsett som pasient fra asylet på ein gard* (Hyldbakk 1971:25). Han beskriver Dorthe-Ane som åndssløv, men hun snakket fortsatt om uretten som var gjort da husene ble tatt fra henne. *Ætt og arv hadde gjeve henne krefter som kom i strid med samfunnet. Samfunnet vart det overmektige i ein strid som ho laut tape* (Hyldbakk 1971:25).

Dorthe-Ane var den tredje i rekken av det som ser ut til å ha vært uavhengige og driftige kvinner. Kvinner som både ville, og lyktes i den grad at de kunne legge seg opp verdier. Var dette kvinner som kanskje ikke i tilbørlig grad kjente sin plass i bygda, og som dermed ikke passet inn? Med unntak av opplysningen om at Dorthe-Ane ble erklært sinnssyk er historien uten medisinske betegnelser. Den reflekterer prosesser som handler om makt og hvordan samfunnets makt kunne bli brukt mot folk. Det er vanskelig å se at historien om Dorthe-Ane underbygger asylsets medisinske begrunnelse.

Med legenes blick var asylet en arena for å observere, registrere og behandle sykdom. Var det slik at med blikket til bygdefolk og annen øvrighet kunne asylet være et middel til å bli kvitt brysomme folk? I den sammenhengen inngikk asylet i bredere sosiale diskurser. Begrep som uro og forstyrre ser ut til å ha vært tilstrekkelig åpne i

den forstand at de kunne fylles med varierende innhold. Det er mye som tyder på at dette har vært historisk og politisk virksomme begrep.

5.9 Medisinske trekk ved asylet

Asylet representerte en ordening i samfunnet som var tenkt å bidra til økt trygghet. Det forvaltet også moralske verdier som for eksempel ro og arbeid. Her vil jeg se nærmere på det jeg i overskriften har omtalt som medisinske trekk ved asylet. Det viser til hvordan medisinsk tenkning og praksis var formende for virksomheten i asylet. Det var innenfor denne rammen at den sinnssyke skulle stenges inne i asylet og behandles av leger.

Sinnssykeloven § 3 fastslo at asylet skulle styres av en autorisert lege. Det bidro til å definere asylet som medisinsk organisasjon. Likeså det medisinske språket der patient, syk, klassifisering og behandling inngikk. Asylets budsjett disse første driftsårene forteller at medisin og medisinsk utstyr var en svært liten post i asylets første driftsår. I sin beretning i 1928 skrev direktør Dahl følgende om behandling:

Av avisene ser man ikke sjelden om oppfindelse av nye lægemidler og behandlingsmåter, som lover så meget; dessværre blir det som regel en skuffelse, men de pårørende fatter nyt håp; og gjælder det sinnssykdomme, kommer de, som har sine syke her, og vil ha disse nye midler prøvet. Kun for en form for sinnssykdom er der i de senere år fundet et middel, som i en del tilfælde har vist effekt, dog neppe helbredelse (Møre fylkesting 1918:186).

Han viste til en form for sinnssykdom som følge av tidligere syfilis. Direktøren hevdet at dette var en type pasienter det var lite av på Opdøl. Han gav uttrykk for at avisene måtte være varsomme med hva de refererte om «sådannt» som både kunne bidra til skuffelse og utgifter.

En journal innbundet i skinn dokumenterer en praksis der døde pasienter ble undersøkt i perioden fra 1913 til 1934. I denne journalen har hver pasient en side, der pasientene er oppført med løpenummer, navn, innkomstdato, dødsdato og diagnose.

Kroppen, hjertet og hjernen ble veid og vekten notert. Lever, milt, nyrer og lunger ble også undersøkt. Denne journalen betegnes som sektion og innebar en praksis der lik ble åpnet. Dette var en praksis som søkte å forklare sinnssykdom som legemlig sykdom.

I budsjettet for 1929-1930 står det oppført en post for medisinske fornødenheter (Møre fylkesting 1929:71). Under denne posten kommer det fram at tannpleie i økende grad ansees som kurativt middel. Her nevnes det også at direktøren ved Opdøl asyl var kjent med at andre asyl hadde ansatt spesialist for å behandle nese og halssykdommer hos sinnssyke. Uttrykksmåtene lægemidler, middel og medisinske fornødenheter ble brukt om hverandre.

Økning i antall sinnssyke innlagt i asylet, samt økning i antallet som ønsket plass i asylet var et gjennomgangstema over år. I meldingen om Opdøl asyl for 1930 reflekterte direktør Dahl over både antallet sinnssyke og behandlingen av de syke. Etter å ha sett på offisiell sinnssykestatistikk hevdet han at økningen mer var tilsynelatende enn reell.

Det er med sinnssykeasylene som med de almindelige sykehus; ved alvorlige og langvarige sykdomme lar man ikke nu som i tidligere dage de syke få være hjemme, man vil ha dem der hvor man håber og tror de får den besst mulige behandling og pleie. I tidligere dage stod der en viss rædsel av sykehusene og endda mer av asylene; denne følelse har jeg inntrykk av nu har tapt sig. Ved selvsyn kan nu de pårørende til enhver tid få anledning til å forvise sig om at de syke har det så bra som det på noen måte lar sig gjøre, når vedkommende ikke kan innrette sig efter sine egne ønsker. Skulde han det få, vilde det bli til skade for ham selv og hans omgivelser. Her kommer nu inn i asylene ikke så få alderdomssløve; slike patienter blev i tidligere tider kun sjelden innlagt i asylene. Der var bedre hjælp i hjemmene før; og søktes det om plass for disse i asylene, måtte man der som regel avslå av mangel på plass. De få plasser man hadde, måtte man forbeholde de mer friske tilfelle. Flere idioter og åndssvake med farlige tilbøieligheter blir visst også nu erklært for sinnssyke og internert i asyler (Møre fylkesting 1931:47).

Sitatet forteller om endring i hvem som ble innlagt i asylet. Det kan se ut til at begrepet sinnssyk åpnes i den forstand at det omfattet flere tilstander enn tidligere. Teksten over viser at sinnssyke asyl ble oppfattet som motbegrep til sykehus, med tilføyelsen alminnelig. Asylet var altså et slags sykehus, men ikke et alminnelig sykehus. Her begrepsliggjøres særlige trekk ved asylet.

Direktøren viste til at utvidelsen av asylet hadde gjort det lettere å få flere syke innlagt i asyl. En lovendring fra 5. juni 1925 bidro til å frita flere familier for utgifter knyttet til asylforpleiningen (Møre fylkesting 1926:244). Med lov av 5. juni 1925 endret utgiftene til pleie av sinnssyke status fra å være fattighjelp der det kunne kreves refusjon fra slektninger, til å bli et offentlig ansvar. Sinnssyke som forpleies for offentlig regning kom til som nytt uttrykk, i kontrast til privatforpleide sinnssyke. I denne sammenheng betydde privatforpleide sinnssyke at familien selv betalte asyloppholdet. De førstnevnte utgjorde en utgift for samfunnet. Direktør Dahl skrev at antallet pasienter som forpleies med offentlig bidrag utenfor asyl kunne ventes å øke

så lenge helbredelsesprocenten for de syke i asylene ikke er større enn den er. Vi har dessverre endnu ikke fåt noget middel som kan reparere «sløvsinnet» og «forfølgelsesvanviddet», - den slags syke blir som regel pleiepatienter for resten av sitt liv; hvorvidt man skal anbefale en slik patient til bidrag fra stat og fylke, er ofte tvilsomt; men de økonomiske forhold i kommunene har gjort det vanskelig å få de syke ut fra asylet på annen måte (Møre fylkesting 1931:47).

I beretningen for 1932 trekkes en spesiell pasient fram (Møre fylkesting 1932). Dette var en 67 år gammel mann som ble innlagt fra et pleiehjem. Direktøren gir opplysninger om pasientens fortid, fra hans tid som innlagt i pleiehjemmet og opplysninger vedrørende ankomsten til asylet. Han skrev at mannen fant seg vel til rette i asylet og med sitt arbeid der. Fattigstyret motsatte seg at mannen skulle sendes hjem. Han ble utskrevet, eller utgikk, derfor som ikke sinnssyk. Han fikk plass hos en gardbruker i nærheten av asylet. Blant alle brevene jeg har gått gjennom har jeg funnet flere eksempler på at fattigstyret motsatte seg at pasienter skulle utskrives og

sendes hjem. Hvorfor var det slik? Asylet hadde antakelig en samfunnsmessig betydning på den måten at det holdt mennesker som ble oppfattet som brysomme eller problematiske borte fra bygda.

Det kan også se ut til å ha vært et problem at kommuner ikke betalte sin andel av forpleiningsutgiftene. Direktør Dahl hevdet at *disse pasientene må hjemsendes* (Møre fylke 1934:31). Antakelig må det ha knyttet seg dilemma til å sende hjem en pasient fordi kommunen ikke betalte sin del av utgiftene til asyloppholdet, og da særlig hvis vedkommende ble oppfattet som utrygg for sine omgivelser. Asylet var preget av to utviklingstrekk tidlig på 1930-tallet. For det første førte det at stadig flere tilstander ble fortolket som sinnssyk til flere innleggelses i asylet. Samtidig var det vanskelig å skrive ut pasienter. Dette bidro til at det totale antallet pasienter økte år for år. Det ble snakket om som overbelegg. Det var utviklingstrekk som skulle bli mer og mer problematiske.

Direktør Dahls beretning om virksomheten ved Opdøl asyl i 1932 opplyste at det var mangel på vaksalplasser og isolater på kvinnesiden. Han hevdet at *her som annetsteds viser det sig, at kvinnene er «irritabile genus»⁷⁴, og de er såvist ikke lemferdige med hverandre, så pleierskene i de urolige avdelinger ofte har sin fulle hyre med å holde dem fra hverandre* (Møre fylke 1933:59).

Direktør Dahl gav uttrykk for at asyloppholdet i seg selv og arbeid var den viktigste formen for behandling. Han skrev at badebehandling hadde vært prøvd for de urolige syke, styrkende behandling hvis det var mulig, samt fjerning av kariøse tenner. Det er uklart hva styrkende behandling var. Asylet hadde bekostet innsetting av nye tenner hos flere syke. Gjærbehandling var forsøkt, uten virkning. Det vanligste var å *motarbeide sløvheten og de syke tanker ved arbeidsvirksomhet* (Møre fylke 1933:60). Året etter skrev også direktør Dahl om behandling. Da var det antivirusvaksinebehandling som ble prøvd. Han kunne ikke si noe om virkningen av dette. Han antydte at det kunne vurderes i det han karakteriserte som friske tilfeller.

⁷⁴ Uttrykket er latinsk og kan oversettes til betydningen den irritable rase.

Uttrykksmåten friske tilfeller er interessant å legge merke til. Jeg oppfatter det som at den begrepsliggjør en syk som det var håp for. Dette var en pasient som var ubesudlet, som det var mulig for legene å gjøre noe med. Nyophenbehandling var likeledes prøvd på de som ble betegnet som *en del urolige og ødeleggende kvinner*, uten å ha noen virkning. Også doseringen er oppgitt i beretningen: *2ccm. 2 ganger daglig, intramuskulært* (Møre fylke 1933:60). Jeg oppfatter det som at snakkemåten urolige og ødeleggende kvinner begrepsliggjorde kvinnelige pasienter som ikke var rolige og utførte nyttig arbeid. Antakelig reflekterer dette også forventninger til tidens kvinnerolle. Det kan se ut som at kvinnene heller ble omtalt som urolige og ødeleggende, mens mannlige pasienter ble omtalt som voldsomme. De mange forsøkene på ulike former for behandlinger reflekterer vilje til å prøve stadig nye former for behandling. Det utviklet seg en kultur i asylet for å prøve nye former for behandlinger for det som gjerne ble omtalt som «ondet».

I første halvdel av 1930-tallet ble spørsmålet om revisjon av sinnssykelovgivningen et mer aktuelt tema. En markant debattant var overlege Johan Scharffenberg. Han hevdet at *Psykiatrien var langt fra å være en eksakt vitenskap, og han ville at definisjonen av sinnssykdom skulle bli snevrere, samtidig ønsket han å utvide området for grensetilfeller* (Søbye 2010:468). Han mente allmennhetens frykt for uriktig sinnssykeattest var overdrevet, samtidig var en uriktig attest den største urett som kunne ramme et menneske. Han beskrev hva som kunne skje:

Vakte sinnstilstanden til en vanlig borger tvil, kunne hans tutor, vergen, henvende seg til en hvilken som helst lege, pasienten hadde ingen som helst rett til å vite hva som hadde blitt sagt. Pasienten hadde heller ikke rett til å tilkalle en annen lege. Ved innleggelsen ble sinnssykeerklærings holdbarhet prøvd av asyllegen og kontrollkommisjonen. Ingen andre hadde rett til å gripe inn, og den som først var satt i den sinnssykes rettsstilling var fullstendig «maktstjålen», skrev han. Hvis personen protesterte rolig og behersket ved innleggelsen ville asyllegen si at han var apatisk, protesterte han heftig og ubehersket, ville asyllegen si at han var i sterk affekt (Søbye 2010:468).

Scharffenberg sin anbefaling var å oppføre seg som et normalt menneske for til slutt, etter måneder eller år, å bli utskrevet som helbredet og få tilbake sin rettsstilling.

Et nytt tema kom til. Det var spørsmålet om frivillig innleggelse i asyl. I et referat fra Norsk Psykiatrisk Forenings årsmøte 8. -9. september 1933 kommer det fram at foreningen

anser adgang til frivillig innleggelse i asyl for å være av den aller største medisinske og sociale betydning og henstiller til det nedsatte utvalg i samarbeid med foreningens bestyrelse, 1) å avverge at frivillig innleggelse blir gjort avhengig av anbringelse i egne bygninger, og 2) å ta de skritt som måtte vise seg nødvendig for snarest å fremme det innsendte lovforslag om frivillig innleggelse og bringe det i havn.

Frivillig innleggelse var formelt noe annet enn det å innlegges i asylet som sinnssyk. Pasienthistorien om Marie utdyper nærmere hvordan ordningen med frivillig innleggelse formet semantiske endringer.

5.10 Pasienthistorie om Marie

Dette er en historie om en kvinne som het Marie. Den fant sted omkring midten av 1930-tallet. Innleggelse i asyl foregikk med utgangspunkt i sinnssykeloven fra 1848 og sinnssykeattest utskrevet av lege. Dette innebar at pasienten ble fratatt råderetten over egen situasjon.

Ved kongelig resolusjon av 10. juli 1936 fikk Opdøl sykehus *adgang til å motta som pasienter sinnslidende som selv ønsket å bli innlagt i asylet*. Det var lov om adgang til å bli innlagt i asyl *efter eget ønske* av 25. juni 1935 som åpnet for å motta sinnslidende som selv ønsket å bli innlagt. Forslaget til denne loven var utarbeidet av Johan Scharffenberg og Rolf Gjessing (Søbye 2010:541). De hadde ambisjoner om å hospitalisere asylene. *De (asylene) skulle gjøres til mest mulig åpne sykehus der mennesker kunne finne ly og hvile og komme til krefter i vakre omgivelser* (Søbye 2010:542).

Den første frivillig innlagte pasienten ble innlagt i Opdøl sykehus allerede 13. juli 1936. I løpet av året ble fire pasienter mottatt etter denne bestemmelsen, en mann og tre kvinner. Beretningen opplyser at to ble diagnostisert som *psychopathi*, en som *schizofren* og en som *epileptisk psykose* (Møre og Romsdal fylkesting 1937:253). Året etter ble det innlagt 15 pasienter etter eget ønske. De ble klassifisert som 8 sinnssyke og 7 psykopater (Møre og Romsdal fylkesting 1938:252). De frivillig innlagte pasientene utgjorde på dette tidspunkt et lite antall av pasientene i asylet.

I Opdøl asyl har jeg funnet et eksempel på at det var mulig å be om å bli innlagt i asylet allerede før lovendringen. Historien om Maries frivillige innleggelse kan bidra til å nansere dette. I beretningen for 1933 omtalte direktør Dahl en pasient spesielt.

Under diagnosen Melancholia er oppført en 35 års kvinne, som selv kom til asylet med anmodning om å bli innlagt her, da hun var bange for at hun skulle «komme til å gjøre sig selv noe». Etter at hennes mann var underrettet, blev hun sendt til læge i Molde, som utstedte den nødvendige sinnssykeattest. Det framgikk av opplysningene, at hun i april måned var blitt søvnløs og engstelig, tapte interessen for arbeide og fryktet for å bli sinnssyk. Hun søkte en naturlæge, som anbefalte henne å reise til en helseheim nordenfor Bergen, og der hadde hun vært en måneds tid, da hun 12. juli kom direkte fra helseheimen til Opdøl. Hun viste sig i asylet ikke særlig dypt deprimert, men sa, at det stadig kom i tankene, at hun skulle henge sig. Har hele tiden vært rolig, grei og arbeidsom, og man har ment, at hun måtte kunne reise hjem til mann og barn, men hittil har hun ikke turdet forlate asylet. Ang. behandlingen på helseheimen forklarer hun, at hun daglig fikk «underlivsmassasje» per vaginam, for øvrig var det diettbehandling, laktovegetabilsk kost, og vandkur. – I det foreliggende tilfelle følte man seg forpliktet til å etterkomme hennes anmodning om asyllinnleggelse, uaktet man kun hadde hennes egen forklaring å henholde sig til og hennes mann kun etter lægens råd gikk med på innleggelse. Han har siden gjentagne ganger villet få henne hjem, (hun har vistnok et godt hjem), men hun motsetter sig fremdeles stadig å forlate asylet (Møre Fylke 1933:62).

I denne kvinnens journal står følgende: *Hun kom til asylet med egen bil fra Molde, og spurte direktøren, hvem hun traff først, om det var plass for henne her. Hun var helt rolig, behersket og grei, så man trodde først hun vilde bli ansatt som pleierske eller i en annen stilling ved asylet.* Kvinnen kunne opplyse at hun ønsket å bli innlagt. Hun gjorde rede for hvorfor, samt opplyste at hun ikke hadde snakket med sin mann eller andre om dette. Dette kan vi forstå som å ha vært en ressurssterk kvinne. Hun kjørte bil, hun disponerte egen bil og hun snakket med direktøren. I journalen står det at hun fikk mat, seng og våknet neste morgen *meget lykkelig ved å være her.* Kvinnen ble behandlet med veronal⁷⁵, og hun fikk hvile. Hun hadde en viss kontakt med mannen, men journalen opplyser at hun viste liten interesse for mann og barn. I en samtale med direktøren i mars året etter erklærte hun at hun følte seg sterk og frisk. Hun fortalte at *da hun kom hit var hun redd for alle ting.* Kvinnen *utgikk som ikke sinnssyk* i mars 1934. Denne historien viser at tanken om, og praktisering av, frivillig innleggelse var på plass før lovgivningen gav adgang til dette. Historien om Marie kan forstås som at tilfriskning ble knyttet til en form for gjensidig anerkjennelse mellom pasient og lege. Kildene kan oppfattes som at både legen og pasienten i denne historien fikk kontakt med hverandre som mennesker.

Med lov om frivillig innleggelse kom tilføyelsen frivillig innlagt til pasientbegrepet. Den førte med seg behov for å drøfte etablerte praksiser i asylet/sykehuset. Det ble diskutert om disse pasientene skulle være i ordinære avdelinger, eller om de skulle plasseres i egne avdelinger. Forestillingen om den frivillig innlagte pasient åpnet muligheten for å nyansere tenkningen om maktforhold. Historien om Marie viser at dette var en pasient legen hørte på og var i dialog med. Elementet om frivillighet formet mer heterogene forestillinger om den sinnssyke pasient.

En form for frivillig innleggelse ble praktisert før begrepet om frivillig innleggelse fantes. Den frivillig innlagte ble nok oppfattet som å ha en viss selvinnsett. Av den grunn ble frivillig innlagte pasienter tillagt en noe annen status og stilling. Det ble

⁷⁵ Veronal er et kjemisk framstilt middel som ble gitt for at pasientene skulle sove, se <http://no.wikipedia.org/wiki/Barbital> Lastet ned 09.01.2015.

vurdert som viktig at frivillige innlagte pasienter skulle innlemmes i det ordinære avdelingssystemet. Det ble derfor ikke opprettet egne avdelinger for frivillig innlagte pasienter. Derimot ble det tatt i bruk en egen innskrivningsprotokoll for frivillig innlagte pasienter. Innskrivningsprotokollen for frivillig innlagte pasienter hadde rubrikker for å registrere navn, dato, diagnose, pasienten utgår uhelbredet, bedret, helbredet, død eller sinnssyk. Den skilte seg fra innskrivningsprotokollen som ble brukt for pasienter innlagt i medhold av sinnssykeloven. Opplysninger knyttet til familie og slekt var utelatt her.

Det var både menn og kvinner som ble innlagt frivillig. De frivillig innlagte pasientene var i ofte innlagt i asylet i kortere tid. Det kunne være dager, uker og i noen tilfeller måneder. Det var få av de frivillig innlagte pasientene som ble i asylet over år. De fleste av disse pasientene ble utskrevet til hjemmet. Protokollen viser at det var få av de frivillig innlagte pasientene som ble overført til privatpleie.

Fattigvesenets rolle var nedtonet for de frivillig innlagte pasientene. En mulighet kan være at frivillig innlagte pasienter hadde andre typer problemer som ikke falt inn under fattigvesenets område. Dette forteller ikke kildene mye om. De som skrev innskrivningsprotokollen for frivillig innlagte skrev i stadig færre av rubrikkene. Var det ikke nødvendig med de samme opplysningene?

Fortellingen om Marie viser at tenkningen om frivillighet omkring innleggelse i asylet var på plass i tiden før lovendringen. Dette kan forstås som eksempel på det Koselleck kaller temporalitet, altså at forandringer skjer i ulik hastighet. Adgangen til frivillig innleggelse brakte inn et nytt trekk ved pasientene eller uttrykt på en annen måte, representerte en ny kategori pasienter – den frivillig innlagte pasient. På den ene siden representerte den frivillig innlagte pasient en endring. Det var spesielt på grunn av at innleggelsen var frivillig. Et diskursivt trekk omkring frivillig innleggelse kan knyttes til dette med selvinnsikt og fornuft. Det kan tenkes at den frivillig innlagte pasient ble oppfattet som å ha mer selvinnsikt og fornuft nettopp fordi vedkommende søkte om innleggelse i asylet.

Med adgangen til frivillig innleggelse ble det mulig å tenke seg at andre enn sinnssyke kunne innlegges i asyl. Det betydde at pasienter med diagnoser som ikke

nødvendigvis ble definert som sinnssyk kunne innlegges. Dette kan oppfattes som at grensene for hvem som kunne innlegges i asylet utvides.

Frivilling innlagt former begrepsparet frivillig - tvang. Med spesifisering av den frivillig innlagte pasient trer aspekt knyttet til tvang mer fram i det semantiske feltet. På den andre siden trer kontinuitet fram i form av at de frivillige pasientene ble innlemmet i det ordinære avdelingssystemet. Sammen tegner dette et bilde av at den frivillig innlagte pasient i spennet mellom kontinuitet og endring.

5.11 Fra asyl til sykehus

Direktøren hadde over lengre tid gitt uttrykk for at det var behov for flere plasser i asylet. Opdøl asyl fikk i kongelig resolusjon av 5. februar 1934 godkjent bygging av ny kolonibygning for 30 pasienter. Oppføringen av denne bygningen ble satt i gang. Tanken var at noen av de såkalt best fungerende pasientene skulle flytte til kolonibygningen og i større grad stelle seg selv der. Denne bygningen ble plassert i asylets periferi. Det å flytte dit kunne oppfattes som et steg nærmere et liv utenfor asylet. Kolonien ble tatt i bruk 29. november 1935. Den ble beskrevet som en meget pen og tidsmessig avdeling. Soverommene for 2, 3 og 4 mann var i 2. etasje. I første etasje var det stue, kjøkken, spisestue og betjeningsrom. I kjelleren var det tre arbeidsrom, bad og garderobe. Bygningen var oppvarmet med elektrisitet. Det var en sykepleierske som bestyrte denne mannspaviljongen (Møre og Romsdal fylke 1936:18). Uttrykksmåtene koloni, avdeling og mannspaviljong ble brukt synonymt. Tenkningen som lå til grunn for utbygging av kolonien var formet av ønske om å gi noen pasienter et tilbud som var mer likt et liv utenfor asylet. I kolonien var medisinske perspektiv trukket noe i bakgrunnen. Kolonien representerte noe nytt i den forstand at den var åpnere enn asylet. Tanken var at pasientene der skulle ta mer ansvar for eget dagligliv.

Etter at kolonien ble tatt i bruk ble det bedre plass i mannscentralen. Det muliggjorde innredning av spisestuer for pasientene, samt et besøks- og venteværelse. På C-spisestueene, på både manns- og kvinneavdelingen ble bruken av blikkfat og -kopper

forlatt. Det ble isteden innført stentøiservice. *Dessuten er bruken av kniv og gaffel også innført på disse spisestuer. Det hersker kun tilfredshet med denne nyordning* (Møre og Romsdal fylkesting 1937:253). Det at de roligere pasientene fikk spise med kniv og gaffel kan tolkes som uttrykk for at disse pasientene i økende grad ble sett som såkalt allminnelige mennesker.

Et annet utviklingstrekk på omtrent samme tid bidro til å forsterke den medisinske defineringen av asyl. I et brev datert 12. november 1934 henvendte fylkesmannen i Møre fylke seg til sosialdepartementet med spørsmål om Opdøl asyl kunne forandre navn til Opdøl sykehus. Til grunn for dette lå et ønske om å erstatte bruken av ordet asyl med sykehus. Begrunnelsen knyttet seg til at asylbegrepet ble forbundet med gamle praksiser og det heftet negative assosiasjoner med asylene.

Sosialdepartementet uttalte seg om dette og konkluderte i brev datert 21. februar 1935.

I den anledning meddeles at det formodentlig av navnet bør fremgå at anstalten er et av de særlige sykehus som er opprettet i medhold av lov om sinnssykes behandling og forpleining av 17. august 1848 og er undergitt denne lovs bestemmelser. Departementet finner derfor ikke å kunne samtykke i at «asyl», som er sinnssykelovens betegnelse for de nevnte sykehus blir helt sløyfet. Men man vil ikke ha noe imot at asylet herefter kalles Opdøl sykehus med Møre fylkes sinnssykeasyl som sidenavn i parentes (...).

Departementet mente at det måtte framgå av navnet at anstalten var et særlig sykehus. Senere endret Møre fylke navn, og sidenavnet ble da Møre og Romsdal fylkes sinnssykeasyl. Fra nå av trer asylnavnet gradvis i bakgrunnen, mens sykehus kommer til som ny betegnelse. Dette navneskiftet var en vending som bidro til tydeligere medisinsk definering. Den føyer seg inn i fortellingen om framveksten av det moderne.

Direktør Bauge foreslo 16. mars 1935 for tilsynsnevnden for Opdøl sykehus at det skulle opprettes en stilling som resevelege. På den tiden var asylet autorisert for 237 syke, og hadde i gjennomsnitt 288 pasienter. Asylet hadde to leger tilsatt i 1935, og

ansettelse av en tredje lege var under planlegging. Direktør Bauge foreslo at det fra 1. juli 1936 ble ansatt reservelege, slik at det til sammen var tre leger ved sykehuset. Dette ble imidlertid utsatt av budsjettnemnda i møte den 20. juni 1935 (Møre fylke 1935:306). I beretningen for 1935 kommer det fram at *6 sykepleiersker med fullstendig sykehusmessig utdannelse* ble ansatt (Møre og Romsdal fylkesting 1936:17).

I budsjettet for 1938-39 førte direktøren igjen opp utgifter knyttet til en tredje legestilling. Etter behandlingen i tilsynsnemnden ble det i stedet ført opp lønn til en kontorsøster. Fylkesmannen kunne ikke slutte seg til tilsetting av en tredje lege. Et avgjørende argument var at det måtte bygges ny bolig for en tredje lege og det hadde ikke sykehuset økonomi til (Møre og Romsdal fylkesting 1938:323). Det er relevant å trekke fram at antallet pasienter i sykehuset økte for hvert år i dette tiåret. I 1938 hadde sykehuset i gjennomsnitt pr dag 326 pasienter, fordelt på 154 kvinner og 172 menn (Møre og Romsdal fylkesting 1939:255). Totalt var det ved Opdøl sykehus behandlet 453 pasienter og utskrevet 130 pasienter dette året. Fra 1. juli 1938 ble det bevilget lønn til en kontorsøster (Møre og Romsdal fylkesting 1939:256).

Lov om arbeidervern av 19. juni 1936 regulerte at arbeidstiden skulle være på 48 timer i uken. Dette førte til behov for å øke antallet ansatte, som i denne sammenheng ble betegnet som sykepassere og tjenere (Møre og Romsdal fylkesting 1937). Fylkesmannen rådførte seg med sosialdepartementet og konkluderte med at loven ikke kom til anvendelse for leger. Denne saken om antallet leger ble avsluttet i 1940 i forbindelse med at sjefsinspektoratet for Statens arbeidstilsyn uttalte at *assistentlegens arbeidstid vil komme inn under arbeidervernlovens bestemmelser. I henhold hertil krever således loven at det ansettes en 3. lege ved Opdøl sykehus* (Møre og Romsdal fylkesting 1941:147). Det budsjetteres med reservelege fra budsjettåret 1942-43. Den første reservelegen tiltrådte 1. mai 1943 (Møre og Romsdal fylkesting 1944:39). Sykehuset behandlet det året 458 pasienter, og hadde i gjennomsnitt 339 pasienter. Prosessen med å ansette mer enn to leger ved sykehuset tok nærmere 15 år. Kan det være slik at denne prosessen handlet om ulik tenkning om sykehusets funksjon og om pasientenes behov for behandling? Kan det ha vært slik at

172

fylkesmannen så behovet for bemanning med sikte på å fylle administrative funksjoner som en kontorhjelp/kontorsøster kunne utføre, mens direktøren for sykehuset i større grad la vekt på medisinske forhold som en lege arbeidet med? Både spørsmålet om ansettelse av reservelege og hvor mye direktøren skulle betale i husleie for direktørboligen var gjenstand for en langvarig uoverensstemmelse mellom fylkesmannen og direktør Bauge (Møre og Romsdal fylkesting 1936). Dette utdypes ikke ytterligere nå, men temaet tas opp senere fra en annen synsvinkel.

6 Avslutning del II

En kontinental psykiatridiskurs spredte seg til det norske samfunnet mot slutten av 1700-tallet, og første del av 1800-tallet. Den bidro til å identifisere og begrepsliggjøre en egen sort pasient. I den norske konteksten kom dette til uttrykk som den afsindige, den sindssvage og senere den sindssyge. Dette ble snakket inn i sammenhenger som innebar etablering av egne ordninger for denne pasienten. Det innebar frihetsbegrensning, samt et medisinsk regime. Et semantisk felt ble i første del av 1800-tallet gradvis formet omkring begrepene afsindig, sindssvag og sindssyg. Disse snakkemåtene ledet til forestillingen om en særlig syk. De var virksomme i etablering av et asylvesen i Norge.

Mine kilder bidrar til forståelse for etablering og drift av Opdøl asyl. Tidlig på 1900-tallet var asyl et framtidsrettet begrep. Etablering av Opdøl asyl inngikk i bredere nasjonale og internasjonale sammenhenger. Perioden fra 1870 til 1920 er karakterisert ved at de syke sinns legevitenenskap gjennomgikk et hamskifte (Skålevåg 2003:363). Innholdsmessig handlet denne transformasjonen om at nye områder ved tilværelsen ble opparbeidet til psykiatriens kunnskapsfelt. Måten å snakke om arvelighet endret seg, psykoanalyse var formende i den forstand at såkalte gamle fakta ble fortolket på nye måter. Både rus og seksualitet er eksempler på fenomener som ble gjenstand for psykiatrisk oppmerksomhet. Nye teknikker kom også til på denne tiden. Dette bidro til at psykiatri ikke lenger entydig kunne defineres som vitenskap om sinnssykdom, men framstår som mer uklar. *Psykiatrien er ikke, sier*

Vogt anno 1921, kunnskap om det syke, men kunnskap om «sjelsvirksomhet». Og denne sjelsvirksomheten forstås ikke innenfor den gamle kartesianske motsetningen kropp/sjel, men snarere analogt med en mekanikk innenfor en enhetsvitenskapelig ramme (Skålevåg 2003:364).

Kildematerialet fra Opdøl asyl gir innblikk i etableringen og driften av asyllet. I asyllet ble ulike former for behandling prøvd ut, uten at noen form for behandling utmerket seg ved å bidra til bedring hos pasientene. Omtrent 40 prosent av pasientene deltok i ulike former for arbeidsvirksomhet. Arbeidet hadde status som nyttig gards-, hus- og handverksarbeid. I følge direktøren kunne arbeid ha en behandlende rolle i den forstand at pasientene ble roligere når de hadde arbeid å drive med. Det skjedde stadige endringer i asyllet som omtales som moderne, forbedringer og ombygginger.

Kildene i del II bringer fortellingen om pasientbegrep tett på asylhistorien. Det kommer fram forbindelser mellom pasientbegrep og asylvirksomheten. Noen pasienter var rolige og arbeidet til nytte for fellesskapet. Andre beskrives som urolige og var til bry. Kildene forteller om administrering av pasientene og nødvendigheten av å finne ordninger som bidro til at asyllet fungerte.

I boken *En mann fra forgangne århundreder* framstilles legen Johan Scharffenberg som en mann med stor innflytelse på blant annet norsk asylvesen (Søbye 2010). Scharffenberg beskrev asyllet som et sted avgrenset fra det øvrige samfunnet, der direktøren hadde tilnærmet uinnskrenket rådighet. Jeg ser dette som en konstruksjon med patriarkalske trekk. Den muliggjorde begrepskonstruksjon omkring den sinnssyke pasienten. Patriarkalske trekk kan betraktes som en forutsetning for begrepskonstruksjon om «den andre». Det var mulig fordi den sinnssyke var fratatt sine borgerrettigheter. Det var direktøren som hadde ansvaret for den sinnssyke. Dette innebar en maktforskyvning fra individet til en offentlig institusjon. Tenkningen om den sinnssyke var formet av medisinsk vitenskap og bygde på forutsetninger om at sykdommen kunne la seg avdekke gjennom observasjon og medisinske undersøkelser. Ideen om at sykdommen var mulig å gripe som et objektivt fenomen formet begrep «om den andre». Den sinnssyke var konstruert som et objekt formet i en asymmetrisk relasjon preget av forventninger til framtiden som

handlet om å kunne helbrede den sinnssyke gjennom behandling. Dette kan karakteriseres som et faderlig regime. Det rådet over mulighetene for den sinnssyke til «å bli satt fri». Det å bli omdefinert som ikke å være syk handlet om at den sinnssyke innordnet seg regler, arbeidet, oppførte seg noenlunde normalt, var renslig og rolig. Det er slik de moralske trekk kom inn og var virksomme.

Forestillingen om normalitet var formende for hvordan asylene ble bygd og organisert. Asylet kan betraktes som materialisering av normalitet. Det ble bygd ut fra forestillingen om at kjønnene måtte holdes atskilt. Rolige og urolige måtte også være hver for seg. Et annet formende trekk var arbeidet. I denne materialiseringen av normalitet ble det unormale formet og satt på begrep. Begrepet sinnssyk og asylet ble dels formet av sosial avstand og bidro også selv til å forme sosial avstand. Det kom til å bli systematikken i asylet som gjorde konsekvensene så store. Jeg forstår det slik at ordningen med asyl hadde som et overordnet mål å utvikle det menneskelige ved menneskene, forstått som å ta i bruk og utvikle fornuften. Denne tenkningen kan føres tilbake til filosofen Immanuel Kant (1724-1804). Begrepene fornuft, frihet og moral dannet kjernen i Kants forståelse av danning (Straume 2013:147).

Både regler og hva som ble oppfattet som noenlunde normal oppførsel vil være samfunnsbestemte forhold, ikke entydige størrelser. Asylet representerte altså en dobbelthet (Aaslestad 2007:25). Aaslestad hevder at dette handler om at den moralske posisjonen som pasient og lege inntok for å realisere den nødvendige underdanighet overfor farsrollen ikke ble forstått slik. Den ble forstått som vitenskapelig objektivitet. Dette har historisk vært virksomt og gav medisin legitimitet. Moralske forhold og såkalt objektiv vitenskap kom sammen på måter som formet tvetydige trekk.

I løpet av de første 30 år av Opdøl asyl sin drift hadde asylbegrepet endret innhold i retning av å fylles med betydning om i liten grad å lykkes med helbredelse av sinnssyke. Med henvisning til teksten i avsnittet over, betydde det at asylet ikke lyktes med at disse særlig pasientene gjenvant sin fornuft. Navneskiftet fra asyl til sykehus omkring midten av 1930-tallet videreførte disse moralsk ladede forventninger til framtiden. Forventningene til sykehuset lå relativt tett opp til forventningene om hva

asylene skulle utrette. Navneskiftet innebar ingen vesentlige diskursive omveltinger. Begrepene den syke, pasient og sinnssyk ble videreført. Samtidig bidro navneskiftet til å tydeliggjøre den medisinske innretningen.

Det ble omtrent på samme tid lagt et formelt grunnlag for å etterkomme pasienters ønske om innleggelse i asyl. Lovendringen på midten av 1930-tallet åpnet for at personer selv kunne be om innleggelse i asyl. Denne endringen kom til å begrepsliggjøre pasientene på nye måter, med tilføyelsen frivillig innlagt pasient. Lovendringen bidro til å utvide det semantiske feltet omkring den særlige syke. Den åpnet for at personer med problemer som ikke falt inn under kravene til å få sinnssykeattest kunne få opphold i sinnssykeasylet. Dette betydde at nye typer pasienter kunne søke om innleggelse i sinnssykeasylet eller sinnssykehuset. Det innebar at pasienter med diagnoser som ikke nødvendigvis ble definert som sinnssyk kunne innlegges. Altså ble grensene for hvem som kunne innlegges i asylet utvidet. Asylplass ble gradvis mer tilgjengelig for flere. Tilføyelsen frivillig til pasient bidro med et nytt betydningsmessig element. Dette var en pasient som selv var i stand til å innse behovet for asylinnleggelse, som altså var i besittelse av en viss fornuft . Underforstått var dette en pasient som forsto at han eller hun måtte overlate sine problemer til legene. Dette kan betraktes som å bidra til ufarliggjøring av asylet, noen valgt faktisk å komme dit frivillig. I neste kapittel undersøkes det semantiske feltet omkring sinnssykehuset.

Del III Pasientbegrep i sinnssykehuset

Del III undersøker historiske endringer i pasientbegrepet i perioden 1930 til 1960-årene.⁷⁶ Denne perioden preges av en vending der medisin i økende grad ble spesialisert, og psykiatri ble formet som en medisinsk spesialitet. Dette er fortsatt en fortelling om vekst på mange områder: antallet mennesker som ble begrepsliggjort som sinnssyke økte. Det gjorde også antallet behandlingsplasser i sinnssykehus. Kunnskapsproduksjonen økte og behandlingalternativene forandret seg. Del III viser hvordan forestillinger om medisinske framskritt og modernitet var formende for begrepsliggjøring av psykiatriens objekt.

Ved inngangen til denne perioden hadde det vært asyl i Norge i omtrent 80 år, og Opdøl asyl hadde vært i drift i over 20 år. Omkring ordningen med asyl og sinnssykelovgivning var det etablert det jeg i denne avhandlingen beskriver som et semantisk felt. Dette semantiske feltet ble omformet på den måten at sinnssykeasylet skiftet navn til sinnssykehus. Denne endringen er interessant for forståelsen av de medisinske sammenhengene begrepsliggjøring av psykiatriens objekt inngikk i. Det argumenteres for at psykiatri kan forstås som overordnet makt. Del III bidrar til mer forståelse for avstanden mellom den som ble begrepsliggjort og den som ble begrepsliggjort. Dette asymmetriske maktforholdet inngikk i praksiser som i kildene begrepsliggjøres som inngripende behandling av mennesker. Tidligere kapitler har skrevet asyl inn i sammenhenger der vitenskap og forestillinger om rasjonalitet var formende. Denne perioden representerer en tid der teori og vitenskap erobret terreng på psykiatriens område, og trer fram som en betydelig maktfaktor. Mellom pasientbegrep og det som skjer med pasientene kommer det fram en slags rasjonalitet.

⁷⁶ Det empiriske grunnlaget for denne delen bygger i hovedsak på arkivmaterialer fra Opdøl asyl.

Hvis det ikke lyktes å få pasienten til å bruke sin fornuft, hvordan kunne de som ble oppfattet som vanskelige pasienter håndteres?

Kapittel 7 går nærmere inn på navneskiftet fra sinnssykeasyl til sinnssykehus. Asyls særlige trekk ble ivaretatt gjennom tilføyelsen sinn til sykehus, altså sinnssykehus.

Kapittel 8 viser begrepsliggjøring av pasientene når nye former for behandling ble prøvd ut i sinnssykehuset. Her kommer en helt bestemt oppfatning av det moderne til uttrykk, argumentert fram som det fremste innen vitenskap på denne tiden, lobotomi.

I kapittel 9 argumenteres det for at psykiatri var i en særstilling med hensyn til å begrepsliggjøre sitt objekt, og forme virkelighetsoppfatningene på dette området.

7 Sinnssykehuset som semantisk felt

Kapitlet tar for seg noen endringer i det semantiske feltet fra 1930-tallet og fram til slutten av 1940-tallet. Det er overgangen fra betegnelsen asyl og til betegnelsen sinnssykehus som gjøres til tema. På midten av 1930-tallet gikk asylnavnet gradvis tilbake, mens sykehus med presiseringen sinnssykehus overtok. Asylbegrepet ble altså omdannet til motbegrep for sinnssykehus. Begrepet sinnssyk framstår som styrket og tydeligere. Samtidig bidro nye tilføyelser til å spesifisere begrepet sinnssyk ytterligere. Oppmerksomheten ledes mot hvordan medisinsk språk og praksis kom til å bli rådende i sinnssykeomsorgen, samtidig bidrar det til tvetydighet når sosiale vurderinger var formende på det medisinske området.

7.1 Medisinske og sosiale vurderinger

I norsk asylvesen hadde klassifisering av pasienter på bakgrunn av symptomlister vært et av de fremste behandlingsmidlene. Tanken var at isolering, rett plassering i avdelingssystemer, oppdragelse, arbeid, orden og system skulle fremme helbredelse sammen med medikamenter, bad, årelating og laksering (Ludvigsen 1999:159). Dette er i tråd med funn i arkivene på Opdøl. Omkring midten av 1930-tallet oppsto det en

ny kategori pasienter, såkalt frivillig innlagte. Dette var en ordning som åpnet for at andre enn sinnssyke kunne innlegges i sykehuset. Samtidig var det en ordning som bidro til å gi legene større frihet med hensyn til hvem som kunne innlegges. På denne tiden var Opdøl asyl under press på grunn av det som ble betegnet som overbelegg. Det hadde blitt lettere å skrive ut pasienter til privatpleie, og kolonien var en ny ordning i asylet. Begrepet frivillig innlagt er interessant i den forstand at det trekker dette feltet nærmere somatisk medisin. Det særlige ved begrepet sinnssyk hadde blant annet vært formet av tvangslovgivningen. Tilbake på 1800-tallet ville ingen komme nær verken leger eller asyl. Spesielt de velstående holdt seg unna. Tilføyelsen frivillig representerte en anerkjennelse av feltet psykiatri, og bidro nok til en form for ufarliggjøring av asylene.

Jeg ønsker å forstå mer om tenkningen som lå til grunn for klassifisering og pasientkategorier. Sitatene som følger bygger på brevveksling⁷⁷ mellom direktører og gir mer innblikk i variasjonen i pasientkategorier. Hovedinnholdet i brevets tre sider handler om kategoriene som ble brukt i forbindelse med utskriving av pasienter. Gjessing skrev at da kategoriene sinnssyk – ikke sinnssyk kom var han arg på dem.⁷⁸ Han så nærmest på dem som juridiske vurderinger, og ikke medisinske. *Efterhvert har jeg funnet meg nokså vel til rette med dem, og skulde tro at så lenge pasientene kommer inn på grunn av den juridiske vurdering, er det greit at de også reiser ut under samme vilkår.* Ordningen åpnet for at en pasient kunne utskrives som ikke sinnssyk når *sykdomsprosessen er bragt i stillstand og han har en rimelig handlingskontroll, ordnet framturen og en viss grad av arbeidsdyktighet.* Det var altså ytre, observerbare trekk som var definerende for den sinnssyke. Beskrivelser knyttet til handlingskontroll, orden og arbeid viser at tidligere tiders religiøse og moralske forestillinger fortsatt var formende i tenkningen om sinnssykdom. Var det slik at sinnssykdom på 1930-tallet ble forstått som en sykdom som handlet om det å

⁷⁷ Brev til direktør Bauge datert 27.2.1934 og det er underskrevet av Gjessing, direktør på Dikemark. Sted: Trekasse, høyre side i hvelv, A-sentralen, Opdøl sykehus

⁷⁸ En underlig betraktning i og med at sinnssykeloven var fra 1849, altså 80-90 år tidligere.

ha handlingskontroll, om det å ha en framtrede i tråd med hva som var sosialt akseptert, samt en viss form for arbeidsdyktighet?

Gjessing hevdet at om en pasient kunne utskrives som sinnssyk eller ikke sinnssyk ville være bestemt av vedkommendes yrke. *Jo høiere i samfundshusholdningen patienten står, dess større krav vil der måtte stilles for å kunne utskrive ham som ikke sinnssyk. Omvendt vil en arbeider som har bevart arbeidsevnen og et visst tiltak, og som ikke kan få arbeide når han kommer ut uten med erklæring for å være ikke sinnssyk, kan få en slik erklæring lettere, selv om der er en del symptomer tilbake.* Sitatet viser at sosiale vurderinger gled over i medisinske vurderinger. Dette er et grunnleggende trekk ved psykiske lidelser. Sitatet blir som et prisme for å forstå ulike grader av verdsetting av psykiatriens objekt.

Videre skrev Gjessing om utskrivningskategoriene. Han hevdet at *vi i psykiatrien vilde være ytterst uheldig stillet om vi fastholdt de tidligere med helbredet, bedret, uhelbredet.* Gjessing drøftet hvorfor han oppfattet det som problematisk å skrive ut pasienter som helbredet. Hva tenkte Gjessing om det å være helbredet? Når var en sinnssyk helbredet? Han skrev at *det ville være hensiktsmessig å velge en rent symptomatisk kategoriopstilling: symptomfri, symptomfattig, symptomrik, og korrelere denne vurdering til en rent sosial vurdering: arbeidsdyktig i sitt tidligere fag, arbeidsdyktig i enklere yrke, arbeidsdyktig under anvisning og tilsyn i enkeltarbeide, hjelpedyktig og arbeidsudyktig.* Målet mente han måtte være å diskutere utskrivningskategorier på medisinsk grunnlag. Derfor måtte det arbeides med og *efterspore og påvise de forskjellige pathogenetiske typer, så vi tilslutt er i stand til å påvise pathogenesen i hvert enkelt tilfelle.* Dette ville åpne for å vurdere om pasienten var i det han karakteriserte som et aktivt stadium, subkronisk eller kronisk stadium, eller inaktivt symptomfritt stadium. Dette er snakkemåter som bidrar til abstraksjon av trekk ved mennesker.

Innskrivings- og utskrivningskategorier hadde vært aktuelt som tema helt siden Major førte sinnssykeloven i pennen. Ludvigsen drøfter hvordan disse kategoriene var gjenstand for debatt blant sinnssykelegene (Ludvigsen 1998:148). Temaet var viktig fordi det handlet om disse legenes faglige autonomi. Det var også viktig i den

forstand at det gav retning til hva legene mente var faglig interessant (Goldstein 2001). Et utviklingstrekk er møte mellom det medisinske perspektivet knyttet til sykdomstegn, og mer moralske forestillinger om orden og arbeid. Kildene drøfter ikke i hvilken grad det kan trekkes slutninger om sykdom med utgangspunkt i orden og arbeid. Snakkemåtene omkring den sinnssyke pasienten formes av tankene om å bli medisinsk spesialitet og spesialsykehus, sinnssykehuset. Dette kan også betraktes som å inngå i prosessene for å profesjonalisere psykiatri.

7.2 Asyl - motbegrep i sinnssykehuset

På 1930-tallet var asylbegrepet gjenstand for omforming. Fra omkring 1850 rommet asyl framtidsrettede betydninger om å ta vare på og behandle sinnssyke. Det innebar at staten tok ansvar for folk som var syke, og selve oppholde i et asyl ble i seg selv forbundet med behandling. På 1930-tallet var asylbegrepet i økende grad forbundet med ikke å lykkes. Det var modent for utskifting.

Asylbegrepet hadde gradvis blitt endret til motbegrep for sinnssykehus. Nå var sinnssykehus det nye begrepet. Sinnssykehus ble ladet med framtidsrettet betydning om å behandle og kurere sinnssykdom. Begrepet sinnssykehus ble forbundet med en annen tid og andre vitenskapelige sammenhenger. Intensjonen var fortsatt å behandle de sinnssyke. Sinnssykeloven og betegnelser som den syke, pasient og sinnssyk ble videreført. I fortsettelsen drøftes hvordan betydningen av begrepet sinnssykehus formes i relasjon til motbegrepet asyl og psykiatridiskurs.

Blant arkivmaterialet fra Opdøl asyl/sinnssykehus var det tre brev som alle var heftet sammen med en stift. Brevene er lest som meddelelser fra fortid til nåtid. Dette er gamle notater som vitner om en epoke, en kultur og et sosialt sjikt (Søbye 2010:10). Brevene har blitt historiske kilder. Innholdet i disse brevene kan bidra til mer forståelse for tenkningen om pasientene og behandling, samt kategoriene som ble brukt for å beskrive pasientens tilstand. Brevene kan også gi innblikk i hvordan leger tenkte om dette psykiatriske feltet.

Et av brevene er skrevet på papir med logoen til Norsk Psykiatrisk Forening⁷⁹, datert 18. november 1935 og undertegnet av Gjessing, direktør på Dikemark. Brevet er stilet til asylbestyrere. Det tar opp det han beskrev som mangler ved vårt sinnssykevesen. Første tema i brevet var mangel på asylplasser og økning i antall sinnssyke. Dette førte til at pasienter som nylig hadde blitt syke måtte vente før de fikk plass i asyl. Brevet var kritisk i formen. Dels argumenterte han for å bedre forholdene for pasientene, og dels på vegne av egen profesjon. Gjessing skrev at det var *Manglende asylplass i forhold til økningen av sinnssyke, så vi realiteten er dårligere stillet enn for 15 år siden*. Deretter tok han opp at asylene var *lite effektive, fordi de ikke i samme grad som landets øvrige sykehus har vært i stand til å følge med i utviklingen*. Han skrev om forhold som nedskjæring av budsjetter, og mangel på pleiepersonell, leger, penger til mat og medisin. Han karakteriserte *den legemlige sunnhetstilstand til våre sinnssyke* som slett, og trakk fram de dårlige lønningene for legene i asyl. Gjessing ønsket at medlemmene i Psykiatrisk Forening kjempet for saken over tid og skrev at

Kampen må føres: 1. Utad, med målbevisst arbeide for å vinne de bevilgende myndighete, med en planmessig opplysning, med foredrag og under samtale med de ledende og fremstående menn, av hver enkelt i sitt opptagelsesdistrikt. Men arbeidet vil ingen frukt bære såfremt ikke kampen føres seigt og utholdende. 2. På indre front med sukcessiv, planmessig og ubøielig gjennomførelse av medisinsk diagnostikk og terapi i vårt daglige arbeide, m.a.o. med en overførelse av våre anstalter fra overveiende forpleiningsanstalter til å bli behandlingsanstalter.

Gjessing bidro til å definere situasjonen i sinnssykehusene. Han var i posisjon til å forme et psykiatrisk felt. Argumentasjonen har medisinsk faglige trekk. Samtidig bærer den preg av å ha politiske ambisjoner både på profesjonens og pasientenes vegne.

⁷⁹ Opprettet 12.09.1907.

Det var ikke bare den sinnssyke som ble gjenstand for forventninger om framtidig endring i form av bedring. Den samme betraktningen kan gjøres om sinnssykeomsorgen. Stadig flere tiltak skulle bidra til å løse problemene. Dette kan oppfattes som Kosellecks temporalisering, altså at begrep fylles med betydninger som uttrykker forventninger til framtiden. Asylnød kan betraktes som erfaring. Forventningene om å forandre dette i framtiden ble innskrevet i den sykehusmessige omdannelsen av asylene. Min vurdering er at begrepet sinnssykehus inngikk i medisinske ambisjoner. Det underbygges gjennom vektleggingen av å etablere laboratorier og røntgen, samt gjennomføre obduksjoner av døde pasienter.

Gjessing hevdet at størsteparten av våre syke tilhører gruppen schizofrene, hvor ingen av oss har grunn til å tvile på at grunnlaget er av *somatisk art*. Det var etter hans mening nødvendig med utstyr for undersøkelser og behandling, økt legebemannning og opplæring av øvrig pleiepersonell. *Det hele må vokse gradvis fram fra år til annet*. Spesialister på øre, nese, hals og tenner, røntgen og laboratorievirksomhet ble løftet fram som del av en slik sykehusmessig utvikling. Gjessing var takknemlig for svar fra sine kolleger om de fant bevilgningene til medisinske formål som tilstrekkelig eller ikke. Etter hans mening var det viktig at medlemmene i foreningen kjempet denne kampen samlet. Målet var å bli medisinske behandlingsanstalter.

På Opdøl var Bauge direktør på denne tiden. Han hadde forsøkt både å øke de økonomiske rammene for asylet, samt legge til rette forholdene for å ansette en lege til. I sitt svar til Gjessing skrev Bauge at han var meget interessert i en *virkelig sykehusmessig omdannelse av våre sinnssykehus*. Han foreslo økt samarbeid mellom sykehusene om *centrallaboratorier*. Der kunne sykehuset *få utført obduksjoner og systematisk utført hjernemikroskopi*. Han skrev at *her ved Opdøl er bevilgningene til medisinske fornødenheter små, og der er økonomiske vanskeligheter på mange områder*.

Denne prosessen kan knyttes til begrepsparet asyl/sinnssykehus. Det kommer ønske fra asyldirektørene om å definere asylet som sykehus, sinnssykdom som en somatisk sykdom, den sinnssyke som pasient og syk, og behandling som medisinsk praksis. I

dette semantiske feltet trer begrep som sykehus, behandlingsanstalt, sykehusmessig utbygging og spesialiteter fram. Mange av pasientene ble hevdet å være schizofrene, noe som ble definert som somatisk syk. Tanken om at psykiatri skulle vokse fram som del av en kontinuerlig prosess innen rammen av det lukkede asylet var tydelig hos asylledelsen. Samtidig ble asylet oppfattet som begrensende ramme for den framvoksende psykiatri. Framtidsmulighetene ble innskrevet i betydningen til sinnssykehuset. Asylet var omformet til motbegrep, og fungerte som kontrast og eksempel på hvordan det ikke skulle være.

Økt etterspørsel, flere leger og mer utstyr må sees som uttrykk for en bestemt virkelighetsoppfatning og politikk. Det kom til å ta mange år enda før Bauges ønsker om økte bevilgninger og tilsetting av flere leger ble imøtekommet. På Opdøl ble røntgenutstyr installert omkring 1947 (Møre og Romsdal fylkesting 1947:188).⁸⁰ Daværende direktør Brock Utne uttrykte at *et moderne laboratorium savnes i aller høyeste grad* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:187). Året etter budsjetteres det med lønn til røntgen- og laboratoriesøster (Møre og Romsdal fylkesting 1948:242). Den sykehusmessige utbyggingen vil jeg komme nærmere tilbake til. Dette ble satt på vent under 2. verdenskrig.

7.3 Sykehuset i krigstid

Den 15. april 1940 ble *pleierskepersonalet* ved Opdøl sykehus orientert i brev fra direktør Bauge om at *Der er inntrådt en farefull situasjon for vårt land*. Tiden fra krigsutbruddet 9. april 1940 og framover beskrives som hektisk. Direktøren skriver: *Opdøl sykehus var i denne hektiske tid i ordets egentlige betydning et asyl* (Møre og Romsdal fylkesting 1942:16). Hva mente han med det? Var sykehuset et fristed fra krigen? Var det et slags tilfluktssted? Krigsårene var vanskelige også på Opdøl sykehus. Antallet pleiere ble redusert. Pleierne fikk skriftlig beskjed fra direktøren om ikke å snakke med pasientene om krigen. *Enhver pålegges herved å utvise stor*

⁸⁰ Se også Møre og Romsdal fylke 1946:136

*sinnssro, for å undgå å engste og opphisse våre pasienter. Samtaler om situasjonen må ikke føres på avdelingene, opphissede rykter ikke bringes videre til pasientene, aviser ikke finne innpass på avdelingene.*⁸¹ Gardsdriften ved sykehuset bidro med viktige matforsyninger i denne vanskelige tiden. I årsberetningene kommer det fram at det etter hvert ble dårlig stelt med klær til pasientene. Pasienter måtte i større grad holde sengen rett og slett på grunn av at de måtte bruke tilgjengelige klær på skift.

Etter krigens slutt var fortsatt situasjonen ved sykehuset vanskelig, noe følgende to eksempler kan illustrere. I budsjettet for 1947-48 gjorde fylkesmannen oppmerksom på at sykehuset *er etter det eg har fått opplyst så nedslite at det t d har vore naudsynt å halda dei sjuke til sengs av di det ikkje har vore brukande klær til dei* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:146). I dette budsjettet ble det satt av kr 8000 til innkjøp av kjøkkenutstyr. Direktøren bemerket i den forbindelse følgende: *For kostvariasjonen på sykehuset er stekepanner nødvendig. Nå er det altoverveiende kokt mat. For en middag med stekt fisk må nå kjøkkenet begynne steking 3 dager før serveringen* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:150).

Begge disse to beskrivelsene spisser situasjonen på Opdøl sykehus. De er relevante for å sette nye behandlingsformer som kom etter krigens slutt i perspektiv. Det er grunn til å anta at både pasienter og de ansatte i asylet var presset i denne situasjonen. Dette var en tid der raseteorier og rasehygiene var virksomme (Søbye 2010). Det har vært lite å finne i kildene fra Opdøl som kan belyse det.

7.4 Tvangsmidler i brann

Bruk av tvang overfor den sinnssyke var forankret i sinnssykeloven og omtalt i flere paragrafer. Loven betegnet dette som *Tvangsmidlernes Beskaffenhed og Anvendelse. Indespærren i eensomt Værelse eller mekaniske Tvangsmidler maa kun anvendes i kortere Tid, og naar de Syges Tilstand gjør det uundgaaeligt nødvendigt* (§4). Loven

⁸¹ Brev til pleierskepersonalet ved Opdøl sykehus datert 15.4.1940, signert direktør Bauge.

legitimerte bruk av tvang, først i asylene og senere i sinnssykehusene. Den praksisen som innebar å bruke tvang kan føres tilbake til tenkningen om isolasjon av sinnssyke som kom til blant annet i Frankrike i første del av 1800-tallet. Det oppsto en bestemt forbindelse mellom medisin og bruk av tvang. Det var legen som med sin erfaring kunne vurdere bruk av isolasjon og andre former for tvang. Bruk av tvang fikk både en medisinsk begrunnelse og vitenskapelig legitimitet.

Kildene fra Opdøl asyl viser at rapportering av bruk av tvangsmidler inngikk som del av de årlige skjemaene der direktøren avla rapport om asyllets innkomne og utskrevne pasienter, deres diagnose, årsakene til tilstanden, behandling, samt omfanget av og type arbeidsvirksomhet. I arkivene finnes det årlige rapporter om slike forhold helt siden åpningen av Opdøl asyl i 1913. Det interessante er at bruk av tvangsmidler begrepsliggjøres som del av behandling, altså tanken om at tvang kunne være en form for behandling for sykdom. Dette bidro til å gi legitimitet for å bruke tvang overfor pasienter.

Oversikt over bruk av tvangsmidler er å finne i *Behandlingsprotocollen*. I perioden fram til omtrent 1945 var bruk av tvangsmidler del av behandlingen av pasientene. Et eksempel kan være sinnssykehusets årsmelding, der direktøren opplyste at for året 1946 var *tvangsmidler anvendt på 23 menn og 47 kvinner, vesentlig for uro og voldsomhet. Tvangsmidlene består i ankel- og albuebind, belte og hansker* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:129). Isolasjon av pasienter falt inn under begrepet tvangsmidler. I årsmeldingen for 1945 opplyses at *av tvangsmidler har isolasjon omtrent ikke vært anvendt. Derimot brukes på vaktaler belter og håndremmer ved urotilstander* (Møre og Romsdal fylkesting 1945:23). Året etter opplyses at *isolasjon har vært anvendt overfor 3 kvinner* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:129). Tvangsmidler var tilsynelatende en naturlig og åpen del av behandlingspraksis, og ble registrert på samme måte som mange andre ting.

Lydvin Brock Utne ble utnevnt til overlege ved Opdøl sykehus den 10.12.1946 og han begynte i stillingen i januar 1947 (Møre og Romsdal fylkesting 1947:129). På

denne tiden skjedde forandringer i bruken av tvangsmidler. I årsberetningen for 1947 skriver Brock Utne at

en har lagt vind på sløyfing av mekaniske tvangsmidler, og det har lyktes en å redusere dette antall til 2 pasienter på mannssiden. Til gjengjeld har en anvendt større grad av isolasjon – i alt overfor 20 pasienter. Videre har det vært forsøkt innført sovekurer av forskjellig art. Av sådanne har vært forsøkt sulfonalkur, trionalkur, nyofenkur, veronalkur – i alt 65 kurer (Møre og Romsdal fylke 1948:21).

Årsberetningen fra 1948 opplyser at *mekaniske tvangsmidler er nu helt sløyfet ved sykehuset. Isolasjon har vært anvendt overfor 37 pasienter, men ingen har vært konstant isolert* (Møre og Romsdal fylkesting 1949:39). På denne tiden skjedde et skifte i praksis omkring bruk av tvangsmidler. Reimer og andre remedier som kunne holde pasientene fast gikk ut av bruk. I stedet ble pasientene isolert i egne rom for dette formålet. På denne tiden ble også medikamenter som kunne brukes i den hensikt å skape rolige pasienter tilgjengelig. En artikkel i *Romsdal Sogelags årsskrift* (2008) gir mer innblikk i disse forandringene.

Brock Utne sin sønn vokste opp i direktørboligen på Opdøl sykehus. Han har de senere årene skrevet lokalhistoriske artikler om oppveksten sin der. Han forteller i en artikkel i *Romsdal Sogelags årsskrift* om da faren samlet tvangsmidlene på gårdsplassen og brant dem opp. *Utpå vårparten 1947 ble de fleste tvangsmidlene brent av far i nærheten av den store 18 meter høye flaggstangen foran administrasjonshuset* (Brock Utne 2008:71). Hvorfor ble utstyret som ble omtalt som tvangsmidlene samlet på gårdsplassen og brent? Brock Utne sin sønn skriver: *Far likte ikke å binde folk med lærremmer både på armer og bein. Han gikk mer inn for isolat av urolige pasienter* (Brock Utne 2008:72). Dette bålet av tvangsmidler kan ses som et slags oppgjør med praksiser som legen betraktet som gammeldags og ikke i tråd med moderne medisinsk behandling. Bålet kan betraktes som en markering for å gi inntrykk av et vendepunkt.

Dette med bruk av tvangsmidler i sykehuset kan se ut til å være sammensatt. Både Dale og Sirnes, og Brock Utne gir uttrykk for at mekaniske tvangsmidler var ute av bruk. I beskrivelser av pasienter har jeg imidlertid funnet to eksempler på at seildukskjole og remmer fortsatt var i bruk (Dale og Sirnes 1974: 137 og 167). Dette kommer fram i gjennomgang av arkivmateriale. Jeg vil understreke at verken journaler eller annet arkivmateriale er systematisk gjennomgått med sikte på å belyse bruk av tvang. I journalene til pasienter som var karakterisert som urolige, urenlige eller til sjenanse for andre pasienter har jeg funnet at mekaniske tvangsmidler fortsatt var i bruk i tiden etter det omtalte bålet.

Bruk av tvangsmidler var en del av praksisen i sinnssykehuset. Dette rapporteres blant annet i årsmeldingene. Det kan se ut til at tenkningen om tvangsmidler endret karakter. Var det slik at mekaniske tvangsmidler som remmer og bevegeshindrende klær i økende grad ble sett på som gammeldags? Dette representerte praksiser forbundet med asylene. Sovekurer og isolat var mer forenlig med medisinsk praksis i sykehus. En annen betraktning kan være at sovekurer og isolat ble omtalt som nyere former for behandling enn de mekaniske tvangsmidlene, som jo hadde røtter langt tilbake i tid. Var det slik at bruk av slike tvangsmidler passet dårlig sammen med den medisinske definerings av feltet? Hvorfor tente Brock Utne dette symbolske bålet og skrev i årsmeldingene at mekaniske tvangsmidler ikke ble brukt, når nærlesning av journaler viser at de fortsatt var i bruk? Kildene gir ikke grunnlag for å svare på disse spørsmålene. Derimot mener jeg at det kan argumenteres for at bruk av tvang i økende grad ble gjort til tema og problematisert.

7.5 Fra arbeidsvirksomhet til arbeidsterapi

Arbeid har inngått i det semantiske feltet omkring psykiatriens objekt. Hvordan har tanken om arbeid vært formende på dette området? Sinnssykelovens § 4 slo fast at *I ethvert Sindssygeasyl skal der drages Omsorg for, at Patienterne kunne føre et selskabelig Samliv og stadigen kunne sysselsettes.* § 5 slo fast at det skulle rapporteres

hvor mange Patienter der dagligen have været beskæftigede, samt Maaden, hvorpaa dette er skeet. I asylet var det etablert en praksis for å føre oversikt over mange av pasientene som var beskjeftiget, altså hvor mange av pasientene som arbeidet, hva de arbeidet med og hvor mye. Uttrykket arbeidsvirksomhet ble brukt hele perioden fra 1913 og fram til slutten av 1940-tallet om det at pasientene arbeidet i tilknytning til asyls drift. Det å være sysselsatt med arbeid var en viktig del av både pasientenes behandling, og samtidig var det nødvendig av hensyn til driften av asylet. Derfor ble det å snakke om arbeidsvirksomhet del av det semantiske feltet i asylet. Betydningen var relatert til det at pasientene arbeidet med nyttige arbeidsoppgaver for asylet.

Direktøren var ansvarlig for at det ble ført protokoller både over antallet pasienter som deltok i arbeidsvirksomhet og hva slags arbeid pasientene deltok i. Årsmeldingene inneholdt også oversikter over hva og hvor mye pasientene produserte i forbindelse med arbeidsvirksomhet, for eksempel hvor mange meter stoff som var vevd eller hvor mange favner ved som var kappet og klyvd. Mitt inntrykk er at arbeidet pasientene utførte var produktivt og det var til stor nytte i asylsamfunnet. Arbeidets kvalitet ble høyt verdsatt i den forstand at den handverksmessige utføringen skulle være god. Sønnen til direktør Brock Utne forteller at *Veden ble levert av pasienter, store tause vikinger som kom opp trappa på verandaen foran huset og la forsiktig ned veden. Snudde seg sakte og gikk stille og rolig ned for å hente mer. En annen pasient stablet veden opp langs veggene under det store vinduet. Det var gjort så flott, sa far, at han gruet seg til å bruke veden* (Brock Utne 2008:68).

Direktørens beretninger dokumenterer at i tiden fram mot 1940 deltok mellom 40 og 50 prosent av pasientene i ulike former for arbeid. Under krigen ble dette redusert til at omtrent 30 prosent av pasientene deltok i arbeid. Denne nedgangen skyldtes flere forhold. Bemanningen i sykehuset ble redusert i denne perioden. Det medførte at det var færre pleiere som kunne følge pasientene i arbeid. Mangel på klær og sko til pasientene var en annen grunn til at en del måtte holde sengen.

Som nevnt ble Lydvin Brock Utne ansatt som direktør på Opdøl sykehus den 10.12.1946 og han begynte i stillingen i januar året etter (Møre og Romsdal fylkesting 1947:129). I direktørens framlegg til budsjett for perioden 1947-48 skrev Brock Utne om sitt syn på den framtidige driften av sykehuset og hvilke tiltak han mente burde iverksettes. Han hevdet at en lang rekke forhold måtte rettes hvis sykehuset skulle *bli det en venter av et moderne sykehus* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:186). Han mente sykehuset var ineffektivt. Årsaken mente han var en venteliste med 70 pasienter som ventet minimum 7-8 måneder på å få plass i sykehuset. Han karakteriserte dette som *en djevelring* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:186). Det var på denne tiden at uttrykket ventelister ble tatt i bruk i årsberetningene for å beskrive situasjonen ved sykehuset. Det brukes også ord som listepasient og ventepasient om pasienter som ventet på plass i sykehuset. Denne situasjonen bidro til å sette grupper av pasienter opp mot hverandre. Den begrepsmessige motsetningen som ble konstruert var de langvarig syke pasientene i kontrast til de nye, friske tilfellene. For pasienter begrepsliggjort som de langvarig, syke pasientene var utsiktene for bedring i tilstanden ansett for å være lite sannsynlig. Derimot for de nye, friske tilfellene var behandlingsmulighetene vurdert som større. Dette var en måte å gi uttrykk for hva som var interessant, men også mulig å gjøre noe med. Begrepsparet inngikk i ulik verdsetting av pasientene.

Hvordan kunne situasjonen fortone seg for en langvarig, syk pasient? Edvard Hoem skriver i *Mors og fars historie*:

På Opdøl sjukehus ligg Lars Hoem, på isolat, naken i tjukt teppe. Han reagerer ikkje lenger når han blir tilsnakka. Han er 36 år gammal og har vore asylospasient i femten år. Han fører eit nesten vegeaterande liv, men dette tilværet blir avbrote av eksplosive utfall som gjer det uråd at han kan vera saman med andre pasientar. Om ein kunne ha passivisert denne eksplosiviteten, ville mykje ha vore vunne, skriv ein i journalen (Hoem 2005:150).

Sitatet refererer til tiden omkring 1945. Dette var ikke en pasient som deltok i arbeidsvirksomheten. Slik denne pasienten framstilles var det mye å vinne for både pasienten selv og for sykehuset at denne pasienten sin situasjon endret seg. Omtalen

av noen pasienter som nye, friske tilfeller var vanlig. Dette var antakelig en måte å uttrykke seg på som reflekterte at en stor del av pasientene hadde vært lenge i asylet. Det å snakke om nye, friske tilfeller bidro til ytterligere spesifisering av pasientbegrepet.

Av dette kan begrepsparet langvarig syk pasient og nytt, friskt tilfelle konstrueres. Det å være langvarig syk pasient ble fylt med betydninger om å være mindre verdsatt, mens snakkemåten nytt friskt tilfelle ble fylt med mer verdsatte betydninger. Var det slik at nye, friske tilfeller var mer faglig interessante i den forstand at det for disse pasientene kunne være mulig å oppnå bedring i tilstanden? Tilsvarende tok langvarig syke pasienter opp plass i sykehuset og kostet det offentlige penger. Brock Utne trakk fram mangel på beskjeftigelse av pasientene som det mest vesentlige uheldige forhold ved sykehuset.

Uvirksomheten er i alle tilfelle skadelig enten man er frisk eller syk, men friske mennesker ute har evne til å skaffe seg noen beskjeftigelse, hvis de for en tid er uten beskjeftigelse. For pasienter på et asyl stiller forholdet seg annerledes. Disse pasienter er innelåst og får stort sett kun den beskjeftigelse som sykehuset kan skaffe. Ubeskjeftiget vil pasientene gå opp og ned, grunne på sine egne tanker, fikse ideer, vrangforestillinger, slik at disse fester seg mer enn de allerede har gjort ved innleggelsen på sykehuset. Ved beskjeftigelse er det håp om at pasientene blir utadvent, idet deres svinnende interesser kan stimuleres, idet deres tanker vendes bort fra den syke tankegang over i mer normale baner. En vel utbygget arbeidsterapi for pasientene er av avgjørende betydning for behandlingen av sykdommen (Møre og Romsdal fylke 1947:186).

Sitatet bidrar til å tydeliggjøre dynamikken mellom psykiatridiskurs og konstruksjon av begrepspar. Begrepspar som uvirksom/virksom, inne/ute, ubeskjeftiget/beskjeftiget, innadvent/utadvent, uinteressert/interessert, og syk tankegang/normal tankegang formet virkelighetsforståelsen som kommer til uttrykk i sitatet. Det friske ble forbundet med de positivt ladede ordene, mens det syke tilsvarende ble beskrevet i negativt ladede vendinger. Begrepsparene er eksempler på

hvordan sosiale forhold ble fortolket i medisinske sammenhenger. Sykehuset var definert som et eget område. Innenfor dette avgrensede området var en viktig oppgave å holde folk i virksomhet. Dette ble forbundet med medisinsk behandling og gjenoppretting av såkalt normal tankegang. Begrepsparene overfor inngikk i prosesser for å få oppslutning om mer ressurser til sykehuset. Det lå en erkjennelse i disse snakkemåtene av at mye kunne bli bedre i framtiden. Mellom ordene ligger det både ambisjoner om å utvikle et fagfelt og forholdene for sinnssyke pasienter. Begrepene inngikk altså i samfunnsprosesser som handlet om å styrke sinnssykehuset.

Brock Utne hevdet at flere forhold måtte vektlegges i driften framover. Han trakk først og fremst fram det han omtalte som arbeidsterapi. Han la også vekt på det han kalte aktiv behandling. For det tredje mente han at pasientene måtte undersøkes legemlig. Grunnen til det var at mange hadde ulike sykdommer. Det føyer seg også inn i tidligere praksiser med å beskrive trekk ved pasientene. I tillegg mente han at bemanningen måtte økes. Behovet for mer bemanning ble begrunnet med at det var viktig å kunne sette i gang behandling hurtig. Brock Utne påpekte utfordringer knyttet til somatisk undersøkelse av pasientene, handtering av tuberkulose og personellsituasjonen i sykehuset. Han presenterte også en plan for videre virksomhet ved sykehuset. Denne planen innebar bygningsmessige forandringer med sikte på å få store rom for arbeidsterapi og bedre boforhold for ansatte. Den innebar også oppbygging av laboratorium og røntgen, samt mulighet for å holde pasienter med tuberkulose atskilt fra pasienter som ikke hadde tuberkulose. Hans skriftlige form var faglig, realistisk og inviterende. Både fylkesmannen og fylkestinget gav sin tilslutning til initiativet hans, og vedtok at det skulle arbeides videre for å realisere dette (Møre og Romsdal fylkesting 1947:296). Jeg mener dette kan tolkes som eksempel på en politisk og ideologisk virksom psykiatridiskurs. Det illustrerer tanken om at psykiatri skulle vokse fram som del av en kontinuerlig prosess i retning av noe bedre. Ordet moderne var virksomt politisk og ideologisk. Hva som ble oppfattet som moderne var formet av tid og situasjon. Det å oppfatte seg selv som moderne og bli oppfattet av andre som moderne var formende også for begrep.

Det som tidligere var betegnet som arbeidsvirksomhet skiftet navn til arbeidsterapi. Dette kan betraktes som en del av behandlingstenkningen. Arbeidsterapi handlet om at forholdene måtte legges til rette for at både menn og kvinner kunne være i arbeid. Hittil hadde menn og kvinner hatt tilhold i to ulike bygninger og arbeidet hadde vært kjønnsdelt. Brock Utne ønsket å ta i bruk kjelleren i disse bygningene til arbeidsrom for både menn og kvinner. Han argumenterte for at store, oversiktlige rom ville bidra til å redusere behovet for pleiere. Dette krevde planlegging, nybygging og ombygging. Her er det tanken om effektivitet som kommer til uttrykk. Denne tenkningen om pasienten som beskjeftiget og i arbeid skiller seg fra intensjonene om at asylet skulle være en tilnærmet pleieanstalt differensiert etter kjønn og grad av uro. Uttrykket arbeidsterapi begynte å opptre i det semantiske feltet mot slutten av 1940-tallet. Nå var det pasienter aktive i arbeidsterapi og under aktiv medisinsk behandling som var direktørens tema i årsrapportene.

Fra og med 1952 ble det ansatt arbeidsterapeuter både *på sykehusets kvinne- og mannsside* (Møre og Romsdal fylkesting 1953). Denne stillingen var underlagt oversøster/overpleier. Arbeidsterapeutens oppgave var *å sørge for en så allsidig og avvekslende arbeidsvirksomhet som mulig* (Instruks for arbeidsterapeut 16. mars 1953). Omfanget av arbeidsterapi økte for hvert år. I årsberetningen for 1954 opplyses det at over 63 prosent av pasientene deltok i arbeid. Det betyr at omtrent 243 pasienter var i daglig arbeid på sykehuset. Overlegen gav uttrykk for at *arbeidsvirksomheten er et av de viktigste virkemidler vi har* (Møre og Romsdal fylkesting 1954:118). Arbeidsvirksomhet var et begrep som hadde med det vanlige liv å gjøre. Gjennom arbeidet kunne pasientene oppleve mestring og være til nytte. Ordet arbeidsvirksomhet opptre parallelt med arbeidsterapi. Til en viss grad har de samme betydning, men samtidig har noe nytt kommet til. Dette nye er representert ved ordet terapi, og kan oppfattes som den medisinske inntreden i det semantiske feltet rundt pasientenes arbeid i sykehuset. Det var forventninger til pasientene om å delta i arbeid. Arbeid ble verdsatt som behandling og som kriterium for å vurdere grad av sykdom.

Det semantiske feltet hadde endret seg i den forstand at betegnelsen sykehus/sinnssykehus hadde overtatt for asyl. Arbeidsterapi hadde overtatt for arbeidsvirksomhet. Pasientene ble spesifisert som langvarig syk pasient og nytt, friskt tilfelle. Dette er begreper som griper inn i framtiden på ulike måter og de inngikk i samfunnsprosesser som handlet om å forandre det tidligere asylet til det som ble oppfattet som et moderne sykehus for behandling av syke. Disse begrepsmessige forskyvningene inngikk på ulike måter i det å framstå som moderne. Forestillingen om det å være moderne var virksom i det å skaffe økonomiske midler til opprustning, nybygging og utbygging av sykehuset. Begrepsliggjøringen av det moderne var ikke ny. Major hadde 100 år tidligere snakket sitt forslag til sinnssykeasyl for Norge inn i sammenhenger om det moderne. Etablering av Opdøl asyl gikk også inn i prosesser som handlet om å være moderne. Dette er utviklingstrekk som får begrepsliggjøring av det nye og moderne i psykiatrihistoriske sammenhenger til å framstå som historiske og politiske begrep. Neste kapittel vil bidra til mer forståelse for hvordan denne dynamikken har vært virksom i behandlingspraksis.

8 «Spesielt inngripende behandling»

I foregående kapitler er det beskrevet utviklingstrekk som viser at medisinsk tenkning ble tydeligere fra 1930-tallet og framover. Hittil hadde ordningen med asyl, tvang og arbeid vært bærebjelkene i behandlingstenkningen. Dette kapitlet undersøker praksiser omkring medisinsk behandling nærmere, og med vekt på hvordan det formet begrepsliggjøring av pasientene.⁸²

I sinnssykehuset ble nye medisinske behandlingsmåter prøvd ut. Jeg har ønsket å utvikle en historisk forståelse for denne periodens medisinske praksis. Overskriften til dette kapitlet, *Spesielt inngripende behandling*, er hentet fra en kilde. Begrepet

⁸² Kapitlet bygger på kilder fra arkivene i Opdøl sykehus. Kildene er lest for å forstå mer om begrepsliggjøring av pasienten.

behandling brukes med to tilføyelser for å understreke det særegne, som var både spesielt og inngripende. Hvilke forhold var det som muliggjorde spesielt inngripende behandling? På hvilke måter formet det som ble omtalt som spesielt inngripende behandling, pasientbegrep? I dette kapitlet brukes sterke sitater. Det har ikke vært aktuelt å utelate disse sitatene. Grunnen er at de viser hvordan vitenskapelig autoritet kan være virksom overfor enkeltmennesker.

8.1 Belegg får sjokk som behandling

Per Haave skriver at *sjokk var et etablert medisinsk begrep da sjokkbehandling for alvor ble introdusert i psykiatrien* (Haave 2008:268). Det internasjonale gjennombruddet for sjokkbehandling kom i 1937, etter at den sveitsiske psykiateren Max Muller hadde arrangert en kongress om nyere behandling av schizofreni (Haave 2008:269). Dette var starten på et *somatisk stormløp mot schizofreni* (McCrae 2006:69).

I den norske konteksten ble Karl Evang utnevnt som direktør for det sivile medisinalvesen i 1938. Brevveksling mellom han og Scharffenberg gir et innblikk i hvordan de tenkte om sinnssykdom og dens behandling.

...oppfatningen om sinnssykdommenes årsak, natur og behandling i den senere tid hadde gjennomgått en rask utvikling. Tidligere ble disse sykdommene oppfattet som arvelige og uavvendelige og lot seg ikke påvirke av behandling. Det eneste man kunne gjøre var å gi best mulig pleie og stell og hindre de syke i å skade seg selv og stivne i altfor asosiale vaner. I de seinere årene har man imidlertid fått øynene opp for at sinnssykdommene ikke bare skyldes arv, ytre omstendigheter medvirket også. Etter at det var prøvd forskjellige behandlingsmetoder som hadde gitt litt tilfredsstillende resultater, hadde det for tre-fire år siden, skrev Karl Evang, lyktes å finne metoder som gav lovende resultater, for eksempel sjokkbehandling (Søbye 2010:692).

Dette ble karakterisert som moderne behandling og det forutsatte ansettelse av flere leger. Et kritisk spørsmål vil være hva såkalt lovende resultater var.

Sjokkbehandling med cardiazol ble tatt i bruk på Opdøl sykehus før andre typer sjokkbehandling. Cardiazol er et medikament som påvirker sentralnervesystemet, og det ble brukt som medikamentell krampeterapi. Legen Meduna gav den 23. januar 1934 en dose til en kronisk schizofren pasient ved et psykiatrisk sykehus i Budapest. Dette ble gjentatt med andre pasienter, og Meduna beskrev og publiserte gode resultater (McCrae 2006:68). Niall McCrae har skrevet *A violent thunderstorm: Cardiazol treatment in British mental hospitals* (2006). Her beskrives framgangsmåten slik: Cardiazol ble injisert ved at en nål ble presset 2 cm inn i venen for å hindre lekkasje. Reaksjonen kom raskt. Pasienten mistet ansiktsfarge, ble stiv og rørte seg ikke. Anfallet startet med et host eller et rop, før det som beskrives som styrkende sammentreknings begynte. Dette utviklet seg til kraftigere kramper, slik at pasienten måtte beskyttes, for eksempel ved å bli holdt fast på en eller annen måte. Dette varte i omtrent 40 sekunder. Inkontinens var vanlig, før pasienten falt i en komalikhende søvn.

Behandlingen var omdiskutert. Samtidig ble den tatt i bruk i sinnssykehusene rundt om i Europa, og den bredte seg raskt. Dette var i en tid der det eksisterte få etiske begrensninger. McCrae beskriver legenes makt slik: *Doctors unilaterally decided what was the best for patients, of whom most were legally certified as insane* (2006:79). Med begrepsliggjøringen som sinnssyk var det altså mulig å iverksette denne type spesielt inngripende behandling. I Storbritannia falt dette sammen med at pågangen til asylene var raskt økende. Det er et sammenfallende trekk med utviklingen i Opdøl Sykehus.

Jeg vender igjen tilbake til forholdene ved Opdøl sykehus. I beretningen for 1938 skrev direktør Bauge at sjokkbehandling med cardiazol forsøksvis hadde vært innført på Opdøl. Dette var en behandling som var lansert i 1936, og tatt i bruk på Gaustad samme år (Haave 2008:288). Den var mindre farlig enn insulinsjokk, men det var helt klart en inngripende behandling som det knyttet seg en viss risiko til (Haave 2008:290). Det er grunn til å anta at det var derfor direktøren understreket at *samtykke til denne behandling er alltid blitt innhentet hos de sykes pårørende på forhånd* (Møre og Romsdal fylkesting 1939:256).

Hvordan kan vi forstå det at samtykke ble innhentet? Betydde det at behandlingen var satt i gang med utgangspunkt i pasientens ønske? Eller betydde det at risikabel behandling ble gjennomført under tvang? Ble praksisen med å innhente pasientens samtykke til behandlingen nærmest et uttrykk for ønske om å fraskrive seg ansvar for uheldige konsekvenser av behandlingen? Det er uklart hva slags samtykke sitatet over refererer til. Et annet spørsmål med relevans for samtykke er hvilken informasjon som ble gitt den som skulle gi samtykke til behandling. Hvor reelt dette med samtykke var, vet vi lite om. I Storbritannia skulle ikke pasientene være vitne til sjokkbehandling av andre pasienter (McCrae 2006:79). En grunn kan ha vært ønske om å verne om den som gjennomgikk slik behandling. En annen grunn kan ha vært at slik behandling var et skremmende syn.

Direktør Bauge gir på denne måten uttrykk for sin oppfatning om behandling av pasienter med cardiazol: *det er ennå for tidlig å uttale seg om denne behandlings resultater. Insulinsjokk-behandling har ikke vært prøvet her på grunn av utilstrekkelig legehjelp, og for lite personale* (Møre og Romsdal fylkesting 1939:256). De neste 4-5 årene behandles schizofrene pasienter med cardiazol. Bauge behandlet en gruppe pasienter på mellom 20 og 30 med cardiazol, og en annen gruppe fikk ikke slik behandling. Han skriver at dette var gjort for å kunne sammenlikne og muligens dokumentere virkning av denne type behandling. Resultatene viste i liten grad forskjeller mellom disse to pasientgruppene med hensyn til hvor mange som ble helbredet og hvor mange som fikk tilbakefall. Direktør Bauge oppsummerer behandling med cardiazol i perioden 1938-41 slik: *skulde man sammenfatte resultatet av de siste 3-4 års behandling med cardiazol av den schizofrene psykose, må man dessverre si at den har vært en skuffelse* (Møre og Romsdal fylkesting 1942:18). Til tross for denne erkjennelsen fortsatte behandlingen med cardiazol i årene som kom. Vi kan bare undre oss over hvorfor behandlingen fortsatt ble praktisert til tross for erkjennelsen om at den hadde liten virkning. Kan det ha vært slik at behandling like mye handlet om å praktisere de nyeste metodene for å skape et inntrykk av framskritt, at behandlingen var moderne?

Insulin representerte en annen form for sjokkbehandling, introdusert av den østerisk-amerikanske psykiateren Manfred Sakel i 1927. I Norge startet denne praksisen på Dikemark mot slutten av 1930-tallet (Haave 2008). Den ble praktisert, til tross for risikoen for irreversibel koma. Det er mulig dette kan forstås historisk som en ide der det å utsette kroppen for brå forandringer skulle bidra til en form for «nullstilling» eller «oppvåkning». I litteraturen finnes eksempler på overraskende vekslinger mellom kalde og varme bad (Foucault 2009:327-328). Et annet eksempel kan være innretninger som snurret fort rundt og som uten forvarsel bråstoppet, eller overraskende riflesudd som ble avfyrt på kloss hold. Midlene varierte, men hensikten var å bringe den som ble utsatt for dette til en eller annen grense, for så å la det komme et brudd, en brå forandring. Ideen var at pasienten skulle «komme til seg selv». Dette faller ikke sammen med den greske ideen om at naturen skulle ordne opp. Det kan heller oppfattes som å ha forankring til oldtidens arabiske medisin om legemidlenes virkning.

I arkivene fra Opdøl sykehus har jeg funnet et notat på 5 sider. Det er stilet til oversøster, alle sykepleiersker, pleiere, elever og nattevaktene. Det tematiserer hvordan *Insulin brukes i psykiatrien i forskjellige øyemed*. Insulin ble brukt for å øke pasientenes appetitt og i beroligende øyemed. Det ble også brukt for å framkalle sjokk.

Insulinbehandlinger brukes som behandling av alvorlige sinnslidelser og er inngripende behandling. Hva insulinets helbredende virkning i dette tilfellet beror på, vet vi ikke med sikkerhet, men det ligger nær å tro at den plutselige senkning av blodets sukkerinnhold framkaller forandringer i cellenes stoffskifte. Vi vet også at behandlingen medfører risiko for mer alvorlige og varige hjerneskader som imidlertid ved korrekt gjennomført behandling er meget sjelden.

Jeg har valgt å gjengi et langt sitat fra denne kilden. Grunnen er at det viser hvordan denne behandlingen foregikk, hvordan pasienten reagerte og hvordan de ulike stadier i insulinvirkningen ble omtalt.

I den første timen etter injeksjonen merker vi som regel ikke noe større ved pas.'s ytre reaksjoner. I denne tiden synker blodsukkeret fra normalverdien (ca 100 mg%) til under halvparten. Pasientene kan føle seg litt slappe, er gjerne litt døsig (tar seg en liten atpåsøvn etter natten). Iblant snakker de om litt hjertebank. Etter hvert når vi kommer ut i annen time, legger vi merke til at pasientenes kjertler begynner å arbeide for fullt, pasienten begynner å svette og der kommer rikelig med spyttflod. Denne reaksjon kaller vi i rapporten «påvirket». Man kan dog skrive direkte: hjertebank, svetter, dører – alt ettersom symptomene blir tydelige. Pasientens bevissthet sløres, de virker beruset, talen blir utydelig, uartikulert, ofte høyrøstet. Pasientens puls kan variere nokså meget i denne fasen. Snart er den langsom, snart hurtig, men den skal være regelmessig og respirasjonen skal være jevn og dyp.

Det blir etter hvert mer vanskelig å fange pasientens oppmerksomhet. Likesom under annen rus, kan der komme uroanfall, - pasienten kaster seg rundt, sparker og skriker eller stønner. Denne uroen karakteriserer en bestemt fase i Insulinvirkningen og går som regel snart over. I hver fall vil man passere dette urostadium raskere når dosen neste dag økes.

Svettingen er hele tiden kraftig. Ofte vil der nå opptre muskelrykninger (myoklonismer). Da pas. på dette tidspunkt ennå er ved bevissthet, kjennes slike rykninger ofte svært ubehagelige. (...)

Vi kommer ut i tredje time. Pasientens bevissthet innsnevres mer og mer. Han svarer ikke lenger på tiltale, men ved berøring kan han gjøre avvergebevegelser, eventuelt grynte når noen snakker til han. Kontakten med pasienten er da brutt. Dette stadium kalles sopor eller præcoma, og noteres i rapporten. Pas. kan i denne fase ikke drikke sukkervannet, og man bør ikke gjøre for iverdige forsøk på å få han til å drikke da dette medfører fare for at sukkervannet kan aspireres til luftveiene. En stund etterpå reagerer pasienten heller ikke på berøring (prøves ved å berøre øynehåret meget forsiktig eller ved å kile pasienten i neseåpningen med gummisonden). Dette stadium er COMA og

antegnes i journalen. COMA kjennetegnes ellers ved at bestemte nerver lammes, - for eksempel til gane- og svelgemuskulaturen, og dette fører til at spytt nå renner ut av munnen.

Dette sitatet framstiller pasientenes reaksjoner på insulinbehandling i form av faser som personalet skal observere og rapportere. Notatet er detaljert og beskrivende. Samtidig er det tydelig med hensyn til at dette var behandling som kunne få fatale konsekvenser. Det er grunn til å legge merke til at innledningsvis brukes psykiatrien som egenbetegnelse. Det tidligere brukte begrepet sinnssykeomsorgen har blitt omformet til psykiatriens motbegrep. Begge formene for sjokkbehandling kan oppfattes som forankret i et biologisk perspektiv som bygger på kroppslig manipulering. Med dette mener jeg at klassifisering og diagnostisering som sinnssyk åpnet for å tenke seg at årsaken var en kroppslig feil som det kunne være mulig å manipulere. Tanken var at dersom behandlingen lykkes kunne pasienten fungere bedre enten som pasient i sykehuset eller i privatpleie. Det beste var om pasienten kunne utskrives. Det var den medisinske teknologien som skulle løse pasienten sine problemer. Notatet fra Opdøl sykehus om hvordan insulin ble brukt i psykiatrien reflekterer flere ting. Det gir inntrykk av å ha tro på den medisinske teknologien, på metoden og prosedyren. Det etterlater også inntrykk av det jeg vil karakterisere som en objektivierende tilnærming til pasienten. Her illustreres en begrepsmessig dreining fra sinnssykeomsorg til psykiatrien som egenbetegnelse.

Elektrobehandling er en annen behandlingsmetode som opptrer i det semantiske feltet sammen med cardiazolsjokk og lobotomi. Elektrobehandling ble tatt i bruk på Opdøl sykehus mot slutten av 1940-tallet (Møre og Romsdal fylkesting 1949:30). I forbindelse med direktørens orientering om sjokkbehandling kan vi lese: *En har i årets løp systematisk gjennomgått belegget med sjokkbehandling, idet man har tatt inn tilfeller som det kunne ventes effekt av først* (Møre og Romsdal fylkesting 1948:21). Her omtales pasienter som belegg og tilfeller. Belegg, tilfeller og pasienter brukes synonymt. Dette kan oppfattes som eksempler på praksis der pasienter ble objektivert. I denne sammenhengen betyr det at den som var pasient ble gjenstand for et medisinsk blikk. Dette blikket så og begrepsliggjorde målbare og synlige faktorer.

Det representerte en teknisk tilnærming til mennesker ved å bruke betegnelser som tilfeller og belegg. Sjokkbehandling var fra første stund en omdiskutert behandling. Det å få *større ro i avdelingene* var et vesentlig argument for å gjennomføre sjokkbehandling (Haave 2008:273).

8.2 «De opererte pasientene»

I siste halvdel av 1940-tallet skjedde det endringer i behandlingstilbudet for pasientene i Opdøl sykehus. Lobotomi kom til som et nytt alternativ i behandling. Boken *Noen virkninger av prefrontal leucotomi hos mennesket* gir innblikk i lobotomiens historie (Dale og Sirnes 1972). I boken beskrives det operative inngrepet og den dokumenterer oppfølgingsstudier av en gruppe lobotomerte pasienter på Opdøl sykehus. Johannes Dale fungerte som assistentlege på Opdøl sykehus i tiden omkring 1948. Sammen med Tollak Sirnes undersøkte han siden en gruppe på 64 lobotomerte pasienter i 1949, 1961 og 1971. Deretter skrev de nevnte bok.

Det var den portugisiske nevrologen Egas Moniz, sammen med nevrokirurgen Almeida Lima, som i 1935 opererte bilateralt for å overskjære forbindelsen mellom prefrontallappene og thalamus (Dale og Sirnes 1972:13). Denne operasjonen ble kjent som lobotomi, og innebar kirurgisk kutting av nervebaner til frontallappen i hjernen. Tidligere hadde de samme legene injisert absolutt alkohol i frontallappene på en kvinne som var pasient i et psykiatrisk sykehus. Denne kvinnen ble så beskrevet som roligere, noe Moniz oppfattet som helbredelse (Kragh 2007). Operasjonen lobotomi ble snakket inn i sammenhenger som å være en form for medisinsk behandling.

Det skal ha vært en dyreeksperimentell modell som lå bak ideen om lobotomi. Moniz støttet seg på Fulton og Jakobsens dyreeksperimentelle resultater som ble lagt fram på en nevrologkongress i London i 1935.

Den dyreeksperimentelle modell som lå bak ideen om leucotomi, illustrerer den emosjonelle reaksjon på det å være den som taper. Det Jacobsen oppnådde var

å minske reaksjon på den frustrasjon det alltid er å oppleve diskrepans mellom aspirasjoner og evner. Man hadde ikke til hensikt å oppheve diskrepansen ved å øke prestasjonsevnen, men ved å senke kravene. Det var den prisen man måtte være villig til å betale (Dale og Sirnes 1972:13).

En sjimpanse ble framstilt som meget emosjonell nevrotisk og den var ute av stand til å løse oppgaver. Etter at det var foretatt en bilateral lobotomi, ble sjimpansens atferd forandret. Hun løste sine oppgaver frivillig og med stor iver. Det var denne observasjonen som satte Moniz på tanken om å foreta lobotomi på mennesker, først og fremst i den hensikt å befri pasientene for bekymringer og angst (Dale og Sirnes 1972:14). Dette ble basert på en antakelse om at forbindelsen til frontallappene var helt nødvendig for å kople sammen tanker og følelser. Flere alvorlige bivirkninger skal ha vist seg nokså raskt, men disse ble oversett. Moniz fikk Nobelprisen i medisin i 1949.⁸³ Dette representerte en formell og offisiell anerkjennelse av lobotomi.

I starten tilhørte de fleste pasientene det som kan karakteriseres som den sosiale overklassen. Legene Freeman og Watts opererte i siste del av 1930-årene en gruppe på 12 personer (Dale og Sirnes 1972:16). De færreste av dem var innlagt i psykiatrisk sykehus. Hensikten med operasjonene var å gi pasientene en sjanse til bedring uten innleggelse i sykehus. Altså å gjøre dem mer tilpasset til å bo hjemme.

Pasientene ble befridd for en viss hypersensivitet. Bare unntagelsesvis var de så kritikkkløse og rastløse at de var til bry for familiene. Deres innesluttete karaktertrekk ble definitivt modifisert. Mens de før var deprimerte og stadig opptatt av sine vrangforestillinger, ble de etter operasjonen preget av en glad likegyldighet og en viss indolens (Dale og Sirnes 1972:16).

Praksisen med lobotomi bygde på en antakelse om at framtreddende karaktertrekk kunne endres gjennom dette operative inngrepet.

⁸³

[http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Nobel Prize in Physiology or Medicine&redirect=no](http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Nobel_Prize_in_Physiology_or_Medicine&redirect=no) Lastet ned 17.11.2014

Et sted mellom 60-80 000 mennesker i verden har blitt lobotomert (Kragh 2010). I boken *Det hvide snit* beskriver Kragh (2010) hvordan lobotomi ble en del av utbygging og modernisering av dansk psykiatri. Lobotomi var en praksis som også kom Norge, og etter hvert til Opdøl sykehus. I fortsettelsen vil jeg gå nærmere inn på hvordan lobotomi kom til å forme pasientbegrep i Opdøl sykehus.

Jeg har funnet begrenset med kilder i arkivene til Opdøl sykehus som belyser hvordan lobotomi ble praktisert. Budsjettene viste seg å være gode kilder. I budsjettet for Opdøl sykehus 1945 - 46 var det oppført en post for medisin med kr 7700 og instrumenter kr 2200 (Møre og Romsdal fylkesting 1945/46:88). Denne posten er det interessant å følge de neste årene. Fylkesmannen bemerket til budsjettet for 1947-48, ad 6 c at

den nye operative behandling av sinnssyke (frontal lobotomi) må pasientene få tilgang til. Disse operasjoner utføres kun på Gaustad sykehus, og de direkte operasjonsutgifter er ca kr 300, reise med følge, til sammen kr 1000 pr pasient. Hvis to reiser sammen blir det billigere. Utsiktene ved operasjon for pasienter er såpass oppmuntrende at operasjon bør utføres, og det antas at pasientene senere kan forpleies billigere enn før, slik at man har pengene igjen ved forkortet asylopphold (Møre og Romsdal fylkesting 1947:149).

Budsjett og regnskap viser at noen pasienter fra Opdøl sykehus ble sendt til Gaustad sykehus for lobotomi. Det var økonomiske og administrative argumenter som talte for å behandle pasienter med lobotomi. Det budsjetteres med kr 10000 til medisin, kr 10000 til instrumenter og kr 10000 til det som ble betegnet som *aktiv behandling (Frontal lobotomi)* (Møre og Romsdal fylkesting 1947:153). I dette budsjettet kom et nytt begrep til, aktiv behandling. På dette tidspunktet ble aktiv behandling brukt i betydningen frontal lobotomi. Tilføyelsen aktiv til behandling var handlingsorientert. Den bar bud om at noe endelig skulle skje. Til nå hadde begrepet sinnssyk blitt fylt med erfaringer om at dette var det vanskelig å gjøre noe med, og den sinnssyke var kostbar for samfunnet. Det å snakke om aktiv behandling ble brukt i betydningen av at nå var det mulig å gjøre noe som virket. Pasientene ble transformert fra å være

sinnssyke til å bli demente. Tanken var at dette skulle gjøre pasientene roligere og lettere å forpleie.

Tenkningen om pasientene ble formet av begrepsparet behandlingsresistent og mulig å behandle/behandlingsdyktig. Behandlingsresistent kan betraktes som asymmetrisk motbegrep til mulig å behandle/behandlingsdyktig. Det viser at motbegrepet sinnssyk formet andre/nye asymmetriske motbegrep. Behandlingsbegrepet ble ytterligere nyansert gjennom formuleringene aktiv og passiv behandling. Tilføelsene aktiv og passiv til behandlingsbegrepet muliggjør konstruksjonen av et nytt begrepspar. Aktiv behandling innebar i stor grad medisinske inngrep og medikamenter. Passiv behandling refererte mer til asyloppholdet og bruk av tvang i form av reimer og liknende innretninger. Brock Utne var opptatt av det han kalte aktiv behandling. Han hevdet overfor fylkestinget at den moderne psykiatri kunne tilby sine pasienter en lang rekke aktive behandlingsmetoder. Når Brock Utne snakket om moderne behandling oppfatter jeg det som å forme et behandlingsbegrep der de nyeste behandlingsmetodene ble tatt i bruk. På dette tidspunktet var det lobotomi. Han nevnte det han omtalte som eldre behandlingsmetoder som sovekurer, sjokkbehandling og Amycalbehandling.⁸⁴ Alle disse behandlingsformene krevde kvalifisert personell og de tok tid. Sovekurer kunne innebære at pasienten fikk sulfonalkur, trionalkur, nyofenkur eller veronalkur (Møre og Romsdal fylkesting 1948:21). I 1947 ble det gitt 65 sovekurer i alt. Det opplyses i årsberetningen at en pasient døde i forbindelse med sovekur dette året. Brock Utne skrev at sovekurer *er av stor betydning for å skaffe ro på sykehuset under de altfor trange forhold som hersker her p. g. a. det store overbelegg* (Møre og Romsdal fylkesting 1950:97). Sovekur var ikke en kur for å gjøre pasienten frisk, men rolig. Det å oppnå ro var verdsatt. Sovekur kunne også bli brukt sammen med sjokkbehandling. Det er mye som taler for at behandling hadde to formål. Primært å bidra til at pasienter ble mulig å utskrive fra sykehuset. Sekundært å gjøre pasienter i sykehuset mer administrerbare.

⁸⁴ Amycalbehandling kommenteres ytterligere i pasienthistorien om Beret.

Brock Utne hevdet at *den siste terapeutiske landevindingen* innen psykiatrien var hjerneoperasjoner (frontal-lobotomi). Lobotomi var siste nytt, og ble oppfattet i samtiden som det aller mest moderne og vitenskapelige.

Fordelene ved denne behandlingsmetode er at pasientene etter de erfaringer vi hittil har, blir mer sosialisert og lettere kan behandles på rolig avdeling eller utskrives i privatpleie med eller uten offentlig bidrag – istedenfor å ligge som dødbelegg i asylts isolater og urolige vaksaler til fortrenghet for akutte, øyeblikkelige sykehus-tiltrende nye sinnssyke pasienter (Møre og Romsdal fylkesting 1947:187).

I sitatet opptrer et nytt ord, dødbelegg. Det karakteriserte pasienter som ikke arbeidet og som det hadde vist seg vanskelig å behandle. Betydningen av begrepet dødbelegg trer fram i kontrast til akutte, øyeblikkelige sykehus-tiltrende nye sinnssyke pasienter. Dette er mange og verdiladede tilføyelser til pasientbegrepet. Kan det være en mulighet at Brock Utne valgte å ordlegge seg slik for å skaffe økonomiske ressurser både til medisinsk utstyr og flere legestillinger?

Et spørsmål er om det ble lobotomert pasienter på Opdøl sykehus. Dette belyses nærmere etterhvert. Det berører pasientens status og stilling, og det var en praksis som formet pasientbegrep. Dale og Sirnes forteller at

i 1948-49 da 64 pasienter ble leucotomert, var Opdøl sykehus et fylkeskommunalt sykehus med 350 pasienter. Legestaben var som vanlig på den tiden 1 overlege, 1 reservelege og 1 assistentlege. Det var få av personalet med autorisert sykepleiereksamen. Blant de mannlige pleierne var det få som hadde formell utdannelse i sykepleie. Bare oversøster og en avdelings søster hadde full sykepleierutdannelse. (...) Mekaniske tvangsmidler var praktisk talt avskaffet. Bare på en pasient ble det brukt slike. En variert arbeidsterapi etter Simons prinsipper⁸⁵ var innført. Dørene var åpnet i den grad det var mulig før

⁸⁵ Uavklart hva det var.

psykofarmaka ble innført i den psykiatriske terapi. Det ble drevet konvensjonell medikamentell behandling med opiumiskur, sulfonalkur og insulinkur. Som sovemidler og beroligelsesmidler ble brukt Paraldehyd og barbiturater (Dale og Sirnes 1974:32).

I boken sier forfatterne noe om hvilke pasienter som ble lobotomert. Behandling som lobotomi ble *bare forsøkt på pasienter som hadde vært resistente overfor alle forsøk på å nå fram med mindre drastiske behandlingsmetoder* (Dale og Sirnes 1974:32).

Med nye og flere behandlingsmetoder kom begrepsliggjøring av den behandlingsresistente pasienten inn i det semantiske feltet. Dette var et uttrykk forbeholdt pasienter det ikke lyktes å behandle. Jeg forstår det slik at dette var pasienter som vedvarte urolige og vanskelige. Dale og Sirnes utdyper i sin bok seleksjonskriteriene for lobotomi.

Alle de opererte pasientene tilhører uten unntagelse til sykehusets dårligste. De aller fleste har tilbragt årevis på saler for urolige og ganske stor prosent var regulære isolat-pasienter enten kontinuerlig eller med behov for hyppige isolasjoner. Det som i særlig grad har preget disse tilstander er på den ene side uro, impulsivitet, aggressivitet og ødeleggelseslyst, på den andre side stupor med spisevegring og selvstimuleringstendens. Ved siden av dette var det felles for dem alle at det dreiet seg om langvarige psykosier med en gjennomsnittlig sykdomsvarighet før operasjonen på ca 15 år slik at man må kunne anta at det var liten sjanse for spontan remisjon. All behandling som var indisert i de enkelte tilfeller, var forsøkt på forhånd, slik som elektroshokk, sovekurer og modifiserte insulinkurer. Det var felles for dem alle at disse behandlinger bare hadde hatt forbigående virkning eller var helt uten effekt, slik at pasientene fortsatt var til plage for seg selv og skapte store pleievanskeligheter (Dale og Sirnes 1972:41).

Det var pasientenes atferd som i stor grad lå til grunn for å iverksette lobotomi. Følgende atferdskarakteristika ble anvendt: 1) *Truer, slår, pågående* 2) *Støyer, banker, skriker* 3) *River, ødelegger* 4) *Kliner (mat, spytt, af.)* 5) *Urenslig med*

avføring 6) Urenslig med urin 7) Banning, rått snakk 8) Sint, skjenner (Dale og Sirnes 1972:42).

Disse to sitatene fra Dale og Sirnes sin bok viser snakkemåter med asymmetriske trekk. Et asymmetrisk trekk er en strukturell asymmetri mellom legen og pasienten. Det viser hvordan legen hadde begrepsmakt gjennom hvilke ord og begreper som spesifiserte pasientene. Pasientene ble karakterisert på måter de antakelig ikke ville snakket om seg selv. Innen rammen av sinnssykehuset ble for eksempel det å være impulsiv fylt med nedsettende betydning. Det inngikk i det semantiske feltet sammen med for eksempel uro og urenslig. Begrepsliggjøringen av pasientene ble formet av tanken om at uro og urenslighet var sykdommens uttrykk. Sitatene eksemplifiserer kompleksiteten der den medisinske tenkningen og forestillingene om ro og orden formet begrep. Denne tenkningen var virksom på den måten at den formet virkelighetsforståelser som så lobotomi som den nyeste og mest moderne medisinske behandlingen. Lobotomi inngikk også i forestillinger om at dette var siste utvei, når all annen medisinsk behandling var prøvd.

I 1948 ble det etablert et samarbeid med Fylkessykehuset i Molde om såkalt operativ behandling (leuctomi). *Det ble i 1948 i alt operert 39 pasienter, hvorav 3 avgikk med døden innen en uke etter operasjonen* (Møre og Romsdal fylkesting 1949:39). I årsberetningen opplyses videre at av de 39 var 6 uforandret ved årsskiftet, 13 anstaltbedret, 10 betydelig bedret og 7 utskrevet. En av disse 7 var en frivillig innlagt. Han hadde etter en mineringsulykke to år tidligere blitt 100 prosent arbeidsudyktig og var beskrevet som fullstendig suicidal. Overlegen skrev at denne pasienten ble godt hjulpet ved operasjonen og han var ved utskrivningen delvis arbeidsdyktig. Jeg har hatt mulighet for å følge denne pasienten. Den videre historien til denne pasienten forteller om reinnleggelser og en til tider fullstendig pleietrengende pasient (Dale og Sirnes 1974:166). Det kommer fram i journalen når den leses over tid.

En av de pasientene som ble lobotomert i 1948 var Per. Han hadde blitt innlagt på Opdøl sykehus i 1937, med diagnosen schizofren. I journalen framstilles han som en sosial pasient som likte og «sprade» rundt, men han framstilles også som en

aggressiv, urolig og vanskelig pasient. Den 10.5.1948 skrev assistentlege Dale følgende i brev til Pers familie:

Deres sønn, Per, er fortsatt meget syk. Han har perioder med uro hvorunder han er forvirret og kan av og til bli aggressiv og slå. Den behandling som sykehuset hittil har kunnet by har vært forsøkt, men uten noget stabilt resultat. Tilstanden er i bunn og grunn uforandret. Som det kanskje vil være dem bekjent, er det i den senere tid innført en operativ behandling av sinnssyke. Jeg tillater meg med dette å forespørre om De vil gi Deres samtykke i at vi forsøker denne operasjon på Deres sønn, idet jeg ser det som det siste som kan forsøkes for å bedre den for ham selv og andre plagsomme tilstand. Operasjonen medfører en viss dødsrisiko, men denne skal forsøkes nedsatt med de til rådighet stående midler.

Familien snakket om dette og svarte følgende den 18.5.1948: *Vi gir Dem derfor vårt samtykke til å få foretatt operasjon.* Per ble lobotomert den 23.3.1949 på Fylkessykehuset i Molde. Da var han 42 år, hadde vært syk siden han var 25 år gammel og asylbehandlet sammenhengende i 10 år. Operasjonen er beskrevet på følgende måte:

Selve operasjonen ble utført av overlege Rø ved Fylkessykehuset i Molde. 20 km fra Opdøl sykehus. Ved innleggelsen i fylkessykehuset fulgte der med hver enkelt pasient en fullstendig journal med anamnese, status presens, vurdering og konklusjon med begrunnelse for berettigelsen av inngrepet. Før avreisen til fylkessykehuset ble pasientene gitt en beroligende sprøyte med scolamin morfin eller Nyofen i relativt store doser, slik at pasienten kom sovende til operasjonsbordet. Selve operasjonen foregikk i lokalanestesi. Operasjonen foregikk uten optisk kontroll. Det ble foretatt en standard lobotomi etter Freeman og Watts, også kalt prefrontal lobotomi.

Seks cm av arcus zygomaticus og 3 cm bak den laterale orbita-rand ble det skåret igjennom og leucotomen ble i en horisontal stilling ført inn i et frontalt plan i den hvite substans i pannelappen. Snittflatene ble forsøkt lagt foran

sideventrikkelens fremre horn. Leucotomien frie ende ble så ført oppover og så nedover i en sirkebue på 30-40 grader med en radius på 4,5 cm. Derved ble fibermassene avskåret svarende til en 3-kantet sektor.

Etter det operative inngrep ble pasientene vanligvis liggende i fylkessykehuset i 8 dager. Deretter ble de sendt tilbake til Opdøl sykehus, hvor opptreningen begynte så snart som forholdene tillot det. Den aktive trening og resosialisering ble ansett som meget vesentlig (Dale og Sirnes 1974:33-34).

Lobotomi ble betegnet som et sykehusmessig inngrep. Omkring 1948 var lobotomi den nyeste og mest moderne medisinske behandling innen dette feltet og det ble ansett som aktuell behandling for de pasientene som hadde vært lenge i sykehuset og som sådan var til hinder for å ta inn nye pasienter. Dale og Sirnes gir uttrykk for datidens tenkning om lobotomi: *Operasjonen ble på en måte ansett som bare en forutsetning for å sette inn annen variert terapi som arbeidsterapi, miljøterapi og sosialterapi*⁸⁶ (Dale og Sirnes 1974:34). Pasientene som ble lobotomert var beskrevet som aggressive, urolige, urenlige i forkant av operasjonen. Mange av disse pasientene hadde vært i sykehuset over lang tid, noen oppholdt seg i isolat, andre på avdelingene for urolige pasienter. Lobotomi som behandling ble tatt i bruk overfor pasienter det var krevende å ha i sykehuset og/eller som tok opp plass. Beslutninger om å lobotomere sinnssyke pasienter var klart økonomisk motivert.

De første pasientene ble sendt til Gaustad sykehus for lobotomi. Senere ble operasjonen lobotomi foretatt ved Fylkessykehuset i Molde. Et spørsmål er om det ble foretatt operasjoner som lobotomi på Opdøl sykehus. Dette er aktuelt fordi det forteller om den medisinske utviklingen. Det å drive med operasjoner i hjernen plasserte Opdøl sykehus på linje med tilsvarende sykehus i Norge, men også internasjonalt. Kildene sannsynliggjør at lobotomi ble foretatt først på Molde sykehus

⁸⁶ Antakelig er dette eksempel på en tidsfeilslutning. Boka til Dale og Sirnes er skrevet tidlig på 1970-tallet og da var miljøterapi og sosialterapi antakelig mer vanlige uttrykk. I kildene skrevet omkring 1950 finner jeg ikke ord som miljøterapi og sosialterapi brukt. Arbeidsterapi derimot er et uttrykk som er vanlig brukt for eksempel i årsmeldingene til fylkestinget.

og senere på Opdøl sykehus. I kommentarene til budsjett for Opdøl sykehus for 1949-50, punkt 6b er *medisinske instrumenterer – i likhet med i fjor - ført opp med kr 10000. Sykehuset mangler en rekke instrumenter, bl.a bør der arbeides for anskaffelse av operasjonsutstyr, slik at operasjonene kan utføres ved sykehuset* (Møre og Romsdal fylkesting 1949:281). I denne kilden brukes ordet operasjonene uten at det er spesifisert hva slags operasjoner. Det kan være grunn til å anta at det her er snakk om legge til rette for at operasjoner som lobotomi kunne gjennomføres ved Opdøl sykehus.

I et brev datert 7. desember 1949 fra overlege og direktør Brock Utne til Norsk Medicinsk Varehus i Oslo takker han for tilbudet angående operasjonsbord. Han mente det kunne være hensiktsmessig med en hodestøtte for øyeoperasjoner, og skrev: *Dog har jeg ingen erfaring i hvordan den virker ved hodeoperasjoner av den art det her vil dreie seg om – leucotomier, men hvis de vil forespørre hos kirurger som utfører sådanne operasjoner, hvordan en slik hodestøtte vil virke, ville jeg være takknemlig for det.* Han ønsket også å kjøpe annet utstyr for operasjoner. *Jeg ville være takknemmelig om leveringstiden kunne bli så kort som mulig, idet Fylkessykehuset, Molde, ikke har anledning til å ta imot pasienter fra meg til operasjoner lenger. Vi må gå over til å utføre operasjonene her og arbeidet stopper opp inntil vi får dette utstyr.* Dette støtter at Brock Utne ønsket å legge til rette for operasjoner som lobotomi på Opdøl sykehus.

Et brev datert 28. desember 1951 fra konstituert overlege Ljøen til Fylkesmannen styrker dokumentasjonen for at det ble foretatt operasjoner som lobotomi på Opdøl.

I henhold til konferanse oversendes hermed korrespondanse vedrørende operasjonshonorar utført ved Opdøl sykehus, idet jeg tillater meg å be om herr Fylkesmannens godkjenning av den foreslåtte takst av kr 150,- pr. operasjon. I løpet av året 1951 er det her ved sykehuset utført 24 operasjoner av denne art. På grunn av vansker med hensyn til vakthold, transport og liknende, er disse operasjoner blitt foretatt her på stedet.

Det er mulig det kan være ulike prosesser som bidro i samme retning. Brock Utne hadde et uttrykt ønske om å utvikle Opdøl sykehus i en mer sykehusmessig retning. Samtidig rådet en viss uenighet i det medisinske miljøet om nettopp inngrep som lobotomi (Haave 2008:306). Brock Utne skrev at Fylkessykehuset i Molde ikke hadde anledning til å ta imot pasienter for lobotomi. Det kan tenkes at lobotomi var omstridt også lokalt, og at denne praksisen derfor ble avvirket ved fylkessykehuset i Molde. Det er ikke kilder som dokumenterer at lobotomi var omstridt lokalt. Derimot i nevnte brev angående kirurgens betaling kommer det fram at det heller var sikkerhetsmessige vurderinger som bidro til at disse inngrepene ble utført på Opdøl. Kirurgen foreslo å flytte pasientene til fylkessykehuset – *mot at asylet tok på seg alt vakhold. Asylet har imidlertid ikke kunnet avstå så meget spesial-pleiepersonale som ville medgå hertil*. Det kan se ut som at en vestlig grunn til at lobotomi ble utført på Opdøl sykehus hadde å gjøre med sikkerhetsmessige vurderinger.

I årsberetningen for 1951 opplyses at 24 personer ble lobotomert dette året, og at en mann og en kvinne døde. Årsberetningen opplyser at

disse er utført ved sykehusets egen operasjonsstue ved overlege John Rø. (...) Med det siste års antall operasjoner er i alt operert 169 pasienter. Av disse var pr 31.12.51 fremdeles 24 kvinner og 29 menn i sykehuset, men nogen av dem stod da for tur til utskrivning. Av de opererte som fremdeles befinner seg i sykehuset er 23 uforandret, 22 anstaltsbedret og 8 betydelig bedret (Møre og Romsdal fylke1952:26).

Begrepet anstaltsbedret ble brukt for å nyansere at en pasient hadde blitt lettere å forpleie i sykehuset. Det innebar at vedkommende for eksempel kunne flyttes fra urolig avdeling til rolig avdeling. Det kunne også bety at denne pasienten var mer i stand til å arbeide.

Etter 1952 kan det se ut til at praksisen med å utføre hjerneoperasjoner avtar. I 1953 ble det gjennomført to hjerneoperasjoner (Møre og Romsdal fylkesting1954:118). Året etter ble det gjennomført 17 hjerneoperasjoner (Møre og Romsdal fylkesting 1955:249). Det utføres også noen slike operasjoner i 1955, uten at årsmeldingen

opplyser antallet. Direktøren skrev i årsberetningen for 1955 at *flere av de opererte pasienter ble utskrevet og flere ventes å bli utskrevet* (Møre og Romsdal fylke 1956:74). I sitatet finnes en ny tilføyelse til pasientbegrepet – de opererte pasienter. Tilføyelsen beskriver et særtrekk ved pasienten. Samtidig var dette en tvetydig tilføyelse. Det var nok ikke snakk om hvilke som helst operasjoner. Denne uttryksmåten ble brukt i det semantiske feltet omkring lobotomi. Her inngikk også beskrivelser av pasienter som å være uforandret, anstaltbedret og betydelig bedret.

Årsberetningene fra denne tiden dokumenterer at det ble utført operasjoner som lobotomi ved Opdøl sykehus. Det er allikevel flere forhold det knytter seg uklarhet omkring når det gjelder lobotomering. Først og fremst er det uklart hvor mange av pasientene på Opdøl sykehus som ble lobotomert. Mine kilder, som er direktørens årsberetninger, opplyser at det fram til og med 1954 var lobotomert 188 pasienter på Opdøl sykehus. Året etter ble det utført *noen* hjerneoperasjoner, men her er ikke antallet oppgitt. Totalt kan det se ut til at det ble lobotomert nærmere 200 pasienter som var innlagt på Opdøl sykehus. Den nasjonale utredningen om lobotomi opplyser derimot at det i perioden 1948-1954 ble lobotomert 120 pasienter innlagt i Opdøl sykehus (NOU 1992: 25:32). Det er altså ikke samsvar mellom tall fra årsmeldingene og nevnte NOU.

Et ukjent antall av lobotomerte pasienter ble reoperert.⁸⁷ Pasienthistorien om Beret⁸⁸ bidrar til å belyse dette nærmere. Det kan derfor være grunn til å anta at det totale antall inngrep kan ha vært over 200. Det har ikke vært mulig å finne en oversikt over lobotomerte pasienter ved Opdøl sykehus. Det er i grunnen underlig. I arkivene finnes det andre oversikter og lister som er ført i forbindelse med sykehusets virksomhet. Jeg har fått opplyst fra en muntlig kilde at det ble ført en slags protokoll over lobotomerte pasienter der navn og dato for inngrepet var oppført, men den skal være forsvunnet. Jeg har også fått opplyst at sykehusets lobotomeringsutstyr ble stjålet

⁸⁷ For å finne ut av dette må et svært stort antall pasientjournaler gjennomgås systematisk.

⁸⁸ Se 8.3.

under et innbrudd for noen år siden. I hvelvet i A-sentralen har jeg funnet håndskrevne ark med notater over antall lobotomerte, årstall, kjønn og dødsfall. Opplysningene her er lavere og stemmer ikke med årsberetningene. Mine tall er hentet fra årsberetningene. Kildene sannsynliggjør at det ble lobotomert pasienter på Opdøl sykehus, men det er uklart hvor mange dette dreier seg om.

Et annet uavklart forhold knytter seg til om det har vært praktisert å innhente pasientens samtykke før inngrepet. Innhenting av samtykke var praktisert av overlege Bauge før bruk av sjokkbehandling. I utredningen om lobotomi hevdes det at *i hele perioden lobotomi var i bruk, ble avgjørelsen om å foreta operasjon truffet av overlegen som en formløs beslutning. Utover kravet om at pårørende skulle underrettes hvis det var mulig, fantes ingen saksbehandlingsregler* (NOU 1992: 25:54). I noen av de pasientjournalene jeg har lest, fant jeg brev til pårørende med forespørsel om samtykke. Det støtter ikke denne påstanden. For andre pasienters vedkommende finnes ikke spor av samtykke verken fra pasienten eller familien i journalen. Det bekrefter påstanden i overnevnte NOU 1992:25.

Lobotomi framstilles innledningsvis av både direktør Brock Utne og fylkesmannen som en ny og moderne behandlingsmetode som pasientene måtte få tilgang til. Få år senere framstilles lobotomi som å inngå i de ordinære behandlingsmetodene. For til slutt å bli borte fra de skrevne tekstene som eksempelvis årsmeldingene. Det er interessant at disse forandringene skjer i løpet av en periode på ca 7 år. Med lobotomi kan det se ut til at den sinnssyke ble spesifisert ytterligere, for eksempel som behandlingsresistent. Det å bli karakterisert som behandlingsresistent bidro til å legitimere behandling som lobotomi. Andre ord ble brukt mer tvetydig, som eksempelvis de opererte.

Hvorfor denne interessen for en relativt kort periode i Opdøl Sykehus sin historie? Sett i ettertid er det bemerkelsesverdig hvor raskt denne behandlingsmetoden spredde seg til ei lita bygd på Vestlandet. Til et sykehus helt uten operasjonsutstyr, kunnskap og erfaring med operative inngrep. Var det slik at denne praksisen, omtalt som behandling, kunne tas i bruk med utgangspunkt i at den sinnssyke i henhold til

sinnssykeloven hadde få, om noen rettigheter? Antakelig var det også mulig fordi det innenfor asylet historisk hadde utviklet seg en utprøvende praksis med hensyn til nye behandlingsmåter.

Lobotomi var en omstridt praksis i sin samtid (Haave 2008). I kildene fra Opdøl sykehus er det lite som tyder på at dette var omstridt lokalt. Lobotomi kan på den ene siden betraktes som å inngå i bestrebelsene i retning av å omforme asylet til sykehus. Inngrepet hadde et praktisk formål – å gjøre pasientene administrerbare i asylet eller i beste fall på en eller annen måte arbeidsdyktige utenfor asylet. Lobotomi som behandlingsmetode kan også forstås med utgangspunkt i hvor overfylt asylet var, samtidig som at dagligdagse ting manglet, som eksempelvis klær til pasientene slik at de måtte være sengeliggende. Lobotomi bygde på en tenkning der sinnslidelser ble sett på som sykdom i hjernen. De pasientene som ble lobotomert ble oppfattet som urolige og vanskelig å behandle på andre måter. Tidlig på 1950-tallet overtok andre former for behandling. Sammenfallende med at lobotomi ble mindre aktuell behandling, økte forbruket av medisiner. Direktøren bemerket at *medisinforbruket er øket idet sykehuset søker etter stoffer som kan påvirke sykdommen* (Møre og Romsdal fylkesting 1954:118).

Det kan også nevnes at i 1952 ble det tatt i bruk ambulant sjokkbehandling. Personale fra Opdøl sykehus reiste altså tidlig på 1950-tallet hjem til pasienter for å gi sjokkbehandling. Bakgrunnen for å tilby ambulant sjokkbehandling var på den ene siden et ønske om å komme tidlig i gang med behandling av såkalte nye, friske tilfeller. Det var også en måte å dempe presset på sykehuset for å ta inn flere pasienter. Det kommer fram en nær forbindelse mellom pasienter betegnet som nye, friske tilfeller og behandling med medisinske metoder. Ambulant sjokkbehandling var både en ny praksis og et nytt ord i det semantiske feltet. Det uttrykker en praksis der legene tidlig på 1950-tallet reiste ut av sykehuset og hjem til mennesker som ble vurdert som syke, og gav behandling som elektrosjokk.

8.3 Pasienthistorie om Beret

Et funn i kildene som omtaler praksisen med lobotomi er at noen pasienter ble lobotomert to ganger. Dette er en pasienthistorie som kan bidra til å belyse tenkningen omkring behandling og lobotomi i særdeleshet. Det er en sterk historie. For drøftingen av pasientbegrep er det ikke de enkelte helseopplysningene som er av interesse, men hvordan de inngikk i sammenhenger som gjorde det mulig å praktisere det som ble omtalt som spesielt inngripende behandling. Intensjonen er at denne pasienthistorien kan bidra til mer forståelse for sammenhenger mellom hvordan en pasient ble snakket om, og hva det var mulig å gjøre med vedkommende. Hensikten er å forstå mer om begrepsliggjøring av pasienter.

Denne pasienten, som jeg kaller Beret, innkam til asylet i desember 1947. Da var hun 28 år gammel. Grunnen til innleggelsen oppgis i journalen å være næringsvegring, og diagnosen schizofren; kataton⁸⁹ settes. Hun hadde tidligere samme år hatt kontakt med psykiatrisk poliklinikk.⁹⁰ Det var Berets far som ønsket henne innlagt. Hun hadde en eldre bror som også var innlagt på Opdøl sykehus.

Som barn beskrives Beret som *frisk, kjekk, flink på skolen og ei livlig jente*. Beret sin utvikling beskrives etter hvert som innesluttet. Hun skal ha følt seg forfulgt av naboene og hun var sint på sin eldre bror. Beret spiste dårlig. I journalen står det at *hun sier det er ubehagelig og en plage å spise*. Ved innkomst til sykehuset ble Beret sondeforet, og etter hvert ble hun matet. Det kan være grunn til å anta at Beret var det Brock Utne omtalte som et nytt, friskt tilfelle. Det innebar at Beret var en pasient det ville være mulig å behandle.

I perioden 18.12. til 5.2. gjennomgikk hun 13 elektroshokk. På dette tidspunkt beskrives hun som urolig: *er ikke kjekk, vasket håret i klosettet og står på hode i*

⁸⁹ Katatoni handler om at personen er ubevegelig og stivnet. <https://sml.snl.no/katatoni>

Lastet ned 16.01.2015

⁹⁰ Det har ikke latt seg gjøre å finne ut når psykiatrisk poliklinikk ble opprettet. Berets journal viser at det i 1947 var opprettet en psykiatrisk poliklinikk.

sengen med utslått hår. Få dager senere er det skrevet at hun klædte av sig inne på stuen i går. Ble lagt til sengs. Tok av sig nattkjolen og stod på alle fire i sengen.

Høsten 1948 er det skrevet i journalen om hud som skaller mellom fingrene. Beret fikk nye 12 behandlinger med elektroshjokk. Hun oppholdt seg hovedsakelig på urolig avdeling og hun beskrives i journalen med ordene *urenslig, tiltaksløs og avstumpet*. Fra januar 1949 opplyser journalen at Beret får medikamenter som paraldehyd og veronal. I løpet av en ukes tid i mars april gjennomgikk hun en nyofenkur. Både veronal og nyofen er sovekurer der pasienten ble lagt i søvn.

Kort tid etter er det skrevet i journalen at *pasienten ble i dag tatt i en amygalrus, fikk i alt 5 cc og ble under dette noget friere, snakket ikke spontant, men svært adekvat på en del spørsmål*. Dale og Sirnes kan bidra til å avklare hva amygalrus var, og hvorfor det ble brukt.

Der hvor det ikke var mulig å komme i rapport med pasientene på vanlig måte på grunn av sperring eller hemming, benyttet en seg i stor utstrekning av amygalintervju som kunne få pasientene til å snakke selv om de hadde vært tause i årevis. Det som en la vekt på var sammenhengende tale og adekvate svar på enkle spørsmål. En fikk på denne måten et ganske godt uttrykk for hvor meget som ennå var bevart hos pasientene (Dale og Sirnes 1972:41).

Beret sin journal beskriver hvordan intervjuet med henne i amygalrus gikk. *Innimellom lo hun helt umotivert og lå hele tiden med bortvendt ansikt. Hun er stedsorientert og vet årstalet, men husker ikke når hun er født, sier hun er 28 år gl. Da en spørr om hun har lyst til noget, sier hun at det har hun ikke «og det er vel det som er galt». Hun har ingen sykdomsinnsikt, men virker hele tiden noget deprimert.*

Konklusjonen ble at Beret karakteriseres som å være *behandlingsresistent*. Dette er en ny måte å snakke om pasientene. Tilføyelsen behandlingsresistent til pasient forteller at den behandlingen som har vært prøvd ikke har virket.

Den 4. mai overføres Beret til Fylkessykehuset i Molde for leucotomi. Journalen opplyser at

hun har i alt fått 25 elektroshokk fordelt på to serier, gjennomgått sovekurer av forskjellig type – uten vedvarende effekt. Tilstanden oppfattes som en kataton schizofreni, og da sykdommen mer og mer har gitt seg aggressive og destruktive utslag, mener en det er indiciert med leucotomi. Ved siden av dette er det hos henne tydelige depressive drag med engstelse, som også skulle kunne påvirkes gunstig ved operasjon.

Etter inngrepet omtales Beret som *ikke orientert*. Det står at *hun river sengetøy, er urenslig og synger*. Det er interessant at journal skriver har notert Berets sang i journalen. Hvor for det? Kan det være at tidligere forståelse av galin som forbundet med det å lage lyder og sang, også var formende for tenkningen i tiden rett før 1950?

I journalen til Beret er det den 19.5.1949 skrevet at hun i perioder måtte ligge i reimer på grunn av uro. Etter omtrent en måned kom det noe som beskrives som *et omslag*. Nå karakteriseres Beret som *snill og føyelig*. *Hun sitter alltid stille og rolig og svarer greit når man spør henne om noe. Bortsett fra at hun smiler noe ofte – og nærmest på grensen til det fjolletet*. Snill, føyelig, stille og rolig er alle sosiale begrep for verdsatt oppførsel som bidro til å forme den medisinske definerings av Beret. På dette tidspunktet var Beret et eksempel på at det som ble omtalt som moderne behandling virket. Den urolige pasienten var gjennom medisinsk behandling omformet til en passiv og handterlig pasient det var mulig å samarbeide med.

Beret skrev brev hjem til familien sin: *Må skrive nokre ord for siste gang. Må ha tusen takk for brevet eg fikk tirsdag. Eg hev bjønt å vere ute no. Fekk gå ut tirsdag – og sidan har eg vore ute hele viken. Dr. sa at eg kjem meg mye no. Skal spørre om eg får reise heim – i dag, når legen kjem – eg gled meg til det.*

Beret fikk reise hjem på besøk. Etter fire uker hjemme utskrives hun fra sykehuset den 26.9.1949. En tid etter hjemkomsten fikk Beret krampeanfoll. Hun ble etter hvert sengeliggende. Knappt ett år etter, den 10.8.1950 kom Beret til Opdøl sykehus igjen. Samme dag settes hun på hyoscin-morfin. Neste dag settes insulinkur. Så følger en periode med vekslings mellom insulinkurer og sovekurer. Senere fikk hun hyoscin-

morfin og kloral. Hun fikk også flere trionalkurer. Den 8. mai 1951 beskrives Beret som å være

preget av hyppige uroperioder hvorunder hun er sterkt hallusinert og sint, skjenner og skriker voldsomt. Hun har hele tiden vært tiltaksløs, innesluttet, motstrebende, ødeleggelseslysten og urolig. Periodevis er hun forbigående roligere, men alltid helt utilgjengelig. I tilslutning til at epinat ble seponert var hun forbigående roligere. Hun har hele tiden måttet mates. Insulinkur og sovekurer (trional) har vært uten virkning. Hennes behandlingsresistente uro indicerer levkotomi for annen gang.

Sitatet over viser hvordan måten Beret beskrives har asymmetriske trekk. Når Beret framstilles med ord som tiltaksløs, innesluttet, motstrebende, ødeleggelseslysten, urolig og utilgjengelig er dette karakteristikkene som har både tvetydige og nedsettende trekk. Hva vil det for eksempel si å være tiltaksløs eller motstrebende? Karakteristikkene er brukt uten at sammenhengen Beret viste slik atferd ble problematisert. Denne måten å skrive i journalen på tydeliggjør ulikheten i makt mellom journalskriver og pasienten Beret. Asymmetriske trekk bidro til å rettferdiggjøre medisinsk «intervensjon».

Berets far henvender seg i brev datert 14.4.1951 til en overlege ved Fylkessykehuset i Molde. Faren ber om at han vurderer ny operasjon. Dette støttes av leger ved Opdøl sykehus. I journalen står det ikke noe om transport til Molde eller overføring til Fylkessykehuset i Molde. Følgende kan leses i Berets journal datert 21.5.1951:

I dag lokalanestesi + vanl. Præmedikasjon reoperatio leucotomia bilateralis. En gikk inn på begge sider. På v. side fikk man inntrykk av at man kom inn i ventrikkelen, idet det kom ut en del væske. Man la derfor leucotomien noe mer forover. På høyre side la man leucotomien på samme sted. Her hadde man i langt høyere grad enn på v. side inntrykk av arr-aktige forandringer som delvis voldte adskillig besvær å forsere. Man fikk dog også på denne side utført en meget grundig leucotomi.

I tiden etter dette inngrepet fikk Beret flere epileptiske anfall. Hun beskrives som *skjennende og urenslig*, men tidvis også som *snill og blid*. Det første var karakteristikk som ble forbundet med det syke. Det andre var karakteristikk som ble forbundet med at behandlingen virket. Journalskriver relaterte Beret sin sykdom til det å skjønne og være urenslig, og sykdommens bedring til det å være snill og blid.

Beret skrev to brev hjem. Familien fikk kjennskap til at Beret var operert en gang til gjennom brev skrevet av henne selv.⁹¹ Hun skriver *operasjonen min blir eg trøyt av*. I et senere brev som ligger i journalen skriver Beret: *galne-hus er galne-hus og eg blir so ofte forvirret av dei andre syke her eg blir harm og rar. Doktoren blir arg da so han snakkar til meg fordi – håper eg slipper dette tullet no*. Journalen til Beret er fylt med opplysninger om at hun skjønner og er urolig, samt flere kurer av de samme medikamentene som hun har fått før. I tillegg kommer flere nye medikamenter til. Det ene året går etter det andre på denne måten. Beret holdes delvis på isolat og i 1956 står å lese at hun er en ille plaget pasient som er meget vanskelig å behandle. Beret selv skrev hjem til sin mor på den tiden. *Trur eg kan få sleppe heim nu snart. Svar meg. Håper dere har det bare bra no. I dag spiste vi fisk til middag. Kan eg no få sleppe heim no? Kom og hent meg*. Det lå brev fra Berets far vedlagt journalen, men den inneholdt ingen brev fra Berets mor.

Et år senere fikk Beret apomorfin. Journalen opplyser den 25.6.1957 at Beret ble roligere etterpå. Apomorfin er et alkaloid. Virkningen er ikke narkotisk. Det brukes som kraftig brekkmiddel.⁹² Haave skriver at *apomorfin ble brukt for å straffe først og fremst kvinnelige pasienter, som ofte ble oppfattet som mer gjenstridige og vanskelige enn de mannlige. Apomorfin kunne bli satt pga uro og skjønning, fordi hun hadde vært urenslig eller fordi hun hadde ødelagt* (Haave 2008:262). Apomorfin føyer seg inn blant såkalte behandlinger som bidro til at pasienter ble roligere og mindre

⁹¹ Den 23.6.1951 skriver Berets far "Jeg visste ikke at Beret var reoperert".

⁹² Store Norske Leksikon.

aggressive, og som kunne brukes på grunn av grunnleggende asymmetriske trekk ved relasjonene psykiatriens objekt inngikk i.

Beret er pasient på sykehuset i årene som kommer, og hun medisineres på ulike måter. Det er svært lite av det som er referert i journalen som tyder på at noen snakker med Beret. Hun og hennes oppførsel gjøres til gjenstand for observasjon og tolkning. I journalen er det periodevis tema at Beret har vondt eller ubehag ulike steder. Dette refereres gjerne som at hun klager. Det er journalført at Beret gir uttrykk for at hun er plaget med kløe i 1965. Først i 1978 kan det se ut til at hun blir henvist til undersøkelse for dette. Da ble det antatt at kløen skyldes en soppinfisert psoriasis. Beret fikk utover på 1960- og -70-tallet også mulighet til besøk hos familien, noe som ble beskrevet som å gjøre henne godt. I 1980, 59 år gammel, overføres Beret til et psykiatrisk pensjonat. Hennes diagnose var nå psoriasis. Legen skrev i journalen: *Hudforandringene i hodebunnen er meget plagsomme og man ville være takknemlig om hun kunne undersøkes/behandles på en mer hensiktsmessig måte enn hittil.*

Det semantiske feltet denne pasienthistorien inngår i bærer preg av et medisinsk blikk. Samtidig må det kunne hevdes at det var en bestemt form for medisinsk blikk. Når mye oppmerksomhet rettes mot bestemte forhold, da kan det være at andre ting blir oversett. Beret ble innledningsvis oppfattet som et nytt og friskt tilfelle av sinnssykdom. Hun viste seg å være vanskelig å behandle og ble omdefinert til behandlingsresistent pasient. Det virker som at det var en forbindelse mellom behandling og det å oppnå ro. Det å framstå som rolig og ha orden ble forbundet med det å være i bedring/frisk. Uttrykket uro var formende for hvordan denne pasienten ble begrepsliggjort, samt hvilke handlinger det var legitimt å gjennomføre. Forventninger til pasientene om ro har røtter tilbake til Pinels tid. Det er på den ene siden imponerende hvilken innsats som ble lagt ned i behandling av Beret. Samtidig er det trist hvordan andre ting ble tillagt liten vekt. Dersom vi i etterkant kan lære noe av historien om Beret må det være å reflektere over hvilke forhold som kan falle utenfor det som måtte være i sentrum for vår oppmerksomhet.

8.4 Legitimering av spesielt inngripende behandling

Hvordan var det mulig å legitimere praksiser som *Spesielt inngripende behandling*? Handlet det om å hjelpe den syke, om å administrere sinnssykehuset eller å løse et samfunnsoppdrag? I tiden omkring 1950 ble det skrevet ut færre pasienter fra Opdøl sykehus enn det ble innlagt. Sykehuset fikk altså flere pasienter for hvert år som gikk. Overlegen var bekymret for *at kronikerne skal ta opp plassene slik at det ikke blir behandlingsplasser igjen* (Møre og Romsdal fylkesting 1950:97). Sitatet reflekterer en slags todeling av pasientene. De pasientene som kunne behandles og de som ikke kunne behandles. Nåtidig var dette definerende, men historisk framstår dette som en flytende grense.

De inngripende behandlingsformene handlet om bruk av medikamenter og om operative inngrep. Begrepsparet nytt, friskt tilfelle og behandlingsresistent var virksomt i konstruksjonen av argumenter for å sette i verk slik behandling. Et nytt, friskt tilfelle måtte få tilgang til den nyeste og mest moderne behandlingen. Et annet alternativ var å bruke den mest inngripende behandlingen overfor de pasientene som annen behandling ikke hadde virket på, altså for å handtere de urolige og vanskelige pasientene. Begge argumentene var virksomme, og resulterte i at pasienter ble lobotomert. Både når pasienter ble konstruert som nytt, friskt tilfelle og som behandlingsresistent, legitimerte det spesielt inngripende behandling. Lobotomi var et operativt inngrep som hadde sett ut til å virke inn på atferden til dyr i den forstand at de ble mindre emosjonelle. Inngrepet ble overført til pasienter i Opdøl sykehus og snakket inn i sammenhenger som å være nytt og moderne, vitenskapelig og effektivt i den forstand at det bidro til at vanskelige pasienter ble lettere å ha med å gjøre. Lobotomi representerte sykehusmessig behandling og det var den nyeste og mest moderne behandlingen på dette området. Dette inngikk i prosesser om vitenskapeliggjøring av psykiatri og i det å løse oppdraget om å beskytte samfunnet. Lobotomi ble også fremmet av økonomiske argumenter. Dette viser hvordan ulike logikker var formende for hvordan pasientene ble handtert.

Det er tidligere referert fra boken *Mors og fars historie* av Edvard Hoem (2005). Hvordan gikk det med onkelen, som var innlagt som pasient på Opdøl sykehus?

Den ulykkelige Lars er på asylet på syttande året. To år etter at freden kom, får han elektrosjokkbehandling for første gong. Ingen verknad kan registrerast. Han blir lagt på isolat og riv tøyets sund, så han må ligge i styrketeppe. Han er nesten autistisk, taus og utilgjengeleg, svarer ikkje på tiltale, er motvillig ved den somatiske undersøkinga, slik at det er vanskeleg å utføre den. Han får elektrosjokk regelmessig gjennom året 1948. Men han blir ikkje betre, og han har stadig ustanslege eksplosive utfall. Om ein kunne passivisert denne eksplosiviteten, hadde mykje vore vunne, skriv legen, da kunne ein lettare gitt han forpleining og han ville ikkje konstant vera til bry for pleiepersonalet. På bakgrunn av dette meiner ein det er indisiert for leuctomi, seinare kalla lobotomi. Etter at det er innhenta løyve frå familien, blir han innlagt på Molde sjukehus for lobotomi, den 3. november 1948. Han blir påkledd om formiddagen på asylet og ført ut til ein ventande bil. Før han reiser, får han 6 cc nyofen, 0,62 morfin, 0,001 spolamin. Han døyr den 5. november i 1948 kl. 11.30, nesten på dagen 17 år etter at han vart innlagt. Det tar tid før det kjem melding frå sjukehuset om kva som gjekk galt. Overlegen skriv:

«Pasienten er av en sterkt belastet familie og har ligget i sinnssykehus under diagnosen schizofreni i isolat i 17 år, hvor han har ført en utpreget vegeterende tilværelse med uroanfoll og eksplosive utbrudd av voldsomhet. Han er en utpreget impulsiv, aggressiv pasient som har vært umåtelig urenselig med urin og avføring og har vært meget utrygg og vanskelig å stelle. Elektrosjokk uten virkning. Det ble derfor den 3/11-48 etter forbehandling av nyofen, morfin-scopolamin i lokalanestesi + eternarkose foretatt Leuctomia-bilat.

På venstre side kom der etter leuctomien såpass rikelig blødning at man fant det riktig å legge inn et dren.

Pasienten fikk temperaturstigning etter operasjonen. Den steg i løpet av dag 2. dag til 40,6. Pasienten ble mer og mer slapp og døde nesten komatøs. Ved makroskopisk undersøkelse av hjernen i fiksert tilstand viser det seg at snittet er lagt like foran sideventrikkelen, således at det ikke er noen blødning i

ventrikkelen. Det er heller ikke tegn til epiduralt haematom. Utredningen viser at snittet på begge sider skulle være helt ideelt, og man finner ved makroskopisk undersøkelse ingen forklaring på døden.» (Hoem 2005:192-3).

Operasjonen var vellykket, men pasienten døde. Edvard Hoem kommenterer dette slik i boka: *Overlegen som har ført journalen snakkar seg bort frå saka: Lars døydde av komplikasjonar, han blødde seg i hel under sjølve operasjonen* (Hoem 2005:194).

Terapeutisk landevinding og spesielt inngripende behandling var andre måter å begrepsliggjøre lobotomi. I Opdøl sykehus var forventningene til dette operative inngrepet store i siste del av 1940-tallet. Mye taler for at det over lang tid var etablert en kultur der behandling av pasientene ble formet av tanker om at det var bedre å foreta seg noe, enn ikke å gjøre noe. Opdøl sykehus kan oppfattes som et medisinsk fellesskap som så sinnssykdom som en sykdom. Den lot seg identifisere i form av ytre tegn som uro og urenslighet. Legene i Opdøl sykehus hadde på den ene siden et stort engasjement for pasientene. Samtidig var det kjent for dem at dette var en risikabel form for behandling. Den kunne praktiseres ut fra argumentet om at framtiden for den sinnssyke kunne bli bedre. Et annet argument var av administrativ karakter. Lobotomi kunne bidra til at sinnssykehuset i framtiden kunne skrive ut flere pasienter, alternativt at pasientene ble lettere å forpleie i sykehuset. En forutsetning for denne praksisen var de paternalistiske trekk som var formende for relasjonen mellom lege og pasient. Dette bygde på politisk definerte maktrelasjoner. Kildene der lobotomi begrunnes som behandlingsform konkretiserer snakkemåter ved relasjonen mellom lege og pasient formet av begrepsparet somatisk syk og sinnssyk. Den sinnssyke ble formet av samfunnsprosesser som tok for gitt at denne pasienten hadde lite eller ingen innsikt i egen sykdom, og var ikke selv i stand til å vite sitt eget beste. Sinnssyk ble ytterligere spesifisert gjennom tilføyselsene nytt, friskt tilfelle eller kronisk og behandlingsresistent. Disse semantiske motsetningene var formende for situasjonsforståelser og mulige løsninger. På den ene siden var de en indikator på en bestemt for syk, og på den andre siden var de en faktor som bidro til å legitimere inngripende handlinger overfor mennesker. Dette begrepsparet nyanserte asymmetrisk trekk på den måten at nytt, friskt tilfelle var mer positivt ladet enn

kronisk og behandlingsresistent. Begge begrepene var formende for pasientens status og stilling, men på ulike måter. Det første skapte faglig interesse, mens det andre ble forbundet med plassmangelen i sykehuset. Begge var virksomme i argumentasjonen for å lobotomere pasientene.

Det var et paternalistisk, men stort engasjement for pasientene som bidro til å legitimere lobotomi. Paternalistiske trekk kommer til syne i det at ordene som karakteriserte den syke ofte var nedsettende. De representerte det motsatte av den medisinske forståelsen av hva det ville si at behandlingen virket. Det store engasjementet kommer til uttrykk i de nøyaktige førte journalene og i det utrettelige arbeidet som kommer fram i årsmeldingene. Jeg ser det slik at omforming fra kulturell asymmetri i første del av 1800-tallet, altså fra en forestilling om bestandige trekk, til temporal asymmetri var en nødvendig forutsetning for lobotomi. Altså denne vendingen der fortolkningen av sinnssykdom endret karakter fra å knyttes til naturlige og bestandige årsaker, til å bli oppfattet som en sykdom det var mulig å kurere gjennom medisinsk behandling. Denne vendingen ledet til konklusjonen om at medisinsk behandling var nødvendig. Sinnssykeloven og asylene hadde lagt grunnlaget for legenes posisjon. Samfunnet oppfattet sinnssyk som et medisinsk anliggende, og den sinnssyke kunne ikke ta vare på seg selv. Tiltaket var medisinsk behandling, og mer enn hundrede års utprøving av behandlinger hadde i liten grad lyktes. Antakelig lå det en drivkraft i håpet om at det var her løsningen eller nøkkelen til sinnssykdommen var å finne, om ikke gjøre frisk så iallefall rolig.

I årene før lobotomi ble del av behandlingen ved Opdøl sykehus hadde det vært et mål å etablere laboratorium og røntgen. Dette var framgangsmåter som på denne tiden bidro til vitenskapelig utvikling og ny kunnskap innen medisin. I så måte var det ikke til å undres over at også Opdøl sykehus ønsket å bygge opp dette tilbudet. Oppmerksomheten omkring laboratorium, røntgen og operasjoner forteller om et blikk som så sinnssykdom som naturvitenskap. Det blikket som var rettet mot pasienten og dennes lidelser la merke til moralske forhold som hadde å gjøre med uro og urenslighet. Samfunnsmessige og sosiale forhold som mangel på klær, personale og at det var trangt om plassen i sykehuset ble tatt opp gang på gang i årsmeldingene

og i den sammenheng satt i forbindelse med behandlingspraksis. Opdøl sykehus inngikk i større nasjonale og internasjonale sammenhenger der lobotomi vokste fram som en anerkjent behandling i siste del av 1940-tallet. Dette handlet om å utforske hjernen og ble framstilt som en sensasjonell operasjon: *Lobotomy was the fruit of both good science and a humanitarian empathy for the mentally ill* (Whitaker 2002:138).

I det semantiske feltet omkring lobotomi var snakkemåten aktiv behandling virksom politisk. Det som kontrast til passiv behandling i betydningen asylopphold og bruk av tvang. Begrepet aktiv behandling inngikk i et semantisk felt sammen med sykehus, og begrepet bar bud om at noe ble gjort med «ondet». Det ble formet nye og flere motbegrep. Den sinnssyke kunne være et nytt og friskt tilfelle. Karakteristikken akutte, øyeblikkelige sykehus-tiltregende nye sinnssyke pasienter hadde tilsvarende betydning. Det motsatte var karakteristikken som behandlingsresistent pasient eller dødblegg. Etter inngrepet lobotomi, var tilføyer som operert pasient eller reoperert pasient meningsbærende. Lobotomi bidro til å trekke feltet nærmere det å bli en medisinsk spesialitet. En kontekst for at lobotomi ble tatt i bruk som behandling var at den som hadde kunnskap til å foreta inngrep i hjernen hadde makt til å forandre mennesker sin sjel, personlighet og intelligens. Et annet aspekt var at operasjonen ble sett på som effektiv i det å gjøre pasientene roligere, og lettere og forpleie.

9 Psykiatriens hegemoni

Opdøl asyl ble etablert tidlig på 1900-tallet. Det var en tid med lite behandling å tilby pasientene ut over selve asyloppholdet. Sett fra samfunnets side var ordningen med asyl virksom i den forstand at brysomme mennesker ble holdt unna. Asylet endret navn til sykehus. Andre endringer handlet om nye medikamenter, laboratorium, røntgen og kirurgiske inngrep. Dette kom til som følge av utprøving og eksperimenter både i laboratorium og på dyr. Denne nye kunnskapen produserte ikke nødvendigvis

ny og bedre viten, men en annen type viten. Det er ikke lett å slå fast at den var mer effektiv i behandling enn den gamle. Mye tyder på at nyere kunnskap hadde en annen og høyere status i kraft av å være ny. En mulighet for videre studier kan være å gå nærmere inn i lærebøker i psykiatri med sikte på å undersøke kunnskapsmessige endringer.

Foregående kapittel har tematisert hvordan begrepspar som har sitt utspring i forestillingen om en særlig pasient ordnet virkeligheten på bestemte måter. Et problem er at snakkemåter formes av virkelighetsforståelser som tar vesentlige ting for gitt. Et forhold som ble tatt for gitt var at disse pasientene var en ufornuftig som legene måtte gjøre alt de kunne for å hjelpe. Pasientene ble ansett som ute av stand til å vurdere sin egen situasjon. Det var psykiatri som hadde kunnskap, og makt til å begrepsliggjøre og forme snakkemåter omkring sinnssyke pasienter. Tittelen på kapitlet kan provosere. Psykiatri var formet av paternalistiske relasjoner, men også et stort engasjement i pasientene. Denne språklig orienterte forskningen viser hvordan psykiatriens makt ble befestet.

9.1 «Eit eventyrslott»

Sunnmørsposten fredag 7. januar 1949 har en artikkel på trykk om *Opdøl – garden og sjukehuset*. Den har en historisk del som forteller om gardens historie. Dette var en storgard.

I fjøset står 50 båssette dyr, av dei er det 40 mjølkekyr, mest vestlandsfe og raudkoller, og ei av radene er flankert av to digre premistutar. Opdøl har vel den største buskapeen i fylket – kanskje med unntak av Svanvika – og truleg ein av dei beste også. Om grisehuset kan vi lese: Der står 60-70 rett trivelige grisar og gryntar så velnøgde, og ser ut til å like seg framifrå. Det kan dei vel, slike moderne og flotte rom dei har, og slikt stell dei får. – Det er fint å vere gris på Opdøl!

Artikkelen har også en del som handler om sykehusvirksomheten. *Ordet asyl har for dei fleste fått ein mørk og uhyggeleg klang. No heiter det elles sjukehus, og det lyder straks betre. Men likevel er det nok svært mange som ikkje trur at ein pasient knapt er menneske lenger, og at ein gjerne kunne bruke orda over porten til Dantes «Helvede»der: «Den som kjem inn her, kan la all von fare».* Journalisten forteller om sitt besøk på Opdøl. Han forteller om en vakker, gammel herregard der små flokker arbeidet ute på markene, og kommenterer at det så fredelig ut. *Ein skulle ikkje tru at dette er pasientar,* skriver journalisten. Fra besøket i kvinneavdelingen trekker han fram den vakre festsalen. Der vises det *film til en interessert forsamling.* Vevstua framstilles som svært trivelig, *ein ynskjestad for dei som er såpass at dei kan arbeide der.* Så gikk ferden til mannsavdelinga.

Det knett i lås og raslar i lyklehenker då vi går gjennom dei ymse salane på mannsavdelinga. På «roleg vakt» er somme mest altfor rolege – sit liksom å stirrer inn i si eiga verd. Andre er meir aktive. Borte i eit vindauga står ein som er ihuga oppteken med å studere russisk. Andre spelar mil eller dam, og to fører ein hard og god sjakk-kamp. At dei kallar konge dronning og dronninga konge, har i grunnen mindre å seie. –Ein råkar på større mistak i livet elles.

Journalisten besøkte også *Kolonien.* Han forteller at her bor de friskeste pasientene.

– I gangen hørdest ein lystig trall frå eit par mann som kjem opp frå snikkarverkstaden. Andre kjem frå utarbeid, vaskar seg og får arbeidskledda av. Det er mat no. Det er mykje sjølvstyre på Kolonien, og det avgrensa monarkiet er visst den ideale statsforma for søster Gudrun, som mest åleine har styrt med dei 30 pasientane der i over to år. Ein høyrer ikkje mykje lykklarasling der.

Avslutningsvis blir samtalen med overlegen artikkelens tema. Journalisten skriver at en pasient koster stat og fylke omtrent 3000 kroner i året. Året før kunne sykehuset skrive ut 50 pasienter uten offentlig tilskudd. Det innebar at vedkommende greide seg selv økonomisk. Det å bli utskrevet med offentlig tilskudd innebar et fortsatt offentlig ansvar. Slike snakkemåter inngikk i fortellinger om at sykehuset lyktes. Når tema ble behandling trakk overlegen fram både elektrisk sjokk og operasjoner som begge viste

resultat han var *vel nøgd med*. Han la vekt på at de prøvde å sette så mange pasienter som mulig i arbeid. Han fortalte at *mindre bra pasienter, som tidlegare gjekk gjerandlause i luftegarden, får no sage ved der*. På spørsmål om hvilken verdi denne arbeidsterapien hadde svarte Brock Utne: *Pasientane vert vende bort frå sine egne tunge tankar og får eit mål og streve mot. Det er elles ein lekk i arbeidet med å få dei til å tilpasse seg i samfunnet dei skal attende til. Ro og orden må dei og lære, og dei må lyde eit reglement, då dette og vil hjelpe dei å få ro og orden i sjelivet*. Brock Utne gir også uttrykk for at han *ser det som uvanleg gledeleg at vi no har fått bort alle mekaniske tvangsmidlar (tvangstrøyer ol)*. *Det er eit resultat som ville vore heilt utenkeleg for få år sia*. Helt til slutt vil Brock Utne streke under at *pasientane her må verte sett på som sjuke folk. Sjukdomen deira kan også «behandles» og verte lækt*.

Da journalisten avsluttet sitt besøk så han de veldige bygningene som strålte av lys. *Det er som eit eventyrslott*, skrev han avslutningsvis i avisartikkelen.

Vedheftet den utklippede avisartikkelen lå to brev. Et fra den 11. januar 1949 der journalisten gav uttrykk for at han håpet at *daa eg har skrive, ikkje paa nokon maate skader sjukehuset eller arbeidet for at faa betra arbeidstiløva der, men at han hjelper til aa auke kunnskapen og interessa for stellet av dei sinnssjuka – særleg paa Opdøl*. Overlege Brock Utne svarte at han trodde avisartikkelen ville være til glede og hjelp for sykehuset.

Mellom linjene i avisartikkelen begrepsliggjøres forestillingen om umenneske og menneske. Dette er et begrepspar med røtter langt tilbake i tid. Når den sinnssyke ble begrepsliggjort som menneske og sjuk representerte det andre måter å ordne virkeligheten på, enn når det ble skrevet «knappt ikkje menneske». Teksten i artikkelen er også formet av forestillingen om ro og uro. Den viser hvordan moralske trekk som uro var forbundet med det syke. Derimot var ro, evne til å lære og å arbeide forbundet med at medisinsk behandling lykkes. Artikkelen kan også leses som å inngå i politiserte sammenhenger. Jeg tenker da på ambisjonene om å søke politisk oppslutning om utbygging, og mer økonomiske ressurser til både flere ansatte og medisinske fornødenheter.

9.2 «De nye midler»

The modern era of medical treatments for schizophrenia is always traced back to a specific date: May 1954 (Whitaker 2002:141). Nye og flere medikamenter ble utover på 1950-tallet tilgjengelig i behandling av sinnssykdom. Dette representerte et skifte som kan karakteriseres som «den medikamentelle vendingen». I forarbeidene til budsjett for Opdøl sykehus 1955/56⁹³ kommer det fram at

Den medisinske behandling av pasientene har stadig øket, spesielt når det gjelder preparatet Largactil. Det krever nøyaktighet med dosering og påpasselighet med hensyn til pasientenes reaksjon på medisinen.

Elektrosjokkbehandlingen har utover høsten vært ganske intens, både av avdelingens pasienter og av polikliniske som sykehuset for det meste ikke har kunnet ta imot til innleggelse. De siste måneder har det vært behandlinger så å si hver dag. Den krever ganske stort personale, og det har i utstrekning gått ut over de øvrige pasienter som ikke har kunnet komme ut mens det var lyst, og derved har blitt gående inne.

Dette sitatet fra Opdøl sykehus er sammenfallende med Whitakers (2002) framstilling av utviklingen på dette området i USA. Lobotomi var en behandlingsmåte som brått gikk ut av bruk. I stedet kom behandling med medikamenter. Midt på 1950-tallet ble medikamentet chlorpromazine sett på som en pille som hindret hjernefunksjoner, ikke ulikt lobotomi (Whitaker 2002:141). Et interessant utviklingstrekk er at det tok så pass kort tid fra medikamentene ble lansert i utlandet til de inngikk i behandlingstilbudet på Opdøl sykehus.

I budsjett for 1955/56 vedtok fylkestinget å sette av kr 30 000 til posten medisin (Møre og Romsdal fylkesting 1955:234). Medikamenter hadde vært brukt tidligere,

⁹³ Brev stilet til Overlegen V/Opdøl sykehus, datert 28. desember 1954. Brevet angår beregning av pleiepersonell v/ mannsavdelingen. Funnet i hvelvet, Opdøl sykehus.

men på denne tiden skjedde en dreining i retning av mer bruk av medikamenter.⁹⁴ Det kom nye medikamenter som Largactil og Serpasil. Brock Utne skrev at disse *er gode hjelpemidler, men man ser fram til ennå bedre midler i samme retning. Det har dessverre vært brukt mer beroligende midler enn man ønsket, hvilket de trange plassforholdene er årsaken til* (Møre og Romsdal fylkesting 1955:249). I det neste budsjettet økes posten medisin til kr 45 000 (Møre og Romsdal fylkesting 1956:60). Grunnen til økningen oppgis å være innkjøp av nye medikamenter.

Forholdene ved sykehuset beskrives som forverret år for år på grunn av økende antall pasienter. I årsberetningen for 1955 skrev direktør Brock Utne at *behandlingen ved sykehuset har vært drevet intenst, og foruten de mere ortodokse behandlingsformer som sovekur, insulinkur, elektrosjokkbehandling og noen hjerneoperasjoner, har vi øket behandlingen med de nyeste medikamenter* (Møre og Romsdal fylkesting 1956:74). Det er et interessant utviklingstrekk at lobotomi på få år gikk fra å omtales som nyeste behandling til å bli ortodoks behandling. Lobotomi var foreslått som standardbehandling (Haave 2008). Nå var det medikamenter som ble framstilt som å være den nyeste behandlingen.

Begrepet behandling gikk inn i semantiske sammenhenger, og formet både språk, holdninger og handlinger. I psykiatrisk diskurs knyttet behandling til tilføyelser som medisinsk, aktiv, nyeste, modere, øket og intens. Dette er tilføyelser som bringer tenkningen omkring behandling inn i sammenhenger som er forskjellige fra det virkelighetsbildet som følger av tilføyelser som ortodoks, passiv og asyl. Det første alternativet framstår i politiske sammenhenger mer positivt ladet og med mer handlekraft.

Direktøren hevdet at resultatet av behandlinger med medikamenter hadde ført til at en større del av pasientene kom i arbeid.

⁹⁴ Jfr at det i 1947 ble budsjettet med kr 10000 til medikamenter.

En har ut over høsten forsøkt å aktivisere pasientene ved arbeidsvirksomhet i avdelingene, spesielt er dette utbredt på U,V. og ved avd. B. Pasientene er svært glad i dette arbeid og deltar ivrig i det hele dagen. Også pasienter som deltar i annet arbeid, f.eks gardsarbeid, har vært glad for å ha dette småarbeid å pusle med når de kom inn. Da dette arbeid stadig har fått større omfang, krever der mer tilsyn og veiledning. Her har enkelte pleiere utført et meget godt arbeid, men grensen er nådd for hva de kan ta på seg ut over det daglige arbeidet. Arbeidsvirksomheten har skapt ro og tilfredshet i avdelingen, og spesielt på urolig vakt er forandringen stor. En må regne med at arbeidet vil få øket omfang og kreve mer hjelp. Med den glede arbeidet gir disse pasientene, kan en ikke verken avslutte eller innskrenke det.⁹⁵

Nå var over 70 prosent av pasientene i arbeid. Det ble karakterisert som gledelig. I hvilken grad behandling var vellykket ble målt i forhold til hvor mange pasienter som deltok i arbeid. Med denne utviklingen fulgte nye utfordringer i form av økt behov for arbeidsledere, lokaler og redskaper. Møre og Romsdal fylkesting vedtok i sitt budsjett å opprette stillinger som arbeidsterapeut og sosialkurator på Opdøl sykehus (Møre og Romsdal fylkesting 1955:229). I en spesifisering av medisinsk personell står det at følgende inngikk i denne betegnelsen: direktør og overlege, reservelege, assistentleger, oversøstre, avdelingspleiere/sker, sykepleiere/sker, laborant og røntgensøster, arbeidsterapeut og sosialkurator (Møre og Romsdal fylkesting 1955:239). Overpleier var borte. Arbeidsterapeut og sosialkurator var betegnet som medisinsk personell. I samme oversikt finnes under annet personell stillingen som arbeidsleder. Denne funksjonen var forbundet med ledelse av pasientenes arbeid.

Det ble understreket at arbeidsvirksomheten ved sykehuset var svært viktig og at det var behov for kvalifiserte folk som arbeidsledere. Tidligere praksis hadde vært at pleiere fulgte pasientene i arbeid. Det kan se ut som at det ble en form for spesialisering av arbeidsvirksomheten. Et utviklingstrekk er at arbeid fikk en

⁹⁵ Brev stilet til Overlegen V/Opdøl sykehus, datert 28. desember 1954. Brevet angår beregning av pleiepersonell v/ mannsavdelingen. Funnet i hvelvet, Opdøl sykehus.

medisinsk betydning gjennom terapi og terapeut-begrepene. Et annet utviklingstrekk er at arbeid og sykepleie i økende grad skilte lag. Det er lite i kildene som tyder på at pasientenes opplevelse av å være i arbeid ble gjenstand for systematiske undersøkelser.

Medisinsk behandling var et satsingsområde. Samtidig skrev direktøren med henvisning til arbeidsterapi. *Jeg mener det bør satses på denne gren av sykehusets virksomhet i håp om at et større antall pasienter kan bli skikket til å forpleies utenfor sykehuset med dermed nedsatte utgifter for det offentlige* (Møre og Romsdal fylke 1956:74). Det å forpleie pasienter utenfor sykehuset ble gradvis et mer aktuelt tema. Det var begrunnet med at det var billigere enn sykehusopphold. Det ble også argumentert fra sykehuset for at pasientene skulle få bo under en mer hjemlige forhold. Hvordan det bidro til å forme pasientbegrep gjøres til tema i neste kapittel.

I samme årsmelding hevdet direktøren at det ble gitt beroligende midler på grunn av de trange plassforholdene i sykehuset. Jeg undrer meg over den manglende refleksjon omkring hvorvidt det var kroppslig «feil/sykdom» som genererte uro og problemer, eller om noe av dette hadde sin årsak knyttet til forholdene pasientene levde under. Forståelsen for at forholdene i sykehuset var uheldige var til stede, men mye oppmerksomhet var rettet mot utbygging og det å utvikle kunnskap om sykdom. Løsningene var utbygging, mer behandling, flere leger og medisinsk personale.

Samtidig med at direktør Brock Utne var opptatt av medisinsk framgang, var han interessert i de ulike arbeidsoppgavene pasientene hadde.

En av ukas høydepunkter for pas., var når Brok Utne gikk «visitten», noe som for ham «automatisk» innbefattet alle avdelinger – også arbeidsstuene. På denne måten fikk pas. vist frem hva de mestret- og kunne klare å lage. Et eksempel på dette: Brock Utne hadde funnet et bilde i en bok med motiv fra en Egyptisk kongegrav. Dette kom han med- og ville at en av pas. på Bergheim skulle kopiere av- og veve. Spesielt ønsket han at renningen i veven skulle være av kirurgisk silketråd.... Veven ble rennet med denne tråden- og tredd, men fremknytningen voldte problemer, da silketråden var glatt- og trasig. Selveste

Brock-Utne måtte da selv opp i vevstolen- og lærte damene på Bergheim å knyte «båtsmannsknop». Det ferdige bildet ble spesielt fint, ble sendt rundt på utstillinger rundt om i fylket- og fikk god omtale fra både presse- og husflidshold.⁹⁶

Denne delen av sykehusets virksomhet var formet av en annen form for kunnskap, som nok ikke ble tillagt samme verdi som de såkalt medisinske framskritt. I samme notat nevnes det at arbeidsterapiavdelingen i 1955 fikk utdrag fra journalene til pasientene. *Hensikten med disse «utdragene» var å ha bakgrunnsstoff for videre behandling i arbeidsterapien. Det var Brock-Utne som etter «en del motstand» fra sykepleierne fikk gjennomført dette, til stor hjelp for de tilsatte i arbeidsterapien.⁹⁷* Sitatet viser at arbeidsterapien skrives gjentatte ganger i bestemt form, som egenbetegnelse. Uttrykksmåten inngikk i betydningsmessige sammenhenger med pleie og behandling. Personalet som jobbet i det som ble omtalt som arbeidsterapien betraktet arbeidet som å inngå i behandling. Samtidig kan sitatet gi inntrykk av at det var motsetninger blant personalet knyttet til betydningen av pasientenes arbeid som del av behandling.

I årsberetningen for 1956 skrev direktøren at det ikke hadde vært foretatt hjerneoperasjoner siste år, *idet det har lyktes å skrive ut pasienter som har vært oppsatt til hjerneoperasjoner ved hjelp av medisiner av nyere type* (Møre og Romsdal fylkesting 1957:63). Dette var nytt! Forbruket av det som var betegnet som beroligende midler og sovemidler hadde økt. Direktøren hevdet at nye medikamenter førte til *en gledelig forandring ved sykehuset, pasientene virker mer fornøyd, mer våkne, synes å ha større evne til å omgås hverandre, har mer og mer arbeidslyst og mer arbeidsglede* (Møre og Romsdal fylkesting 1957:63). Denne nye behandlingen ble framstilt positivt.

⁹⁶ Sitatet er fra et notat om ergoterapi/arbeidsterapi ved Fylkessykehuset i Molde, Psykiatrisk Storavdeling forfattet i oktober 1988 av Meisingseth og Skaalvik.

⁹⁷ Framvekst av arbeidsterapi ved eksempelvis Opdøl sykehus kan være grunnlag for en egen studie. Hvordan den ble spesialisert, bidro til å differensiere både pasienter og arbeidets art, for senere å bli mer eller mindre borte fra sykehuset.

På denne tiden skjedde det en vesentlig endring i tenkningen om og behandling av pasientene. Brock Utne skrev at

pasientenes bekledding er bedre nå enn før, hvilket ansees som et ledd i behandlingen av dem. Vi tar sikte på en individuell påkledding, og søker å unngå uniformering. Det arbeides bl.a. med å finne modeller av lette klær til innebruk, som er penere enn dongery, og lettere modeller å holde i orden enn vanlige dresser. Pasientene får også mer av vanlig undertøy, nylonstrømper etc, hvilket sammen med behandling hos friserdamen for kvinnene, samt daglig barbering for mennene, er ledd i forsøk på å skape et triveligere miljø (Møre og Romsdal fylkesting 1957:63).

Dette er første gang jeg finner ordene individuell og miljø i direktørens årsberetninger. Ingen av ordene har før vært framtreddende i det semantiske feltet omkring pasientbegrepet. Dette kan oppfattes som uttrykk for at tenkningen om pasientene ble mer nyansert. Miljø ble brukt om forholdene pasientene bodde under, men det inngikk også i det at pasientene skulle se velstelt ut. I den sammenheng ble individuell brukt om pasientenes påkledding.

Det samme gjorde seg gjeldende for det som ble omtalt som sengeutstyret. Treullstrie-madrasser ble skiftet ut med svampemadrasser, og ulltepper ble skiftet ut med dyner. Året etter var Brock Utne klar på at han ikke ønsket at pasientene skulle *skille seg fra andre mennesker* (Møre og Romsdal fylkesting 1958:387). Dette kan forstås som at behandlingsbegrepets innhold utvides i den forstand at bekledding og omgivelser inngikk i større behandlingmessige sammenhenger. Dette er eksempler på at pasientene i økende grad ble sett på som mennesker.

I 1957 antok direktøren at sykehuset kunne ta imot og behandle et økt antall pasienter på grunn av det han kalte *de nye midler*. Tilgang på og bruk av medisiner førte til at flere pasienter kunne skrives ut. Dermed ble det mulig å ta imot nye pasienter til innleggelse i sinnssykehuset. Direktøren skrev at *innen selve sykehuset synes den utstrakte anvendelse av de nye medisiner fortsatt å gi en gunstig virkning, slik at sykehuset i ennå høyere grad enn tidligere minner om et vanlig sykehus* (Møre og

Romsdal fylkesting 1958:387). Sitatet kan leses som uttrykk for et ønske om å bli anerkjent. Det er tett knyttet til konstruksjonen av begrepsparet sinnssykehus og vanlig sykehus/somatisk sykehus. Et utviklingstrekk er målet om at sinnssykehuset skulle bli mest mulig likt det somatiske sykehuset. Samtidig var det viktig å framheve egne særtrekk. I den samme årsmeldingen skrev direktøren om *pasientenes psykiske tilstand* (Møre og Romsdal fylkesting 1958:387). Dette er første gangen jeg fant denne formuleringen brukt i årsberetningene.

I budsjettet for 1958/59 er postene for medisin oppført med kr 80 000 og familiepleie med kr 150 000 (Møre og Romsdal fylkesting 1958:422). På få år hadde disse budsjettpostene økt. Det forteller at bruk av medikamenter i løpet av få år ble en større del av pasientbehandlingen. Beløpet til familiepleie i budsjettet tyder også på at sykehuset var ansvarlig for et økende antall pasienter i pleie utenfor sykehuset. I årsmeldingen for 1958 er det en tabell over pasienter i sykehuset og i familiepleie. Den forteller at antallet pasienter totalt hadde økt. Samtidig ble stadig flere pasienter skrevet inn og ut av sykehuset, og til familiepleie. Det oppsto behov for å framstille dette på en oversiktlig måte. Dette kan forstås som at direktøren var opptatt av å vende oppmerksomheten mot det forhold at antall innleggelses og utskrivninger hadde økt. Hvorfor var han opptatt av det? En grunn var nok de historiske erfaringene om at det hadde vært vanskelig å skrive pasienter ut av asylet.

Brock Utne hevdet at *det synes å være en nøye overensstemmelse mellom medisinforbruket og den økende effektivitet i sykehuset. Jeg ser heri et tydelig bevis på at man kan behandle sjelelige lidelser med medisiner. Konklusjonen på dette må være at de såkalte sjelelige lidelser er legemlige lidelser* (Møre og Romsdal fylkesting 1959:498). Det fører tråder fra utsagnet om at sjelelige lidelser er legemlige lidelser langt tilbake i tid. Utsagn som dette bidrar til å synliggjøre spenninger innenfor det medisinske fagfeltet. Sitatet har røtter til det ideologiske skiftet i siste del av 1700-tallet der mentale fenomener ble oppfattet som fysiske fenomener i kroppen, observerbare for vitenskapelige studier.

The basic program of the first, "physiological" current was to treat mental life as a property or manifestation of the intricately organized physical stuff composing the human body, to confine the study of it to externally observable phenomena, and to build a science of mind inductively on Baconian principles (Goldstein 2001: 242).

En annen spenning kommer til syne i spørsmålet om hvilke pasienter sykehuset skulle ta imot. Direktøren var klar med hensyn til en viktig forutsetning: Sykehuset skulle behandle de han karakteriserte som akutte, urolige pasienter med en gang.

Forutsetningen for at dette skal kunne fortsette er at sykehuset ikke blir belemret med kroniske pasienter, som gamle, forstyrrede pasienter, eller åndssvake som belegger våre fåtallige isolater (Møre og Romsdal fylkeeting 1959:498). Han ønsket å hjelpe de han betegnet som urolige sinnssyke. Samtidig lanserte han tanken om at flere kommuner kunne gå sammen om å skaffe boliger for gamle som var urolige, ikke kunne passe seg selv, og trengte overvåking, tilsyn, hjelp og pleie (Møre og Romsdal fylkeeting 1959:502). I dette materialet kommer det fram et kriterium knyttet til alder. Det var interessant å behandle sinnssyke i arbeidsfør alder. Som tidligere kapitler har vist var aktiv behandling prioritert, og på dette tidspunkt var det forstått som medikamenter.

Brock Utne tok opp spørsmålet om det kunne være mulig å opprette en psykiatrisk klinikk med ordinær innleggelse som på andre sykehus. Det ville innebære at kravet om sinnssykeattest eller frivillig innleggelse kunne fravikes. Dette var prinsipielt viktig i den forstand at det var formende for terskelen for å bli vurdert som sinnssyk. Tanken var at det skulle bli lettere å komme til behandling. I samme forbindelse opplyste han at 1/3 av sykehusets pasienter nå var frivillig innlagt (Møre og Romsdal fylkeeting 1959:502). Dette kan oppfattes som at Brock Utne søkte å forme tilbud som trakk feltet enda nærmere somatisk medisin, og som samtidig gjorde psykiatrisk behandling mer tilgjengelig og mindre belastende.

Ett par år senere argumenterte direktør Brock Utne for at det skulle budsjetteres med lønn til en indremedisiner. Han skrev at *sammenheng mellom psykiatrisk sykdom og indremedisinske sykdommer av forskjellig art har vært anerkjent blant de sakkyndige gjennom flere år. De psykiatriske lidelser må søkes behandlet så effektivt som mulig, idet man forsøker å finne fram til årsakene for lidelsen fra alle kanter* (Møre og Romsdal fylkesting 1962:59). Nå er uttrykksmåter som sjelelig og legemlige lidelser mindre brukt. I stedet har snakkemåter som psykiatrisk sykdom og indremedisinsk sykdom kommet. Dette kan identifiseres som nytt begrepspar, men tidligere betydninger opprettholdes. Innholdsmessig representerer dette begrepsparet ikke vesentlige endringer i det semantiske feltet. Samtidig videreføres retningen mot det å bli som det somatiske sykehuset. Det nye i sitatet er at lidelse og lidelser brukes. Dette er som jeg var inne på i del I gamle uttrykksmåter, som ble brukt i relasjon til lyst og nytelse, det gode og det onde, synd og skam. I denne sammenhengen brukes lidelse i relasjon til det å være syk, og måtte tåle smerte og være tålmodig. I sitatet over kan det å snakke om effektiv behandling oppfattes som en politisk virksom måte å uttrykke seg. Det å søke sinnssykdommens årsaker var fortsatt like aktuelt som 100 år tidligere. Et sentralt spørsmål innen psykiatri knyttet seg til hvorfor sinnssykdom oppsto og hvorfor den utviklet seg slik den gjorde. Denne tenkningen inngikk i framstillinger av et samfunnsområde som krevde større og større ressurser.

I budsjettet for 1960 var det budsjettert med kr 175 000 til medisiner (Møre og Romsdal fylkesting 1959:632). Denne posten skiftet navn fra *post 6 medisin til sykepleien*. Medikament, medisin, nye midler og sykepleien er alle ord som i denne sammenhengen ble brukt med tilsvarende betydning. *Sykepleien* føyer seg inn som enda ett ord som ble brukt i bestemt form. Tidligere hadde *pleien* blitt brukt i bestemt form uten at det refererte til en bestemt pleie. Dette underbygger påstanden om at betydninger av slike ord formes av de situasjoner og sammenhenger de brukes. Koselleck hevdet at dette kunne oppfattes som uttrykk for at begrep var del av sosiale prosesser. Asylet og sinnssykehusets status i forhold til det somatiske sykehuset trer fram som en sosial prosess som har vært virksom over tid. Medikamentenes inntreden i sinnssykehuset bidro til å definere sinnssykehuset nærmere det somatiske sykehuset.

Med medikamentene kom det nye problemstillinger. Nå kunne pasienter skrives ut med medisiner som de fortsatt måtte bruke. Hvem skulle betale for disse medisinene? Direktøren tok opp denne problemstillingen i årsmeldingen. Han vurderte det som *en stor fordel at det offentlige betaler disse medisiner, slik at pasientene har anledning til å bruke dem og ikke bli stoppet av økonomiske vanskeligheter, med påfølgende tilbakefall* (Møre og Romsdal fylkesting 1959:498). Dette viser at sykehuset ble en aktør i det sosialpolitiske spørsmålet om offentlig støtte til medikamenter.

Året etter ble det i budsjettet satt av kr 200 000 til innkjøp av medisiner (Møre og Romsdal fylkesting 1961:195). Budsjettet for familiepleie lå på omtrent kr 150 000 (Møre og Romsdal fylkesting 19601:196). Forbruket av medisin økte år for år. Det ble flere typer medikamenter, og de måtte importeres fra utlandet. Et økende antall pasienter fikk medisiner. I 1963 kommenterte Brock Utne overskridelser i regnskapet på kr 92 000.

Medisinforbruket er fortsatt stort, og dette er nødvendig. Pasientene har det bedre med optimale medisindoser, og sirkulasjon av pasienter holdes oppe. I året ble også den somatiske behandling styrket med bruk av medisiner. Familiepleiens pasienter må også regnes med i dette forbruk. For optimal dosering kreves overvåkning. Det disponible personell gjør sin innsats, men mangelen på fullt utdannede leger har vært sjenerende (Møre og Romsdal fylkesting 1964:66).

Han gav uttrykk for at nye pasienter krevde langt mer medisin enn pasienter som hadde vært lang tid i sykehuset. Samtidig hevdet han at nye pasienter oppholdt seg kortere tid i sykehuset. I sitatet over brukes uttrykksmåten nødvendig om behandling med medikamenter. Tilføyelsen nødvendig bringer begrepet om behandling inn i historiske og politiske sammenhenger på andre måter. Forestillingen om nødvendig behandling som kommer fram i dette sitatet bidrar ytterligere til å tydeliggjøre at behandlingsbegrepet var virksomt. Denne forestillingen om at behandling var nødvendig har hele tiden ligget mellom ordene (den sinnssyke) og saksforholdet

(sinnssykdom), her uttrykkes den. Erichsen⁹⁸ bringer opp «nessessary treatment» som tvetydig begrep. Nødvendig er et lite, men stort ord som trenger inn i språket og vår tenkemåte. Postoutenko (2011) kontrasterer nødvendig med uakseptabelt. Hva som oppfattes som nødvendig vil kunne formes på ulike måter innen bestemte kontekstuelle sammenhenger. I det overfylte sinnssykehuset var det både nødvendig og utfordrende å opprettholde ro og orden. I den sammenheng var medikamenter nødvendig behandling. Dette var en virkelighetsforståelse som i denne konteksten ikke ble gjenstand for spørsmål eller diskusjon.

9.3 Familiepleie

I årene fra etableringen av Opdøl asyl og framover hadde det vært vanlig praksis at pasienter ble «satt i privatpleie». Det innebar som oftest at en gardbruker fikk noe betaling for at en pasient kunne bo og arbeide på garden.⁹⁹ Dette var en ordning som muliggjorde at pasienter fra asylet kunne bo i det som ble betegnet som mer hjemlig omgivelser. På den annen side var det vanskelige økonomiske tider og mange pasienter i privatpleie levde under kummerlige forhold. Det var etablert ordninger der distriktsleger skulle ha et visst tilsyn med pasienter i privatpleie. De første 10-årene asylet var i drift var det lett å skaffe privatforpleiere. Omkring 1920 var dette en av relativt få måter å tjene penger for lokale bønder. Ordningen med sinnssyke i privatpleie hadde visse likhetstrekk med eldre ordninger som privatpleie administrert av fattigvesenet og omgangslegd, som ville si at vedkommende ble anbrakt uten godtgjørelse hos bønder i hjemkommunen. Tidlig på 1950-tallet kom et nytt ord til, familiepleie. Følgende annonse ble rykket inn i avisene Fylket, Romsdals Folkeblad og Romsdals Budstikke mot slutten av 1950:

⁹⁸ Innlegg Vibeke Erichsen på HPC Conference Bilbao august 2013.

⁹⁹ Se Haave 2008.

Opdøl Sykehus søker forpleiere for en del av sine pasienter som kan og bør behandles utenfor sykehus. Forpleierne må ikke bo for langt fra sykehuset da pasientene fortsatt skal tilsees av sykehusets leger, oversøster og overpleier. I motsetning til privatpleie er pasientene fortsatt i sykehusets lister og vil om nødvendig kunne byttes ut med andre pasienter på sykehuset. Gangklær, skotøy og eventuelle medikamenter holdes av sykehuset. Nærmere opplysninger hos overlegen. Tilbud og søknad om godkjenning som forpleier sendes overlegen, Opdøl sykehus, Hjelset.¹⁰⁰

Begrepsparet privatpleie og familiepleie ble igjen tydeligere i det semantiske feltet omkring den psykiatriske pasient. Tanken var at familiepleie skulle være noe annet enn privatpleie, og underlagt sykehusets oppfølging og kontroll. Privatpleie og legdordninger ble ansett som lite ønskelige fra medisinsk hold. Familiepleie skulle være noe kvalitativt annet enn privatpleie.

Ordningen med familiepleie går i korthet ut på at asylet kan anbringe pasienter hos forpleiere som er godkjent av direktøren, uten at de dermed formelt utskrives av asylet. Asylet holder pasientene med gangklær og eventuell medisin. Tilsynet utføres ikke av vedkommende distriktslæge, men av asylets læger, overpleier og oversykepleierske minst en gang hver måned.¹⁰¹

Derfor var også godtgjørelsen til den som hadde en pasient i familiepleie høyere. Det var ment å skulle være et kvalitativt bedre tilbud. Budsjettposten for familiepleie var todelt; utsatte i familiepleie kr 50 000 og utsatte i privatpleie kr 1 000 (Møre og Romsdal fylkesting 1955:236). I denne sammenheng betegnes pasientene som utsatte, satt ut/bort. Den som tok imot en pasient i familiepleie ble betegnet som forpleier. Vedkommende kunne være i familie med pasienten, men det kunne også være en fremmed. Med utgangspunkt i kildematerialet fra Opdøl sykehus kan det se ut som at

¹⁰⁰ Brev datert 27.11.1950 Til nevnte aviser, fra konstituert overlege ved Opdøl sykehus.

¹⁰¹ Fra brev fra direktøren ved Opdøl sykehus til Fylkesmannen i Møre og Romsdal datert 24.9.1949.

det i flere bygder vokste fram en form for pleiehjem i privat drift. Disse kunne ha 6-10 pasienter. Dette er lokalhistorie som kan undersøkes nærmere i andre studier. Ordningen var fundert på et samarbeid mellom private og det offentlige.

Sykehuset vurderte familiepleie slik:

Noen nøyaktig kalkyle over de økonomiske konsekvenser ved denne ordning i forhold til fylkets nuværende samlede utgifter til forpleining av sinnssyke i og utenfor asyl lar seg ikke oppstille. Omkostningene ved familiepleien vil som nevnt være litt høyere enn ved vanlig privatforpleining av sinnssyke, - men differansen er ikke større enn at hele merutgiftene ved ordningen vil kunne innspares ved at noen få pasienter som ellers hadde måttet være i asyl eller langvarig offentlig privatforpleining etter en måneds prøvetid i familiepleie kan utskrives uten off. bidrag. Dette ventes særlig å ville inntreffe når det gjelder pasienter som ellers har gjennomgått hjerneoperasjon. Den fordel man oppnår ved en bedre utnyttelse av asylplassene – i den nuværende prekære situasjon- lar seg ikke vurdere i penger. Selve asylnøden lar seg nokk ikke avhjelpe ved dette tiltak, men ordningen antas å føre til at asylet etter hvert lettere kan ta imot pasienter til øyeblikkelig hjelp, pasienter som ved tidlig behandling forholdsvis snart kan komme tilbake til arbeidslivet (Møre og Romsdal fylkesting 1955:236).

Her begrunner den medisinske aktøren sykehusets virksomhet med samfunnsøkonomiske og samfunnsregulerende argumenter. Argumentasjonen var at med ordningen familiepleie, var det ventet bedring hos pasienten i framtiden. Dette var altså en ny ordning som tok sikte på å forme framtiden på andre måter enn tidligere. Dette var et argument i den forstand at det kunne bidra til at sykehuset kunne ta inn andre pasienter. Pasienter som med tidlig behandling kunne komme tilbake i arbeid. I denne sammenheng var det tilføyelsen tidlig til behandling som førte begrepet inn i politiske sammenhenger. Situasjonen som gjorde det nødvendig å plassere pasienter i familiepleie trengte i begrenset grad forklaring. Det var en selvfølge hva som lå i asylnød.

Det foreligger kildemateriale som kan utdype ordningen med privatpleie ytterligere. En student på Norges kommunal- og sosialskole skrev en seminaroppgave i 1958 om *Privatforpleining av våre sinnssyke*. Han hadde hatt praksis ved Opdøl sykehus. I oppgaven kom studenten med kritikk av forholdene for pasienter i familiepleie. Oppgaven ble sendt til Helsedirektoratet, statens overlege for psykiatri. Direktør Brock-Utne skrev et brev i sakens anledning merket privat til denne legen i Helsedirektoratet. I den forbindelse utdypet han nærmere hvordan han tenkte om kritikken som kom fram i studentoppgaven.

Angående vår familieførpleining så er jo denne under utvikling. Vi har fått forpleiere som vi ikke har vært fornøyd med og så snart forholdene har ligget til rette for å oppheve forpleiningen, har vi gjort dette, dels ved underretning på forhånd, dels simpelt hen ved å fjerne disse pasientene når vi så at tilstanden ikke var tilfredsstillende. Det er vanskelig å uttale seg om hvor egnede forpleierne er før de har vært prøvd og det har vært klart at man undertiden kan få forpleiere som viser seg ikke ønsket.¹⁰²

I et offisielt brev til Helsedirektoratet skrevet noe senere redegjorde han for sykehusets vurderinger vedrørende familiepleie.

Familieførpleiningen på Opdøl sykehus ble startet i 1951 og har vokset opp. Vi har som tidligere nevnt overtatt noen forpleiningssteder (privatforpleiningssteder) og jeg tror at det ene sted av de herr PP kritiserte var et av disse. På dette sted er der bygget nytt våningshus og pasientene ble i det nye våningshuset anvist rom i kjelleretasjen. Det er riktig at inngangen var gjennom bryggerhuset. Da vi oppdaget dette ble der varslet at dette ikke gikk og der ble gitt pålegg om forbedringer. Da disse pålegg ikke ble etterfulgt med den hastighet som vi ønsket, ble forpleieren varslet om at vi ville hente pasientene.

¹⁰² Brev datert 25.11.1958, undertegnet Brock-Utne. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral.

Forpleieren ba om en kort frist til å rette på forholdene og forholdene er nå rettet på etter sykehusets ønske.

Det annet sted som jeg tror herr PP sikter til har vi hatt til observasjon en tid. Det har også på dette sted vært pasienter fra tidligere tider og vi har overtatt familieforpleiningen. Dog har det vist seg at pasientene ikke var fornøyd. Forholdet har ikke vært så ille som herr PP har beskrevet, men vi var ikke fornøyd og vi brukte dessverre noe lang tid til å få trukket pasientene inn i sykehuset igjen.¹⁰³

Hva var det denne studenten hadde skrevet i sin seminaroppgave? Her kommer et utdrag av teksten som beskriver to situasjoner med familiepleie.

To litt eldre damer er bortsatt på en gård. Hardt arbeide fra kl. 6 til kl. 20. Rommet deres var et mørkt, trist loft med skråtak. Halm, i stedet for madrass i sengene. Ikke lintøy, men grove ulltepper som var stive av skitt. Deres garderobeskap og toalettbord var pappkartonger.

På det andre stedet jeg vil nevne har de tre pasienter i forpleining. De har i den anledning innredd to rom i kjelleren hvor pasientene holder til. Når jeg åpnet døra ble jeg møtt av en slik stank som vi forbinder med potet- eller gjødsekkjellere. Utenfor dørene deres er en sluk i golvet hvor kloakkvannet ofte fløt over. Rommene deres var så fuktige at da jeg stakk hånden i sengeklærne ble jeg helt klam.¹⁰⁴

¹⁰³ Brev datert 18.12.1958, undertegnet Brock-Utne. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral.

¹⁰⁴ Privatforpleining av våre sinnssyke. Seminaroppgave av PP. Norges kommunal og sosialskole, september 1958. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral. Jeg har valgt å la studenten være anonym.

Seminaroppgaven kritiserer forholdene for sinnssyke i familiepleie. Denne kritikken ble mottatt slik: *PP virker noe hjelpeløs på meg, og det samme gjør seminaroppgaven, hvor han vel har overkompensert en mindreverdighetsfølelse. La oss ikke skyte på denne vesle pianisten.*¹⁰⁵ Jeg leser sitatet slik at det uttrykker en viss selvtilfredshet. Det styrker inntrykket av psykiatriens hegemoni.

Hvordan ble såkalt utsatte pasienter i familiepleie begrepsliggjort? På hvilke måter bidro denne ordningen til ytterligere spesifisering av pasienter i Opdøl sykehus? Jeg har lest notater om 10 pasienter som alle var i familiepleie. I dette kildematerialet begrepsliggjøres og beskrives disse pasientene, forpleiningsstedene og til dels situasjonen for de som var såkalt forpleiere. Dette er ikke sykehusjournaler, men de har karakter av å være en slags journal for besøk hos og tilsyn med familieforpleide pasienter. De er skrevet av sykehusets personale.

En pasient født tidlig på 1930-tallet beskrives som

søvnløs flere år. Siste dagene mer folkesky. Rømt til skogs etter å ha slått sin far. Umulig å få tag i og komme i kontakt med. Gått og truet med kniv. Søkt plass på Opdøl. Søkn off forpl i asyl: Pas har hat flere anfall av sinnssykdom de siste år. Siden jan i år, periodevis uro, hallucinose og tiltagende interesseløshet for omverdenen. Tiltagende likegyldig med sitt utseende, litet tilgjengelig. Vært på Opdøl til undersøkelse og tilrådd innleggelse.

Det ble inngått forpleiningskontrakt med pasientens far pålydende kr 2800 pr år. Pasienten beskrives dels som *rolig og deltar i arbeidet hjemme hos sin far*. Dels som å ha schizofrene symptomer, uten at dette utdypes ytterligere. Slik noteres det fra 1963 og fram til 1985. Da anmodet Fylkeslegen om psykiatrisk undersøkelse/vurdering.

¹⁰⁵ Dette er skrevet i et brev datert 19.11.1958 på et offisielt brevark med Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, statens overlege for psykiatri. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral.

Han har vært i forpleining i sitt opprinnelige hjem siden 1963. Medfølgende bror driver gården og pas. bor sammen med sin 84 år gamle mor i dennes kårleilighet. Pas. selv er fornøyd med forholdene og kan ikke tenke seg noen annen ordning enn at han bor under de samme forpleiningsforhold.

Utgangsdagnosen er Schizofreni. Over de senere år har det ikke vært aktive psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger eller sansebedrag, og under samtale finnes i dag ingen realitetsbrist. Pas. er nokså stille, men virker trygg ved u.s. Opplyser at han bruker medikamenter i form av Si-sordinol og Nozinan om kvelden. Fortsatt en del søvnproblemer, skiftende. Han deltar lite eller ingen ting i aktiviteter på garden og han er opplagt avhengig av at andre tar seg av han på alle måter. Hans involuntære bevegelser i ekstremiteter og hode er ikke typiske for tardive dyskinesier og heller ikke å plassere innenfor Parkinsonistiske symptomer som eventuell følge av medikasjonen. Han opplyser selv at han har hatt disse bevegelsene siden opphold i Opdøl sykehus i slutten av 1950-årene. Pas. angir at han trives hjemme, men det er først og fremst hans medfølgende bror som lurere på hvordan situasjonen kan tilrettelegges positivt når pas. mor før eller senere faller fra.

Ordnningen med familiepleie satte i gang noen langvarige relasjoner mellom mennesker. En kvinne født tidlig på 1920-tallet kom i familiepleie omkring 1940. Jeg velger å kalle henne NN. Godtgjørelsen til forpleieren var den gangen kr 1 000 pr år. Hun ble karakterisert som *sløvet, rastløs. Hyppige uroanfall*. Etter 27 år skiftet forpleieren. I den forbindelse beskrives hun som *utbredt schizofreni, lett dement, grei, ikke behandlingstrengende. Har godt av et miljøskifte*. I årene som kommer beskrives hun som *rolig og grei, men har sine uroperioder hvor hun er sint og skjennede. Schizofrenia*.

I forbindelse med fylkeslegens anmodning ble det foretatt en vurdering i 1985.

Hun bor hos og tas hand om av broren MN. Deres mor døde kort tid etter at NN ble født, hvorfor han vokste opp på den gården han nå driver, og han har også overtatt navnet. Det er tydelig at pasienten har det meget godt hos bror og

svigerinne; og at hun ikke ønsker seg i en annen situasjon. Hun bærer ikke preg av å være psykisk syk, kommuniserer greit og direkte, uttrykker seg klart, og oppfatter lett spørsmål.(...) Pasienten selv, i samsvar med hennes brors opplysninger går ut på at hun for ca 10 år siden var psykotisk på en tydelig manisk måte. (...) Har de siste 10 år vært å beskrive som nærmest psykisk upåfallende, og det er også enighet om at hun bør fortsette med anførte medikasjon på ubestemt tid. Det kan i dag ikke finnes kriterier for at pasienten bør være å definere innen psykisk helsevern samtidig er det også klart, at hun fortsatt bør få bo hos og tas hånd om av sine egne slektninger. Hun har selv ikke ønske om noen annet. Er selv fullt ut i stand til å vurdere egen situasjon, og hva som er det beste for henne.

Vergemålet for denne pasienten ble opphevet på midten av 1980-tallet.

Flere av pasientene beskrives som å ha behov for mye hjelp i det daglige. Slik også med denne pasienten, en kvinne født på 1920-tallet. Hun kom i forpleining i 1941 med offentlig bidrag kr 800. I forbindelse med tilsyn fra sykehuset beskrives hun som *helt arbeidsufør sitter bare på en stol og utsteder lyder. Helt sløv. Må stelles som et spebarn. Tildels urolig om natten. Blind.* Tilsvarende beskrivelser gjentas de etterfølgende årene fram til midten av 1970-tallet. Da skiftet forpleier. Pasientens søster ble ny forpleier. Etter 16 år skrev hun følgende brev til det offentlige representert ved en lokal lege i hjemstedskommunen. Jeg har valgt å sitere hele brevet datert 14.7.1980. Denne kilden begrepsliggjør hverdagen for en forpleier, og det i et språk uten medisinske termer.

Med dette søker jeg om å få forhøyet forpleiningsbidraget for min søster, TT. Jeg mener det er for lavt, tatt i betraktning alt arbeidet jeg har med henne. Jeg gjør oppmerksom på at hun må vaskes, kles av og på flere ganger daglig, hun må også mates. Hun krever stor oppmerksomhet, skal ha noe godt å tygge på til stadighet, så det blir svært mange ekstra vendinger for hennes skyld i løpet av dagen. Hun er urolig om kveldene, og sliter mye sengetøy og dyner. TT er stor og kraftig, og av den grunn tung å handtere. Hun nekter ofte å gå på klosettet,

det medfører også ekstraarbeid. Klesvask blir det selvfølgelig også mye av. Det er umulig å forklare hva det vil si å ta hand om NN, men det er heldags jobb og vel så det. En blir jo også svært bundet, noen må være tilstede til enhver tid. TT er ofte vanskelig å gjøre til lags. Alt dette er en psykisk belastning i tillegg til det fysiske. Jeg har prøvet å begrunne mitt krav om forhøyelse av godtgjørelse for fortsatt å ha henne hjemme, - og håper mitt krav må bli imøtekommet på en tilfredsstillende måte.

Forpleiningsgodtgjørelsen ble i dette tilfellet økt fra klasse IV til klasse V. Kildene om familiepleide pasienter har det til felles at pasientene var svært mange år i familiepleie. En mann hadde vært 60 år i familiepleie. Inntrykket er også at forpleierne var stabile, men det var naturlig nok ikke uvanlig med et skifte av forpleier. Noen av de pasientene som var i familiepleie fungerte godt, i gardsarbeid og omkring i bygda. Andre hadde store behov for bistand.

En distriktslege i en av nabokommunene til Opdøl sykehus skrev

AA er psykisk utviklingshemmet, sitter om dagen noen timer i en stol på rommet sitt i 2. etasje, er ellers sengeliggende. Skal hun ned i første etasje, må hun bæres ned trappa. Forpleierens kone som er søster til AA, sover på rommet sammen med henne for å ha tilsyn med henne om natta. Hun kan da være noe urolig. Hun krever regelmessig tilsyn og full pleie. Pleieforholdene betegnes som gode. En anbefaler at pleiegodtgjørelsen settes til klasse V.

AA var født i 1913. Hun ble på 1950-tallet karakterisert som *sen i utvikling, kunne ikke gå før hun var 5 år. Helt sløv. Må klæs på og mates på som et litet barn, væter seg, er urolig om natten*. Denne pasienten har over tid blitt karakterisert som Itiotia (1963), mongolid (1963), åndssvak (1963), psykotisk åndssvak (1967), fullstendig pleiepasient (1976), uttalt psykisk utviklingshemmet (1980) og psykotisk mentalt retardert (1981). Jeg har satt årstall for de ulike karakteristikkene i parentes. Kilden viser hvordan nye ord kom til og overtok for tidligere betegnelser. I 1985 er ringen sluttet med at AA karakteriseres på følgende måte: *pas. er preget av sin tilstand: Idioti.*

Dette underkapitlet om familiepleie bidrar til å nyansere asymmetriske trekk ytterligere fordi det handler om de pasientene som sykehuset ikke ønsket. Det gir også innblikk i handteringen av de pasientene som ble klassifisert som ikke behandlingsdyktige. I direktørens beretninger om driften ved sykehuset kommer det fram et mål om å overføre arbeidsdyktige pasienter til familiepleie. Et annet mål var å frigjøre plasser i sykehuset for nye, akutte sykehustiltrengende pasienter. I disse vurderingene inngikk begrep som arbeidsdyktige pasienter. De var attraktive på gardene som arbeidshjelp. Nye, akutte sykehustiltrengende pasienter var interessante i sykehuset ut fra forhåpningene om å lykkes med å finne en medisinsk behandling som var virksom. Pleietrengende pasienter var mindre attraktive på den måten at de tok opp plass i sykehuset, og i privatpleie var de mer til arbeid enn til nytte. Det kan være grunn til å anta at målet om å frigjøre plasser ble realisert ved at pleietrengende pasienter ble overført til familiepleie. Deres status og stilling var formet av at de ble vurdert som ikke mulig å behandle. Begrepene formes av ideer om effektivitet i medisinsk behandling, men også av ideer fra moral treatment om hjemlig hygge og deltakelse i arbeid.

9.4 Økt behov for sinnssykeplasser

I årsberetningene fra tidlig på 1950-tallet kommer det fram at det var tema å bygge flere sykehusbygninger med sikte på å få tidsmessige lokaler og plass til flere pasienter. I den forbindelse kom det til nye måter å begrepsliggjøre pasientene.

Ved innhentede oppgaver fra departementet er det oppgitt at Møre og Romsdal fylkes behov for sinnssykeplasser er 772. Dette tall sammenliknet med antall autoriserte plasser, viser det tvingende behov for hurtig utvidelse av sykehuset. Utvidelsen bør skje til ca 800 plasser. Med det store overbelegg som sykehuset har nå kan det ikke være til hjelp for de nervøse og sjelelig syke pasienter i fylket (Møre og Romsdal fylkeasting 1953:71).

Sitatet viser at det semantiske feltet endret karakter på den måten at den nervøse og sjelelig syke pasient ble begrepsliggjort. Nervøse og sjelelig syke opptrer her som

248

tilføyelser til pasientbegrepet. Det kan se ut som at sinnssyk brukes i mindre grad. Antakelig henger det sammen med at denne karakteristikken på denne tiden i økende grad ble oppfattet som belastende. I første halvdel av 1900-tallet var nervøs og nervøsitet begrep viss innhold ble formet i grenselandet mellom sykt og friskt, febrilsk og depressivt, samt mellom roller og identiteter (Johannisson 2010:186). Den nervøse ble konstruert som rastløs og følelsesladet, men også som kulturelt interessert og sosial. Nervøs ble nærmest framstilt som en opphøyet kulturtilstand som var lønnsom for ulike interesser som leger eller legemiddelindustrien. Forestillingen om nervøsitet inngår i modernitetens fortelling. Dette var en konstruksjon som ikke framkommer tydelig i journalmaterialet fra Opdøl, men som nok var formende for tenkningen om psykiatriens objekt.

I 1951 hadde sykehuset det som ble betegnet som et daglig gjennomsnittsbelegg på ca 345 pasienter. Det var autorisert for 267 pasienter. Sykehuset hadde altså omtrent 80 flere pasienter enn det var autorisert for. Det var vanskelig å få *anbragt pasienter i privatforpleining* (Møre og Romsdal Fylkesting 1952:25).

For øvrig har en til avhjelp av de vanskelige mottakingsforhold fortsatt den ambulante sjokkbehandling ved sykehuset. Det har bevirket at en rekke innleggelses har vært unngått. Av foretatte behandlinger i 1951 er det gitt i alt 245 serier med elektroshokk-behandling, ca 30 modifiserte insulinkurer og 120 sovekurer. Disse behandlinger er fortsatt i økning. Det skyldes vesentlig mangel på isolatplasser (Møre og Romsdal Fylkesting 1952:25).

Sitatet begrunner valg av behandling og omfang av behandling med mangel på isolat. Det inngikk i sammenhenger og argumentasjon for nybygg.

Den 8.2.1954 oppnevnte fylkesutvalget en komité til planlegging av utvidelse og nybygging ved Opdøl sykehus. Komiteens mandat var:

1. *Gjeva utgreiing om sjukehusstilhøva for sinnssjuka og kva det er trong om for å stetta kravet til ein fullnøgjande røkt av desse sjuka.*

2. *Leggja fram planar for full utbygging av Opdøl sjukehus, men likevel med det for augo at arbeidet fremjast steg for steg utan skadeverknad for sjukehusdrifta no.*
3. *Leggja fram planar for millombels rådgjerder for å lette mottakingstilhøva slik at akutte kasus så langt råd er, ikkje vert vist burt, men straks kan få turvande lækjartilsyn (Møre og Romsdal fylke­sting 1955:251).*

Under punkt 1 over står å lese at desse sjuke skal røktes. Det å røk­te ble brukt tilsvarende med stell og pleie. Nye, friske tilfeller og behandlingstrengende ble brukt alternativt med uttrykket akutte kasus. Dette oppfatter jeg som eksempler på de mange ordene og begrepene som har vært del av det semantiske feltet rundt den psykiatriske pasient. De understreker bare skillet mellom pasientene som kunne behandles og de som måtte pleies.

Fra 1956 opplevde sykehuset større interesse utenfra. Direktøren skrev at musikkforeninger holdt konserter og sykehuset mottok forskjellige gaver (Møre og Romsdal fylke­sting 1956:75). Han gav uttrykk for ønske om at denne interessen ville gripe mer om seg. Allerede året etter forteller han om flere konserter og gaver, samt at Røde Kors hadde opprett en ordning med pasientvenner (Møre og Romsdal fylke­sting 1957:63). Pasientvenn er et nytt ord. Det representerte en ny praksis der folk på frivillig grunnlag kom regelmessig for å besøke pasienter innlagt i sinnssykehuset.

Komiteen som skulle planlegge utbygging av sykehuset foreslo å utvide sykehuset med 200 plasser. Et samarbeid med arkitekt H. Biong i Oslo ble etablert. Årsberetningen for 1957 opplyser at planene for bygging av to paviljonger ble godkjent av Sosialdepartementet og Riksarkitekten (Møre og Romsdal fylke­sting 1957:65). Nå startet arbeidet med anbudsinnbydelse. I 1959/60 budsjetteres det med kr 2 700 000 til å bygge paviljongene ved Opdøl sykehus (Møre og Romsdal fylke­sting 1959:221).

Plankomiteen kom til at det etter den målestokk Sosialdepartementet la til grunn ved utregning av det teoretiske behovet for sinnssykeplasser i landet, ville dette fylket måtte regne med omtrent 1000 sinnssyke. 800 av disse burde tas hand om i sinnssykehus og 200 i pleieavdelinger (Møre og Romsdal fylkesting 1960:170). Det er grunn til å undre seg over hvor forestillingen om denne relativt store økningen i antall sinnssyke kom fra. Et annet spørsmål knytter seg til hvordan denne forestillingen om stadig flere sinnssyke ble virksom.

En utvidelse av antallet plasser ved Opdøl sykehus innebar at det måtte bygges boliger for flere ansatte. Det oppsto også behov for at funksjoner som blant annet kjøkken, vaskerom, fyanlegg, vann, kloakk, lagerrom og arbeidsrom måtte dimensjoneres for et økende antall pasienter. Arkitekt Biong utarbeidet den 9. august 1957 kostnadsoverslag på til sammen kr 11 800 000 for en utbygging av 200 nye plasser inkludert det som kan oppsummeres som støttefunksjoner (Møre og Romsdal fylkesting 1960:172).

Arbeidet med to paviljonger for 100 menn og 100 kvinner ble igangsatt i juni 1958. De var planlagt ferdige i 1961 (Møre og Romsdal fylkesting 1960:173). Fylkesmann og fylkestinget drøftet og støttet utbyggingsplanene på Opdøl sykehus. Staten skulle dekke 4/10 av kostnadene ved utbyggingen, men fylkesmannen søkte staten om ytterligere støtte til utbygging.

Oppstarten av de to nye paviljongene viste seg å bli vanskelig på flere måter. Kjøkkenet ved sykehuset hadde for liten kapasitet. Det viste seg også vanskelig å få tilsatt betjening, samt skaffe nyansatte bolig (Møre og Romsdal fylkesting 1960:773). I forbindelse med budsjettarbeidet hersket det en viss usikkerhet om lovendringen som skulle gjøres gjeldende fra 1. januar 1961.¹⁰⁶ Denne usikkerheten var knyttet til om sosialtrygd ville dekke deler av kostnadene ved opphold i sykehuset. Dette var en tid der mange av velferdsstatens ordninger kom på plass. I budsjettarbeidet i 1961 kom det fram en begrepsmessig endring i kategoriene som ble brukt om pasientene.

¹⁰⁶ Kommer nærmere tilbake til revisjon av sinnssykeloven i del IV.

Uttrykket behandlingstrengende pasienter tas i bruk, og for disse skulle trygdekassen betale. Direktøren antok at omtrent 10 prosent av kurpengene kunne dekkes av trygdekassen. For de pasientene direktøren betegnet som kronisk belegg skulle deler av uføretrygd eller alderstrygd bidra til dekning av pasientenes opphold i sykehuset (Møre og Romsdal fylkesting 1961:186). Formingen av ordninger for hvem som skulle betale for oppholdet i sykehuset bidro til ytterligere differensiering av pasientene. Det ble uttrykt i form av spesifiseringene behandlingstrengende pasient og kronisk belegg. Ladningen av disse uttrykksmåtene har asymmetrisk preg i den forstand at de uttrykker ulik verdsetting av pasienter. Begrepsparet formes av denne situasjonen der sykehuset hadde flere pasienter enn det var godkjent for, samt erfaringen av at mange pasienter vedvarte syke over lang tid. Pasienter begrepsliggjort som kronisk belegg bidro ikke til vitenskapelige framskritt. De res status og stilling ble ikke som arbeidsføre og samfunnsnyttige mennesker.

Opdøl sykehus var på denne tiden gjenstand for nye utbygginger. Fylkestinget vedtok den 20. september 1962 bygging av nytt kjøkken og ombygging av de gamle manns- og kvinneavdelinger (Møre og Romsdal fylkesting 1962:369 og 483). Det nye kjøkkenet kunne tas i bruk 1. mai 1963 (Møre og Romsdal fylkesting 1965:23). Kjøkkenet leverte mat til samtlige pasienter (ca 370 personer) og ansatte. Serveringen til personalet foregikk i en kafeteria i tilknytning til kjøkkenet.

Ombyggingen av den gamle kvinnesentralen var ventet ferdig i mai 1965, og sykehuset hadde da plass for 377 pasienter (Møre og Romsdal fylkesting 1964:500). I forbindelse med denne ombyggingen, og ombyggingen av den gamle mannsavdelingen, oppsto også nye krav til personell. Nye avdelinger og flere pasienter førte til behov for flere sykepleiere og annet personell. I 1959 ble det vedtatt å opprette sykepleieskole. De første elevene begynte 1. august 1960 (1960:324). Direktør Brock Utne skrev *skal vi behandle et belegg av den type som nu er i den gml. m.avd., ser det ut til at vi må ha et antall av 11 nye stillinger fordelt på avdelingspleiere, sykepleiere og piker. Vi må selvfølgelig forsøke å finne utveger til å omgå dette, og det har vært nevnt en radikal omsortering av pas. mellom de*

forskjellige avdelinger (Møre og Romsdal fylke 1964:500). Direktørens rolle var delt mellom administrasjon av sykehuset, og diagnostisering og behandling.

I budsjettet for 1964 ble det budsjettet med lønn og utstyr for fysioterapeut (Møre og Romsdal fylke 1964:502). I årsberetningen for 1964 står det at sykehuset hadde tilsatt fysioterapeut, og han hadde satt i gang opplæring i folkeviseleik. Ordet opplæring er nytt i det semantiske feltet omkring pasientbegrepet. Trening var et annet ord som kom til på denne tiden. Det ble spilt fotballkamper. I forbindelse med omtale av arbeidsterapi framstilles den som nyttig både som arbeidstrening, men også for pasientenes styrke og utholdenhet (Møre og Romsdal fylke 1965:128). På denne tiden knyttes arbeid og aktivitet i økende grad til opplæring, trening og terapi, og mindre til produksjon av mat og for eksempel klær/utstyr.

I løpet av 1964 sluttet direktør Brock Utne ved Opdøl sykehus, og Ljøen overtok som direktør og overlege. I budsjettet for 1967 er det *teke med ny stilling for ein psykolog. Det er ikkje tvil om at ein psykolog kan vera til stor hjelp og avlastning for legane. Særleg no i ei vanskeleg tid, med stor mangel på legar* (Møre og Romsdal fylke 1966:387). Mangel på leger skyldes både at Ljøen hadde et lengre sykefravær, men også mer generelle utfordringer med å ansette leger. I dette budsjettet var det foreslått flere nye stillinger både i avdelingene, men også flere stillinger som fysioterapeut, sosialkurator, laboratoriesykepleier, og for arbeidsterapeuter. Det økte behovet for personell skyldes både økt antall pasienter, men det skyldes også andre måter å tenke og arbeide på uttrykt ved spesialisering og profesjonalisering. Legene virker fortsatt å stå i en særstilling. Andre yrkesgrupper kom til mer for å hjelpe og avlaste, enn å tilføre noe nytt. Et spørsmål ble gradvis mer påtrengende, og det handlet om hvorfor et moderne sykehus skulle drive gard.

9.5 Hvorfor skulle et sykehus drive gard?

Siden etableringen av Opdøl asyl i 1913 hadde gardsdriften levert produkter til sykehuset, og pasientene hadde deltatt i arbeidet på garden. Garden hadde fra starten av ord på seg som en særdeles veldrevet gard med flere utmerkelse og priser for sine

gode dyr og produkter. På 1950-tallet viste regnskapene fra garden i økende grad underskudd. I 1956/57, sak nr. 121/57 tok fylkesutvalget opp spørsmålet om å forpakte bort gardsbruket (Møre og Romsdal fylkesting 1960:347). Begrepet reformer ble brukt i dokumentene fra fylkestinget som angikk Opdøl sykehus (Møre og Romsdal fylkesting 1960:348). Nå ble gardsdriften og gardens betydning for sykehusets virksomhet gjenstand for diskusjon.

Den 20. august 1957 satte fylkesutvalget ned et utvalg som skulle *greie ut spørsmålet om ei nyskiping av gardsdrifta ved Opdøl sjukehus* (Møre og Romsdal fylkesting 1960:347). Dette er av interesse dels fordi pasientene kommer til syne i drøftingene, og dels fordi dette bidro til endringer ved sykehuset. Det viste seg å være vanskelig å skille gardens og sykehusets økonomi. De grep inn i hverandre på mange måter. To forhold er i denne sammenhengen sentrale. Garden leverte sin produksjon til sykehuset og de økonomiske forholdene omkring dette ble diskutert. Et annet aspekt var pasientenes deltakelse i gardsarbeidet.

Heilt frå den første tid det kom i gang sjukehus for sinnssjuka har det vore sett som eit vilkår at det skulle høyra eit gardsbruk til sjukehuset for å skaffe dei sjuka høvelege arbeidsoppgåver. Seinare er det teke i bruk andre yrkesgreiner, men ein reknar framleis med at det er trong til ein del jordbruksarbeid for pasientar som er tilvart til dette yrket, og som er medisinsk skikka for det (Møre og Romsdal fylkesting 1960:352).

I tilrådingen fra utvalget kommer det fram at mange pasienter utførte et godt arbeid. Tidligere har det vært nærmest en selvfølge at en vesentlig del av arbeidet på garden kunne utføres av pasienter. Utviklingen hadde gått i retning av at de pasientene som var bra skikka til gardsarbeid nå ble utskrevet eller utsatt i familiepleie. De pasientene som deltok i gardsarbeid var ikke til så god hjelp nå, som før. Det var også et problem for gardsdrifta at pasientene skiftet så ofte. Tidligere hadde pasientene vært kjent med gardsarbeid og de hadde vært stabil arbeidskraft på garden. Fra medisinsk perspektiv var dette ikke en ønskelig situasjon. Nå var færre pasienter kjent med gardsarbeid, de var mindre i stand til å arbeide på garden og de var kortere tid i sykehuset. Det var fra

medisinsk perspektiv en mer ønskelig situasjon. Fra perspektivet til den som hadde ansvar for å drive garden var det ønskelig med stabil og vant arbeidskraft.

Utvalget avviste at bortforpaktning av garden kunne være en løsning. I stedet tilrådte de at fylkeskommunen fortsatte å drive garden, og vurderte både lønn, arbeidsledelse, boliger, mulighetene for produksjonsøkning. I forbindelse med disse tilrådingene kommer forvalterens rolle til syne. Utvalget var av den oppfatning at forvalteren hadde en viktig rolle for å samordne gardsvirksomheten (Møre og Romsdal fylkesting 1960:354).

Medlemmene i dette utvalget hadde ikke medisinsk kompetanse, men derimot landbruksfaglig. Det er mulig de også representerte en slags «sunn fornuft» og bygdefolkets stemme. Tilsynsnemnda for sykehuset sluttet seg i hovedsak til utvalgets standpunkter med ett unntak. Tilsynsnemnda var ikke enig i at pasientarbeidet var til byrde for gardsdrifta. Tvert imot mente de at gardsbruket burde betale sykehuset for pasientenes gardsarbeid (Møre og Romsdal fylkesting 1960:358). Prosessene omkring garden status og rolle avdekker ulike interesser mellom medisinske perspektiv og landbruksfaglige perspektiv. Disse prosessene gjenspeiler også hvordan pasientenes status og rolle endret seg på denne tiden. I det moderne sykehuset skulle pasientene ha en rolle som mottaker av medisinsk behandling. Det å framstå som moderne var nok virksomt i denne sammenhengen også. I sitatet over står det om nyskiping av gardsdrifta. Dette handlet om garden skulle være en gard for å produsere mat og andre råvarer. Eller om var dette en gard der hovedoppgaven var å skaffe pasientene arbeid. En annen tilnærming kan være at gardsdrift ikke var i tråd med forestillingen om det moderne sykehuset.

9.6 «Et sindssygehospital er et spesialhospital»

Kapittel 9 har gått inn på hvordan dette spesialområdet eller særlige medisinske feltet gradvis ble formet. Følgende sitat fra innledningen til boken *Psykiatrisk sygepleie*¹⁰⁷ beskriver og oppsummerer særlige trekk.

Et sindssygehospital er et spesialhospital for sinnslidende, og sygeplejen her adskiller sig væsentlig fra sygeplejen på de almindelige sygehuse for legemlige lidelser. Den psykiatriske sygepleje er nok det vanskeligste område af sygeplejen, der kræves dels en særlig viden, men også særlige personlige forudsætninger, som enhver ikke er i besiddelse af. En ting er at måle temperatur og lægge omslag, det kan enhver lære – men for at kunne omgås og behandle sindslidende på rette måde, skal man have særlig psykiske egenskaber, det man kalder indfølelse, en intuitiv forståelse af patienterne (Faurbye 1969:11).

Denne teksten framhever sinnssykehusets særtrekk, men det blir gjort på en måte som skriver nok oppfattet som positivt ladet. Sinnssykehuset var noe kvalitativt annet enn sykehus med tilføyelsen almindelige. Sitatet formidler også en selvtilfredshet i den forstand at det formidler tro på at sinnssykehuset hadde forutsetninger for å behandle pasientene på rett måte. Dette bygde på forestillingen om at det var skriver som hadde kunnskap om hva som var det rette.

Opdøl sykehus framstår omkring 1960-tallet som et spesialsykehus for pasienter med sinnslidelser. På samme tid gir lesningen av kildene inntrykk av at Opdøl sykehus var et slags sentrum i et samfunn med mange ulike støttefunksjoner. Sykehuset hadde en medisinsk stab med økende grad av spesialfunksjoner. Det var også flere stillinger knyttet til forvalterens funksjon. Varer ble tatt i mot og levert ut, inventar kontrollert og arbeid samordnet. Sykehuset hadde stillinger knyttet til matlaging, servering og transport av mat mellom de ulike bygningene. Andre hadde ansvar for renhold av hus

¹⁰⁷ Jeg fant boken blant arkivmaterialet på Opdøl sykehus. Boken hadde sykehusets stempel.

og klær. Her fantes maskinmester og elektriker til å drifte tekniske installasjoner, og selvfølgelig ulike gardsarbeidere med ansvar for fjøs og utearbeid. På sykehuset var det egen bankdag, bibliotek og kulturarrangement. Det fantes også frisørsalong for kvinner i sykehuset. Dette gir inntrykk av å ha vært et velorganisert samfunn, selvforsynt med svært mye, alt med sikte på å ivareta behovene til en spesiell sort pasienter. Tilsynelatende krevde driften av dette samfunnet betydelige administrative funksjoner og system. I 1966 ble det innledet samarbeid med rasjonaliseringskonsulentene i By- og herredsforbundet og rasjonaliseringsfirmaet Hartmark og co. Siktemålet var først å vurdere forbedringer i økonomisystem og administrasjon. Dette ble senere utvidet til å omfatte ledelsen i sykepleien og renhold i avdelingene (Møre og Romsdal fylkesting 1967:512). Det var i ferd med å vokse fram en oppfatning om at økende behov for sinnssykeomsorg var kostnadskrevende for samfunnet. Dette inngikk i større sammenhenger. Asylene og sinnssykehusene hadde ivaretatt oppgaver i det å beskytte samfunnet. Et aktuelt tema var hvordan dette ville bli ivaretatt hvis det ikke var nok plasser for pasienter begrepsliggjort som sinnssyke.

Hvilke betydninger var det som preget pasientbegrepet på denne tiden? Fremfor alt var dette en syk pasient, en sinnslidende. Denne pasienten ble oppfattet som en annen slags syk enn den legemlige syke. Samtidig ble det hevdet at sinnssykdom var å forstå som legemlig sykdom. Et utviklingstrekk er at dette skillet ikke var ønskelig. Et annet utviklingstrekk handler om å holde dette skillet i hevd og understreke hvor viktig det var. Det semantiske feltet reflekterer altså tvetydigheter på ulike måter. Forventningene til pasientene hadde skiftet i den forstand at de ikke lenger hadde samme ansvar for praktiske gjøremål i tilknytning til sykehusets drift.

I 1967 skrev Ljøen at *arbeidet ved Opdøl sykehus (har) vore dreve med behandling og attføring i yrke av pasientar så langt som råd er etter dei same retningsliner som tidlegare* (Møre og Romsdal fylkesting 1967:534). Nå brukes ordet attføring sammen med behandling. I samme årsmelding rapporteres 70 prosent av mannlige pasienter og 77 prosent av kvinnelige pasienter å delta i arbeidsvirksomhet. Ljøen skrev

vi har som eit eksperiment teke i bruk ei lita avdeling med 7 senger for slike som arbeider utanfor sykehuset. Desse pasientane har også i vinterhalvåret fått friare tilhøve med omsyn til stengetid og lignende, men dei har fått sine medisinar utdelt av sykehuspersonalet. Dette har vist seg nødvendig. Pasientane har fått god omtale av sine arbeidsgjevarar (Møre og Romsdal fylkesting 1967:535).

Sitatet refererer til et fenomen det enda ikke var et eget ord for, «slike som arbeider utenfor sykehuset». Det åpnes på denne tiden for at noen pasienter i Opdøl sykehus får mulighet til å ferdes i bygda. Noen pasienter kunne gå til arbeid i sykehusets nærområde. Samtidig kom lag og organisasjoner i økende grad til Opdøl sykehus for å besøke pasientene, danse folkedans og delta i ulike former for tilstelninger. Sykehuset åpnet seg gradvis mot samfunnet omkring.

Fra å ha vært mindre synlig en periode kom uttrykket arbeidsvirksomheten tilbake, men nå i sammenheng med attføring. Flere pasienter fikk tilbud om yrkesmessig attføring og arbeidet blant annet på et skredderverksted i bygda (Møre og Romsdal fylkesting 1968:66). Det kan se ut som at den medisinske snakkemåten om arbeidsterapi gled over i å snakke mer om attføring. Det underbygger argumentet om at arbeidsterapi var sykehusets definisjon av arbeid. Arbeidsvirksomhet kan da oppfattes som arbeid, men med mindre betoning av det medisinske formålet.

Det opprettes samarbeid med Hustad Leir for sivilarbeidere, *som dette året har skaffa oss ein lege, ein fysioterapeut, og fleire studentar og lærarar til å ta seg av aktiviseringsavdelinga* (Møre og Romsdal fylkesting 1968:67). Av dette kan vi slutte at sykehuset har opprettet en egen aktiviseringsavdeling. Det nyttige arbeidet pasientene gjorde for å holde sykehuset i drift suppleres nå med både tanken om aktivitet og ordet om aktivitet mer uavhengig av det nyttige arbeidet. Det ser ut til at betydningen av ordet arbeid relatert til pasientbegrepet dreier i retning av aktivitet og aktivisering forstått som noe annet enn arbeid. Dette falt i tid sammen med at sykehuset ansatte folk i stadig flere spesialfunksjoner. De nyttige elementene i pasientenes arbeid var på vikende front.

Sykehuset hadde funnet en ordning for å gi pasienter permisjon. Ljøen skrev i årsmeldingen for 1966 at

ved dei store høgtidene har om lag 100 pasientar, ca fjerdeparten av belegget, reist heim på permisjonar. Det er større interesse mellom slektningar og vener når det gjeld permisjonar i dei store høgtidene, til heimen eller andre slektningar. Det viser seg også at der er ei aukande interesse mellom dei pårørande å kome på vitjing til sine. Besøksromma som er avsette til dette, har vist seg å vere utilstrekkelege, slik at ein har måtta teke vestibylar og gangar i bruk. Kafeteriaen er også til stor nytte når pasientar har vitjingar (Møre og Romsdal fylkesting 1967:537).

Omkring 1960 er de medisinske betydningene ved pasientbegrepet et stabilt trekk. Samtidig inngikk pasientbegrepet i flere sammenhenger. En pasient kunne være låst inne på sykehuset. En annen pasient kunne bo utenfor sykehuset, men i dets nærhet. Tenkningen om pasientene ble mer sammensatt i den forstand at behov ut over de rent medisinske ble tillagt større vekt. Sykehuset skulle ivareta stadig flere sider ved pasientenes liv. Det særlige pasientbegrepet lar seg identifisere i stadig flere sosiale kontekster. Dette framstår som et spesialfelt med spesialsykehus og spesialutdanninger. Mot slutten av 1960-tallet planlegges hjelpepleierskole for psykiatrisk pleiepersonell (Møre og Romsdal fylkesting 1967:723). Dette føres opp i budsjettet for 1969 (Møre og Romsdal fylkesting 1968:164.)

Dette sykehuset var noe annet enn sykehus for legemlige lidelser. Det krevdes noe annet av spesialsykehuset. Dette skillet trer tydeligere fram enn noen gang tidligere. Det asymmetriske motbegrepet formes av ideen om det særlige. Dette var et særlig vanskelig område som krevde særlig viten og særlige personlige forutsetninger og egenskaper hos de som hadde sitt arbeid der.

10 Avslutning del III

Del III viser sementeringen av psykiatriens hegemoni. Med det mener jeg at sinnssykehuset kan forstås som et medisinsk regime med makt og myndighet. Dette regimet rådet over pasientene på alle livets områder, og det hadde mulighet til å utøve tvang. I sinnssykehuset var den psykiatriske vitenskap rådende. Den representerte en tenkning som definerte problemet og rådet over løsningene, bare ressursene ble store nok. Begrepet sinnssyk inngikk i politiske prosesser som handlet om økning av antallet behandlingsplasser og økte økonomiske ressurser for innkjøp av medikamenter. Et annet politisk spørsmål var hvem som skulle betale medikamenter for pasienter som kunne utskrives. Dette spørsmålet gikk inn i etablering og utvikling av velferdsordninger i det norske samfunnet.

Tenkningen om det særlige ved denne pasienten videreføres og tydeliggjøres. Sinnssyk begrepsliggjorde en egen sort pasient. Samtidig viser kildene at det var viktig å definere denne sykdommen som legemlig og somatisk. Det var den psykiatriske vitenskap representert ved legen som hadde makt og autoritet til å spesifisere begrepsliggjøring av den sinnssyke. Jeg vil i den støtte meg på Løchen (1965) som har skrevet om den diagnostiske kulturen. Den var kjennetegnet ved at alt pasienten sa eller gjorde ble tolket i lys av diagnosen. På dette tidspunktet er det mer enn noen gang dekkende å bruke uttrykket psykiatriens objekt. Da forstått som en særlig syk, gjenstand for psykiatriens blikk. Dette er interessant fordi det involverer makt. Psykiatriens definisjonsmakt var på denne tiden betydelig. Dette kommer til uttrykk i mine kilder i det å se seg selv som den eneste og rette løsning. Det var psykiatri som kunne avdekke hva sinnssykdom skyldtes, og som kunne produsere viten om hvordan sykdommen kunne behandles. I perioden omkring 1950-tallet kunne det medisinske regimet legitimt gjennomføre spesielt inngripende behandling. Flere ting bidro til å gi legitimitet: å avdekke sinnssykdommens årsaker, pasienten skulle bli lettere å forpleie, eller muligens kunne settes bort i privat forpleining, alternativt at vedkommende kunne utskrives.

Begrepet om behandling har inngått i pasientbegrepets semantiske felt. Det er interessant å drøfte tenkningen om behandling i lys av de foregående kapitlene. Hva var det som fikk legene til å se sovekurer, insulinsjokk, elektroshokk og lobotomi som behandling som kunne være bra for sinnssyke pasienter? Hvordan kan vi forstå kompleksiteten som kommer fram i kildene? Jeg tenker på beskrivelsene av pasientene i forkant, og av hva som skjedde med pasientene under og etter behandlingen. Hvordan kunne dette omformes til virkelighetsbeskrivelser som beskrev behandlingen som nyttig eller nødvendig for pasienter? Dette er spørsmål uten enkle svar. Tenkningen innen psykiatri rammet inn en forståelse der det syke ble erfart som uro, mens det helbredede ble erfart som rolig. Slik ble begrepsparet uro og ro formende for erfaringer og tenkning i psykiatri. Disse gamle tenkemåtene der uro og ro var virksomme inngikk i argumenter for å ta i bruk de såkalte nye og moderne behandlingene.

Det å oppnå anerkjennelse som psykiatrisk vitenskap var nok også en viktig drivkraft. Lobotomi ble omkring 1950 den behandlingsmåten som fremfor noen representerte det fremste innen medisinsk vitenskap på dette feltet. Andre verdenskrig var slutt, Norge var alliert med USA. Den amerikanske journalisten Robert Whitaker skriver i *Mad in America* om hvordan *The United States was in a triumphant mood, newly confident of its ways, and psychiatry saw in this surgery evidence of its own triumph and arrival as a modern discipline* (Whitaker 2002:137). I Opdøl sykehus ble lobotomi framstilt som et operativt inngrep i hjernen, som tok i bruk det siste innen teknologi og kunnskap. Det ble snakket inn i sammenhenger som den nyeste, mest moderne behandlingen. Samtidig ble det argumentert for at inngrepet bidro til at urolige og destruktive pasienter ble passive og medgjørige. Det hører også med at sykehuset var mer enn fullt, og forholdene var vanskelige på mange måter. Lobotomi ble fremmet av økonomiske og administrative argumenter. Ønske om å hjelpe pasientene var nok en drivkraft, men forstått på en bestemt måte - som å oppnå ro og orden. Når utgangspunktet var at mange av disse pasientene var gitt opp, ble det operative inngrepet mer sosialt akseptabelt. Urolige og urenlige pasienter var til bry, mens den rolige pasient var mer verdsett. Lobotomi var virksomt i det å forme rolle

og status for psykiatriens objekt. Inngrepet ble snakket inn i humane sammenhenger om å hjelpe.

En vesentlig vending som kommer fram i del III handler om hvordan medisin ble spesialisert, og psykiatri ble formet som en medisinsk spesialitet. Forestillinger om medisinske framskritt og modernitet var formende for begrepsliggjøring av psykiatriens objekt. Sammen var dette formende for samfunnsprosesser som legitimerte bruk av makt. Mot slutten av 1940-tallet representerte det stor anerkjennelse av psykiatri når Moniz fikk Nobelprisen. Lobotomi var omdiskutert, men samtidig er det viktig å være klar over at store deler av det medisinske fagmiljøet ikke så lobotomi som makt, men som behandling og hjelp. Lobotomi kom til som behandlingsmåte, og gikk ut av bruk i løpet av få år. I stedet kom behandling med medikamenter til som den nyeste behandlingsmåten. Dette var en vending som inngikk i medisinske og samfunnsmessige prosesser. Et utviklingstrekk i Opdøl sykehus, men også mer generelt var at sinnssykehusene hadde mange pasienter og samfunnskostnadene var store. Whitaker peker på at *America had a new agenda on the table, replacing asylum care with community care. But for that agenda to proceed, America would need to believe that a medical treatment was available that would enable the seriously mentally ill to function in the community* (Whitaker 2002:147). Han hevder at Amerika på denne tiden fikk en ledende rolle i utviklingen av farmasøytisk medisin. Det å skape tilro til behandlingen med medikamenter var viktig for å kunne utvikle andre omsorgsformer, men også for utviklingen av en farmasøytisk industri. I kildene fra Opdøl sykehus kommer det fram behov for å bygge såkalte pleiehjem rundt om i kommunene. Dette er utviklingstrekk som bidro til økte offentlige tilbud på dette området. Samtidig støtter kildene som ligger til grunn for avhandlingen en oppfatning om at selv om nye kurer eller behandlinger «kom og gikk», endret det i liten grad pasientens status og stilling. Psykiatriens objekt var gjenstand for medisinske konstruksjoner av det som ble hevdet å være vitenskapelige forklaringer av sykdom og ulike behandlinger.

Del IV Pasientbegrep - brudd og kontinuitet

Hvilke endringer formet begrepsliggjøringen av psykiatriens objekt i perioden 1950 til 1980-årene? I denne perioden kan det identifiseres utviklingstrekk som pekte i retning av et nytt semantisk skifte. Begrepet sinnssyk ble gradvis oppfattet som belastende. Det semantiske feltet ble formet av spørsmålet om hvordan psykiatriens objekt kunne begrepsliggjøres mer i tråd med tiden. Det er også andre brudd som trer fram i denne perioden. Hittil hadde virksomheten i asylet og i sinnssykehuset i stor grad foregått utenfor det offentlige rom. Et utviklingstrekk er at psykiatri i økende grad ble et offentlig tema og gjenstand for kritikk.

Psykiatrikritiske røster hørtes i Frankrike på 1930-40-tallet. Sentrale aktører var psykiatere og psykoanalytikere som ønsket å skille mentale lidelser og asyl. Den amerikanske psykiateren Thomas Szasz begynte å skrive om begrepet *Mental illness* på 1950-tallet. Boken *The Myth of Mental Illness* var en advarsel mot psykiatriens rolle i samfunnet (Szasz 1961).

It is customary to define psychiatry as a medical speciality concerned with the study, diagnosis, and treatment of mental illness. This is a worthless and misleading definition. Mental illness is a myth. Psychiatrists are not concerned with mental illness and their treatments. In actual practice they deal with personal, social, and ethical problems in living (Szasz 1961:296).

Hans forfatterskap ble mer kritisk til psykiatriens makt og forbindelsen mellom myndighetene og psykiatrien (Szasz 1974). Han advarte mot å omtale psykiatrisk intervensjon som medisinsk behandling. Med utgangspunkt i den britiske psykiateren

David Coopers bok *Psychiatry and Antipsychiatry* (1967) trekker Erichsen¹⁰⁸ fram at antipsykiatri i tiden etter 2. verdenskrig framsto som motbegrep til psykiatri.

Influenced by existentialist philosophy – and a strong leaning on left wing politics – it elevated madness to a status of a liberating force (Erichsen 2013:323). Begrep som therapeutic community og lived experience kom til. De fikk karakter av å være begrep i opposisjon til asyl, sinnssykehus og legens erfaringer. Det semantiske feltet ble formet av en kritikk mot psykiatri som skulle vise seg å bli politisk virksom.

Kapittel 11 beskriver begrepsmessige brudd i forbindelse med revisjonen av sinnssykeloven. Det er derimot et spørsmål om dette begrepsmessige bruddet representerte et diskursivt skifte. Var det slik at ord og begrep om psykiatriens objekt kom inn i nye betydningsmessige sammenhenger? Eller var det slik at ordene endret seg, men tidligere betydningsmessige sammenhenger ble videreført?

Kapittel 12 viser hvordan pasientbegrepet gradvis ble utfordret av andre måter å begrepsliggjøre psykiatriens objekt.¹⁰⁹ På 1970-tallet kom nye begrep til. Dels ble de brukt parallelt med tidligere måter å begrepsliggjøre psykiatriens objekt, dels ble etablerte begrep i det semantiske feltet utfordret. Det semantiske feltet ble mer sammensatt. Kapitlet marker starten på diskursive skifter som bygger seg opp og i mange retninger etter hvert.

11 Sinnssykeloven - debatt og endring

Lovgivningen som formet begrep om psykiatriens objekt kan betraktes som en langsiktig struktur. Sinnssykeloven ble etter omtrent 110 år revidert og avløst av *Lov om psykisk helsevern 28. april 1961 nr 2*. Kapitlet redegjør for begrepsmessige skifter

¹⁰⁸ Innlegg Vibeke Erichsen på HPC Conference Bilbao august 2013.

¹⁰⁹ Kapitlet bygger på arkivmaterialer fra Opdøl sykehus.

lovendringen medførte. Det drøfter om lovendringen reflekterte et diskursivt skifte, eller om den bidro til å befeste rådende tenkemåter.

Sinnssykeloven fra 1848 hadde vært formende for et semantisk felt der asyl og sinnssyk inngikk. Den definerte sinnssykdom som et offentlig anliggende og plasserte ansvaret for å handtere dette innen medisinenes område. Loven legitimerte tiltak som innesperring og behandling. Det kunne brukes tvang forutsatt at leger vurderte det som nødvendig. På 1950-tallet var begrepet sinnssyk gjenstand for debatt. Dette kapitlet identifiserer andre begreper som nevnes sammen med sinnssyk og som alternativ til sinnssyk.

11.1 Sinnssykeloven behandles

Den 2. mars 1951 ble det nedsatt en komité for å revidere sinnssykelovgivningen. Den fikk navnet *Komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen*. Komiteens mandat var å *gjennomgå sinnssykeloven av 17. august 1848 og annen lovgivning som omfatter sinnssykes, mangelfullt utvikledes og varig svekkedes sivilrettslige stilling, og fremkomme med forslag til revisjon av lovgivningen på dette felt der hvor det ansees nødvendig eller ønskelig* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:3). Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen ble avgitt 31. mai 1955. Den har et eget kapittel om *Samfunnets ansvar i den psykiatriske omsorg (utbyggingen)*. Her vektlegges betydningen av at den psykiatriske omsorg

i større utstrekning enn andre grener av den medisinske omsorg bygges opp omkring en spesiell lovgivning, og for omsorgens medisinske og sosiale effektivitet vil denne lovgivning ha stor betydning.(...) Den psykiatriske omsorg har til formål å sikre de syke så god behandling og pleie som mulig, og å spare dem og deres nærmeste for større påkjenning enn det som nødvendigvis følger av sykdommen. Når vi i vårt land er sørgelig langt fra å ha innfridd denne sosiale forpliktelse, skyldes det ikke i første rekke mangler ved lovgivningen,

men det forhold at selve omsorgen ikke er forsvarlig utbygd (Innstilling fra Komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:5).

Sitatet viderefører flere etablerte virkelighetsoppfatninger. Det gjelder forestillingene om at dette er et medisinsk område med en psykiatrisk omsorg, at det var behov for spesiell lovgivning, samt at antallet sykehusplasser måtte bygges ut ytterligere. Dette kan oppfattes som uttrykk for en bestemt måte å ordne virkeligheten som ikke skilte seg vesentlig fra tidligere. Samtidig må den ikke oppfattes som verdifri. Hvorfor ikke?

Komiteen reflekterte over historiske forhold omkring etablering av sinnssykeloven, og skrev i sin innstilling at *det i Norge ikke fantes noen godtatt og vanlig brukt fellesbetegnelse for den store masse av alvorlig sjelelige abnormtilstander. Det ble til en viss grad skilt mellom gale, vanvittige og avsindige, men grensene var flytende og definisjonene uklare* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:12). I dette sitatet brukes betegnelsen *store masse av alvorlig sjelelige abnormtilstander* om de syke eller pasientene. Her begrepsliggjøres ikke pasientene, men tilstanden. Dette er en måte å uttrykke seg på som skaper distanse mellom den som snakker og den som blir snakket om eller til. Samtidig har det å snakke om sjelelig og abnorm tvetydige trekk. Sjelelig er et ord som ble brukt av mange, og det var tilstrekkelig åpent til å kunne fylles med ulik betydning. Historisk framstår sjelelig med en viss autoritet, men også som verdiladet. Abnorm er et uttrykk som begrepsliggjør noe som skiller seg negativt ut.

En betraktning er at det rådet en slags selvfølgelighet omkring hva det sinnssyke var. I innstillingen hevdes det at sinnssykeloven av 1848 brukte sinnssyk uten noen nærmere forklaring, *som et kjent og vel innarbeidet uttrykk som ikke trengte noen definisjon* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:12). En tolkning av dette kan være at den medisinske autoritet var tilstrekkelig stor til at det var mulig ikke å definere sinnssyk på dette tidspunktet. Samtidig kan det innvendes at definisjonen manglet rett og slett fordi begrepet var komplekst og tvetydig. Komiteen trakk den slutning at dette ikke hadde vært noe problem for Major; *han brukte uttrykket sinnssyk i rent medisinsk forstand, uten å legge noe*

juridisk i ordet og fordi ordet den gang ikke hadde noen dårlig klang. (...) uttrykk for at vi her har med syke mennesker å gjøre, og det er en medisinsk omsorg loven vil sikre dem (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:12). Var det slik som det hevdes her, at sinnssyk kun ble brukt i rent medisinsk forstand? Hva betydde i så fall rent medisinsk forstand? Var dette en måte å uttrykke seg på som gjenspeilte medisinenes posisjon som autoritet i samfunnet? Det må innvendes at sinnssyk var et historisk og politisk begrep fordi det etablerte en bestemt relasjon mellom leger, sinnssykdom og asyl. En fortolkning av sinnssyk hadde å gjøre med at samfunnet hadde humanitært ansvar og forpliktelser.

I forbindelse med at sinnssykeloven skulle gjennomgå reflekterte komiteen i sin innstilling over den nye lovens utforming: *I loven bør man derfor innskrenke seg først og fremst til å regulere betingelsene for inngrep i den sykes personlige frihet (retensjonsretten¹¹⁰)* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:4). Dette var først og fremst et juridisk argument. Her ligger nok en vesentlig grunn til todelingen av pasientbegrepet. Dette handlet om å lovregulere inngrep i den enkeltes frihet. Den sinnssyke var en særlig pasient fordi denne pasienten hadde fått sin borgerlige frihet begrenset ikke på strafferettslig grunnlag, men på medisinsk grunnlag. Komiteen så det ikke som tjenlig at loven skulle gå i detaljer om forhold knyttet til behandling. Det var noe som måtte tilpasses endrede forhold og metoder. Det var ønskelig å opprettholde legenes handlingsrom omkring behandling.

Et kjernepunkt var at loven skulle regulere betingelsene for inngrep i den sykes personlige frihet. Den psykiatriske pasient var ikke bare syk, men mer å sammenligne med barn eller umyndige. Altså en som ikke kunne ta vare på seg selv. *Den psykiatriske omsorg har til formål å sikre de syke så god behandling og pleie som mulig, og spare dem og deres nærmeste for større påkjenninger enn det som nødvendigvis følger av sykdommen* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:5). Den medisinske tilnærming hadde en slags tosidig

¹¹⁰ Retensjonsrett betyr tilbakeholdelsesrett ifg Store Norske Leksikon, altså å kalle frihet tilbake. Se f eks <http://www.jus.uio.no/ior/forskning/publikasjoner/skriftserien/dokumenter/nr-3-2013-selberg.pdf> Lastet ned 13.07.2014

rolle. Den skulle både behandle, og samtidig spare både den syke og familien for påkjenninger. Dette innebar at legene tok ansvar, og samtidig befestet medisinsk makt, innflytelse og handlingsrom.

Betegnelsen sinnssyk ble introdusert som et medisinsk uttrykk. Etter hvert ble begrepet sinnssyk anvendt i flere sammenhenger. Sinnssyk ble brukt i andre tilgrensende lover som lov om umyndiggjørelse av 28. november 1898, lov av 5. juni 1925 om finansiering av sindssykevesenet og i lov av 1. juni 1934 om seksualinngrep (steriliseringsloven). En sindssykelovkomite av 1913 pekte på at *sinnssyk har en klinisk-medisinsk, en rettsmedisinsk og en sosialmedisinsk bruk* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:12). Dette er eksempel på begrepets tvetydighet. Betydningen av begrepet var formet av sammenhengen det ble brukt i.¹¹¹ Den juridiske betydningen handlet om inngrep i personlig frihet. Den sosiale betydningen var knyttet til ytre trekk som ro, orden, evne til å tilpasse seg regler og være i arbeid. Den medisinske betydningen handlet om observasjon, klassifisering og behandling av sykdom.

Sinnssyk hadde gradvis blitt et mer negativt uttrykk blant folk. Det hadde gradvis vokst fram en oppfatning om at det var behov for et medisinsk, presist uttrykk som kunne avløse sinnssyk. Komiteen diskuterte andre betegnelser som kunne avløse sinnssyk, og skrev at

uttrykket psykisk sykdom byr på den fordel at det ikke er vanlig i bruk, slik at en lov om psykiatrisk omsorg dermed kunne få en tilnærmet enerett på det.

Samtidig er det så tungvint at det neppe noen gang vil risikere de mer lettvinde betegnelser skjebne: å komme på folkemunne som noe odiøst (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:14).

Sykelig sinnstilstand ble vurdert som et omfattende og vidt begrep. I utarbeiding av *lov av 25. juni 1935 om frivillig innleggelse*¹¹² var det behov for en annen betegnelse

¹¹¹ Jeg har ikke fordypet meg i begrepet juridiske betydninger. Se for eksempel Schaanning 2007.

¹¹² Et tillegg til sinnssykeloven.

enn sinnssyk. Her ble sinnslidende valgt brukt. I følge komiteen var hensikten å *unngå å stemple pasienten som sinnssyk* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:13). En forutsetning for denne loven var at det skulle bli mulig å innlegge sinnslidende som ikke led av sinnssykdom. Det kunne være pasienter som led av nevrose, psykopati eller kronisk alkoholmisbruk. I innstillingen skrev komiteen *For å avgrense de sykelige sinnstilstander som er så alvorlige at loven må gi adgang til å få psykiatrisk omsorg brakt i stand også uten den sykes eget samtykke*¹¹³, bruker komiteen uttrykket «alvorlig sinnslidelse (psykose)» (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:26 og 27). Alvorlig sinnslidelse ble etablert som et hovedkriterium. Komiteen vurderte uttrykket som mer tvetydig enn sinnssyk, og diskuterte det i forhold til tidligere ord og uttrykk både i medisinsk fagterminologi og i forhold til andre land. Det ble konkludert med at *det er i loven behov for en omfattende fellesbetegnelse for de medisinske tilstander den skal omfatte. Den eneste betegnelse av denne art som har bakgrunn i norsk språkbruk, er sinnslidende, med adjektivet sinnslidelse* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:14). Psykose ble skrevet i parentes. Komiteen skrev i sin innstilling at psykose svarer til begrepet sinnssykdom (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:11). Begrepet alvorlig sinnslidende (psykose) videreførte saksforholdet sinnssyk, samtidig var det tilstrekkelig åpent til å omfatte flere tilstander. I sinnssykeloven ble betegnelsen asyl brukt. Komiteens vurdering var at fordi

ordet asyl etter hvert fikk en dårlig klang, var det dels fordi asylene ikke fikk slike økonomiske kår at de kunne holde tritt med den alminnelige medisinske og sosiale utvikling, og dels fordi de store forventningene legene og publikum hadde stilt til den medisinske omsorg for de sinnssyke, ikke ble innfridd, men

¹¹³For samtykkebegrepet se *The power of a man is his present means to obtain some future Good* (Hobbes, *Leviathan* kap 10:150). *The Greatest of human Power is that which is compounded of the Power of most men, unit by consent, in one person, ...that has the use of all their powers* (ibid).

vek plassen for pessimisme og skuffelse (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:14).

En sinnssykekomité av 1913 hadde foreslått ordet asyl avløst med hospital. Det var et ord som oppfattes av komiteen som å ha noenlunde samme betydning, men med en mer ønskelig ladning. Ordet hospital fikk aldri noen stor utbredelse i denne sammenheng. Det var betegnelsen sykehus som gradvis avløste asyl. Betegnelsen sinnssykehus *er brukt synonymt med asyl i den nåværende lov og sinnssykehus i vanlig språkbruk. (...) Det er i loven behov for en betegnelse som bare omfatter sinnssykehusene* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:15). Komiteen måtte foreslå et alternativt navn til sinnssykehus. Valget falt på psykiatrisk sykehus for å begrepsliggjøre det særlige sykehuset. Selve saksforholdet var ikke gjenstand for drøfting.

I innstillingen kom det fram to sentrale kriterier for å bli innlagt og holdt tilbake i det psykiatriske sykehuset. Det første uttrykt som alvorlig sinnslidende (psykose). Dette ble av et flertall i komiteen ansett som å ha et presist medisinsk innhold. Det andre var det sosiale kriteriet at innleggelsen skulle være til det beste for den syke eller nødvendig for den offentlige orden eller sikkerhet (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:27). Tanken om behandling er i denne sammenheng ikke uttrykt. Det er mulig den ligger implisitt i snakkemåten «den sykes beste».

11.2 Kamp for begrepet sinnssyk

Et av medlemmene i komiteen som reviderte sinnssykelovgivningen, byrettsdommer Peter Vogt, leverte særvotum (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:91-101). Det betyr at han leverte et eget tillegg til utvalgets innstilling som skilte seg fra denne på vesentlige områder. Han hadde bemerkninger til valg av begrep, og begreps innhold og betydninger. Vogt mente utvalget burde drøfte *hva loven inneholder, og om, hvorfor og i tilfelle revisjon er ønskelig eller nødvendig* (Innstilling fra komiteen til revisjon av

sinnssykelovgivningen 1955:91). Han mente den gamle sinnssykeloven var god. Vogt så det slik at behovet for revisjon var knyttet til lovens fortolkning og praksis, som han mente var uheldig. For drøfting av begrep om den psykiatriske pasient er det hans vurdering av begreps utvikling og relasjoner til andre begrep som er interessant.

Vogt karakteriserte sinnssykebegrepets utvikling som uheldig. Han var av den oppfatning at begrepet sinnssyk burde brukes som motsvarende begrep til legemlig sykdom. Begrepet sinnssyk skulle ha en vid betydning. Det burde dekke alle former for sykdom på sinnet. Vogt mente det var uheldig at betydningen av sinnssyk hadde blitt innsnevret til psykose. Han var også av den oppfatning at det er

galt å hevde at sinnssykdom og psykose er presise begreper, og at begrepet sinnssykdom bare omfatter psykosene. Så vidt jeg forstår erkjenner flertallet et sted at det er «den senere utvikling» som har endret betydningen av begrepet sinnssyk, og at etter lovens opprinnelige mening «i alle fall de lavest stående åndssvake ble slått sammen med de egentlig psykotiske». Hvis begrepet psykose ikke er presist, er det etter min mening galt å lovfeste uttrykket under foregivende at det er presist (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:92).

Hvorfor hevdet Vogt at dette var upresise begreper? Han viste til at ordet sjelelig brukes blant annet i lovutkastet. Han skrev *For meg er det tåket hva flertallet legger i begreper som «sjelelig», «sinnstilstand» og «kroppslig»* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:91). Han stilte spørsmål ved om sjel og sjelelig, og sinn og sinnsmessig medisinsk sett var det samme. Vogt drøftet etymologiske trekk ved begrepene sjel og sinn. Han henviste til begrepene tradisjonelle betydninger som motsetning til det han beskrev som psykiatriens virksomhet, der de gjøres til objekt for vitenskapelig medisinsk forskning (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:93). Han argumenterte for at dette var begrep som vanskelig kunne defineres. Vogt viste til at

Major delte sykdommene i to hovedgrupper: legemlig sykdom og sinnssykdom. (...) Oppdelingen av sykdommene på denne måten er ikke vitenskapelig, den har

bare rent praktiske formål. (...) Likeså lidt som det er nødvendig å definere hva legemlig sykdom er, er det nødvendig å definere hva sinnssykdom er. Akkurat som legemlige sykdommer er et meget omfattende begrep, mente Major med sinnssykdom alle patologiske fenomener som gir seg sinnessmessige utslag, og som ikke har påviselig legemlig årsak, eller er begrunnet i kjent legemlig sykdom (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:92).

Vogt var kritisk til psykiaternes bruk av begrepene sjel og sjelelig når han skriver:

Når den nyeste medisinske spesialitet, psykiatrien, som begynte sin virksomhet som universitetsvitenskap mange år etter Majors død, annekterer disse betegnelser og gjør dem til objekt for vitenskapelig, medisinsk forskning, synes det for meg klart at den må utvetydig definere hva begrepene inneholder (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:93).

I sitt tilleggsvotum skrev han:

Sinnssykebegrepet er – som legemlig syk – hovedsakelig et praktisk medisinsk begrep, enten det oppfattes som et motstykke til legemlig syk, eller det innsnevres til bare å omfatte psykosene. Det bør derfor fjernes fra alle senere lover som har latt det få selvstendig juridisk betydning (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:97).

Vogt problematiserte skillet begrepsliggjort som sjel og legeme. Han ønsket å avgrense begrepet sinnssyk som et praktisk-medisinsk begrep, som et motbegrep til legemlig syk. Etter hans oppfatning *trenger ikke loven og dens prinsipper noen inngripende revisjon* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:97). Vogt var

ikke overbevist om at leger alltid er mer sakkyndige enn andre. Hvilket vitenskapelig fundament den medisinske undersøkelse og behandling av disse patologiske fenomener bygger på, innrømmer jeg står meget uklart for meg. (...) Etter min oppfatning trenger ikke loven og dens prinsipper noen inngripende

revisjon. Derimot mener jeg at lovens fortolkning og den uriktige praksis (som vel nå har blitt sedvanerett) i høy grad trenger revisjon (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:97).

Vogt uttrykte på den ene siden lojalitet til Major og sinnssykeloven fra 1848. Samtidig var han kritisk til hvordan begrepet sjel ble brukt i fortolkning av sinnssykdom. Han stilte spørsmål ved legenes og vitenskapens innsikt i dette fenomenet. Vogts særvotum bidrar til å belyse verdiladede og tvetydige trekk i det semantiske feltet omkring begrepet sinnssyk mot slutten av 1950-tallet.

Vogt drøftet også praksisen med at sinnssyke ble klassifisert som helbredelige og uhelbredelige. Han hevdet at Major var imot denne oppdelingen. På den ene siden kan denne todelingen betraktes som en medisinsk vurdering. Det kan også forankres i økonomiske vurderinger. Vogt hevdet at

studiet av sinnssykdommene er fremdeles ikke i dag kommet så langt at man etter min mening har noen holdbar vitenskapelig underbygning for at oppdelingen av de sinnssyke i uhelbredelig og helbredelig er riktig. Jeg mener at man for alle steder hvor sinnssyke ikke frivillig innlegges til undersøkelse, behandling, forpleining og pleie, prinsipielt bør ha samme våkne kontroll og bestyrelse, og at de derfor bør samles i loven under samme benevnelse (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:98).

Dette kan oppfattes som at Vogt argumenterte mot nyanseringen av begrepet sinnssyk gjennom tilføyelser. Helbredelig og uhelbredelig var to tilføyelser til sinnssyk som bidro til å lade begrepet på ulike måter. De var virksomme i den forstand at de gav retning til ulike måter å handtere sinnssyke pasienter. Vogt kan oppfattes som at han var bekymret for at omsorgen for såkalt uhelbredelige sinnssyke skulle bli dårligere enn for de som ble klassifisert for helbredelige. I forbindelse med komiteens innstilling hadde valg av navn som skulle overta for asyl vært et aktuelt tema. Vogts forslag var sykehus for sinnslidende.

Lovmessig å stadfeste forskjellen mellom uhelbredelig og helbredelig sinnssyke ved å sette forskjellige navn på de steder hvor de ikke frivillige anbringes, kan lett bety infamering av de førstnevnte, og bli en sovepute for de asylleger som helst vil ta i mot bare dem som de mener det er utsikt til helbredelse for. Noen som helst fordel for de sinnssyke betyr en slik oppdeling ikke (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:98).

Dette sitatet bidrar til å nyansere begrepet sinnssyk ytterligere. Her skriver Vogt om noen sinnssyke som de ikke frivillige. Dette er en uttrykksmåte som knytter an til bruk av tvang.

Sitatet viser også at forestillingen om sinnssyke som helbredelige eller uhelbredelige fortsatt var virksom. Dette begrepsparet kan føres langt tilbake i tid. Her inngikk det i en debatt om lovgivning og kvalitet. Vogt mente at *man for alle steder hvor sinnssyke ikke frivillige innlegges til undersøkelse, behandling, forpleining eller pleie, prinsipielt bør ha samme kvalifiserte ledelse og samme våkne kontroll og bestyrelse, og at de derfor bør samles i loven under samme benevnelse* (Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1955:98). Vogts standpunkt var verdiladet på den måten at han var i mot denne sorteringen av mennesker.

Tilleggsvotum til Vogt kan oppfattes som å formidle kritikk av medisin og av asylleger. Min vurdering er at Vogts særvotum dokumenterer ideologiske og politiske trekk ved både begrepet sinnssyk og asylbegrepet. Dette viser at det var kamp om betydning og bruk av begrepet sinnssyk. Vogt bidro til å synliggjøre verdimeslige utviklingstrekk. Han viste også hvordan varierende måter å tenke på formet ulike snakkemåter. Avslutningsvis kan det trekkes fram at Vogt hadde liten tro på at navneforandring ville medføre noen bedring i omdømmet av den sinnssyke. Hans oppfatning var at det måtte opplysning og faktisk bedring av forholdene innen dette området bidra til.

11.3 Psykisk helsevern

Forslaget til nytt lovutkast finnes i Ot. Prop. Nr. 69 (1959-60) *Om lov om psykiatrisk omsorg*. Dette var en tilråkning fra Sosialdepartementet. Den var skrevet på bakgrunn av innstillingen fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivingen, samt ulike høringsinstanser. Lovutkastet la til grunn uttalelser fra komiteen som hadde revidert sinnssykeloven, helsedirektøren og sosialdepartementet. Innledningsvis i tilråkningen er det presentert en situasjonsbeskrivelse som beskrev økning i antallet sinnssyke, og nedgang i antall plasser for sinnssyke pasienter i sykehus. Det hevdtes at sinnssykehusene var mangelfullt utbygd, og presset på sinnssykehusene beskrives som stort. Dette ble forsøkt handtert gjennom ambulant og poliklinisk behandling av sinnssyke pasienter. I denne situasjonsbeskrivelsen nevnes også en ny gruppe sinnslidende, barn og ungdom. I forslaget til lovutkast kommer det fram behov for ytterligere utbygging av, og mer ressurser til, det som nå betegnes som psykiatrisk omsorg.

En språklig endring var psykiatribegrepet. Sinnssykeomsorg gikk ut av bruk, mens psykiatrisk omsorg er den nye betegnelsen som kom til. Psykiatri som begrep ble brukt allerede på 1800-tallet, men da heller i sammenhenger som hadde å gjøre med utdanning (Ludvigsen 1998:248-249). *Psykiatrisk omsorg er av komiteen brukt som en samlende betegnelse for den undersøkelse, behandling og pleie som noen trenger på grunn av en sykelig sinnstilstand* (Ot.prop.nr. 69 1959-60:14). Dette forslaget ble møtt med innvendinger (Ot.prop.nr. 69 1959-60:14-16). Stadsfysikus i Bergen hevdet at psykiatrisk omsorg *lyder passivt*. Han mente målet måtte være ikke bare å behandle disse sykdommer, men å bekjempe dem. Overlege Scharffenberg foreslo *Lov om mentalvern*. Helsedirektøren vurderte forslagene *Lov om foranstaltninger mot sinnslidelsen*, *Lov om åtgjerder mot sinnslidelsen* og *Lov om psykisk helsevern*. Helsedirektøren valgte å støtte navnet *Lov om psykiatrisk omsorg*, fordi dette *innebærer en understrekning av de forebyggende oppgaver* (Ot.prop.nr. 69 1959-60:14-16). Fylkesmannen i Oppland ønsket å holde fast ved *lov om sinnssyke*. Sosialdepartementet vurderte å foreslå *Lov om psykisk helsevern* som lovtittel. Under tvil ble departementets forslag *Lov om psykiatrisk omsorg*.

Hvorfor har lovens tittel interesse? Tittelen på loven handler om definisjonsmakt. Om hvilke ord som skulle brukes for å beskrive det som før hadde blitt uttrykt som sinnssykeomsorg. Når lovens navn var gjenstand for endring kan dette oppfattes som å åpne muligheter for nye diskurser. Diskusjonene omkring lovens tittel viser at ulike snakkemåter dels opptrådte side om side, og dels avløste hverandre. Samtidig inngikk begrepsliggjøring av psykiatriens pasient og lovens tittel i maktforhold som viser stabile trekk i formingen av en egen sort pasient.

I sin innstilling hadde komiteen lagt vekt på *at vi her har med virkelige sykdommer å gjøre* (Ot.prop.nr.69 1959-60:10). Dette har vært et tilbakevendende tema over tid. Det er i seg selv interessant funn. Hvorfor har det vært så viktig eller nødvendig å fastslå at psykiatriens fenomen er å forstå som virkelig sykdom? Hva er egentlig virkelig sykdom? Er det den moralske arven som tematiseres på denne måten? Hvis psykiatriens objekt er urolig, urenselig, ikke holder orden eller arbeider, og dette ikke skyldes sykdom – hvordan skal det da begrepsliggjøres og håndteres? Eller var det problemene knyttet til vitenskapeliggjøring av sinn i fortolkning av sykdom som formet denne måten å snakke på? Det å føye virkelig til sykdom lader sykdomsberepet. Det skaper inntrykk av det finnes to sorter sykdom. Den virkelige og den sykdom som ikke var virkelig. Tilføyelsen virkelig nyanserer det semantiske feltet, men den bidrar til å skape tvetydighet. Det er tenkelig at det ligger mer verdsetting i begrepsliggjøringen som syk. Kildene tematiserer ikke motbegrepet til *virkelige sykdommer*. Ordet virkelig i det semantiske feltet til sinnssyk kan oppfattes som virksomt i den forstand at det forsterket det medisinske inntrykket.

Det tidligere navnet asyl og det nåværende navnet sinnssykehus ble foreslått endret til psykiatrisk sykehus. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag skrev *I mine øyne gir betegnelsen «asyl» som den nåværende lovgivning bruker, sproglig et inntrykk av fristed og omsorg, som det kalde «psykiatrisk sykehus» helt mangler* (Ot.prop.nr. 69 1959-60:16). Asylbegrepet ble gjenstand for debatt. En mulighet er at asylbegrepet ikke ble oppfattet som nok medisinsk. I så måte reflekterte begrepet sykehus i større grad at dette var et medisinsk anliggende. Asylbegrepet hadde over tid endret innhold og blitt mer negativt ladet. Begrepet asyl ble nok ikke forbundet med fristed, men

heller med frihetsberøvelse. Et annet utviklingstrekk var at flere aktører var delaktige i prosessene omkring navnevalg, som eksempelvis fylkesmenn. Både helsedirektøren og sosialdepartementet støttet betegnelsen psykiatrisk sykehus. Samtidig pekte departementet på at komiteens innstilling allerede hadde påvirket språkbruken på dette punktet. I Opdøl sykehus var asylbegrepet for lengst et tilbakelagt stadium. Der ble det snakket om sykehus. Asylbegrepet var nok i noen grad gjenstand for debatt i forbindelse med lovendringen, men det rådet relativt stor enighet om at sykehus var det nye navnet.

I forslaget til lovtekst hadde *komiteen gått bort fra bruken av ordet sinnssyk, som riktignok etter hvert har blitt et temmelig presist ord, men har fått noe forskjellig innhold alt etter som det brukes klinisk-medisinsk, rettsmedisinsk eller sosialmedisinsk* (Ot.prop.nr. 69 (1959-60):3). I sitatet hevdes det at sinnssyk var et temmelig presist ord. Det ble oppfattet som et medisinsk begrep. I drøftingene brukes formuleringer som rent medisinsk og virkelig medisinsk. Dette er tilføyelser som inngår i det samme semantiske feltet som virkelige sykdommer. Tilføyelsene til medisinsk bidrar til å skape uklarhet. Tilføyelsene rent og virkelig etterlater inntrykk av noe annet som ikke uttrykkes. De kan oppfattes som positivt ladet, mens det som ligger mellom ordene og saksforholdet muligens var mer negativt ladet.

Både innhold og bruk av begrepet sinnssyk kom over tid til å bli mer sammensatt. I forbindelse med lovendringen ble tvetydige aspekt ved begrepet sinnssyk tydeligere. Godt og vel 100 år etter at sinnssykeloven ble vedtatt hadde sinnssyk gradvis blitt en betegnelse med både juridiske og medisinske betydninger, og kan dermed oppfattes som mer tvetydig. Det nye forslaget var å bruke betegnelsen alvorlig sinnslidende (psykose). Dette skapte debatt. Uttrykket sinnssyk hadde bred støtte fra flere. Ordet sinnssyk ble oppfattet som kort, enkelt og betegnende. Helsedirektøren konkluderte med å støtte uttrykksmåten alvorlig sinnslidende, *som skal brukes synonymt med «sindssyg» i nåværende lov* (Ot.prop.nr. 69 (1959-60):16). Dette sitatet viser at selv om begrepene endret seg, ble betydningen videreført i nye begrep.

Forslaget til lov om psykiatrisk omsorg var også preget av en skrivemåte som følgende kan eksemplifisere: *Når noen* (§3)..., *Den som er innlagt...*(§5), *Hvor noen er under psykiatrisk omsorg...*(§8). Dette er nye skrivemåter. *Den syke...*(§6) er en betegnelse med røtter tilbake til sinnssykeloven. Den gamle skrivemåten som ble brukt i sinnssykeloven fra 1848, patient brukes ikke lenger, men den nyere skrivemåten pasient brukes også i liten grad i denne teksten. *Pasienten...* i bestemt form brukes en gang (§3). Det kan legges til at det i forbindelse med ettervern brukes uttrykket gjester (Ot.prop.nr 69 (1959-60):6), og i forbindelse med privat forpleining den forpleidde (Ot.prop.nr 69 (1959-60):5.) Det sniker seg inn en slags dobbelthet i den forstand at de nye skrivemåtene representerte en tendens til å formulere seg mindre spesifikt, avgrenset og konkret. Samtidig var det behov for å avgrense i forhold til andre medisinske spesialiteter. Et annet forhold er at det startet en prosess der språket ble abstrahert slik at det ble mulig å snakke om grupper, ikke spesifikt den syke.

Etter behandlingen i sosialkomiteen legges Innst. O. V. (1960-61) fram. Nå er lovens tittel *Lov om psykisk helsevern*. Sosialkomiteen

er enig med Sinnssykelovkomiteens flertall i at man i den nye lov bør erstatte uttrykkene sinnssyk, sinnssykdom og sinnssykehus og asyl med nye betegnelser. Sproglig og teknisk er nok begrepene gode, og som nevnt foran mener mange av psykiaterne at man bør beholde dem. Komiteen deler imidlertid den oppfatning at uttrykkene etter hvert har fått en så vidt negativ klang at de ikke bør nyttes i ny lov. Komiteen tar derfor opp departementets forslag om i stedet å nytte uttrykkene «sinnslidende», «alvorlig sinnslidende» og «psykiatrisk sykehus» (Innst. O. V. (1960-61):10).

På politisk nivå rådet en felles forståelse for at begrepet sinnssyk var gått ut på dato og modent for utskifting. Sosialkomiteen skrev i sin innstilling

Når det gjelder den av departementet foreslåtte lovtittel, «Lov om psykiatrisk omsorg», er komiteen enig i det som er hevdet fra enkelte hold om at denne tittel virker svært passiv. Departementet har her selv vært i tvil og har antydnet «Lov

om psykisk helsevern». Komiteen finner denne tittel bedre og foreslår at loven skal hete «Lov om psykisk helsevern» (Innst. O. V. (1960-61):10).

Med denne tittelen ble ordet vern tydeligere i det semantiske feltet. Det har blitt brukt om forsvar, det å vokte seg, afholde sig fra (Falk og Torp 1991:976-77). Vern har også betydningsformer i retning av omsorg, beskytte seg fra eller beskyttes seg mot. Da lovens tittel ble lov om psykisk helsevern måtte psykiatribegrepet tre til side. Det nye navnet var ikke like tett knyttet til en bestemt yrkesgruppe. På folkemunne kom loven til å bli kalt psykiatriloven.

Vogt og Majors standpunkt om at begrepet sinnssyk skulle ha en vid betydning ser ut til å bli forlatt. Sosialkomiteen skrev

Etter sinnssykelovkomiteens (flertallets) oppfatning har begrepet «sinnssyk» etter hvert fått et temmelig presist innhold og svarer medisinsk sett til en relativt skarpt avgrenset hovedgruppe av de psykiske sykdommer, nemlig psykosene. «Psykosere» betegner de sinnslidelser som er så alvorlige at de går ut over den sykes selvkontroll, både når det gjelder forestillinger og tanker, og adferden, slik at vedkommende foretar seg handlinger som strider mot egne eller samfunnets interesser. Karakteristisk er at den syke mangler sykdomsinnsikt (Innst. O. V. (1960-61):3).

Denne innstillingen fra sosialkomiteen nedtonet bruk av, og diskusjon omkring, begrepet psykose. Den slo fast at det er *tilstrekkelig med uttrykket «alvorlig sinnslidelse» når det i forarbeidene er presisert at uttrykket i loven er ment synonymt med det hevdvunnene innhold av det medisinske ord og begrep «sinnssykdom» (Innst. O. V. (1960-61):4).* Dette betyr at dersom sinnssyk er å forstå som et historisk og politisk virksomt begrep med tvetydig betydning, må dette forhold antas å ha blitt videreført til begrepet alvorlig sinnslidelse.

11.4 Drøfting av begrepsendringer

Semantiske felt formet av ord og begrep som sinnssykelov, sinnssyk, sinnssykehus, samt utbygging, psykiatri, virkelig sykdom ble omkring 1960 gjenstand for gradvis endring. Begrepet sinnssyk var nå omformet fra å være et framtidsrettet begrep til å ha mer belastet innhold. Da sinnssyk ble introdusert på 1800-tallet ble det ansett som et moderne begrep. Det inngikk i et samfunnsprosesser for å bedre forholdene for mennesker som hadde blitt begrepsliggjort som galne og afsindige. Nå var begrepet sinnssyk omformet til et erfaringsmettet og negativt ladet begrep. Slitasjen på begrepet sinnssyk var blitt for stor. Det var for mange negative assosiasjoner forbundet med sinnssyk. Det ble politisk ukorrekt. I stedet kom det nye begrepet alvorlig sinnslidende. Nabobegrepene syk og pasient ble videreført. En refleksjon kan være at disse begrepene får sin betydning innenfor en diagnostisk kultur som skiller mellom den som trenger hjelp og den som gir hjelp, og den som er gjenstand for observasjon og den som observerer.

Begrepet sinnssykeomsorg hadde også blitt omformet fra å ha vært et framtidsrettet begrep. Nå var det også et erfaringsmettet og negativt ladet begrep. Det ble byttet ut med psykisk helsevern. Begrepet sinnssyk var et virksomt begrep i sosiale prosesser. Det hadde vært legitimerende i diskurser, blant annet psykiatridiskurs. Når begrepet ikke fungerte etter hensikten utad ble det nødvendig å bytte det ut med andre begrep.

Det semantiske feltet ble på mange måter mer mangfoldig. Var det begrepet sinnssyk, psykiatrisk omsorg eller psykisk helsevern som skulle definere dette området? Hver for seg gav disse begrepene til en viss grad noe ulik retning. Endringene kom til syne som begrepsmessige skifter. Valget falt på Lov om psykisk helsevern, alvorlig sinnslidende og psykiatrisk sykehus. Disse begrepene inngikk i et semantisk felt formet av forestillinger om behov for utbygging av flere sykehusplasser, psykiatri, samt tilføyelser om virkelig sykdom. Tidligere betydningsinnhold ble i stor grad videreført i nye ord og begrep. Det omfatter også tvetydige trekk ved begrep og relasjoner. Begrepene skulle bære i seg verdier om at dette var et offentlig satsingsområde. Sett i relasjon til begrepet sinnssyk var det å snakke om psykisk

helsevern mer i tråd med tiden. Ideologiske trekk om at syke mennesker har rett til omsorg og behandling videreføres.

Begrepsbruk i Lov om psykisk helsevern fra 1960-61 tydeliggjør to skillelinjer. Den ene knyttet til forholdet psykiatri og psykisk, og den andre til forholdet mellom omsorg og vern. På denne tiden kom snakkemåten psykiatrisk sykdom inn i det semantiske feltet. Det startet også en slags alminneliggjøring av fenomenet begrepsliggjort som psykisk sykdom. Samtidig ble særlovgivningen ytterligere befestet. I utarbeidingen av den nye loven kom det fram at dette var et område som krevde egen lovgivning. Det skyldtes forhold knyttet til frihetsberøvelse.

Med utgangspunkt i Kosellecks begrephistoriske tilnærming er det grunn til å anta at de nye ordene både bar i seg elementer fra tidligere tenkning, samtidig som de pekte framover og representerte noe nytt. Pasient er et ord som fortsatt ble beholdt, noe som vedholdt den medisinske defineringen. Det var diskusjon rundt innleggelseskriteriet alvorlig sinnslidelse (psykose). I en del av prosessen var skrivemåten psykose i parentes tydelig. Senere i prosessen falt psykose i parentes bort. Det må antas å ha foregått en form for kamp omkring psykosebegrepet. Det kan se ut som at den endte med at psykosebegrepet ble trukket noe i bakgrunnen, men innholdsmessig ble tidligere betydning videreført.

Omkring denne lovendringen tegnet det seg et semantisk felt som utvides og blir mer mangfoldig. Det preges av mer variasjon. Samtidig ble det medisinske og psykiatriske innslaget enda tydeligere. Sinnssykdom, behandling og sykehus er sentrale begrep. Til tross for at nye snakkemåter opprettholder betydningsinnholdet i tidligere begrep. Det er derfor grunn til å anta at asymmetriske trekk ble videreført. Det kan diskuteres om disse begrepsformasjonene kan analyseres som Kosellecks begrepskamp. Riktignok kom det opp forslag til ulike betegnelser, men det virker å ha vært relativt stor grad av enighet omkring betydningsinnholdet. Dette handlet om medisinsk behandling av den syke, og dette var en særlig form for syk som krevde spesielle tiltak fra samfunnets side. I den grad dette kan beskrives som begrepskamp

foregikk den i all hovedsak innen psykiatrisk diskurs. Fagområdet psykiatri fortsatte som autoritet på dette området.

Den nye loven bidro til å tydeliggjøre makten til en profesjon, psykiatri. Den befestet forholdet mellom profesjonen og myndighetene. Psykiatri var fortsatt i besittelse av makt til å klassifisere. På samme måte som sinnssyk hadde inngått i politisk konstruksjon, videreførte den nye loven at alvorlig sinnslidende også kom til å inngå i politisk konstruksjon. Denne lovendringen bærer preg av at skiftet fra begrepet sinnssyk til alvorlig sinnslidelse dels var adressert til verden utenfor det psykiatriske feltet. Sinnssyk ble i økende grad oppfattet som et belastet begrep. Alvorlig sinnslidelse og psykiatri var alternative begrep, som ble oppfattet som mer i tråd med tiden. Tilføyelsen alvorlig bidro til å lade sinnslidende. Den understreket hvor viktig dette var, noe utenom det vanlige. En refleksjon er at det var de moralske trekk ved fenomenet sinnssyk som ble refortolket som psykose, for eksempel at handling og tanker var i strid med samfunnets interesser.

Dynamikken mellom erfaringer og forventinger til framtiden bidro til å drive fram nye begrep i dette semantiske feltet. Koselleck hevdet at prosessene omkring begrepsendringer handler om demokratisering, politisering, temporalisering og ideologisering. Denne måten å tenke på kan anvendes for å analysere prosesser omkring revisjon av sinnssykeloven. Temporalisering viser til at begreps betydninger blir framtidsrettet. Kildene har vist at forestillingen om å kunne behandle sinnssyke kom på plass før sinnssykeloven ble vedtatt. Denne forestillingen har siden vært virksom. Samtidig viser kildene at dette med å behandle sinnssykdom ikke var så enkelt. Mange ulike former for behandling var forsøkt. Det eneste som i noen tilfeller hadde vist seg vellykket var at pasientene kom i arbeid. Den framtidsrettede forestillingen om medisinsk behandling ble i stor grad videreført.

Demokratisering leder oppmerksomhet i retning av at begrep spres til nye samfunnsgrupper. I forbindelse med revidering av sinnssykeloven er det tydelig hvordan dette feltet skal åpnes for barn og ungdom som nye pasientgrupper. Det pågikk også drøftinger omkring åndssvake som pasienter i sinnssykeomsorgen. Flere

uttrykte tilfredshet med utbygging av en egen omsorg for denne gruppen. Med ideologisering mente Koselleck at begrep ble anvendelige for flere interesser. Det offentlige ansvar for å yte omsorg og behandling for syke er et ideologisk trekk som videreføres. Et annet ideologisk trekk handler om at betydningen av sinnssyk var virksom i den forstand at den bidro til å identifisere en gruppe mennesker.

Politisering handler om at begrep i økende grad ble gjenstand for uenighet og strid i forbindelse med begrepets betydning og bruk. Vogts særvotum viser at begrepet sinnssyk ble gjenstand for uenighet og strid i forbindelse med lovens behandling.

Relasjonen mellom begrepene psykiatri og psykisk kan også oppfattes som uttrykk for at det rådet en kamp mellom begreper. Beslutningen om å bruke begrepet psykisk helsevern ble tatt på politisk nivå. Det er mulig at begrepet psykiatri sto sterkere i sykehuset. Omkring revisjonen av sinnssykeloven ble begrepet psykisk helsevern brukt politisk med sikte på å reformulere dette området språklig, men i mindre grad innholdsmessig. Lovendringen førte til et sett av nye begreper. Neste kapittel undersøker nærmere hvilke diskurser og motbegreper de nye begrepene kom til å bli koplet sammen med.

12 Ideologiske skifter i Opdøl sykehus

Hvordan kan begrep om psykiatriens objekt bidra til å belyse noen ideologiske utviklingstrekk som tok til på 1970-tallet? Tøssebro har beskrevet dette som *en vending mot omgivelsene* (Tøssebro 2010:15). Dette var ikke et perspektiv. Det er et sett av beslektede ideer som plasserte årsaker til sykdom, funksjonshemming eller problemer utenfor individet, og i samfunnet. I løpet av 1970-tallet vokste det fram et perspektivskifte med politiske konsekvenser. De kan fortolkes som uttrykk for begynnende ideologiske skifter.

Ideologier er beskrevet som ulike måter å tenke om politikk (Freedon 2004:6). Ideologier kan reflektere ideer om hvordan noe er, eller om hvordan det bør være.

Holdninger, verdier, mål eller fokus for løsninger vil være baket inn i ideologier. Ideologier vil nedfelle seg i språket i form av begrep. Overført til denne studien reflekterer ideologi bestemte måter å tenke på om fenomen begrepsliggjort som sinnssykdom. Sykdomsforklaringer, og bruk av tvang og arbeid som behandling kan i denne sammenheng oppfattes som uttrykk for en rådende ideologi. Dette var en ideologi formet av psykiatridiskurs. Den hadde utgangspunkt i et medisinsk perspektiv, der medisinsk behandling skulle «fikse» feilen.

Dette kapitlet undersøker hvordan ideologiske skifter kom til uttrykk i Opdøl sykehus, både gjennom omorganiseringer og i antall pasienter. Et utviklingstrekk er at begrepsliggjøring av pasientene gradvis skiftet karakter. Uttrykksmåten aktiv behandling gjennomgikk noen innholdsmessige forandringer. Andre utviklingstrekk viser at nye betegnelser kom til, mens tidligere snakkemåter trådte i bakgrunnen. Semantiske endringer viser hvordan det psykiatriske hegemoniet gradvis ble utfordret, og hvordan tilnærminger som i større grad var individuelle og rettighetsbaserte gradvis kom til. Et annet utviklingstrekk er hvordan begrep om den psykiatriske pasient gradvis kom under press. Jeg forteller to pasienthistorier for å gi innblikk i pasienters hverdag i Opdøl sykehus på 1970-tallet.

12.1 «Vi kastet frakken!»

Ole Hermann Robak var overlege og faglig leder på Opdøl sykehus fra 1968 til 1974. Han tok initiativ til en rekke endringer. Kjønn hadde vært det sentrale kriteriet for avdelingsinndeling. Dette endres fra den 10. februar 1970 til å bli geografisk bestemt.¹¹⁴ Avdeling A fikk ansvaret for pasienter fra Sunnmøre og Vestnes (søndre del av fylket) og avdeling B for pasienter fra nordre del av fylket (Nordmøre og Romsdal).

¹¹⁴ Vedtak i tilsynsnemnda 22.12.69 (Årsmelding for Opdøl sykehus 1970).

Både avdelingane er blanda menn og kvinner på kvar avdeling. Flyttinga gjekk greitt, og omdelinga vart gjort på eit par dagar. Omdelinga vart sett i verk for å letta den ambulante verksemda (for- og ettervernet). Men det har vist seg visse føremonar for den intramurale verksema og: det har blitt mogleg å byggja ut ein større og meir naturleg kontaktflate mellom menn og kvinner på avdelingane, og dette ser ut til å verka inn på det terapeutiske miljøet på ein god måte. På eit par postar har dei gått eit steg vidare og gjort sjølve posten «blanda». Dette har vore så vellukka at ein vil freista å gjera fleire postar «blanda» i 1971 (Årsmelding Opdøl sykehus 1970:2).

Opdøl sykehus ble den første psykiatriske institusjonen her i landet som opphevet kjønns skillet mellom avdelingene og i stedet delte pasientene inn etter geografisk tilhørighet (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:17). På landsplan fikk dette navnet «Opdølmodellen». Dette ble omtalt som sektorisering. Hver sektor hadde sitt eget behandlingspersonale som tok seg av pasientene i forvernet, oppholdet i sjukehuset og ettervernet.¹¹⁵ For og ettervern innebar at personalet reiste ut av sykehuset, faste dager til Ørsta/Volda, Ålesund, Sunndalsøra og Kristiansund. Det at sykehusets personale reiste var ikke noe nytt. Det nye handlet mer om omfanget av reising og systematikken den inngikk i. Både leger, psykologer, sosialkuratorer og sykepleiere deltok i dette arbeidet, og de kom under den felles betegnelsen terapeutiske ressurser. Denne betegnelsen, terapeutiske ressurser, gjør legens rolle mindre tydelig. Reisene i tilknytning til for- og ettervern handlet både om å ha kontakt med lokale helse- og sosialarbeidere, samt å gi råd og hjelp til pasientene. Uttrykksmåten intramural i sitatet over er ny og jeg vil komme tilbake til den senere.

Overlege Ole Herman Robak brukte uttrykket den terapeutiske verksemda i årsmeldingen for 1970. Bruken av medisinar har støtt synt nedgang... Vi har lært å bruke dem med varsemd og måtehald, til gagn for pasientane. I staden for medisinar kjem andre metodar. Ein freistar å gjera heile sjukehusmiljøet terapeutisk, og dei

¹¹⁵ Brev 29.04.1974 undertegnet Hans Ljøen.

einskilde postane vert organisert som små «terapeutiske samfunn», med stor vekt på fellesmøte, gruppeverksemd, pasientaktivitet og – demokrati (Årsmelding for Opdøl sykehus 1970:4). Sitatet kan leses som at det i en periode hadde vært brukt mye medisiner. Det kan forstås som at omfanget av medisinbruken hadde vært for stor. Sitatet bærer i seg forventninger om at nye metoder skal komme og avløse medisinene.

Tenkningen om terapeutiske samfunn har forbindelser til den skotske psykiateren R. D. Laing.¹¹⁶ Nå er det relasjonen mellom pasientene og behandler og mellom pasienter, samt struktureringen av avdelinger og dagsplaner som skulle ha en behandlende rolle. Ideen om terapeutiske samfunn handlet om innføring av mer demokratiske prinsipper for organisering og behandling. Dette var en tenkning formet av kritikere til psykiatri. De har også vært omtalt under samlebetegnelsen antipsykiatribevegelsen. Budskapet fra kritikerne var at psykiatrisk behandling ofte var mer skadelig, enn til nytte for pasientene. Den inngikk i relasjoner mellom leger og pasienter preget av manglende likeverdighet, og at prosessene omkring diagnostisering var subjektive. For eksempel forsterket boken *Ideology and Insanity* kritikken av psykiatrien (Szasz 1974). Her drøfter Szasz hvordan psykiatriens definisjoner bidrar til å objektivere mennesker. Han skrev også om betydningen av å forme omgivelser der mennesker kunne ta ansvar for seg selv. Disse internasjonale strømningene nådde også fram til Opdøl sykehus.

Robak så utvikling av tverrfaglighet som viktig fagpolitikk i psykiatrien. De hierarkiske skiller mellom ulike faggrupper ble forsøkt nedbygget og gruppeterapi, samtalebehandling og lignende ble innført. Dette ble muliggjort med rekruttering av sosionomer og psykologer og opplæring av ufaglærte. Som et ledd i utvikling av tverrfaglig samarbeide fikk Robak i 1974 opprettet Faglig råd som en erstatning for legerådet. (...) Hovedoppgaven til rådet skulle være å sikre at det faglige behandlingspersonalets sakskunnskap fikk tilstrekkelig innflytelse på sykehusets drift

¹¹⁶ Se for eksempel https://en.wikipedia.org/wiki/R.D._Laing Lastet ned 03.10.2012

som behandlingsinstitusjon (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:17). Det kan trekkes linjer trekkes tilbake til moral treatment og ideen om at *the lunatic is not consigned to total "otherness" but is located on a continuum with the sane person* (Goldstein 2001:109). Robaks initiativ bidro til å bevege tenkingen om pasientene nærmere «the sane person».

På samme tid, altså tidlig på 1970-tallet, rives gjerdene omkring sykehuset og luftegårdene. Hele 88 prosent av pasientene deltok på denne tiden i en eller annen form for arbeid. Eldbjørg Gimnes jobbet på sykehuset på den tiden. Hun forteller at *Vi kastet frakken! Det var flere av oss unge som gikk kledd i disse korte, moderne miniskjørtene.*¹¹⁷

I en rapport om *Ressursdisponering i psykiatriomsorgen i Møre og Romsdal* fra mai 1974 kommer det fram at Opdøl sykehus hadde 441 pasienter (Innstilling sak nr 860/73). På den tiden foregikk ombygginger som var antatt å redusere antall godkjente plasser i sykehuset til 425. Med dette snudde utviklingen med å bygge ut sykehuset for stadig flere pasienter. Fra nå av startet en prosess der antallet pasienter innlagt i sykehuset gradvis ble redusert. Det var nye tanker som lå til grunn for dette skiftet. I *Framlegg til plan for psykisk helsevern i Møre og Romsdal* (1971) hevdes det at *det psykiatriske servicetilbud måtte komme lenger ut av institusjonene og bli mer tilgjengelig for brukeren* (Innstilling sak nr 860/73). Sitatet viser at ordet bruker ble brukt om den psykiatriske pasient. Tidspunktet var 1971. Dette var et nytt trekk ved det semantiske feltet. Den syke og pasient hadde vært brukt parallelt. Bruker var på denne tiden en ny måte å begrepsliggjøre psykiatriens objekt. Sitatet over reflekterer nye tanker om sykehuset/institusjonens rolle. Virksomheten omtales som det psykiatriske servicetilbudet og det måtte bli mer tilgjengelig. Dette var starten på diskursive endringer i Opdøl sykehus. Det ble for eksempel mulig å tenke seg, og å praktisere at kvinner og menn kunne bo i samme avdeling. Dette førte til at avdelingsbetegnelsene kvinne- og mannsavdeling falt bort. Med endret

¹¹⁷ Samtale 03.09.2012.

avdelingsinndeling kom nye ord til. Delvis direkte knyttet til trekk ved pasientene i avdelingen og delvis i form av mer abstraherte betegnelser. Dette kan også betraktes som en vending som skulle komme til å få betydning for pasientens status og stilling.

Overlege Hans Ljøen skrev at *De siste års erfaringer har endret en god del på behandlingen, idet den er skjøvet ut av anstaltene og mer over i poliklinisk virksomhet. (...) Det (er) av stor betydning å møte problemene der de oppstår.*¹¹⁸ I disse dokumentene fra første halvdel av 1970-tallet brukes både betegnelsene psykiatrimisorg, psykisk helsevern, psykiatrisk helsetjeneste og psykiatri sektoren parallelt. Det kan identifiseres et nytt uttrykk i det semantiske feltet, noe følgende sitat viser: *Befolkningen på Sunnmøre kan ikke på tilfredsstillende vis få dekket sitt behov for psykiatrisk service ved institusjoner som ligger nord for Romsdalsfjorden.*¹¹⁹ Psykiatrisk service er eksempel på at en ny uttrykksmåte ble tatt i bruk. I nevnte innstilling er psykiatrisk behandling sin institusjon brukt i kontrast til ambulant service. Det siste forstått som et behandlingstilbud lokalisert nærmere pasientenes bosted. Disse tankene begrepsliggjøres også som å være utadventt og drive utførelsespreget behandlingsspolitikk. Utbygging av poliklinikker og ettervernshjem var en del av dette.

Opdøl sykehus skulle på den ene siden utvikle sine bygninger for administrasjon, verksteder, aktivisering og velferd. På den andre siden skulle flere pasienter overføres til de geografiske regionene de kom fra. Fylkesmannen i Møre og Romsdal så for seg en utvikling i retning *av stadig meir ambulant verksemd, så nært opp til pasienten sitt miljø som råd er* (Sak nr 563/74, side 6). Dette omtales også som ambulant service. Det å snakke om service er nytt i det semantiske feltet omkring den psykiatriske pasient. Ordet service ble brukt synonymt med behandling. Det er mulig å tenke seg at dette språklige skiftet kan være uttrykk for et begynnende perspektivskifte. Pasienteksemplet som følger viser noe av denne nye praksisen med at pasienter ble

¹¹⁸ Brev datert 29.04.1974, undertegnet Hans Ljøen.

¹¹⁹ Brev datert 29.04.1974, undertegnet Hans Ljøen.

utskrevet blant annet for å bo i egen leilighet. Det skjedde endringer som ble uttrykt som desentralisering (Innstilling sak nr 860/73). *Opdøls rolle vil da bli redusert til langtidsbehandling av spesielt krevende oppgaver, langsiktige atferdsoppgaver og tyngr pleie* (Innstilling sak nr 860/73). Opdøl sykehus skulle i framtiden ha oppgaver innen det som ble kalt senil-dementomsorgen. *Ein etter måten stor del av belegget består av senil demente pasientar* (Sjukehussjefen i Møre og Romsdal Ark. 342 BN/eb 20.1.1975). Pasientbegrepet fikk en ny tilføyelse med senil dement. Dette var pasienter og problematikk som krevde akutte løsninger, samt langsiktige løsninger. Samtidig utfordret denne pasientgruppen skillet mellom somatikk og psykiatri. *I innstillingen av 1971 ble det fastslått ønskeligheten av at de somatiske sykehjemmene fikk et fleksibelt opplegg, slik at disse til en viss grad også kunne ta pleiepasienter med psykiatriske problemer. Dette har vist seg vanskelig å gjennomføre, og tilsynslegene ved de somatiske sykehjemmene fremhever stadig ønskeligheten av å skaffe til veie plasser for psykiatriske pleiepasienter. Utvalget mener at det fortsatt må være riktig å tilstrebe et fleksibelt opplegg, slik at det ikke reises for høye gjerder mellom psykiatriske og somatiske pleiepasienter.*¹²⁰ I sitatet kommer det fram ønske om å bygge ned dette historisk etablerte skillet.

I løpet av første halvdel av 1970-tallet kan det identifiseres et skifte fra utbygging av institusjonsplasser i Opdøl sykehus til at antallet pasienter i sykehuset gradvis ble redusert. Det etableres et språklig skille mellom tung og lett psykiatri, nyansert med akutte behandlingstrengende psykiatriske tilstander. Denne siste spesifiseringen bærer i seg den tidligere betydningen om nye friske tilfeller og forestillingen om pasienter det var mulig å behandle. Tilføyelsene tung og lett til psykiatri konstruerte et nytt begrepspar. Det var formet av prosesser som handlet om omorganisering av Opdøl sykehus, men også av forholdet til somatikk. Det var en begrepskonstruksjon som bar i seg tidligere snakkemåter som dødbelegg og behandlingsudyktig. Et annet aspekt er at det kan ha å gjøre med bruk av tvang.

¹²⁰ Dette skriver Ole Hermann Robak på vegne av en komite som vurderte ressursdisponeringen i psykiatrisektoren i Møre og Romsdal, brev datert 5.2.1974.

Det er trekk ved det semantiske feltet omkring Opdøl sykehus fra første halvdel av 1970-tallet som uttrykker endringer. Nå skulle det frigjøres ytterligere behandlingsplasser på Opdøl slik at det kunne tas inn *nye kategorier pasienter, spesielt senil-demente*.¹²¹ Robak skrev i 1974 at *det i det hele tatt ikke burde reises flere bygg ved Opdøl sjukehus som betydde at sykehusets rolle som institusjon ble større og mektigere enn den var nå*.¹²² Den problematikken som i mange år hadde vært forsøkt isolert og behandlet først i asyl, og senere i sykehus, skulle gradvis håndteres i pasientenes lokalmiljø. Dette endret sykehusets karakter og status. Fra første del av 1970-tallet ble det tydelig at Opdøl sykehus ikke skulle bli større og mektigere.

12.2 Pasienthistorie om Kristine

Dette er en fortelling om en pasient som første gang ble innlagt i sykehuset i 1947 etter anmodning fra retten. Innleggelsesgrunn var uro. Pasienten gav uttrykk for at hun ville hjem, og utskrives etter 8 måneder som sinnssyk, bedret. I denne historien har jeg gitt pasienten navnet Kristine. Hun innlegges igjen i 1949. I journalen opplyses *grunnen til at innleggelsen ansees påkrevet: Foreslås innlagt til leucotomi. Det har vist seg umulig å ha henne i privatforpleining*. Kristine beskrives som urolig og urenselig, som en pasient det var vanskelig å behandle. Kristine har en behandlingshistorie som har mange likhetstrekk med historien om Beret. Kristine fikk apomorfin da hun *sparket, slo og bet da hun skulle bades og stelles*. Hun fikk en rekke sjokkbehandlinger og sovekurer. Hun lå flere måneder i isolat. Omtrent et halvt år etter innleggelsen gav familien samtykke til lobotomi. Den 10.10.1951 ble Kristine lobotomert. I journalen står å lese *etter vanlig præmedicasjon ble det i dag i lokalanestesi + evipannarkose foretatt leucotomia bilateralis. Vanlig innsnitt. Det ble*

¹²¹ Dette skriver Ole Hermann Robak på vegne av en komite som vurderte ressursdisponeringen i psykiatrisektoren i Møre og Romsdal, brev datert 5.2.1974.

¹²² Brev datert 4.1.1974. Signert Ole Hermann Robak.

gjort en meget utstrakt leucotomi – beliggende langt baktil på begge sider. Forløpet var helt ukomplisert (...).

Kristine ble værende i sykehuset. Omkring 1970 beskrives hun slik i journalen: *De første årene var sykdomsbildet preget av ekstrem aggressivitet og uberegnelighet, og hun var da blant de farligste pasientene i sykehuset. Etter leucotomien ble hun mye mer fredelig.* Kristine framstilles i journalen som å ha god arbeidsevne. Hun arbeidet i sykehusets konfeksjonskjede. Det hevdes at hun trivdes godt på treningskjøkkenet. Det er beskrevet i journalen at Kristine fikk anfall. Høsten 1972 har en sosialkonsulent skrevet i journalen at Kristine ønsket hjelp til utskrivning. På dette tidspunkt hadde hun vært i institusjon i omtrent 25 år. Kristine søkte selv etter hybel i en by utenfor fylket. I journalen står det at *vi fant det riktig å støtte dette initiativ, og på den korte tiden vi hadde, legge forholdene til rette på beste måte.* Sykehusets personale kjørte Kristine til sin nye hybel, og de opprettet kontakt med en person som skulle fungere som støttekontakt. Hybelverten skulle også være til hjelp og støtte.

Dette fungerte i en uke før hun måtte tilbake til sykehuset. *Planene om å få Kristine ut i samfunnet igjen er imidlertid ikke oppgitt. Men det er nødvendig at man ved neste forsøk er mer forberedt. Det er meningen at hun etter ferien skal få eget værelse her på Opdøl, og at man så langt det er mulig skal få hennes tilværelse på Opdøl til å minne om den hun vil få når hun flytter på hybel.* Sitatet er et eksempel på at skriver bruker pasientens navn i journalen, og ikke det mer nøytrale og upersonlige pasienten. Det er også interessant at det i sitatet står ut i samfunnet. På denne tiden var dette en ny praksis og en ny måte å uttrykke seg på. Den bar i seg en implisitt betydning om at pasientene i sykehuset ikke var del av samfunnet. Dette understreker tenkningen om asylet og sinnssykehuset som egne samfunn. Det er en snakkemåte som understreker særlige trekk ved det psykiatriske sykehuset.

Mot slutten av året i 1973 flyttet Kristine til egen leilighet i sykehusets nærområde. Hun hadde gjennomgått treningsopplegg på kjøkken, og selv administrert sine medikamenter som det uttrykkes. Hun hadde selv tatt ansvar for rydding, vask og sin egen hygiene mens hun bodde i en hybel på sykehuset. Nå la sykehuset vekt på det

som betegnes som et aktivt og hyppig ettervern, samt tett samarbeid med Kristines naboer.

Fra sin nye bolig skrev Kristine brev til en ansatt ved sykehuset: *Du må hilse overlege Robak så meget, og si at jeg stortrives her på (...), og jeg tar mine tabeletter regelmessig.* I et annet brev skrev hun: *Jeg har fått lånt meg et vaffeljern, slik at jeg kan steke vafler. Ellers trives jeg svært godt alene, jeg hadde i går onsdag litt klesvask. Og i morgen fredag, skal jeg vaske alle gulvene, må jo ha det rent og pent vet du (...). Det er litt rart å være slik alene, å ikke ha noen å snakke med, men jeg har nå radio, det betyr meget.*

Etter omtrent ett år måtte Kristine innlegges i sykehuset igjen. I journalen kommer det fram flere grunner til innleggelsen. Hun skal ha følt seg ensom. Sykehusets ansatte hadde i mindre grad enn antatt/planlagt kommet på besøk. Disse forholdene ble forsøkt bedret. Kristine skulle fortsatt bo i egen bolig. Ut fra journalen tyder det på at Kristine hadde begrenset kontakt med andre. Fra sykehusets side ble Kristines problemer snakket inn i sammenhenger som at hun ikke hadde fulgt opp sin medisineringsplan. I sykehuset rådet det forventninger til pasienten om at vedkommende skulle ta sine medisiner slik sykehuset hadde beskrevet. Dette er noe som tilsynelatende ble tatt for gitt.

12.3 Pasienthistorie om Johanne og Johan

Siktemålet med pasienthistoriene er å belyse semantiske felt omkring begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient. Dette er en historie om et kjærestepar. For noen pasienter innebar sykehusoppholdet at de traff hverandre og ble kjærestepar. Johanne og Johan var et par gjennom mange år. De var begge pasienter på Opdøl i flere 10-år. Dette er en historie om et par som lot seg skrive med utgangspunkt i journalene til disse to. Navn er fiktive, og alle helse- og medisinske opplysninger er utelatt. Historien om kjærestepar på Opdøl sykehus hører med av flere grunner. Dette var ikke de eneste pasientene som ble glade i hverandre og knyttet langvarige bånd. Sykehuset var på en måte et slags sentrum i et lite samfunn. En framstilling av dette

handler ikke bare om kaianlegg og kraftstasjoner, statistikker og skiftende overleger. Her var det også rom for å være kjærestepar. Denne historien hører med fordi den først og fremst handler om helt vanlige relasjoner mellom mennesker. Den må være med fordi forholdet etableres og varer midt i alt dette som er så preget av sykdom, hierarki og annerledeshet. Historien om kjæresteparet er med fordi den er så tvers gjennom vanlig, men den utspilles med sykehuset som kontekst.

Ingen vet når de to møttes og fikk interesse for hverandre. Det var mens kvinner og menn bodde i hver sine bygninger og hadde hver sine luftegårder. Det var mens det enda var gjerde rundt luftegårdene. Det var mens de var begrepsliggjort som sinnssyke. I Johannes journal er det tidlig på 1960-tallet notert at hun *hoppet over gjerdet i hagen ved ca. 14 tiden. Kom samme vei tilbake etter en halv times forløp. Hadde vært en tur nede ved sjøen sammen med en pasient fra mannsavdelingen. Om dette var Johan står det intet om.*

Mot slutten av 1960-tallet var det åpnet en kafeteria på sykehuset. Den var et møtested også for Johanne og Johan, som kunne spise sammen der. Kjæresteparet møttes på kafeen med jevne mellomrom. De reiste på turer utenfor sykehuset og de førte samtaler gjennom et vindu i gangen på kvinneavdelingen. De fikk anledning til å dra på kino i Molde og de reiste både på dagsturer og overnattingsturer til sykehusets hytte i Lundalen. En periode var forholdet mellom Johanne og Johan mer turbulent. Som hos mange andre kjærestepar hendte det at forholdet tok slutt. Det er notert i journalen til Johanne at *hennes venn fra mannsavd. Johan har sviktet henne. Han vil ikke ha noe med jentene her å gjøre. Hun har i dag skaffet seg en «stand in», men han møtte ikke opp.* Noen måneder senere står det at *Johan har slått opp. Ingen ting å merke hos Johanne. Hun har funnet seg ny kavalier.* Disse utdragene fra journaler viser at skriveren også noterte disse opplysningene av mer sosial karakter sammen med medisinske opplysninger om prøver og medikamenter.

Paret kom sammen igjen. I januar 1971 reiste de til Molde, kjøpte ringer og forlovet seg. Det står å lese at de *virker glad og lykkelig.* Tre år senere har Johanne «slått opp». Johan er lei seg og savner henne. Han gir uttrykk for at hun er den beste vennen

hans. De «blir sammen» igjen kort tid etter. Både i Johanne og Johan sine journaler kommer det fram at de begge ønsker å leve utenfor sykehuset. I hennes journal blir dette tidlig på 1970-tallet betegnet som en frihetskamp. Det er ingen ting som tyder på at de to kunne bo sammen utenfor sykehuset, men i journalen hennes står det at *både hun og «mannen» er svært godt fornøyd og de skal nå på en liten ferietur til Ålesund*. Johanne flyttet ut av sykehuset til egen bolig. Hun opprettholdt kontakten med Johan som fortsatt var pasient i sykehuset. Han hadde anledning til å besøke Johanne i hennes bolig. Så ble det forandringer. Johanne ble innlagt i sykehuset igjen, mens Johan derimot kunne flytte ut av sykehuset. Nå var det Johan som besøkte Johanne på sykehuset, og det fortelles at disse besøkene hadde en oppkvikkende effekt på henne. Skriveren har notert at Johan var både oppmerksom, vennlig og han gav av og til Johanne gaver. Etter hvert som begge ble eldre, bodde på hvert sitt sted og det ble vanskeligere for dem å reise, ble telefonen flittig brukt. Til tross for sykdom og omskiftninger holdt paret kontakt med hverandre med sykehuset som en slags ramme i omkring 40 år. Når journalene deres leses over tid ble det mulig å skrive denne historien. Det viser sosiale trekk ved journalene.

13 Avslutning del IV

Sinnssykeloven ble etter vel 110 år skiftet ut. Den nye loven, *Lov om psykisk helsevern* formet det semantiske feltet på andre måter. Samtidig representerte loven i liten grad et diskursivt skifte. Den opprettholdt i stor grad den etablerte medisinske tenkning og dominans. Det betyr at medisinske snakkemåter fortsatt var virksomme i begrepsliggjøringen av den psykiatriske pasient. Selv om lovendringen formet et begrepsmessig skifte kom den allikevel ikke til å ordne virkeligheten på andre måter enn tidligere.

En refleksjon i tilknytning til lovendringen er at begrepet sinnssyk ble oppfattet som å uttrykke en bestemt form for sykelig tilstand. Begrepet ble oppfattet som å ikke ha en

ønskelig ladning. Det gikk ut av bruk og alvorlig sinnslidende kom til som den nye måten å begrepsliggjøre psykiatriens objekt.

Det knyttet seg erfaringer til begrepet sinnssyk som rommet at det ble stadig flere sinnssyke, dette var økonomisk belastende for samfunnet og behandlingsmetodene hadde i begrenset grad vist seg vellykkede. I kontrast til slike erfaringer kom forventninger til som handlet om å være moderne, at nye behandlingsmetoder skulle virke, og at det skulle bli mulig å utforme enda bedre systemer og teknologier på dette området. Sett i et langsiktig perspektiv var ikke disse forventningene av noen vesentlig ny karakter, de hadde bare en noe annen valør.

Det var på denne tiden relativt lite diskusjon i Norge knyttet til psykiatriens posisjon. I USA kjempet svarte for like muligheter og rettigheter. I 1964 kom Civil Rights Act. Dette var prosesser som handlet om retten til å delta i samfunnet. Utover på 1960-tallet ble menneskerettigheter generelt et mer aktuelt tema. I skrivende stund feirer vi 50-årsjubileum for Martin Luther King sin berømte tale om menneskerettigheter. At menneskerettigheter var noe som også angikk den psykiatriske pasient ble i økende grad et offentlig tema. For første gang hørtes psykiatrikritiske røster i den offentlige debatt. I 1968 ble *We Shall Overcome*, Norge etablert (Tranøy 2008). Dette var en bevegelse bestående av mennesker som ikke kjente seg igjen i psykiatriens måte å begrepsliggjøre dem. De kjente seg ikke igjen som sinnssyke eller psykiatriske pasienter. For disse menneskene var dette historiske betegnelser som var negativt ladet og som stemplet dem som «de andre».

Den 3. september 1978 ble organisasjonen *Mental Helse* etablert i Norge. Dette ble en landsomfattende medlemsorganisasjon. I dag har den utviklet seg til å bli en sosialpolitisk interesseorganisasjon som jobber for at alle skal ha en best mulig psykisk helse. Med henvisning til begge disse organisasjonene ble den psykiatriske pasient representert på politisk nivå omkring 1970-tallet.

Kildene fra Opdøl sykehus fra 1970-tallet viser utviklingstrekk som kan tolkes som starten på andre måter å tenke om den psykiatriske pasient. Et utviklingstrekk var at moral treatment, en ideologi som kan tidfestes til 1830-1860, kom tilbake og fikk

fornyet interesse. 160 år gamle ideer ble tatt opp igjen og de inspirerte nye behandlingsopplegg. På en måte vendte behandlingsoptimismen fra 1800-tallet tilbake. Samtidig preges denne tiden av en vending. Tidligere var det argumentert for at de pasientene som ikke ble bedre måtte bli i asylet. Nå snudde dette argumentet slik at pasientene som ikke ble bedre, i økende grad måtte ut av sykehuset. Vendingen innebar at «oppbevaring» i sykehus var ute. Det skulle være et sted for behandling, noe som ytterligere understreket den medisinske innretningen. Denne argumentative vendingen ble betraktet som et framskritt på 1970-tallet.

Et funn er at uttrykksmåten bruker ble brukt i stedet for pasient allerede i 1971. Dette var i forbindelse med en begynnende prosess for å redusere antallet pasienter i sykehuset. Opdøl sykehus var på dette tidspunktet ledende i Norge med hensyn til omorganiseringer. Slike omorganiseringer ble snakket om som å bli mer utadvendt og nytenkende med hensyn til pasientbehandling. Min vurdering er at det i Opdøl sykehus kom på plass endringer som forandret pasientenes status og stilling i noen grad. Samtidig kan det hevdes at endringene bygde på det medisinske regimets premisser.

På denne tiden identifiseres nye snakkemåter i kildene, som for eksempel psykiatrisk servicetilbud. Det å snakke om service kan oppfattes som en flertydig måte å snakke på. Hva var psykiatrisk service i denne konteksten? Det er mulig denne uttrykksmåten ble brukt i den hensikt å innvirke på pasientens status og stilling. Uttrykksmåten psykiatrisk service føyer seg inn i det å uttrykke seg slik at det skapes et moderne og framtidsrettet inntrykk. Både begrepet bruker og psykiatrisk service var virksomme begrep i det at de videreførte tidligere tenkemåter, men de åpnet også for nye måter å tenke på. Det handler om at disse begrepenes betydning var mer åpen og situasjonsbestemt. Begrepet bruker ble altså tatt i bruk tidlig på 1970-tallet, samtidig med at synet på institusjonsbehandling endret seg, og at antallet pasienter i sykehuset begynte å gå ned.

Nå var uttrykksmåten om at pasienten utgår bedret fraværende. Derimot kommer den nye uttrykksmåten, ut i samfunnet, til. Dette kan relateres til asylets lukkede og

innestengte historie. På 1970-tallet kan det identifiseres et skifte fra at den syke var låst inne i asyl og sykehus, til en begynnende dreining i retning av at den syke skulle få anledning til å være del av samfunnet. Dette kom til uttrykk gjennom snakkemåten ut i samfunnet. Intramuralt og ut i samfunnet kan oppfattes som begrepspar. I konteksten til det psykiatriske sykehuset handlet dette om innleggelse og utskriving, behandling i sykehus eller ikke.

En annen uttrykksmåte som kom til på denne tiden var det å møte problemene der de oppsto, underforstått utenfor institusjonen. Dette er en vending i den forstand sykehuset ikke skulle være et sted å trekke seg tilbake. Det innebar heller at pasient og pårørende skulle forholde seg til hverandre, og ikke unngå kontakt med hverandre slik det ble praktisert tidligere. Pasienten Kristine ønsket å bo og greie seg i egen hybel. Dette ønsket ble i hennes journal omtalt som frihetskamp av den som skrev journalen. Denne karakteristikken kan oppfattes som noe lettvtint, respektløs eller negativt ladet. Samtidig var den på midten av 1970-tallet muligens tidsmessig. Både pasienthistorien om Kristine og fortellingen om kjæresteparet etterlater et inntrykk om at journalskriver hadde et utvendig perspektiv til omtalen av den psykiatriske pasient.

Nye tanker, praksiser og snakkemåter formet det semantiske feltet i løpet av 1970-årene. Det semantiske feltet ble mer flertydig. Det var åpnet rom for nye og andre diskurser. Dette var diskurser formet av ideen om velferdsstaten. Den psykiatriske pasient var en av mange utsatte og marginaliserte grupper det ble et politisk ideal å endre forholdene for. I lys av dette ble institusjoner som det psykiatriske sykehuset gjenstand for kritiske blikk. Tidligere hadde den sinnssyke vært oppfattet som et helse- og sosialpolitisk tema. Dette ble i økende grad også oppfattet som et spørsmål om menneskerettigheter.

Del V Pasientbegrep i kamp

Begrepet den psykiatriske pasient møtte motbør fra begrep som borger og bruker. Dette er begrep som former andre snakkemåter. I det ligger at begrep som pasient, bruker eller borger på ulike måter bærer i seg verdier om samarbeid, medvirkning eller selvstendighet. Når det kom til flere og nye begrep for psykiatriens objekt kan dette i et begrephistorisk perspektiv, oppfattes som kamp om å definere framtiden (Koselleck 2002). Del V retter seg mot perioden fra 1980-tallet og framover mot årtusenskiftet. Politiske tema omkring årtusenskiftet handlet blant annet om integrering, normalisering og avvikling av institusjoner, men også de økonomiske omkostningene ved helsevesenet ble i økende grad et tema (Aarre 2010).

Internasjonalt kom organisasjonen *We Shall Overcome* til å se seg selv som del av en bevegelse som handlet om psykiatrisk overlevelse. I engelsk språk ble psychiatric survivors movement brukt. Dette var en terminologi med forbindelser til de som hadde overlevd Holocaust. I norsk språk kan det oversettes til overlever. I 1991 ble det tatt initiativ til å danne et internasjonalt nettverk, *World Federation of Psychiatric Users*. Her anvendes brukerbegrepet som et mer nøytralt og psykiatriuavhengig begrep enn psykiatrisk pasient. I 1997 endret nettverket navn til *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP). Erichsen hevder at begrepsforskyvingen bidro til tydeligere kamp mellom begrep.¹²³ Et generelt utviklingstrekk er at brukere dannet organisasjoner både nasjonalt og internasjonalt, og bidro med andre perspektiv og begrep.

¹²³ Innlegg Vibeke Erichsen på HPC Conference Bilbao august 2013.

Kapittel 14 tar for seg en periode på 1980-tallet der det psykiatriske sykehuset avvikles som selvstendig sykehus, og omorganiseres til å bli en psykiatrisk avdeling underlagt et fylkessykehus. Dette innebar nye begrepsforskyvinger, samt at organisatoriske rammer endret seg. Begrepsliggjøring av psykiatriens objekt ble gjenstand for ytterligere nyansering. Kapittel 15 retter seg mot noen nasjonale endringsprosesser som var formende for begrepsliggjøring av psykiatriens objekt. Kapitlet tar for seg endringer i pasientbegrepet i nasjonale reformdokumenter og i lovgivningen.

14 Sykehusavdelinger som semantiske felt

Omkring 1980-tallet endret organisatoriske rammer seg i den forstand at det psykiatriske sykehuset opphørte som selvstendig sykehus.¹²⁴ Det ble omorganisert til en avdeling, og ble underlagt et somatisk sykehus. Hvordan bidro dette til å forme relasjoner mellom ord og begreper? I dette kapitlet undersøkes hvordan andre trekk ved pasientene dannet grunnlag for organisering i sykehuset. Det viser først og fremst variasjon i hvordan psykiatriens objekt ble sett og satt på begrep. Andre utviklingstrekk knytter seg til at det etableres brukerorganisasjoner, og rettighetsbaserte tema ble i økende grad del av den offentlige debatt. Dette kapitlet viser hvordan begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient ble mer mangfoldig og gikk i noe ulike diskursive retninger.

14.1 Fra psykiatrisk sykehus til psykiatrisk avdeling

Høsten 1983 opphørte Opdøl sjukehus som selvstendig sykehus og ble en integrert del av Fylkessjukehuset i Molde. Dette gikk inn i en effektiviseringstrend som

¹²⁴ Kapitlet bygger i hovedsak på kilder fra Opdøl sykehus.

foregikk over hele landet. Den psykiatriske delen av sykehuset fikk navnet *Psykiatrisk storavdeling, avdeling Hjelset og avdeling Lundavang*.¹²⁵

Integreringen var også et forsøk på å bryte ned fordommer mot psykiske lidelser og skape tilnærming mellom somatisk og psykiatrisk behandlingssyn. Hensikten med integreringen ble av de ansatte på Hjelset likevel opplevd som diffus, og det eksisterte en frykt for at psykiatriens særinteresser ikke skulle bli godt nok ivaretatt. Integreringen ble derfor møtt med sterk motstand (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:18).

Avdeling Hjelset ble inndelt i tre enheter, avdeling for yngre, sikkerhetsavdeling og voksenpsykiatrisk avdeling. Betegnelsen vaksenpsykiatrisk avdeling er interessant. Den ble brukt allerede før nevnte omorganisering. Følgende sitat fra Fylkestinget den 3. juni 1981 under sak T- 44/81 viser dette: *Den fremtidige organisering og utbygging av det psykiske helsevern – vaksenpsykiatrien i Møre og Romsdal – Skissering av problemstillinger til førebels handsaming av dette temaet*. I dette dokumentet brukes vaksenpsykiatrien som en slags fellesbetegnelse. Det er grunn til å merke seg at vaksenpsykiatrien skrives i bestemt form. Det begrepsliggjorde noe som var kjent, som hadde eksistert før og som egentlig ikke var noe nytt. Bruk av bestemt form bidro til å understreke at betegnelsen vaksenpsykiatrien henviste til en generell og allmenn størrelse. Sikkerhetsavsnitt og særlig farlig og vanskelig sinnslidende, alternativt særlig farlig og vanskelig pasient inngikk som en del av det som ble omtalt som vaksenpsykiatrien.

Nå var det flere andre trekk ved pasientene enn kjønn og uro som dannet grunnlag for avdelingsinndeling. Historisk hadde den psykiatriske pasient blitt definert blant annet med grunnlag i et kjønnets skille. Sinnssykelovens paragraf 1 fastslo prinsippet om at menn og kvinner måtte holdes adskilt. På 1970-tallet ble Opdøl sykehus omorganisert etter et geografisk skille, begrepsliggjort som A- og B-siden. A-siden hadde ansvar for pasientene som hørte hjemme sør for Romsdalsfjorden, mens B-siden hadde

¹²⁵ Her inkluderes ikke avdeling Lundavang i de videre undersøkelsene.

ansvar for pasientene som kom fra områdene nord for den samme fjorden. *Den geografiske inndelingen den gang grovsorterte pasientene, men tok mest hensyn til ettervernsteam og stabsenheter, som dermed slapp å reise i mer enn halvdel av det kronglete og fergebelastede fylket vårt.*¹²⁶ Sitatet kan tyde på at administrative hensyn hadde overtatt som formende prinsipp.

Tidlig på 1980-tallet endres det semantiske feltet i den forstand at den psykiatriske pasient ble definert ut fra oppfatningen om grupper med behov for spesiell behandling. I dette sitatet beskrives Ergo/Arbeidsterapi-tilbudet omkring 1984-85.

Vår målsetting er å skape et aktivt, stimulerende miljø, der pasientene kan bli kjent med sine evner og ressurser. Et sted de kan oppleve seg selv i samhandling med andre, få oppgaver og ansvar, og arbeide med egne problemer. Et sted de kan få tilbake troen på egne krefter og bygge opp selvtillit og et egenverd. Et sted der dagen er annerledes enn i avdelingen (Udatert notat Botrening).

I dette sitatet brukes pasient. Samtidig brukes pasient sammen med andre ord som tro, krefter, selvtillit og egenverd. Dette er ord som står i kontrast til syk. Min vurdering er at sitatet bidrar til å forme et mer variert semantisk felt.

Et annet utviklingstrekk var forming av et aldersbestemt skille som begrepsliggjorde yngre og voksne. Det kom til en tenkning omkring spesialområder. Den fikk betydning for hvilken avdeling en pasient ble innlagt i. *Fra 1980-tallet ble det arbeidet aktivt for å differensiere behandlingen (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:18).* Det innebar utvikling av spesialiserte tilbud for ungdom, eldre og mennesker med schizofren atferd.

Det ble opprettet poster for spesielt aggressive, ungdom, schizofrene og psykogeriatri. Dette ble gjort med utgangspunkt i oppfatningen om at disse pasientgruppene krevde spesielle behandlingstilbud. Et slikt område var de som

¹²⁶ Fra tekst skrevet i forbindelse med markeringen av 10 års drift ved Psykiatrisk sikkerhetspost (1994:2).

kunne bli betegnet som problempasientene. *Disse pasientene utgjorde ingen homogen gruppe, men framviste en problemskapende atferd som la beslag på store personellressurser rundt omkring på sykehuset.*¹²⁷ Sykehusets organisasjon var basert på forestillinger om at pasientene lot seg plassere i grupper og kategorier. Noen pasienter lot seg ikke like åpenbart plassere i en gruppe. Prosessene omkring Reitgjerdet sykehus kom til å få betydning for opprettelsen av en ny spesialavdeling i det tidligere Opdøl sykehus.

14.2 Tilføyelsene som spesifiserte den farlige

Norge hadde siden opprettelsen av Kriminalasylet i 1895 og Reitgjerdet i 1923 hatt en spesialomsorg for særlig farlige sinnslidende menn. Sosialdepartementet oppnevnte 15.10.1979 en arbeidsgruppe for å utrede behandlingstilbud for særlig vanskelige eller farlig sinnslidende. Foranledningen var den offentlige debatt om, og kritikk av, Reitgjerdet sykehus, som representerte en spesialomsorg for særlig farlige og sinnslidende menn. Leder for denne arbeidsgruppen var Ole Herman Robak, den tidligere overlegen på Opdøl sykehus.

Utvalget drøftet om et system med spesialsykehus skulle opprettholdes.

Arbeidsgruppen konkluderte med at *alle psykiatriske sykehus må ha et særskilt avsnitt bygget og bemannet for å ta seg av særlig urolige og aggressive pasienter* (Innstilling vedrørende omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende 1980:2). Denne særskilte ordningen ble begrepsliggjort som suprasektorielt spesialavsnitt. Det betydde at omsorgen for særlig farlige eller vanskelige pasienter i framtiden skulle hovedsakelig organiseres og gis på fylkesnivå.

På Opdøl sykehus kom dette til å medføre endringer. Disse endringene åpner for å undersøke variasjoner i begrep om den psykiatriske pasient nærmere. På Opdøl

¹²⁷ Fra tekst skrevet i forbindelse med markeringen av 10 års drift ved Psykiatrisk sikkerhetspost (1994:2).

sjukehus begynte arbeidet med etablering av det som ble kalt et sikkerhetsavsnitt. En komité ble nedsatt 12.5.1980. Komiteen skulle både se på hva som kunne bedre bomiljøene i det som ble omtalt som A1 og B1, og få til et sikkerhetsavsnitt. I innstillingen fra komiteen pkt 10 står det om utagerende borderline-pasienter.¹²⁸ Disse vurderes å kunne holde til på det som ble omtalt som lillegangen og ikke-farlig-avsnittet. Innstillingen bruker også betegnelsen vaktosal. Det anbefales at ordningen Kommandobroen på vaktosalen fjernes. Innstillingen gir gjennom disse uttryksmåtene innblikk i deler av den lokale kulturen som antakelig ble tatt for gitt. Jeg har selv hatt muligheten til å se Kommandobroen. Det var et lite firkantet rom med vinduer. Derfra hadde personalet utsyn til alle deler av et stort rom med mange senger. Dette var omtalt som vaktosalen. Her var det lagt til rette for at lite skulle slippe unna et kontrollerende blikk. Betegnelsen kommandobroen kan oppfattes som uttrykk for en kontrollerende diskurs. Dette kan oppfattes som symbolet på en praksis der avvik systematisk hadde blitt observert og registrert. Denne kommandobroen kan oppfattes et symbol på maktforholdet mellom pasientene og de som jobbet i sykehuset, eller sagt på en annen måte: den asymmetriske konstruksjonen.

På psykiatrisk storavdeling ble avdeling A1 ombygd til sikkerhetsavsnitt, betegnet som C1. Dette sikkerhetsavsnittet åpnet den 8. mai 1984. Parallelt brukes betegnelsene sikkerhetsavdeling, sikkerhetspost, skjermingsavsnitt og spesialavdeling. Begrepene skjerming og sikkerhet er interessante. De bærer i seg noe ulike tenkemåter. Betydningen av skjerming var dekkende for en noe mer passiv praksis, men en praksis som innbefattet bruk av tvang. Begrepet sikkerhet representerte en praksis som var mer handlingsorientert og muligens mer ressurskrevende. Begrepene bidrar til å synliggjøre ulike måter å tenke på. Skulle farlige/kriminelle sinnssyke pasienter oppbevares? Det ble vurdert som å være relativt enkelt. Alternativt – skulle de som ble betegnet som farlige og vanskelige psykotiske pasienter behandles med muligheter til bedring? Dette ble vurdert som å være mer ressurskrevende både med hensyn til kvalitet og kvantitet. I forlengelsen av denne

¹²⁸ Innstilling fra komite til ombygging av sikkerhetsavsnitt, A1/B1 datert 1.12.1980.

tenkningen begrepsliggjøres den ressurskrevende pasient. Dersom sykehuset skulle behandle den ressurskrevende pasient krevde det at bemanningen var såkalt sterk, og den måtte bestå av et team som drev med faglig utvikling.

Oppgavene som skulle løses formuleres slik av en overlege ved det som ble omtalt som sentralsykehusavsnittet.

*Vi har noen få svært farlige pasienter ved Sentralsykehusavsnittet. Vi har også noen meget psykotiske yngre pasienter. Disse kan i sin psykotiske tilstand i perioder være farlige, selvdestruktive og uberegnelige. Denne tilstanden kan vedvare i kortere eller lengre tid. Vi har dessuten en vekslende mengde pasienter som trenger skjerming over tid, for eks manikere og akutt forvirrede pasienter.*¹²⁹

Dette sitatet bringer inn flere måter å begrepsliggjøre den psykiatriske pasient. Det er tilføyelsene til pasientbegrepet som begrepsliggjør nyansene: den farlige, selvdestruktive og uberegnelige pasient spesifiserer pasientbegrepet. Det gjør også uttrykksmåtene den yngre pasient eller den skjermede pasient. Disse tilføyelsene uttrykker spesielle trekk ved psykiatriske pasienter. De kan oppfattes som å nyansere snakkemåtene ytterligere. Dette gir inntrykk av at kompleksiteten og variasjonen omkring det særlige pasientbegrepet økte. Samtidig viser dette hvordan tilføyelsene var virksomme i den forstand at de hadde denne organiserende funksjonen, bl a i forhold til avdelingsinndeling/gruppering av pasientene.

Tenkningen omkring skjerming var tosidig. På den ene siden formet av tanker om at pasienten skulle sikres et oversiktlig, tett og tilrettelagt miljø. På den andre siden skulle samfunnet, medpasienter og sykehusets ansatte beskyttes for disse særlig urolige og aggressive psykotiske pasienter som de kunne bli betegnet som. I en tilrådning fra Helsedirektoratet om *Omsorg for særlig vanskelige og/eller farlige*

¹²⁹ Brev fra Arne Valsø datert 7.1.1984, til adm overlege psykiatrisk storavdeling.

alvorlig sinnslidende benyttes snakkemåten avlastnings- og krisebasis pasienter.¹³⁰ Dette var pasienter som vanskelig kunne være i de fylkeskommunale sykehusene. I samme dokument reflekteres det omkring gråsoneklientell. Det kunne være *personer med abnorm sjelstilstand som ikke kan sidestilles med det medisinske begrepet alvorlig sinnslidelse, men hvis adferd skaper betydelige problemer for personen selv og omgivelsene.*¹³¹ Her etableres en oppgang mot fengselsvesenet som grenser inn mot begrepet den psykiatriske pasient. Sitatet er fra siste halvdel av 1980-tallet. Det trekkes fram i den hensikt å vise at en asymmetrisk argumentasjonsstruktur er opprettholdt, og at den er formet av sosiale trekk.

Denne nye sikkerhetsavdelingen som ble åpnet i 1984 skulle bemannes med leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Dette er yrkesgrupper som jobbet i sykehuset fra før. I tillegg søkte sykehuset å ansette psykolog og sosionom. Det semantiske feltet ble formet av nye praksiser, uttrykt som målrettet terapeutisk virksomhet og arbeid i team. Dette kom til som nabobegrep til behandling. Samtidig kan både målrettet terapeutisk virksomhet og arbeid i team oppfattes som supplerende til etablerte medisinske snakkemåter. Både målrettet miljøarbeid og arbeid i team er åpne uttrykksmåter i den forstand at de kan fylles med betydning på ulike måter. Aktiv behandling er også et begrep som kan ha ulike betydninger.

I en sommerrapport fra sikkerhetsavsnittet benyttes uttrykket aktiv behandling.¹³² Denne snakkemåten brukes nå i en sammenheng der siktemålet var å øke bemanningen ved denne avdelingen. Aktiv behandling ble på 1940-tallet brukt i forbindelse med bruk av sjokkbehandling og lobotomi. På 1980-tallet hadde betydningen forandret seg. I denne sammenhengen ble aktiv behandling brukt om det som ble betegnet som skjerming og aggresjonsforvaltning, samt sosial trening/rehabilitering. Alle disse uttrykksmåtene er åpne på den måten at de kan

¹³⁰ Tilrådning fra Helsedirektoratet 14.3.86 5616/86 II 2

¹³¹ Tilrådning fra Helsedirektoratet 14.3.86 5616/86 II 2

¹³² 17.08.87 Sommer-rapport fra sikkerhetsavsnittet (avd C1) ved sentralsykehusavdelingen, Psykiatrisk storavdeling.

tillegges varierende betydning i ulike sammenhenger. Uttrykksmåten aktiv behandling kan oppfattes som å være tilstrekkelig åpen slik at ulike aktører til ulike tider kan fylle det med varierende mening. Samtidig kan det hevdes at aktiv er positivt ladet og signaliserer handlekraft. Aktiv behandling kan betraktes som et historisk og politisk virksomt begrep. Aktiv kan kontrasteres til passiv, og var virksomt ved å lade behandlingsbegrepet mer positivt og handlingsrettet.

Mot slutten av 1980-tallet hevdes *det at «kampsonen» har i hvert fall forskjøvet seg. Fra å ha brukt hovedandelen av våre ressurser på grunnleggende ADL-trening, går mer og mer av vår tid med til eksempelvis å hjelpe pasientene til økt selvkontroll over egen aggressivitet* (Årsmelding for sikkerhetsavsnittet C1 1987:1). Sitatet viser at i denne avdelingen er pasient et stabilt begrep. Det uttrykkes ønske om å hjelpe pasientene. Her er behandling byttet ut med hjelp. I denne sammenhengen kan betydningen av hjelp oppfattes som tvetydig og formet i den aktuelle sosiale sammenheng. *Problemstillingen rundt hjelperrollen kontra vokterrollen er stadig aktuell. Vi har som målsetting at alle pas. skal få en progresjon i bedret livskvalitet* (Årsmelding for sikkerhetsavsnittet 1990:8). Sitatet kontrasterer begrepsparet hjelper og vokter. Dette er to roller som i praksis kan være vanskelig å forene. Jeg assosierer betegnelsen hjelper med å bidra til endring/bedring. Betegnelsen vokter innebærer en mer statisk rolle og har røtter til asyl og fengsler. Begrepet hjelper faller mer under medisinsk diskurs, mens vokter heller opptrer i sikkerhetsdiskurser. Et felles trekk for begge er at de inngår i maktdiskurs.

I et brev fra 1990 som omhandler bemanningsøkning på avdeling C 1 har et nytt pasientbegrep kommet til. *Av de 10 pasientene vi tok inn i avdelingen i 1984 så var det vel bare 5-6 av disse som kunne betegnes som både farlige og psykotiske. De øvrige var også relativt ressurskrevende, men fylte ikke inntakskriteriene mht farlighet. De fungerte som såkalte «skyggepasienter» i avdelingen, og er i dag overført til et lavere omsorgsnivå.*¹³³ I et udatert dokument med tittel *Botrening*

¹³³ Se brev datert 30.07.1990 med ref 025.435 T51 fra fylkessykehuset i Molde til Fylkeshelsesjefen i Møre og Romsdal

benyttes et annet pasientbegrep, *den slagfrie pasient*. Uttrykket brukes i teksten på denne måten: *Bakgrunnen for opprettelsen av treningsleilighet var at vi opplevde at pasientenes utvikling stagnerte i avdelingen, samtidig som vi ville gjøre pasientene til mer enn «slagfrie» pasienter*. Tilføysen den slagfrie pasient kan konstrueres som motbegrep til den vanskelige/farlige pasient. Dette var en pasient som tidligere ville blitt omtalt som rolig, og som ble forstått som forutsigbar.

I dette grenselandet med både krevende pasienter og hverdager formes nye betegnelser. Det er igjen tilføysene til pasientbegrepet som er inngangen til denne variasjonen. Dette er betegnelser som på den ene siden reflekterer sikkerhetsmessige aspekt, samtidig kan det se ut som at behandlingsbegrepet fylles med varierende betydning. Det kan innbefatte bruk av medikamenter, men det kan også romme tilrettelegging av hverdag og bomiljø. Bruk av mekaniske tvangsmidler, samt tilstrekkelig med bemanning er andre aspekt som inngår i betydningen av dette behandlingsbegrepet.

Et nytt semantisk trekk er at det snakkes om tverrfaglighet. Uttrykket kan eksempelvis bli brukt slik: *Tverrfagligheten har bestått av sykepleiere, hjelpepleiere, pleiemedhjelpere som har gått lenge i vikariat og avdelingssykepleiere* (Årsmelding for sikkerhetsavsnittet 1991:5). Jeg vurderer dette som en oppfatning av tverrfaglig, formet innenfor et medisinsk perspektiv. Samtidig kan det være grunn til å spørre om tverrfaglig representerte et ord som var positivt ladet, og samtidig så åpent at ulike aktører kunne fylle det med varierende betydninger? Det psykiatriske sykehuset hadde blitt slått sammen med det somatiske sykehuset og avdelingene hadde blitt mer spesialiserte. Kan det være at dette nye ordet, tverrfaglig, kom til som følge av denne spesialiseringen, men også fordi selve organisasjonen var blitt større?

I 1994 markerte Psykiatrisk sikkerhetspost ved Fylkessjukehuset i Molde 10 års drift. I den forbindelse ble rapporten *Noen terapeutiske grunntrekk* utarbeidet (1994). Denne rapporten opplyser at

vår behandlingsfilosofi og vårt idegrunnlag som vi har arbeidet etter, er blitt til litt etter litt, etter hvert som vi har lært våre pasienter å kjenne, med alt det har

framvist av sunne og sterkt avvikende sider. Ideene har kommet i møte med pasientene, som i starten utgjorde en uensartet gruppe. Med uensartet mener vi at de hadde forskjellige diagnoser, hadde ulik fartstid som psykiatriske pasienter, og at de som mennesker hadde ulike livserfaringer, hadde utviklet noen mestringsstrategier og viste ulike symptombilder (Rapporten Noen terapeutiske grunntrekk 1994:4).

Dette har trekk til felles med en inkrementalistisk prosess der ting kommer til litt etter litt.¹³⁴ Dette står i en viss kontrast til ideelle forestillinger om vitenskapelig og medisinsk virksomhet som målstyrte og rasjonelle prosesser. I rapporten fortelles det at

I vårt arbeid har atferdsterapeutiske, eksistensielle, utviklingspsykologiske og psykodynamiske forklaringsmodeller stått sentralt. Teoriene og forklaringsmodellene har vært gode å støtte seg til i perioder der miljøpersonalet har vært nødt til å mobilisere alt av krefter og vilje, for å kunne forstå og bevare et positivt grunnsyn til den enkelte pasient i håpløse og fortvilte samhandlingssituasjoner. All teoretisk kunnskap til tross så har behandlingshverdagens virkelighet vært langt mer innfløkt og vanskelig enn det enkeltstående teoretiske modeller har kunnet gitt svar på (Rapporten Noen terapeutiske grunntrekk 1994:4).

Sitatet tyder på at tilnærmingen til den psykiatriske pasient var formet av både gruppe- og individtenkning. Gruppetenkingen representerte den mer tradisjonelle tenkingen med røtter tilbake til asylet. Den kan hevdes å bidra til å reprodusere tradisjonelle praksiser og holdninger, som muligens kan hindre at individuelle ønsker og behov blir sett. Det nye som kommer inn i det semantiske feltet er språkliggjort i uttrykk som pasienten i sentrum og individuelt utformede tiltak. Sitatet over viser at det teoretiske grunnlaget for behandling omfatter andre tilnærminger enn den medisinske. Eksempelvis trekkes forutsigbarhet og kontinuitet fram som sentrale

¹³⁴ Se Charles Lindblom (1959).

prinsipper for arbeidet. I disse kildene har ord som legen, personell og pleiere blitt mindre synlige. Betegnelsen miljøpersonalet opptrer som en samlebetegnelse.

Aktivitet og arbeidsterapi er både uttrykksmåter og praksiser som fortsatt var aktuelle. Pasientene og personalet ved sikkerhetsposten bygde tennisbane og minigolfbane sammen. Dette betegnes som prosjekt. Industrimontering, gartneriarbeid, arbeid på pasientkafe og alminnelig vedlikehold betegnes som tradisjonell arbeidsterapi. Fisketur, tennis, fotball, fjellturer osv betegnes som fysisk aktivitet. Det semantiske feltet omkring pasientenes arbeid og aktivitet ser ut til å ha blitt mer nyansert. Både pasientenes og personales interesser var formende i valg av arbeid og aktiviteter.

Dette sitatet fra rapporten som markerte 10-årsjubileum for sikkerhetsposten viser at tenkningen ble uttrykt på andre måter. *Da posten ble etablert hadde en som tidligere nevnt ikke fastlagte planer for pasientenes videreutvikling ut over de rammer som sikkerhetsposten representerte. De første årene var da også behandlingsarbeidet mer preget av pasientavvik enn av pasientutvikling* (Rapporten *Noen terapeutiske grunntrekk*:12). I sitatet kan et nytt begrepspar identifiseres. Pasientavvik peker muligens mer i retning av å ivareta sikkerhet, mens pasientutvikling heller mer i retning av å gjøre noe med det som utløser behovet for sikkerhetstiltak. Begrepsparet kan også relateres til begrepene hjelper/vokter i den forstand at vokteren registrerte avvik, mens hjelperen bidro til utvikling.

Sikkerhetsposten var da den åpnet i 1984 den andre av sitt slag i Norge. I forbindelse med sikkerhetspostens 10- årsmarkering ble det arrangert åpen dag for å fortelle omgivelsene om virksomheten. Senere suppleres avdelingen med et rehabiliteringsteam. Tanken om at pasienter ved sikkerhetsavdelingen kunne flytte fra avdelingen og til en såkalt treningsleilighet var på plass (Årsmelding sikkerhetsposten 1996:7). Fra nå av nyanseres behandlingsbegrepet ytterligere gjennom rehabiliteringstenkning. Dette formes i møtet mellom medisinsk behandling, miljø-, psyko- og støtteterapeutisk behandling, samt aktiviseringsstilbud. Det rehabiliterende arbeidet foregikk i grenselandet mellom sykehuset og lokale/kommunale aktører.

I år 2000 kom *Prosjektrapport fra Fylkessykehuset i Molde. Brukerundersøkelsen om rehabiliteringstiltak ved sikkerhetsposten 1984-2000*. Det er ikke hensikten å gå inn i detaljer ved denne rapporten, men trekke fram to konkrete språklige aspekt. For det første benyttes her begrepet bruker. Sikkerhetspostens hovedoppgave var ved avdelingens åpning å ivareta sikkerheten i forhold til samfunnet. *Ettersom tiden gikk og brukerne utviklet seg positivt, jobbet vi stadig mer med utadrettet rehabilitering, dvs tiltak rettet mot et liv utenfor institusjonen. Dette var arbeidstrening, botrening, skolegang og trening i det å skape sosiale forankringer utenfor institusjonen.*¹³⁵ Både brukerbegrepet og tanken om trening med sikte på utvikling kom gradvis på plass i det semantiske feltet omkring sikkerhetsavdelingen. Det at brukerbegrepet ble brukt om pasienter innlagt i sikkerhetsavdelingen kunne vært gjenstand for nærmere undersøkelse og drøfting. Hva vil det si at en pasient i en sikkerhetsavdeling er bruker og hvilke brukerrettigheter innebærer det? Dette drøftes ikke nærmere her.

14.3 «Den glemte sektor»

Parallelt i tid med opprettelsen av sikkerhetsavdelingen etableres andre avdelinger. Ved å gå inn i dokumenter fra ungdomsavdeling og demensavdeling kommer andre pasientbegrep til syne. Dette er kilder som viser at variasjonen i det semantiske feltet økte. Allerede fra oppstartsåret (1983) for de nye avdelingene benyttes klient og klientell om pasientene i ungdomsavdelingen. Omkring disse klientene eller ungdommene blir ord som rus, misbruk og multiproblemer tydelige. I det polikliniske tilbudet for ungdom var begrepsbruken tilsvarende. Psykiatrisk storavdeling var inndelt i blant annet Avdeling for Yngre. I denne avdelingen ble Ungdomsposten opprettet i 1986, og den hadde tilhold i den gamle kolonien. I et notat, *Presentasjon av Ungdomsposten* benyttes kun betegnelsene ungdom og ungdommen. Betegnelser som pasient, klient eller bruker opptrer ikke i denne presentasjonsbrosjyren. Behandlingstilbudet framstilles som sammensatt av mange tilnærminger. De

¹³⁵ Prosjektrapport fra Fylkessykehuset i Molde. Brukerundersøkelsen om rehabiliteringstiltak ved sikkerhetsposten 1984-2000:7.

karakteriseres som individuelle-, gruppe- og familietilnæringer. Derimot viser dokumenter fra demensavdeling/alderspsykiatrisk avdeling at her holdt bruken av pasientbegrepet seg stabilt.

I oktober 1986 inviteres det i avisannonser og avisoppslag til «Åpent hus i psykiatrien». I etterkant skrev lokalavisa

åpnet psykiatrisk storavdeling dørene både på Hjelset og ved Lundavang. Det er første gang innenfor psykiatrien i fylket. (...) Gjerdene rundt det gamle Opdøl sykehus ble revet for 20 år siden. Men vi har en mistanke om at det fortsatt gjelder visse stengsler mellom oss og omverdenen. Vi vil gjerne avlive fordommene om «fengselstilværelse» og skam- og skyldfølelsen som har fulgt med psykiske lidelser (Romsdals Budstikke 1. oktober 1986).

Åpen dag framstilles som noe nytt. Historisk hadde en del av pasientene på Opdøl asyl/sykehus arbeidet i bygda. Tidligere hadde det vært relativt mye kontakt mellom pasienter og bygdefolket. Et eksempel som kan trekkes fram er det området på sykehuset som kalles «Arnardos plass». Høsten 2013 sto skiltet der fortsatt. Hit kom Sirkus Arnardo hvert år over mange, mange år og slo opp teltet sitt. Pasienter, ansatte og deres barn var alle inviterte gjester til forestilling. Andre fra bygda kunne også komme, da mot betaling. På denne måten var sykehuset et samlingspunkt i bygda.

Men, for å vende tilbake til den åpne dagen: Hva var det som var nytt med arrangementet Åpent hus? Var det slik at dette var noe nytt? Kan forestillingen om at dette var nytt ha å gjøre med at det praktiske arbeidet som pasientene deltok i gradvis var blitt borte? Historisk hadde det praktiske arbeidet vært et sosialt møtested. Til tross for gjerdene og de låste dørene så hadde Opdøl sykehus vært en del av bygdesamfunnet. Det lukkede preget var på mange måter blitt mer framtrepende etter at gjerdene ble revet, med sykehusavdelingene og økt profesjonalisering.

Ole Herman Robak var en av foredragsholderne på *Åpent hus i psykiatrien*. I følge Romsdals Budstikke 6. oktober 1986 hevdet Robak at

i framtida ligger det en betydelig fare i overdreven profesjonalisering. Hvis det oppstår et problem våger man ikke lenger å prøve å løse dette selv, men overlater det til profesjonisten. (...) Den profesjonelle behandler vet hva som er riktig å gjøre og griper derfor til de rette virkemidler i rett tid. Men samtidig er det etter min mening ganske klart at selvhjelp er det beste der det er mulig. Dernest følger venne-, nabo og familiehjelp. Den profesjonelle hjelper bør først og fremst finne ut hva pasienten kan ta hand om selv, dernest hvilke muligheter som ligger i nærmiljøet. Altså ikke overta, men formidle. (...) Psykiatriens oppgave blir å hjelpe de meget sjuke, de som er så plaget, så sjuke at de ikke vil kunne klare å fungere uten profesjonell hjelp. Ellers skal eller bør psykiatriens oppgave først og fremst være å fungere som formidler, som igangsetter og stimulator for egne selvhjelps-prosesser.

Hva var det egentlig Robak gav uttrykk for her? Kan Robak oppfattes som både profesjonskritisk og institusjonskritisk? Jeg oppfatter dette som et brudd med hvordan leger har uttrykt seg tidligere, der medisinske framskritt og mer økonomiske ressurser har vært sentrale tema. Samtidig målbærer teksten en paternalistisk tilnærming i den forstand at den profesjonelle står i en særstilling og skal finne ut av tingene.

I forbindelse med Åpent dag 1986 ble det skrevet en orientering om det som ble betegnet som *Pleiesektorens utvikling*. Dette er en tekst som bærer preg av å være skrevet med psykiatriens penn. Den formidler forandringer og utvikling som revolusjoner. Det hevdes at *i 1953 ble det innført medisiner som virket bedre på sinnslidelser. Dette førte til mer menneskelig behandling av pasientene. Dette framstår som en påstand. Dokumentet formidler sykehusets historie fram til 1980-tallet og hevder at Mange viktige forandringer i sykehuset og holdningsendringer i psykiatrisk utdanning har endret synet på psykiske lidelser. Man tar nå hensyn til pasientenes individuelle ressurser og behov og bygger på disse.* Jeg leser begge disse sitatene som at de er skrevet i den hensikt å støtte opp under moderniserings- og framtidsorienterte forestillinger. Det semantiske feltet fylles på denne tiden av forsikringer om at det tas hensyn til pasientenes individuelle ressurser og behov. Dette er en vending på den måten at det snakkes om pasientenes ressurser.

To år senere er igjen Opdøl sykehus gjenstand for medias oppmerksomhet. Høsten 1988 inviteres folk til å komme på 75 års jubileum gjennom annonser og avisartikler. Lokalavisen Tidens Krav hadde oppslaget *Gjerdene som forsvant – Opdøl 75 år*¹³⁶, mens Romsdals Budstikke brukte overskriften *Behandlings- og fristed i 75 år*¹³⁷. Begge disse overskriftene kan oppfattes som å være ladet med positive betydninger. Den første slår fast to fakta, både at gjerdene forsvant og sykehusets driftstid. Den andre må kunne hevdes å være mer tvetydig i sin karakteristikk av sykehuset som fristed all den tid sinnssykeloven og psykiatriloven hadde begrenset den enkeltes frihet.

Omtrent et halvt år senere lå det fore et notat med tittel *Psykiatrien – den glemte sektor. Hva kan gjøres for å heve statusen i psykiatrien?* (1989). I dette notatet hevdes det at psykiatrien *opplever seg selv som den glemte sektor innen den offentlige helsetjenesten. I befolkningen generelt, og til dels også blant helsepersonell, har psykiatrien en lav status. En slik lav status er negativ med tanke på rekruttering av fagressurser og fører bl a til at en taper i konkurransen om å tilegne seg faglige ressurser.* Et forslag var å opprette ei mediagruppe. Den skulle arbeide for at *psykiatrien fikk god informasjon i massemedia, slik at denne kunne påvirke til en positiv holdning for psykiatrien.* Betegnelsen psykiatrien brukes i bestemt form, som om dette var noe entydig og kjent. Notatet var skrevet etter uro og nedlegging av Reitgjerdet sykehus. Det inngikk i prosesser om organisering og finansiering av psykiatritilbudet på Hjelset.

Overskriften til dette kapitlet er hentet fra en av kildene. Hvordan kan det forstås at psykiatri framstilles som den glemte sektor? En mulighet er at det handlet om forestillingen om å ikke få tilsvarende ressurser som somatiske sykehus. Det er mulig uttrykksmåten gjenspeiler følelsen av å ikke bli verdsatt som fagområde. Den kan også bære i seg en lojalitet til pasientene som hadde blitt gjenstand for samfunnets

¹³⁶ Tidens Krav 8. oktober 1988.

¹³⁷ Romsdals Budstikke 1. oktober 1988.

fordommer og stigmatisering. Uttrykksmåten inngår i det å oppnå anerkjennelse som medisin og medisinsk vitenskap. Det er et gammelt dilemma som igjen trer fram. Tenkning og praksiser på dette området ble formet i relasjon til somatisk sykdom og somatisk medisin. Det gav trygghet og anerkjennelse, samtidig var det en kontrast til forming av egen virkelighetsforståelse.

14.4 «Pasienten i sentrum»

Mot slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet trer nye uttrykksmåter fram i det semantiske feltet omkring pasientbegrepet. Et utviklingstrekk er at ordet fag ble mer framtreddende.

I 1989 ble *Psykiatriprosjektet* opprettet ved Fylkessykehuset i Molde, Psykiatrisk Storavdeling. Prosjektet kom i stand etter at en rekke problemer ved Psykiatrisk Storavdeling ble satt på dagsorden. Det var problemer som handlet om økonomiske driftsrammer, dårlige bygningsmessige forhold, dårlig bemanning, økt vold mot personalet og at for mange ferdigbehandlede pasienter ikke ble utskrevet. Rapporten *Sluttrapport psykiatriprosjektet* ble levert to år senere, 9.12.1991. I min lesning av denne rapporten har perspektivet vært hvordan den psykiatriske pasient begrepsliggjøres, og hvordan endringer i begrep bærer i seg ulike måter å tenke på.

Rapporten bruker betegnelsene pasient og klient, pasientgrupper og klientell. Den skisserer fire mål for Psykiatrisk storavdeling. De handler om kvalitet, likeverdig tilbud, tilgang på psykiatriske helsetjenester nærmest mulig hjemsted og samordning av tiltak. Det framheves særlig at *Det viktige med disse målene er at pasienten skal settes i sentrum* (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:6). En ny uttrykksmåte er at pasienten skal settes i sentrum. Betydningsinnholdet av denne måten å uttrykke seg på handlet om at det var pasientenes behov som skulle i sentrum, ikke ansatte, administrative eller organisatoriske behov. I denne sammenheng skrives pasienten i bestemt form entall, uten at det refereres til en definert pasient. Skrivemåten pasienten får dermed en generell og allmenn betydning. Den refererer ikke til en spesifikk pasient. Dette underbygger argumentet om at pasientbegrepet er et historisk

og politisk virksomt begrep som inngår i sosiale prosesser. Det å snakke om at pasienten skulle settes i sentrum var nytt. Denne måten å snakke på kan oppfattes som positivt ladet. Dette var noe flere kunne samles om. Uttrykksmåten er åpen i den forstand at den må konkretiseres og knyttes til enkeltsituasjoner for å ha mening. Det å snakke om pasienten i sentrum har ideologiske trekk på den måten at det former forventninger til framtiden. Det kan oppfattes som en indikator på forandringer. Samtidig kan det også betraktes som en faktor i sosiale prosesser for å omforme tenkning og praksis i psykiatrien.

Rapporten uttrykker intensjoner om å *utforme en organisasjon som sikret at primærfunksjonene ble de viktigste premissleverandørene for de beslutninger som skulle tas* (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:22). Det var en underliggende forutsetning at Psykiatrisk storavdeling skulle bli bygd ned, i den forstand at pasienter fra Sunnmøre skulle overflyttes dit (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:9). Et annet desentraliserende trekk var at pasienter skulle overføres til det som ble betegnet som riktigst mulige omsorgsnivå, ofte i betydningen lavere omsorgsnivå.

I dette semantiske feltet opptrer betegnelser som langtidspasienter, inneliggende pasienter, dårlige pasienter, eldre klientell, yngre klientell, dagpasienter, ferdigbehandlet pasient, pasientgrupper, enkeltpasienter og feilplasserte pasienter. Alle tilføyelser som viser variasjonene i spesifiseringen av pasientbegrepet. Tilføyelsene bidro til å fylle pasientbegrepet med forskjellig mening, avhengig av hvilke sammenhenger begrepet ble brukt i. Rapporten hevder at det var et mål å *sikre Psykiatrisk storavdeling en mer selvstendig stilling innenfor sykehuset* (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:22). Dette har vært et tilbakevendende tema. I historisk perspektiv hadde Opdøl asyl gått fra å ha vært et selvstendig sykehus, til å bli en avdeling ved Molde sykehus. Tidligere handlet ikke relasjonen til det somatiske sykehuset så tydelig om selvstendighet, men mer om behandlingsmetoder og utstyr. Den gangen var det uttrykt ønske om å bli lik det somatiske sykehuset. Nå handlet den om større grad av selvstendighet i forhold til den somatiske delen av sykehuset. Nå hadde psykiatri formelt blitt del av sykehuset (det somatiske), men samtidig kom det til uttrykk ønske om økt grad av selvstendighet.

I rapporten det er henvist til over var fag og faglig to begrep som ble satt i spill (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991). Her står det skrevet om faglig råd, faglige saker, faglige mål, faglige spørsmål, faglige beslutninger, faglig koordinator, fagfolk, faglig utvikling, faglig identitet, faglig kompetanse, fagstab, fagstabressurser, fagstillinger, fagpersonell, faglig koordinator og faglige utviklingsmidler. Det finnes pokaler fra idrettsarrangement som ble gitt til vinnere av fagstafetten. Begrepet fag opptrer med mange tilføyelser i det semantiske feltet omkring den psykiatriske pasient. Det anvendes med en viss autoritet, men uten at det framstår som tydelig hva det betyr. Samtidig kan det være grunn til å anta at det knyttet seg varierende mening til begrepet. Det kan også være grunn til å hevde at begrepet fag ble fylt med innhold avhengig av den konteksten det ble brukt i. Fag og faglig var begrep som var tilstrekkelig tvetydige til at ulike grupper kunne slutte opp omkring dem. For å eksemplifisere dette kan det vises til at det ved ungdomsposten ble jobbet bl a med rusrelatert problematikk og familierapi (Årsmelding 1987 for psykiatrisk ungdomsteam). Derimot ved sikkerhetsavdelingen var faglig tilnærming miljøterapi, psykoterapi, støtteterapi, medisinsk behandling, arbeids- og aktiviseringstilbud (Årsmelding 1987 for sikkerhetsavsnittet). Psykiatrisk storavdeling skulle gi *aktiv, differensiert behandling* (Årsrapport 1988 for sentralsykehusavdelinga). I det siste sitatet brukes begrepet aktiv behandling. Det underbygger at dette var en historisk og politisk virksam uttrykksmåte som var tilstrekkelig åpen til å ta opp i seg varierende betydninger. I semantiske felt omkring den psykiatriske pasient opptrådte begrep som fag og fagkunnskap som maktstrategi. Kildene bærer preg av tro på at fagkunnskap kan trekke grenser mellom det normale og unormale, og det syke og det friske. Det er vanskelig å få inntrykk av hva det betydde at pasientene skulle settes i sentrum. Uttrykksmåten fag inngikk som maktfaktor overfor pasientene, det inngikk i legitimeringen av sykehusets virksomhet, men det var også tilstrekkelig åpent til at ulike aktører kunne framstå som samlet.

Noen år senere kommer rapporten om *Ressursbruk og organisering i Psykiatrisk storavdeling ved Fylkessykehuset i Molde* (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996). Her hevdes det at

Behandlingssyn er et tema som er lite fokusert på institusjonsplan. Postene har derfor kunnet utvikle ulike modeller og metoder i behandlingsevne. På spesialpostene er det et såkalt integrativt behandlingssyn som dominerer. Spesialpostene har faglig sett hatt en positiv utvikling, mens akuttpostene for å overleve en krisetilstand, har beveget seg mer og mer i retning av en medisinsk funksjonalistisk modell. Både akuttpostene og langtidspostene har hatt problemer med å oppnå samme framgang i nye behandlingsmetoder som spesialpostene. Hovedskillelinjene som eksisterer innenfor psykiatrien generelt sett, mellom den sosialpsykologiske og medisinske tilnærmingen er derfor opprettholdt (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:91-92).

Hva betyr det for begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient at behandlingssyn er lite fokusert? Eller at behandling bygde på ulike behandlingssyn? Dette er spørsmål som kunne vært undersøkt nærmere. I sitatet over skrives det om integrativt behandlingssyn. Uttrykksmåten bærer preg av abstraksjon. Det kan skape distanse til andre som ikke kjenner innholdet i denne måten å snakke på.

Begrepet fag var tilstrekkelig åpent slik at ulike aktører kunne slutte seg til det. Fag ble brukt om noe mange av de som jobbet i det psykiatriske sykehuset kunne gjenkjenne. Denne form for faglighet er beskrevet som ekspertisens kunnskap om lidelsen/sykdommen og om dens evne til å behandle og gjøre pasientene friske (Berg 1987). I et slikt perspektiv vil pasientenes problemer forstås som mulig å avgrense og diagnostisere (Skårderud, Haugsgjerd og Stanick 2010). Iversen henviser til Berg (1987), Ekeland (2004), Martinsen (2009) og hevder at *dette tilsier ensidige, instrumentelle og hierarkisk orienterte behandlingsinstitusjoner som baseres på kunnskap som er reduksjonistisk, forutsigbar og evidensbasert* (Iversen 2013:90). Mitt inntrykk er at det knyttet seg legitimitet og tyngde til betegnelsen fag. Det kan være grunn til å anta at det å snakke om fag og faglighet inngikk i prosesser som handlet om posisjoner. Denne uttrykksmåten kan oppfattes som virksom i den forstand at den var anvendelig for flere interesser.

Begrepet fag var formende for maktrelasjoner på dette området. Denne makten kommer til syne for eksempel som produsent av betegnelser om den psykiatriske pasient. Dette kan karakteriseres som en form for begrepsmakt. I det ligger at begrepet fag har hatt en historisk og politisk formende rolle. Det inngikk i forming av identitet og det bar i seg ideologiske trekk om å kunne behandle eller forandre den syke. Det faglige formes som et motbegrep til noe som ikke er faglig. I lys av dette blir målet om å sette pasienten i sentrum noe underlig, i sentrum for hva? For det faglige blikk? Var det slik at dersom fag og faglighet var ivaretatt så var det til pasientenes beste? Asymmetriske trekk understrekes ytterligere gjennom betegnelsen fag. Dette var noe pasientene ikke var i besittelse av. Det kan settes i forbindelse med en paternalistisk ideologi, noe som i liten grad er sammenfallende med en ideologi der pasienten er i sentrum i den forstand at vedkommende skal ta beslutninger selv. Inntreden av begrepet fag kan settes i forbindelse med at den tradisjonelle formen for makt knyttet til en «farsfigur» ble svekket. Denne endringen kan beskrives som en glidende overgang i den forstand at makt ble forbundet med kunnskap. Det var dette som kom til uttrykk som fag og faglighet.

Det ble hevdet *at sykehuset og avdelingen i utgangspunktet ikke er pasientens beste tilbud* (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:80). Samtidig hadde både sykehuset, avdelingen og de som jobbet der muligens behov for å bygge sin egen identitet. Etter hvert som stadig flere yrkesgrupper kom inn i sykehuset kan det også tenkes at det semantiske feltet ble formet av ulike faglige kulturer, og at fag begrepsliggjorde kunnskap disse yrkesgruppen hadde felles.

Et annet synspunkt kommer til uttrykk på følgende måte: *I motsetning til somatikken, så hadde psykiatrien i liten grad tradisjon på å behandle de mest behandlingstrengende og de dårligst fungerende pasientene først. Prioriteringene har vært gjort ut fra tanken om at det skulle satses der det var noe å vinne. Kronikere eller langtidspasienter stod ofte i fare for å bli værende ubehandlet i*

sykehussystemet.¹³⁸ Rapporten fra Psykiatriprosjektet kan oppfattes som forsøk på å sette i gang prosesser med sikte på å få *overført pasienter til riktigst mulig omsorgsnivå* (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:90), samt å unngå å *skape nye langtidspasienter* (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:89). I et historisk lys er det ikke nødvendigvis slik at denne rapporten representerte noe nytt med hensyn til ønsket om å skrive pasienter ut av sykehuset. I en årsrapport fra 1988 brukes betegnelsen funksjonshemmede langtidspasienter (Årsrapport 1988 for sentralsykehusavdelinga). Tidlig på 1990-tallet ble den psykiatriske pasient betegnet som pasient, og i noen grad klient. Dette var tilføyelser som bidro til å fylle pasientbegrepet med varierende mening. Dels som en syk med behov for medisinsk behandling, og dels som en klient med behov for hjelp til praktiske ting i hverdagen. Det semantiske feltet omkring behandling endret karakter. Med utgangspunkt i en oppfatning om at langtidspasienter ikke hadde vært prioritert kom det i psykiatrirapporten fram ønske om endringer.

Vi kan tenke oss at det blir lagt opp til et mer intensivt arbeid, kanskje i en avgrenset periode, til å forberede, trene og tilrettelegge overflytting av langtidspasienter på riktig nivå. Ut fra pasientenes hjelpebehov kan det være aktuelt med økt innsats på følgende områder: 1. For noens vedkommende – regelmessig psykoterapi av støttende og/eller forståelsesorientert karakter. 2. Ferdighetstrening/tilrettelegging med sikte på oppøving av mestringssevne. 3. Utvikle nytt dagliglivsmønster. 4. Forholdet til pårørende. 5. Nettverksetablering (Sluttrapport psykiatriprosjektet 1991:88).

Denne tenkningen var virksom parallelt med medisinsk behandling, forstått som medikamentbehandling. Disse fem punktene handler mer om å handtere livet enn om medisinsk behandling. Pasientene og pårørende sine stemmer kan i liten grad finnes i rapporten fra psykiatriprosjektet. Tanker om å etablere samarbeid og samordning

¹³⁸ Psykiatrisk sikkerhetspost ved Fylkessykehuset i Molde markerer 10 års drift 1984 – 1994. Noen terapeutiske grunntrekk s. 2.

kommer derimot til uttrykk flere steder i rapporten fortrinnsvis på såkalt faglige og organisatoriske nivå.

Bruk av fag i kildene gir grunnlag for å konstruere en ny språkfigur. Motbegrepet til fag har vært mindre definert i kildene. Det kommer til syne gjennom tilføyelsen «manglende». Begrepet manglende kan oppfattes som et omstridt begrep. Det er et slikt lite, men allikevel stort ord som trenger inn i språket og vår måte å tenke på. Det å snakke om fag kan ses som et språklig middel, brukbart for ulike interesser. Mye taler for at begrepet fag hadde en ideologisk rolle og maktposisjon. Utad kan fag ha vært samlende. Internt i psykiatrien rådet ulike syn på behandling.

14.5 «Pasienten selv har nøkkelen»

Tidlig på 1990-tallet kom to prosjekt i gang. Det ene var *Schizofreniprojektet*, det andre var *Moldemodellen. Organisering av mottak, behandling og tiltakskjede i sykehus etter selvmordsforsøk*. Ved å gå inn i skriftlig materiale i tilknytning til disse to prosjektene blir det mulig å avdekke nyanser i pasientbegrep ytterligere, og hvordan dette formet pasientenes status og stilling. Disse prosjektene kom i gang på et tidspunkt der det forelå *Plan for fylkeskommunale helsetilbud innen psykisk helsevern, Psykiatriplanen av 1991*. Denne planen slo fast fire hovedmål for det psykiske helsevernet: 1) God kvalitet. 2) Likeverdige tjenester uavhengig av bosted. 3) Tilgjengelige tjenester nærmest mulig hjemstedet. 4) Samordning av tiltak. Den innførte begrepet *Den psykiatriske helsetjeneste i lokalsykehusområdet*. Med dette ble det lagt større vekt på desentraliserte tjenester (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:18). Dermed ble det nødvendig og riktig å bygge ned de psykiatriske avdelingene på Hjelset. På nasjonalt nivå lanseres et nytt prinsipp om brukermedvirkning. *Begrepet brukermedvirkning har bakgrunn i den kritikk som ofte rettes mot helsetjenesten, nemlig at den er lite fleksibel og bygd opp mer ut fra ansattes enn brukernes behov* (Vatne, Steinbru, Gammelsæter og Rekdal 1996:39). Det semantiske feltet ble derfor mer preget av uttalelser som brukerne vet best hvor

skoen trykker og at samarbeid med pasienter og klienter var en forutsetning for behandling.

Så til de to prosjektene introdusert innledningsvis. I prosjektrapporten fra *Moldemodellen* kommer det fram at formålet med prosjektet var *oppbygging av mottak for selvmordsforsøkere og kompetanseheving for helsepersonell* (1996:2). I denne rapporten brukes uttrykksmåten selvmordsforsøkere. Uttrykksmåten selvmordsforsøkere formet en egen gruppe pasienter. Dette kan oppfattes som en måte å snakke på som i mindre grad la vekt på individuelle trekk ved disse pasientene. Derimot i Romsdals Budstikke 6. september 1995 brukes uttrykksmåten *pasienter som er tidligere behandlet for selvmordsforsøk*. Dette kan oppfattes som en måte å uttrykke seg på som i større grad åpner for å se mer enn selvmordsforsøket.

Omtrent på samme tid kom schizofreniprojektet i gang. Her *ble det ganske tidlig klart at vi ville ha økt brukermedvirkning som et hovedmål* (Rapport 1, fra schizofreniprojektet 1991-1994:2). I denne rapporten brukes pasient- og brukerbegrepet om hverandre. Samtidig opptrer uttrykksmåter som brukermedvirkning og myndiggjøring. *For mennesker med schizofreni handler kvalitet ikke minst om en tilnærming som bringer dem inn i fellesskap med andre og myndiggjør dem selv – med sikte på at de i størst mulig grad skal bli i stand til å styre sine egne liv og ta sine valg* (Rapport 1, fra schizofreniprojektet 1991-1994:3). Sitatet viser at uttrykksmåten mennesker med schizofreni brukes parallelt med pasient og bruker. At den psykiatriske pasient begrepsliggjøres som menneske er nytt. Samtidig er det en rar og tilsynelatende unødvendig presisering. Presiseringen av at den psykiatriske pasient er et menneske må betraktes som en ny og moderne uttrykksmåte. Det å snakke om pasientene som mennesker kom til som en ny «trend» med røtter fra USA. Kanskje var det bra og nødvendig å minne om at den psykiatriske pasient var mennesker? Samtidig kan vi jo spørre om hvem andre enn mennesker det er som diagnostiseres med schizofreni? Presiseringen av at dette handler om mennesker uttrykker noe selvfølgelig. Samtidig er det virksomt på den måten at det begrepsliggjør de andre. Det å bruke betegnelsen selvmordsforsøkere

oppfatter jeg som tydeligere i den forstand at det er et spesielt trekk ved pasienten som danner grunnlag for begrepsliggjøringen.

Uttrykksmåten selvmordsforsøkere bidrar i større grad til å tingliggjøre pasienten. Det kan trekkes linjer tilbake til pasientbegrep som arbeidsudyktig og opererte. Dette er snakkemåter som fokuserer på spesielle karakteristika ved pasienten. Begrepteoretisk framstår dette som eksempler på motbegrep, og da særlig motbegrep som inngår i asymmetriske relasjoner. Dersom blikket rettes mot schizofreniprojektet bærer språket preg av andre tilnærminger og perspektiv.

I prosjektrapporten hevdes det at hovedmålet om brukermedvirkning satte i gang en positiv prosess med endringer i både tanker og handlinger (Rapport 1, Schizofreniprojektet 1991-94:1). Hva slags endringer var dette? I rapporten skrives det om kvalitet, ikke om overbelegg, trangboddhet eller sirkulasjonspasienter. Kvalitet defineres som *tiltak som brukeren kan nyttiggjøre seg, og som formidles til rett tid og forutsetter størst mulig grad av egen delaktighet* (Rapport 1, Schizofreniprojektet 1991-94:2). Behandlingsbegrepet suppleres av ord som vekstmiljø, fellesskapskjede og tiltak. Avdelingsbegrepet suppleres med behandlingssamfunn (Rapport 4, Schizofreniprojektet 1991-94:9). Det nye ordet behandlingssamfunn kan oppfattes som eksempel på abstrahering. I det ligger at visse egenskaper trekkes fram, mens andre blir sett bort fra. En annen mulighet er at behandlingssamfunn kan oppfattes som uttrykk for en annen måte å tenke på. Prosjektet hevdes å skille seg *fra det at familien ble sett på som årsak til problemene («myten om den dårlige mor»)*, *til kanskje et annet ytterpunkt – det at foreldrene nærmest blir terapeutiske samarbeidspartnere (behandlere)* (Rapport 4, Schizofreniprojektet 1991-94:3). Det hevdes at prosjektet *søkte å utforske i hvilken grad et aktivt familiearbeid kunne integreres i en individorientert behandlingsskultur* (Rapport 4, Schizofreniprojektet 1991-94:7). Underforstått at sykehuset representerte det som betegnes som en individorientert behandlingsskultur. Det nye var at pasientenes lokalmiljø ble tillagt en sentral rolle i den forstand at *problemene oppstår der og må løses der* (Rapport 3, Schizofreniprojektet 1991-94:2). I dette

perspektivet ble spesialisthelsetjenesten og sykehuset en tilgjengelig ressurs når problemene ble for vanskelige lokalt.

Denne tenkningen opptrer samtidig med at *vi har tenkt at bare pasienten selv har nøkkelen til hvordan han/hun best kan leve med det motsetningsfylte – som livet engang er. Det har vært en behandleroppgave å åpne opp, være undrende og spørrende* (Rapport 2, Schizofreniprojektet 1991-94:4). Samtidig blir maktrelasjoner tematisert slik: *makten må mest mulig være hos pasientene. De skal jo nettopp hjelpes til selv å vite best – til å ta ansvar og foreta valg. Dette vil gjøre dem sterkere og mindre sårbare. Derved kan de få håp, mot og grunnlag for psykisk vekst* (Rapport 2, Schizofreniprojektet 1991-94:2). Det hevdes at *denne type modell er vanskelig å gjennomføre i et tradisjonelt psykiatrisk system* (Rapport 1, Schizofreniprojektet 1991-94:9).

Det kan være grunn til å undre seg over hvilke trekk det som betegnes som tradisjonelt psykiatrisk system har. Min tolkning er at et tradisjonelt psykiatrisk system oppfattes som formet av en gruppeorientert behandlingskultur med makten forankret hos personalet. Schizofreniprojektet tok mål av seg til å være et alternativ til dette. Dokumentet med tittel *Sluttrapport fra psykiatriprosjektet* gir mer inntrykk av å være formet innenfor en gruppeorientert behandlingskultur. Der løsningene søkes i det som ble snakket om som det faglige, mens *Schizofreniprojektet* på andre måter åpnet for at pasientene/brukernes stemme kunne bidra. Der ble tenkningen framstilt slik at løsningene var å finne i pasienten selv, familien og lokalmiljøet. Språk og begrepsbruk i rapportene fra disse prosjektene bidrar til å gi innblikk ulike tenkemåter og praksiser.

14.6 «Pasienten som medarbeider»

Hva handlet det om når den psykiatriske pasient endret status og stilling, og ble det som begrepsliggjøres som erfaringsmedarbeider? Hvordan formes semantiske felt når noen som har vært, eller muligens er, pasienter i det psykiatriske sykehuset ble del av sykehusets personale? De ble såkalte erfaringsmedarbeidere. Det var et nytt ord i det

semantiske feltet. Tanken om erfaringsmedarbeidere var ny. Hva handlet dette med erfaringsmedarbeidere om? Det var deres særlige kompetanse som pasienter som ble begrepsliggjort og kom til anvendelse i sykehusets behandlingstilbud.

Erfaringsmedarbeider er en betegnelse som gir den psykiatriske pasient en helt annen rolle. Vedkommende begrepsliggjøres i nye sammenhenger. Er det slik at dette betydde at den særlige kompetansen vedkommende hadde fått i kraft av å være pasient verdsettes og gis en særegen verdi? Erfaringsmedarbeideren hadde ikke bare vært delaktig i egen behandling. Vedkommende involveres i oppfølgingen av andre pasienter. Når tidsmessig kom dette på tale? Hvilken tenkning lå til grunn for at psykiatriske pasienter ble oppfattet som ressurs for andre pasienter?

Jeg bygger på offentlig tilgjengelige kilder, brosjyrer og informasjonsskriv som er laget av og distribuert av sykehuset. Disse kildene tematiserer aktivitet i hverdagslivet. Her inviteres det til å delta i grupper for *Likemannsutveksling hvor dere deler egne erfaringer med hverandre relatert til temaet i gruppen, om utfordringer og andre hverdagslige ting. Danne nye kontakter og nettverk, og lære av hverandre. Dette kan være praktiske aktivitetsproblemer, følelsesmessige problemer og aktivitetshistorier* (Info om på egne ben, Front kompetansesenter).

Tilbudet startet opp i 2008/2009 i regi av Helse Nordmøre og Romsdal HF, Front kompetansesenter på Hjelset.

Bakgrunnen for at dette prosjektet er kommet i stand, kommer fra en bruker som selv har erfart at arbeidstrening, og sosialisering, under trygge rammer, har «løftet» henne ut i samfunnet. Hun har opplevd å bli møtt som den hun er, og har bygget egenerfaring og egen kompetanse gjennom dette. Den vi snakker om er Anne Merethe som er prosjektleder i Arbeid Til Spenning (ATS) (Brosjyre Arbeid Til Spenning, Kompetanseheving mot arbeidslivet, Front kompetansesenter).

Disse prosjektene

er basert på forskning fra et gruppeprogram som heter Lifestyle Redesign, og er bygget på fire kjerneverdier:

Aktivitet er selve livet, Aktivitet kan skape nye mulige bilder av deg selv, Aktivitet har en kurativ effekt på fysisk og mental helse og få en følelse av livsorden og rutine, Aktivitet har en plass i forebyggende og rehabiliterende arbeid (Info om på egne ben, Front kompetansesenter).

Informasjonsskrivet opplyser at selve gruppetilbudet er mer en *gjøre-terapi* enn en *prate-terapi*. Dette kan betraktes som et begrepspar som leder tankene i retning av to ulike praksiser, gjøre eller prate/handle eller snakke.

Disse informasjonsbrosjyrene er utgitt av helseforetaket, delvis i samarbeid med NAV. De begrepsliggjør ikke sykdom eller det å være pasient direkte. Derimot begrepsliggjør de fenomenet å komme seg ut i samfunnet eller ut i arbeid. I denne bestemte sammenhengen begrepsliggjøres vedkommende som tidligere eller i andre sammenhenger kunne vært betegnet som pasient, psykiatrisk pasient eller bruker, som du eller som gruppedlem. Kan det være slik at når erfaringsmedarbeideren skal henvende seg til mennesker blir det mer naturlig å si du? Min vurdering er at du og gruppedlem er nøytrale og betydningsløse betegnelser. Deres betydning må komme fram ut fra sammenhengen de brukes i. I denne konkrete sammenhengen brukes de betydningsmessig nært opp til begrep som den psykiatriske pasient. Du og gruppedlem er uttrykksmåter som ikke bærer i seg negativt ladede trekk, samtidig brukes de i et sammensatt og historisk belastet semantisk felt. Disse kildene legger vekt på det å gjøre ting sammen, samtidig uttrykker de forventninger om å dele erfaringer med andre i gruppen for eksempel i form av det som kalles aktivitetshistorier.

Disse kildene er med i avhandlingen for å vise variasjon i begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient, og hvordan den er kontekstavhengig. En bruker har i denne sammenhengen blitt erfaringsmedarbeider. Pasient er byttet ut med du og med

grupped medlem. Dette er nytt. Den gamle tanken om at aktivitet både har forebyggende og helbredende effekt brukes fortsatt begrunnende. Det viser seg over tid å være en nær forbindelse mellom aktivitet og arbeid. Ideen om å komme ut dukker opp på nytt når den brukes om å komme ut i arbeid og ut i samfunnet.

15 Nasjonale endringsprosesser

Dette kapitlet undersøker trekk ved begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient i nasjonale endringsprosesser i perioden fra siste del av 1990-tallet og framover.¹³⁹ Det retter seg mot offisielle måter å begrepsliggjøre mennesker som lider psykisk, og det undersøker pasientbegrep i semantiske felt omkring tvang. Mine funn er at offisielle måter å begrepsliggjøre mennesker som lider psykisk har blitt mer komplekse på den måten at de inngår i ulike verdimesse sammenhenger.

Kosellecks modernitetstese illustrerer hvordan eldre begrep avløses av nye begrep. Kapitlet viser hvordan begrepsliggjøring av mennesker som lider psykisk blir mer sammensatt. Det kan forstås som å reflektere endringer på dette området, men også som virkemiddel med sikte på forandringer. *Når begreberne begynner at gripe du i framtiden, blir kampen om å definere framtiden nemlig også en kamp om å definere begreberne* (Koselleck 2007:13). Når begrepene bærer i seg forventninger til framtiden, blir kampen om å definere framtiden også en kamp om å definere begrepene. På den ene siden kan det at begrep som bruker og borger brukes tilsvarende pasient sees som indikator på endringer på dette området. Alternativt kan det argumenteres for at slike begrep er faktorer som brukes i politiske prosesser med sikte på å oppnå endringer. Det er dette som gjør begrep virksomme i samfunnet. Dette kapitlet undersøker på hvilke måter begrep om den psykiatriske pasient har blitt

¹³⁹ Kapitlet tar utgangspunkt i noen nasjonale og offentlig tilgjengelige kilder som de siste 30 årene har formet endringsprosesser på dette området. Det er hvordan begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient tar form som har vært styrende for valg av kilder og lesingen av kildene.

mer omstridte. Er det slik at begrepene har blitt ideologisk virksomme på andre måter enn tidligere? Ideologisering betegner at begrep åpnes for flere interesser. Det kan diskuteres om det er dekkende å snakke om paradigmeskifte. Kanskje er det mer meningsbærende å bruke karakteristikk som glidende overganger, betydningsmessige nyanser eller gradvise forandringer om de språklige endringene dette kapitlet belyser.

15.1 Begreps tvetydige trekk

Tvetydig har i avhandlingen vært brukt for å beskrive noe som kan tolkes på flere måter. Det kan være mangetydig, uklart eller dobbeltydig. Motbegrepet til tvetydig er entydig. Entydig beskriver noe som er klart og som det ikke råder noen tvil om. Her argumenteres det for at begrep om den psykiatriske pasient i økende grad begrepsliggjør fenomen som kan tolkes og begrepsliggjøres på mange måter. Dette kapitlet viser hvordan begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient framstår som uklar og situasjonsavhengig.

St meld 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (psykiatrimeldingen) beskrev situasjonen på dette området slik:

Hovedproblemet for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har brister i alle ledd:

- *Det forebyggende arbeidet er for svakt.*
- *Tilbudene i kommunene er for få.*
- *Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjester er for dårlig.*
- *Opphold i institusjon er ofte for kortvarige.*
- *Utskriving er mangelfullt planlagt.*
- *Oppfølgingen er ikke god nok.*

Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud (St meld 25 (1996-97):21).

Ut fra denne situasjonsbeskrivelsen var det behov for økt innsats på dette området i framtiden. Konklusjonen var at det trengtes forbedringer og ikke nye, overdrevne pendelutslag. Bakgrunnen for Stortingsmelding 25 var en årelang kritikk av institusjoner og den medisinske tenkningen som rådet innen psykisk helsevern. Nå skulle psykiske lidelser alminneliggjøres og håndteres lokalt av kommuner, familie og nærmiljø. Åpenhet viste til endringer i holdninger på den måten at nå skulle psykiske lidelser snakkes om, og ikke lukkes inne i institusjoner. Målet om mer åpenhet handlet om å endre kulturell status på dette området. Helhet handlet om at tilbud som forebygging, behandling og rehabilitering på ulike styringsnivå skulle samordnes. Tilbudene skulle gi økt livskvalitet og stimulere til deltakelse i samfunnet. De skulle styrke evnen til å mestre eget liv. I sitatet fra Stortingsmelding 25 er det pasient som brukes for å begrepsliggjøre psykiatriens objekt.

Et samlet Storting vedtok ett år etter St prop nr 63 (1997-98) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Dette var en plan med kvantitative mål om økte bevilgninger og økt innsats på dette området. Den skulle legge det økonomiske grunnlaget for å nå målene i Stortingsmelding 25. Her utdypes tenkningen ytterligere.

En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester (St prop nr 63 (1997-98) del 2).

Dette sitatet gjør det mulig å identifisere et sett av begrep som brukes om psykiatriens objekt. Samtidig reflekterer sitatet ulike forventninger til framtiden. Syk ser ut til å være skiftet ut med problemer, som vel må oppfattes som mer åpent enn syk. Lidelser

brukes parallelt med syk og problemer, og representerer en måte å ordlegge seg som strekker seg langt tilbake i tid. I sitatet blir pasient brukt tilsvarende med bruker, men også tilsvarende med person og menneske. Disse parallelle måtene å begrepsliggjøre psykiatriens objekt bidrar til å åpne for flere mulige betydninger. Dette viser at psykiatriens objekt begrepsliggjøres på varierende måter. Uttrykksmåtene person, menneske og problemer visker ut noe av inntrykket om den særlige syke. Samtidig opprettholdes sammenhengen begrepene brukes i. Det bidrar til å videreføre inntrykket av den særlig syke. Brukerorienterte, kontekstuelle orienterte og relasjonelt orienterte faglige tilnærminger ble løftet fram på bekostning av medisinske behandlingsformer (Iversen 2013:15). Dette reflekterte framvoksende trender internasjonalt.

Et søk i Opptappingsplanen for psykisk helse gir 11 treff på snakkemåten aktiv behandling. I denne sammenhengen brukes snakkemåten om at behandlingshjem skulle bli klinikker, økning i det som beskrives som døgnplasser, og økning i antallet leger og psykologer. Aktiv behandling opptrer som en ideologisk virksom uttrykksmåte i opptappingsplanen i det å forme forestillinger om fremtiden. Det brukes i positivt ladede sammenhenger med tilføyelser som økning av ressursene på ulike måter, og ikke mist økt behandling. Begrepets innhold formes i kontrast til forestillinger om psykiatriske institusjoner og stigmatisering av psykiske lidelser. Samtidig er det et vesentlig poeng at denne snakkemåten er så generell at mange kan enes om den. Snakkemåten aktiv behandling har gjennomgått et nytt tidsskifte, og inngikk i legitimeringen av opptappingsplanen. Det kan være grunn til å anta at uttrykksmåten aktiv behandling bidro til å dekke over uenigheter og strid knyttet til hvordan det som begrepsliggjøres som psykiske lidelser skulle forstås og behandles. Dette er et begrep som ikke har endret seg, men det har innholdet og sammenhengen det brukes i gjort. Den politiske funksjonen forstått som å legitimere overgang til noe nytt er et stabilt trekk. Et funn er at snakkemåten aktiv behandling har vært en faktor i endringsprosesser på dette området.

Opptappingsplanen begrepsliggjorde psykiatriens objekt på ulike måter, som pasient, borger, bruker, klient og kunde. Et mål var å bidra til alminneliggjøring av psykiske lidelser. Det benyttes uttrykk som psykisk helse og helsevern. Ordet vern har tidligere

vært brukt i forbindelse med at den syke skulle vernes, alternativt kan det brukes i betydningen at samfunnet skal vernes mot den syke. Disse varierende snakkemåtene som brukes om hverandre retter forventningene til framtiden i ulike retninger. Dette bidro til at den framtreddende diskurs, som historisk har vært psykiatri- og sykdomsdiskurs, ble utfordret. Nå trer begrepet psykisk helsevern tydeligere fram som utfordrer til psykiatrigrepet. Et interessant spørsmål er om disse to begrepene inngår i diskurser av noe ulik karakter. Ørstavik (2008) hevder at *problematiske og spenningsfylte sider av «saken» (reformen) ble tonet ned og slik unndratt debatt. Det gjelder sentrale spørsmål knyttet til behandlingsskulturelle forhold, maktrelasjoner og motsetninger i kunnskapssyn og behandlingstenkning i feltet* (Iversen 2013:16). Det var paternalistisk behandlingsskulturelle forhold, ensidig kunnskapssyn og tilsøring av makt som hindret det som ble omtalt som godt psykisk helsearbeid. Et nærliggende spørsmål er hva godt psykisk helsearbeid var. Det nevnes brukermedvirkning, omstrukturering, mer poliklinikk, bedre hjemmetjenester, bedre samarbeid og mer ressurser. Dette viser hvordan begrepene inngikk i et sett av politiserte og komplekse sammenhenger. Flere av de punktene som er nevnt over må kunne hevdes å ha tvetydig betydning. Det kan også argumenteres for at de var ladet med positive verdier og at de var i tråd med tiden.

Det å framheve «Brukeren i sentrum» var en ny måte å sette framtiden på begrep. Dette ble nærmest et slagord for opptrappingsplanens ideologier: *Brukerorientering, lokalsamfunnsorientering, normalisering, tverrprofesjonalitet, samordning, ulike faglige tilnærminger* (Iversen 2013:27). Planens mål var kvantitative og økt effektivitet var virkemiddel. Disse begrepene har tvetydig og motsetningsfylt karakter. Det har i mindre grad vært tema (Rådet for psykisk helse 2004). Ett vesentlig område ble i begrenset grad gjort til tema. Opptrappingsplanen unngikk å ta opp spørsmål om makt og bruk av tvang. Samtidig kan det hevdes at den brukte begreper som åpnet for å tematisere rettigheter og medvirkning.

Jeg har tidligere (Del IV) undersøkt begrepsendringer i forbindelse med revidering av sinnssykeloven. I den prosessen var psykosebegrepet gjenstand for diskusjon. Det ble igjen gjenstand for drøfting i siste del av 1990-tallet. I forbindelse med revidering av lov om psykisk helsevern skrev departementet følgende.

I faglitteraturen er psykoser vanligvis forklart som sinnslidelser hvor det har utviklet seg en svekkelse av psykiske funksjoner av en slik grad at det griper sterkt inn i personens sykdomsinnsikt, evne til å møte dagliglivets krav og evne til å bevare kontakt med virkeligheten. Begrepet er imidlertid ikke eksakt og velavgrenset (Ot.prop.nr.11 (1998-99) kapittel 7.3.4.1).

På den ene siden er begrepet psykose å betrakte som et medisinsk, psykiatrisk faguttrykk. På den andre siden står det i en Odelstingsproposisjon at begrepet psykose ikke er eksakt og avgrenset. Det betyr at psykosebegrepet kan tillegges ulike betydninger. Inntrykket av at særlige trekk knyttet til problematikken omkring mennesker som lider psykisk er vanskelig å begrepsliggjøre, opprettholdes. Sitatet viser asymmetriske trekk på den måten at det kan oppfattes som negativt ladet å bli karakterisert som ikke å mestre dagliglivets krav. Samtidig kan det være grunn til å anta at en slik karakteristikk har normative trekk i den forstand at den gis innhold ut fra tid og sted. Det kan også stilles spørsmål med hvordan snakkemåter som «sykdomsinnsikt» og «kontakt med virkeligheten» former status og stilling for den psykiatriske pasient. Slike uttrykksmåter bærer i seg et innhold som kan bli tatt som en selvfølge når det former pasientens status og stilling.

15.2 Begrepskamp

I 1998 la sosial- og helsedepartementet fram en odelstingsproposisjon med navnet *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)* (Ot.prp.nr. 11, 1998-99). Denne proposisjonen inneholder både forarbeidene og teksten til en ny lov som skulle regulere psykisk helsevern. Lovens navn er kommentert i innstillingen fra sosialkomiteen (Innst.O.nr.73 1998-1999).

lovens navn («Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern») beholdes som fullt navn, men at man i kortversjonen omtaler loven som «psykisk helsevernloven» og ikke som «psykiatriloven». Komiteen vil legge til at begrepet «psykiatri» har et annet innhold enn «psykisk helsevern», og at de to begrepene ikke kan oppfattes som synonyme, idet psykiatri i stor grad vil assosieres med

yrkesgruppen psykiatere og ikke hele bredden av helsepersonell som er beskjeftiget med det psykiske helsevernet (Innst. O. nr 73 1998-99:4).

Denne navneendringen kan synes ubetydelig, og den ble ikke fulgt av større innholdsmessige endringer (Andersen 2001:5). Samtidig er den uttrykk for at det pågikk en begrepskamp om hvordan denne loven og dette politikkområdet skulle omtales. Det reflekterer grunnleggende verdi- og perspektivvalg på dette området. Psykisk helsevern var en betegnelse som kunne aksepteres av flere interesser, mens psykiatri hadde en mer spesifikk medisinsk betydning. Psykiatri kan nå konstrueres som motbegrep til psykisk helsevern. Psykiatri framstår i denne konstruksjonen som et begrep som rommer mye mindre enn før. Det er smalere enn tidligere i den forstand at det ikke omfatter institusjonene, faggruppene og hele tenkemåten.

Den reviderte *Lov 1999 07-02 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven) ble vedtatt i juli 1999. I § 1-1 presiseres lovens formål som *å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.* Dette kan identifiseres som nytt utviklingstrekk i den forstand at ord som rettssikkerhet og menneskeverd brukes i loven. Det kan oppfattes som konkretisering av diskursive endringer. Medisinske tenkemåter og verdier suppleres av verdier som rettigheter, verdighet, frigjøring og demokrati. Dette er også uttrykksmåter som bærer i seg forventninger til noe som ventes å inntreffe i framtiden. Det betyr at de har andre ideologiske trekk enn å bli «sykdomsfri» eller «i bedring». Samtidig er rettssikkerhet, verdighet, frigjøring og demokrati begrep som kan fylles med betydning på ulike måter. Hvordan de tillegges innhold i sammenhenger der det særlige pasientbegrepet inngår kan være grunnlag for nye studier.

I § 1-2 framstilles psykisk helsevern som *spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.* Dette sitatet kan oppfattes som en språklig dreining i den forstand at begrepet

pasient er byttet ut med menneske. Helsevern, som en slags vernet helse, brukes i stedet for sykdom. Sitatet under eksemplifiserer motsetninger og dilemma i forbindelse med pasienten som rettslig subjekt og som medisinsk objekt.

Når psykiatrien skal forholde seg til et menneske med en alvorlig psykisk lidelse, er det nødvendig med en medisinsk tilnærming. Psykiatrien må foreta en vurdering av et menneskes sinnstilstand ut fra de perspektiver som psykiatrisk diagnostikk reiser. Det må videre foretas en vurdering av om denne sinnstilstanden faller inn under nærmere definerte rettslige kategorier som kan gi grunnlag for tvungent psykisk helsevern. Det er derfor nødvendig at rettsreglene om tvungent psykisk helsevern er instrumentelle og målrettede i sin utforming. I dette må det allikevel ikke ligge en oppfordring til at forholdet til pasienten tingliggjøres, og at pasienten bare blir en kategori eller en gjenstand og ikke et helt menneske, med kroppslige, sjelelige og åndelige behov. Pasienten må ses på som et likeverdig menneske og ikke reduseres til bare å være en «maniker», en «schizofren» osv. Her trengs det et perspektiv som etikken reiser, når den krever at forholdet mellom mennesker ikke skal bygge på tingliggjøring, men på et likeverdig jeg - du forhold. Det er i dette perspektivet at de overordnede prinsippene for behandling av pasienten må sette pasienten først. Prinsippene må vektlegge at en pasient er noe annet og mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person - et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at dets verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres (Ot prop 11 1998-99 kapittel 2).

I sitatet over trer pasienten fram som juridisk subjekt (med rettigheter og menneskeverd) og som objekt (en ufornuftig som ikke vet sitt eget beste). Dette er interessant i den forstand at her må praksis stå overfor avveininger av verdier. Sitatet er også interessant fordi det advarer mot at pasienten ikke skal tingliggjøres. Hva kan uttrykksmåten «at pasienten bare blir sin diagnose» bety? Hva betyr det at pasienten tingliggjøres? Det handler om at informasjon om pasienten kan være knapp, abstrakt og tatt ut av den sammenhengen pasientens problem har utspilt seg i (Måseide 1991:108 og 110). Min vurdering er at sitatet over uttrykker komplekse

maktrelasjoner. I dag skal brukere delta og bli hørt. Det blir utformet organisasjonsmodeller for å sikre det. Diagnostisering bygger på tenkning om at det vil være mulig å sette vitenskapelige diagnoser som kan uttrykkes universelt. Det ligger motsetninger i denne objektiviserende tenkningen, og tenkning der pasientenes stemmer anerkjennes.

I sitatet skrives psykiatrien, pasienten, sinnstilstanden og etikken i bestemt form. Det betyr at begrepene har blitt del av prosesser som gjør det mulig å uttrykke erfaring løsrevet fra personer, tid og sted. Det er etablert et abstrakt nivå for kommunikasjon. Det er interessant fordi det kan oppfattes som uhåndgripelig og skape distanse. Mellom linjene i sitatet over er makt virksom. Vi er alle først og fremst mennesker, deretter er vi syke eller har en funksjonshemming. Hvorfor ble det i offisielle tekster understreket at syke eller funksjonshemmede er mennesker (Tøssebro 2010:36)? Var ikke det ganske opplagt?

Nødvendig brukes i sitatet over ved to anledninger. Det er en liten og tilsynelatende ubetydelig tilføyelse. Den brukes om å videreføre rådende medisinske og juridiske perspektiv, og dermed maktforhold. Ordet nødvendig inngikk i samfunnsprosessene omkring endringer i lovgivningen, men nå på den måten at tidligere tenkning og praksis ble opprettholdt. I nevnte sitat opptrer nødvendig som et historisk og politisk begrep, virksomt i det å legitimere det vi kan betegne som psykiatriens makt.

Et utviklingstrekk er at det opptrer både nye og flere ulike betegnelser for den psykiatriske pasient. Det blir tydeligere at her er motstridende prosesser virksomme. Som eksempel kan trekkes fram uttryksmåtene person med psykiske problemer, bruker, menneske med åndelige og kulturelle behov i tillegg til biologiske og sosiale behov, samt pasient (Lov 1999 07-02 nr. 62). Disse brukes tilsynelatende synonymt, men samtidig er det grunn til å reflektere over om de er verdimesig forskjellige. Hva betyr det at ordet person brukes med tilføyelsen psykiske problemer? Hva betyr det at lovgiver finner grunn til å uttrykke at den psykiatriske pasient er et menneske? Det begrephistoriske inntaket kan bidra til å stille spørsmål til ordvalg som dette. Hva

slags historiske erfaringer gjør det nødvendig å minne om at det er mennesker som er pasienter?

Lov 1999 07-02 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykiatrisk helsevern understreket at mennesker med psykiske lidelser må behandles ut fra medisinsk tilnærming og psykiatrisk diagnostikk. Det tyder på at såkalt evidensbasert medisin står sterkt. Det vil si at tanken om at spesifikke metoder hjelper mot spesifikke problemer. Til tross for at loven omtales som psykisk helsevernloven er psykiatribegrepet fortsatt på plass som diagnostisk prinsipp. Samtidig kommer det fram ambisjoner om at et etisk utgangspunkt som bygger på et likeverdig jeg - du forhold skal være grunnleggende. Pasienten skal møtes som en hel person og et medmenneske står det i lovteksten. Det innebærer en annen måte å tenke om mennesker som ikke fanges opp av begrep som pasient, syk eller medisinsk behandling. Den psykiatriske pasient begrepsliggjort som pasient er syk og skal vurderes og behandles ut fra medisinske prinsipper. Den psykiatriske pasient begrepsliggjort som menneske skal møtes som medmenneske, og behandles med takt og diskresjon slik at vedkommende sin verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres. Den psykiatriske pasient begrepsliggjort som bruker henviser til at vedkommende sine behov må være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette settet av snakkemåter reflekterer ulike diskurser, både medisinsk diskurs, rettssikkerhetsdiskurs og en demokratiseringsdiskurs. At flere diskurser opptrer samtidig kan tyde på at den medisinske diskurs de senere årene har fått noe redusert systematiserende kraft. Andre diskurser har kommet til og inngår i politisk argumentasjon som leder oppmerksomhet i flere retninger.

Helseforetaksreformen, eller sykehusreformen innebar at fylkeskommunale sykehus og institusjoner ble omorganisert til statlige foretak (Ot. prop. nr. 66 (2000-2001)). Nå er snakkemåten «Brukeren i sentrum» forlatt som markør. Reformens oppslag i del 2.1.1 er uttrykksmåten «Pasienten først». Dette utsagnet berører pasienters status og stilling i den forstand at en mer verdsatt rolle kommer til uttrykk. Det har ideologiske trekk om endring i maktrelasjoner. Uttrykket framstår som tidsriktig og tilstrekkelig åpent og tvetydig til at mange kan slutte seg til dette. Det er uklart om

dette er en pasient som skal ha prioritet i et biomedisinsk perspektiv, eller om det er en pasient der nøkkelen til bedring er i vedkommende selv og i relasjonene til andre. Det semantiske feltet omkring sykehus formes nå av begrepet foretak. Det er et generelt begrep som har kommet til og brukes parallelt med sykehus. Betydningen av begrepet foretak må komme fram av konteksten det brukes i. Fra nå av innlegges pasienten i et foretak. Begrepet foretak knytter an til en industriell logikk og produksjon. Det kan stilles spørsmål ved hvor godt denne tenkningen er egnet til å ivareta de komplekse sammenhengene menneskers livsproblemer inngår i. Sykehus kan nå konstrueres som motbegrep til foretak.

I sykehusreformes del 2.6.5 står det at

Psykisk helsevern har i utgangspunktet mange av de samme utfordringene knyttet til drift som somatisk sektor. Ved behandling av mennesker med psykiske lidelser må en dessuten ofte se sykdomsbildet i en helhet hvor også somatiske lidelser vil inngå, og motsatt. Det er i tillegg en selvstendig målsetting å bryte fordommene og styrke åpenheten rundt psykiske lidelser, og dette gjør en best ved å unngå noen form for «særorganisering» (Ot. prop. nr. 66 (2000-2001) del 2.6.5).

Det er begrepene pasient og bruker, samt presiseringen mennesker med psykiske lidelser som brukes i reformdokumentet. Den skriftlige formen «en» i sitatet over etterlater et distansert inntrykk.

I del 2.11. brukes *Brukerinnflytelse og pasientmedvirkning*. Dette handler om rettigheter og innflytelse. Skillet mellom bruker og pasient, samt innflytelse og medvirkning framstår som uklart. *Sykehusreformen representerte en tenkning og praksis der pasientene gradvis mer ble omdefinert til «kunder» eller «brukere» og der myndighetene så behov for en annen organisering og bedre kontroll med ressursbruken (Iversen 2013:14)*. Iversen (2013) skiller mellom fagansatte og profesjonelle ledere, og peker på at reformen bidro til å flytte makt fra fagpersoner til profesjonelle ledere. Pasientenes status og stilling ble i økende grad formet i mer komplekse sammenhenger. Pasientbegrepets innhold ble formet mellom verdier som

medvirkning og rettigheter, men også av diagnostiske prinsipper og økonomisk effektivitet.

De nåværende diagnosesystemene for psykiske lidelser benytter kategoriske skiller (frisk/syk) der en psykisk lidelse er noe man har eller ikke har (Mykletun og Knudsen 2009:15). Dette er et begrepspar som konstruerer sykdomstrekk ved mennesker. Folkehelseinstituttet hevdet at *alle mennesker opplever i blant symptomer eller plager som inngår i psykiske lidelser* (Mykletun og Knudsen 2009:15). Det hevdes at *begrepet psykiske lidelser omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre* (Mykletun og Knudsen 2009:15) Når det antydes at store deler av befolkningen har eller vil få en form for psykisk lidelse i løpet av livet tyder det på at den medisinske og diagnostiske tenkningen er virksom. Den utfordres imidlertid av mer kontekstuelle tilnærminger som ser psykiske lidelser mer som normal variasjon blant folk (Aarre 2010).

Psykiateren Trond F. Aarre har skrevet *Manifest for psykisk helsevern* (2010). Boken gjør forventningene til psykiatrien til tema. Til spørsmålet om økt ressursbruk og behandling av stadig flere fører fram svarer han: *Dessverre ser det ut til at den medisinske modellen er svært kostnadsdrivende uten at den har overbevisende effekter. Dessuten fører den lett til at enklere, billigere og mer effektive tiltak blir nedvurdert og ikke satt i verk, gjerne med begrunnelsen at det ikke er helsetjenesten sitt ansvar* (Aarre 2010:32). Mye tyder på at resultatene ikke svarer til forventningene til tross for at psykiatrifeltet er tilført store ressurser i tiden etter opptrappingsplanen. En konklusjon i boken er at den medisinske tenkningen må bli mindre dominerende.

Psykiatriens objekt begrepsliggjøres i verdiladede vendinger med tvetydige trekk. Pasientens status og stilling formes i et verdiladet og motsetningsfylt språklig landskap. Vedkommende betraktes som en syk som skal diagnostiseres ut fra psykiatriske prinsipper, men også som et helt menneske som skal møtes i et likeverdig forhold. Et medmenneske med egen integritet. En aktivt deltakende bruker i vurderingene av egen situasjon og egne behov. Dette er trekk ved relasjoner mellom

mennesker som leder i ulike retninger. Et spørsmål som angår avhandlingen blir mer tydelig: Er det analytisk hensiktsmessig å snakke om psykiatriens objekt nå? Det er mye som tyder på at mennesker som lider psykisk ikke er bare psykiatriens objekt lengre.

I neste kapittel introduseres en ny måte å begrepsliggjøre mennesker som lider psykisk. Det er som mennesker med psykososiale funksjonsvansker.¹⁴⁰ I hva slags sosialpolitisk sammenheng inngår dette? Kan det betraktes som parallell betegnelse med syk, pasient eller bruker? Representerer dette begrepet et brudd med psykiatridiskurs og dermed en annen diskurs? Er dette et begrep som asymmetriske trekk kan rekonstrueres i? Eller er dette et begrep som kan nedtone skillet mellom det syke og det friske? Et aktuelt sosialpolitisk spørsmål handler om lovgrunnlaget som gir adgang til omfattende inngrep overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser: tvang.

15.3 Begreps asymmetriske trekk

Nasjonale reformdokumenter signaliserte at pasientene skal settes først, de har rettigheter og særorganisering skal unngås. Dette kapitlet undersøker det semantiske feltet omkring tvang. Tvang er et ord som får mening som motbegrep til frihet og selvbestemmelse. Bruk av tvang framstår som noe som ikke er bra og ønskelig, men nødvendig i visse situasjoner. Det interessante er hvordan tvang har variert historisk. Bruk av tvang har historisk vært begrunnet som nødvendig. Tvang har inngått i semantiske felt omkring begrepsliggjøring av psykiatriens objekt. Fra langt tilbake i tid har en parallell blitt trukket mellom den gale og barn (Foucault 2009:474). Selvfølgelig kan barn tvinges når det vurderes å være til deres beste. Like selvfølgelig har det vært mulig å tvinge den gale. Sinnssykeloven forutsatte at den sinnssyke ikke var i stand til å ta vare på seg selv. Det var medisin som fagfelt og legen som

¹⁴⁰ Se f. eks NOU 2005: 8 *Likeverd og tilgjengelighet* (Syse-utvalget), NOU 2010: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*

fagperson som ble gitt legitimitet til å behandle og pleie sinnssyke. Historisk har det rådet en form for felles forståelse omkring dette.

Lov om psykisk helsevern fra 1961 la til grunn to sentrale kriterier for å bli innlagt og holdt tilbake i det psykiatriske sykehuset. Det første uttrykt som alvorlig sinnslidende. Det andre kriteriet var at innleggelsen skulle være til det beste for den syke eller nødvendig for den offentlige orden eller sikkerhet. Denne loven tydeliggjorde argumentasjonen omkring bruk av tvang. Gjeldende psykisk helsevernlov gir adgang til omfattende inngrep overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Pasienter kan tvangsinnlegges og holdes tilbake mot sin egen vilje i institusjoner, utsettes for behandling de protesterer mot, og helsepersonell kan ta i bruk ulike tvangsmidler og andre inngripende tiltak (NOU 2011: 9 kap 1). Følgende former for tvangsmiddelbruk er hjemlet i loven; 1) Mekaniske tvangsmidler som hindrer bevegelsesfrihet, blant annet belter og remmer og skadeforebyggende spesialklær. 2) Kortvarig plassering bak låst dør uten personale til stede, definert som isolering. 3) Korttidsvirkende legemidler for å berolige eller bedøve. 4) Kortvarig fastholding (NOU 2011: 9 kap 8.13).

Dagens lovgivning føyer seg inn i en tradisjon med særlovgivning på dette feltet. Hva innebærer uttrykket særlovgivning? Dette handler om at psykisk helsevernlovens regler i visse tilfeller går foran bestemmelsene i andre lover, som eksempelvis pasientrettighetsloven. I § 1-5 *Forholdet til lov om pasientrettigheter* står følgende *Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder lov om pasientrettigheter så langt den passer*. Formuleringen «så langt den passer» åpner for skjønn knyttet til hvilken lov som skal være gjeldende. Dersom psykisk helsevernloven gjelder, har den rettsregler som tillater bruk av tvang (kapittel 3, spesifikt § 3-8). Loven åpner for å iverksette tiltak overfor mennesker med en alvorlig psykisk lidelse eller hvor det foreligger mistanke om en slik tilstand, uten deres samtykke. Dette gjelder uavhengig av om personen har beslutningskompetanse intakt, og uavhengig av om vedkommende viser motstand. Psykisk helsevernlovens tvangsbestemmelser gjør unntak fra pasientrettighetslovens hovedregel om at helsehjelp bare kan ytes etter gyldig samtykke. Et annet aspekt som bidrar til å karakterisere psykisk helsevernloven som særlov er at loven fastslår hvem som er

pasientens pårørende (§ 1-3). Loven bruker betegnelsen den nærmeste og gir vedkommende rettigheter på vegne av pasienten. I pasientrettighetsloven har pasienten selv rett til å velge hvem som skal være vedkommendes pårørende. Det er grunn til å merke seg at pårørende er et relativt nytt ord i det semantiske feltet omkring pasientbegrepet. Før ble familie, slektninger, ektefelle, barn brukt tilsvarende. Det siste argumentet for at psykisk helsevernloven er en særlov handler om at loven har egne saksbehandlingsregler som trer i stedet for forvaltningslovens bestemmelser (kap 4). Dette ses i forbindelse med påstanden om at uenighet markeres. Den kan betraktes som virksom i den forstand at den leder til produksjon av nye begrep og betydninger.

Når tematikken omkring bruk av tvang er oppe til diskusjon er det nærliggende å bringe på banen spørsmålet om rettssikkerhet. Hva er rettssikkerhet? Det er en grunnleggende verdi i et demokratisk samfunn. Rettssikkerhet handler om at ingen offentlig makt skal gjennomføres uten å ha hjemmel i lov og at det skal finnes grenser for det offentlige maktbruk. Borgere skal ha vern mot inngrep fra andre borgere eller det offentlige. Rettssikkerhet er et begrep som gradvis har blitt mer anvendt generelt i samfunnet, og spesielt i forhold til mennesker begrepsliggjort som psykiatrisk pasient. Tiltak som skjerming, ransaking, beslag av eiendeler, samt restriksjoner i den psykiatriske pasient sin kommunikasjon med omverdenen var ikke regulert i loven fra 1961. Praksisen var allikevel utbredt og oppfatningen var at det eksisterte hjemmelsgrunnlag for slik virksomhet (Hagen, Riedl og Østbøl 2002:48). De hevder at rettssikkerheten for pasientene under 1961-loven hadde vesentlige svakheter. Denne loven trakk opp hovedlinjer og gav rammer for tiltak.

Spørsmål knyttet til særbehandling på grunnlag av farlighet for andre ble igjen gjort til gjenstand for drøfting i NOU 1988: 8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Dette lovutvalget konkluderte med å foreslå en hjemmel for tvungent vern når pasienten var til fare for andre, men bare under forutsetning av at behandling ville føre til vesentlig bedring i den sykes tilstand, funksjonsevne og livssituasjon (NOU 1988: 8:100, jfr § 3). Det å hindre den syke i å skade seg selv eller andre har vært en sentral begrunnelse for bruk av tvang. Spørsmål om bruk av tvang berører verdier i

samfunnet som for eksempel autonomi, respekt og rettferdighet. Samtidig kan det også reises spørsmål ved hvor langt helsevesenets rolle som samfunnsbeskytter skal gå. Psykisk helsevernloven hevdes å ha vært et rettssikkerhetsmessig løft (Hagen, Riedl og Østbøl 2002:48). Den økte graden av detaljregulering, konkretiserte krav om skriftlige vedtak og klagerett, samt stilte krav om at kontrollkommisjonen skulle prøve vilkårene for inngrep i større grad enn før.

Et eget utvalg har vurdert slike spørsmål og levert NOU 2011: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Mandatet var å vurdere forholdet mellom psykisk helsevernloven og samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og internasjonale menneskerettigheter. Utgangspunktet for helselovgivningen er at mennesket er autonomt og verdig. I det ligger at enhver person har full bestemmelsesrett med hensyn til egen frihet, helse og liv. Eventuelle inngrep i dette krever enten samtykke eller hjemmel i lov (NOU 2011: 9 kap 4).

Først til dette med samtykke. Idealet om individets rett til selvbestemmelse har røtter tilbake til filosofer som John Steward Mill (nytte/konsekvens) og Immanuel Kant (fornuft/plikt/regler). Det er forankret i menneskerettighetsdokumenter.¹⁴¹ I 1948 vedtok FN Verdenserklæringen for menneskerettigheter.¹⁴² Den ble vedtatt med erfaringene fra to verdenskriger i friskt minne. Senere har det kommet til konvensjoner som bl a skal sikre grunnleggende helsetjenester og rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er også vedtatt en torturkonvensjon. Slike dokumenter har blitt brukt argumenterende for å endre den psykiatriske pasient sin status og stilling. De markerer at det råder uenighet på dette området.

Det kan være forhold som kompliserer dette med samtykke og selvbestemmelse. Det kan utdypes ved å tydeliggjøre nye begrepspar. Samtykke og selvbestemmelse kan være den ene delen av et begrepspar. Hva blir i så fall motbegrepe? Motbegrep

¹⁴¹ F eks Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter m fl. Se NOU 2011: 9 kap. 12. Se også (Hagen, Riedl og Østbøl 2002: kap 6)

¹⁴² <http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Hva-er-menneskerettigheter> (4.9.2013)

kommer til syne med tilføyelsen manglende. Dette er en av de små, tilsynelatende ubetydelige tilføyelsene med omfattende konsekvenser. Det rommer betydningen om at andre tar beslutninger. Et samfunn må tåle at det er gjenstand for diskusjon. Dette er noe som uttrykkes og begrunnes i begrepet sykdomsinnsikt, og i form av et farevilkår (NOU 2011: 9 kap 12 og 13). Tilføyelsen manglende lader forståelsen av sykdomsinnsikt på en slik måte at beslutninger kan bli tatt på vegne av mennesker. Tilføyelsen manglende kan oppfattes som et omstridt begrep. Det er et slikt lite, men allikevel stort ord som trenger inn i språket og vår måte å tenke på. Begrepet sykdomsinnsikt ser ut til gradvis å bli byttet ut med beslutningskompetanse. Det er et begrep som åpner for retten til å si nei takk. Selv om samtykkekompetanse byttes ut med beslutningskompetanse vil fortsatt manglende i denne konteksten være et historisk og politisk virksomt begrep.

I psykisk helsevernloven er minst to ulike ideologier formende. På den ene siden en paternalistisk ideologi som handler om at pasienten ikke er i stand til å ta rasjonelle valg på egne vegne. På den andre siden en ideologi hvor pasienten står i sentrum og forventes å ta beslutninger på egne vegne. To verdier, frihet og vern, møtes og former etiske dilemma. Junge hevder at logikken i forholdet mellom mennesker handler om en form for felles forståelse. Han skriver *Agreeing goes unmarked, disagreeing needs to be marked. It is perhaps from here that the most elementary asymmetries and human communication and concept-formation take off* (Junge og Postoutenko 2011:14.) Er det slik at tilføyelsen «manglende» markerer en uenighet?

Utvalget skriver at *bruk av tvang og makt representerer alvorlige inngrep i enkeltmenneskers personlige integritet og selvbestemmelsesrett, som i utgangspunktet er beskyttet både etter nasjonale og internasjonale menneskerettigheter*¹⁴³ (NOU 2011: 9 kap 6). Bruk av tvang diskuteres også ut fra et prinsipp om velgjørenhet. Dette går inn i en paternalistisk tradisjon, der helsepersonell handler ut fra hva de mener er til pasientens beste (NOU 2011: 9 kap 12.1.1).

¹⁴³ Fotnoten er min presisering. FNs menneskerettighetserklæring om menneskerettighetene 1948.

Verdikonfliktene om selvbestemmelse og velgjørenhet innebærer etter utvalgets mening en betydelig utfordring med tanke på å finne en akseptabel balanse mellom de forskjellige hensynene. På den andre siden tjener konfliktene til å nyansere et svært sammensatt og vanskelig tema. De etiske prinsippene vil følgelig ha ulik legitimitet, avhengig av pasientenes ønsker og hvilken situasjon man står overfor (NOU 2011: 9 kap 12.1.2).

Sitatet har sammenfallende trekk med Junge og Postoutenko (2011) i det at konflikter er virksomme i den forstand at de former begrepsmessige nyanseringer. I sitatet over er velgjørenhet motbegrep til selvbestemmelse. Velgjørenhet begrepsliggjør i denne sammenhengen en form for tvang. Dette kan oppfattes som en språklig tildekking.

Det er flere forhold som bidrar til å sette psykisk helsevernloven generelt og tvangsbestemmelsene spesielt under press. I internasjonal sammenheng kan FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) trekkes fram.¹⁴⁴ Norge undertegnet denne 30. mars 2007. Den ble ratifisert 19. mars 2013.¹⁴⁵ Den bidrar til å sette søkelys på om dagens praksis kan oppfattes å være i samsvar med Norges menneskerettighetsforpliktelser.¹⁴⁶ De fleste ratifiserende parter legger til grunn en praksis der særlige tvangsbestemmelser for personer med alvorlige psykiske lidelser ikke er i strid med konvensjonen (NOU 2011: 9 kap 6.5.3). Samtidig tyder mye på at spørsmål omkring omfanget og variasjonen av tvangsbruk, hvordan den begrunnes og alternativer til tvangsbruk i økende grad får oppmerksomhet.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Vedtatt av FNs generalforsamling 13. desember 2006. Trådte i kraft 3. mai 2008. Offisiell tittel er *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*.

¹⁴⁵ <http://www.fn.no/Aktuelt/Nyheter/Nyhetsarkiv/Menneskerettigheter/Stortinget-behandler-i-dag-FN-konvensjonen-for-funksjonshemmede> (4.9.2013)

¹⁴⁶ Se Syse, A. (2009): Menneskerettslige aspekter ved tvangsmessig frihetsberøvelse, herunder om lovoppsatte vilkår.

¹⁴⁷ <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/ny-fagprosedyre-om-bruk-av-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern> (4.9.2013)

I nasjonal sammenheng kan det vises til omfanget av klager på tvangsinnleggelses (2009 – 1900 klager) og klager på tvangsmedisinering (2009 – 850 klager). I *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet* hevdes det at omfanget av klager tyder på betydelig misnøye med tvang i psykisk helsevern hos et stort antall pasienter mens behandlingen pågår (NOU 2011:9 kap 8.19.9).

Det stilles i økende grad spørsmål ved at særregler rettes mot spesielle grupper mennesker. Pasienter som ansees å ha en alvorlig sinnslidelse risikerer i dag å tape sin selvbestemmelsesrett selv om de er i stand til å ta beslutninger om helsehjelp. *Utvalget legger til grunn at kritikken mot psykisk helsevern har et såpass stort omfang at det utgjør et alvorlig problem for psykisk helsevern og Norge. Dersom dagens lovgivning skal opprettholdes, er det viktig å begrunne hva det er med psykiske lidelser som eventuelt krever en særlovgivning* (NOU 2011: 9 kap 12.1.3.1). Det å undersøke hvordan den psykiatriske pasient historisk har blitt satt på begrep kan betraktes som å inngå i slike prosesser. Samtidig er nettopp dette et omdreiningspunkt for å avdekke, men også å reproducere asymmetriske motbegreper.

I sine konklusjoner løftet utvalget fram begrepet beslutningskompetanse. Begrepet er foreslått å erstatte samtykkekompetanse. Betydningsforskjellen handler om å synliggjøre at pasientens selvbestemmelse omfatter både det å samtykke og det å nekte (NOU 2011: 9 kap 1). Utvalget, med unntak av et medlem, gikk inn for å videreføre adgang til tvungent psykisk helsevern. Begrepsbruken er foreslått endret fra alvorlig sinnslidelse til alvorlig psykisk lidelse.

Utvalget foreslår å erstatte begrepet «alvorlig sinnslidelse» med det mer tidsmessige «alvorlig psykisk lidelse». Dette er ikke ment å innebære noen realitetsendring. Utvalget benytter i utredningen begrepet «beslutningskompetanse» i stedet for «samtykkekompetanse» for å fange opp at spørsmål knyttet til selvbestemmelsesretten også omfatter retten til å nekte helsehjelp (NOU 2011: 9 kap 1).

Begrepet skulle fortsatt være en rettslig standard, med samme innhold som i dag. Sitatet over aktualiserer hvordan forestillingen om det moderne er virksom. Samtidig

er dette dobbelt i den forstand at tidligere asymmetriske trekk opprettholdes når det hevdes at begrepsendringen ikke skal innebære noen reell endring. Det kan legges til at når begrep endres, kan det åpne for andre diskurser. Nå er begrepet sinnslidelse omformet som motbegrep til begrepet psykisk lidelse. Utvalget ønsket en unntaksbestemmelse i psykisk helsevernloven som ville gjøre det mulig å innlegge akutt selvmordstruede pasienter som ikke lider av alvorlig psykisk lidelse til tvungen observasjon i inntil tre dager. Her oppstår en spesifisering av pasientbegrepet i form av betegnelsen den akutt selvmordstruede pasient.

Utvalgsmedlem Hege Orrefellen stilte seg ikke bak utvalget som leverte NOU 2011: 9. Hun valgte i stedet å levere en 26 sider lang dissens. I den kommer det fram begrep som markerer uenighet. Selv ser hun det som en oppgave å gi stemme til de som blir, eller har blitt utsatt for tvang i psykiatrien. Orrefellen argumenterer for en annen tenkning på dette området og hun bruker andre begreper. Spørsmålet blir da på hvilken måte hun representerer noe nytt. Hun benytter konsekvent begrepet mennesker med nedsatt psykososial funksjonsevne i stedet for eksempelvis psykisk lidende eller psykisk syk. Dette er en betegnelse med forgreininger til den internasjonale bruker- og overleverbevegelsen.¹⁴⁸ Denne måten å snakke på hevder hun sier noe om at problemene oppstår i enkeltmenneskets møte med samfunnet og etablerte normer. Den krever heller ikke at psykiske lidelser klassifiseres som sykdommer, knyttet opp mot den medisinske modellen. Hun hevder at det er helt vesentlig at definisjonsmakten overføres fra fagfolk til enkeltindividet. Dette standpunktet utfordrer både den profesjonelle fagkunnskapen og tenkningen om den psykiatriske pasients ufornuft. Orrefellen hevder at et grunnleggende prinsipp må være retten til selvfortolkning. Dette utelukker måter å snakke om den psykiatriske pasient som å ha manglende sykdomsinnsikt. Dette kan eksemplifiseres med Arnhild Lauvengs (2006) fortelling i boken *Unyttig som en rose*. Her forteller hun om primærkontakten som *var opptatt av at jeg skulle innse at jeg aldri kunne bli frisk, men måtte lære meg å leve med symptomene mine* (Lauveng 2006:53). Orrefellen

¹⁴⁸ The World Network og Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP).

peker også på at det er problematisk når begrepene behandling og hjelp brukes i forbindelse med psykiatrisk tvang. Hun hevder at det å snakke om hjelp og behandling i slike sammenhenger kan bidra til å tilsløre realitetene for de som utsettes for dette. Slik hjelp og behandling kan oppleves som støtende, som overgrep eller mishandling.

Med et begrepsteoretisk utgangspunkt framstår ord som hjelp og behandling som tvetydige begrep. Det betyr at de vanskelig kan defineres. De kan fylles med varierende verdier og tillegges ulik betydning. Hjelp og behandling kan både framstilles som nødvendig omsorgsansvar, og som overgrep. Når hjelp og behandling brukes i betydningsfeltet til den psykiatriske pasient kan de brukes i betydningen «nødvendig omsorgsansvar». Derimot når de opptrer i betydningsfeltet til den alternative uttrykksmåten mennesker med psykososiale funksjonsvansker, kan de tillegges betydninger i retning av overgrep. Utvalgets innstilling er et eksempel på at ulike aktører kan ha forskjellig syn på hvordan ord som hjelp og behandling skal brukes og hvilket innhold de har. Dette kan tolkes som møte mellom ulike diskurser. En mer tradisjonell psykiatridiskurs møter en nyere rettighetsdiskurs. En medikaliseringdiskurs møter en frigjøringsdiskurs.

15.4 Begreps elastisitet

Begreps elastisitet handler om at samme begrep kan inngå i ulike betydningsmessige sammenhenger. Det er på ingen måte intensjonen å være utdypende, men heller å vise hvordan begrep kan fylles med varierende betydninger. Her undersøkes begrepet bruker nærmere. Det brukes tilsvarende pasient, mennesker med psykiske lidelser og psykiatrisk pasient.

I Lov om pasient og brukerrettigheter § 1-3 bokstav a er en pasient definert som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet.

I *Lov om pasient og brukerrettigheter* § 1-3 bokstav f defineres bruker som *en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.*¹⁴⁹ Begrepet bruker defineres i denne loven som å motta tjenester som ikke er helsehjelp og behandling. Begrepene pasient og bruker defineres ulikt i pasientrettighetsloven.

Lov om psykisk helsevern omfattes ikke av samlingen av helselovgivningen som ble gjeldende fra 1.1.2012. Definisjonene er allikevel interessante fordi det kan se ut som at brukerbegrepet tillegges noe ulikt innhold avhengig av i hvilken sammenheng det benyttes.

Det er tidligere i avhandlingen vist til kilder der både pasient og bruker har blitt anvendt for å betegne den psykiatriske pasient i det psykiatriske sykehuset. Jeg har også vist at begrepet bruker har blitt brukt om pasienter i en sikkerhetsavdeling. Det er et funn at bruker ble brukt om pasienter i sykehuset, altså det som kan forstås som mottakere av helsehjelp. Min forståelse er at dette brukerbegrepet bar i seg tanken om pasienters medvirkning i egen behandling og livssituasjon. Dette brukerbegrepet bar i større grad i seg forestillinger om brukeren som mer aktiv og frigjort, enn pasientbegrepets innhold. Bruker ble forbundet med en person som var ekspert på eget liv, en som kunne ta egne valg og være delaktig i vurderinger omkring egen situasjon.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (NAPHA) har utarbeidet en rapport om ord og begreper i psykisk helsearbeid. Rapporten går nærmere inn på betydningsinnholdet i brukerbegrepet, samt tilføyelser som opptrer sammen med bruker. Det hevdes at

¹⁴⁹Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (*Lov om pasient og brukerrettigheter* § 1-3 bokstav c).

Ordet «bruker» er et av de sentrale begrepene på psykisk helsefeltet i dag. Hvordan vi definerer det, har betydning for hvordan vi forstår rollen/statusen til personer som opplever psykiske helseproblemer og bruker helse- og omsorgstjenester som følge av det. Slik det er i dag, er det vanskelig å beskrive denne rollen uten å anvende ordet bruker (Westerlund 2012:12).

Her hevdes at det å være bruker betegner både de som har et direkte og personlig behandlings-, velferds- eller omsorgstilbud. Pårørende til mennesker med psykiske lidelser kan også omfattes av brukerbegrepet. For eksempel har Landsforeningen for pårørende i psykiatri kjempet for å bli definert som brukere, med rett til informasjon, innsyn og deltakelse. Dette brukerbegrepets innhold framstår som noe annet og mer komplekst enn definisjonen i pasientrettighetsloven.

Bruker kom til som et nytt ord, opptrådte parallelt med og supplerende til pasientbegrepet i det psykiatriske sykehuset og i offentlige dokumenter som angikk psykiatri. Det bar i seg tanker om pasienten som mer aktiv og deltakende subjekt. Avhandlingen har vist til nasjonale dokumenter, som eksempelvis opptrappingsplanen, der brukerbegrepet benyttes: *Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester (St prop nr 63 (1997-98) del 2).*

Brukerbegrepet kan forbindes med New Public Management (NPM). Dette er tenkning som har preget offentlige reformer de siste 25 årene. NPM bygger på mål- og resultatstyring, effektivitet, konkurranse og nye ledelsesmodeller (Røvik 2007). Brukerorientering hevdes å ha kommet med denne tenkningen (Iversen 2013). I kildene fra Opdøl sykehus opptrer brukerbegrepet for første gang i 1971. Dette på et tidspunkt før NPM ideologien slo inn i Norge. Brukerbegrepet leder tankene i retning av mer medbestemmelse for pasientene. Det kan være grunn til å anta at brukerbegrepet fra 1970-tallet og til i dag har gjennomgått betydningsmessige endringer. Bruker kan også oppfattes som et tidsriktig begrep. Det har vært et begrep som kan betraktes som markør for fornyelser.

Brukerbegrepet som benyttes i ny om helselovgivning har et betydningsinnhold utenfor helse, og med mindre rett til informasjon og deltakelse enn pasienter. I pasientrettighetsloven § 3-2 om *Pasientens og brukerens rett til informasjon* kommer det fram noen interessante nyanser. *Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.* Her forutsettes pasienten å bli tilført innsikt fra den som gir informasjon. Brukeren derimot skal ha nødvendig informasjon for å få tilstrekkelig innsikt, begrenset til tjenestetilbudet. Dette tyder på at pasientbegrepet har styrket sin posisjon i forhold til brukerbegrepet i ny helselovgivning.

Brukerbegrepet som benyttes parallelt og supplerende til begrepet den psykiatriske pasient og mennesker med psykiske lidelser tillegges et meningsinnhold som omfatter helse og bærer i seg forestillinger om en mer aktiv rolle. Brukerbegrepet har vært markør for uenighet og gitt retning til verdier som medvirkning og medbestemmelse for mennesker med behov for helsehjelp. Sitatet over er et nytt eksempel på hvordan tilføyelsen nødvendig brukes. Hva som er nødvendig eller ikke vil være åpent og gjenstand for tilpasning. Dette antas å åpne et handlingsrom for den som formidler informasjon.

16 Avslutning del V

Del V har undersøkt begrep i endringsprosesser. I kapittel 14 med vekt på Opdøl sykehus, og i kapittel 15 har nasjonal dokumenter fra 1990-tallet og framover vært gjenstand for drøfting. Oppmerksomheten har vært rettet mot hvordan begreper kan konkurrere om å definere framtiden. Det semantiske feltet omkring begrepsliggjøring av psykiatriens objekt endret karakter på flere måter. Et utviklingstrekk er at dette sykehuset på 1970-tallet hadde over 400 pasienter. Antallet pasienter i sykehuset er i dag redusert til anslagsvis 20. Et annet utviklingstrekk er at det psykiatriske sykehuset ble omorganisert fra å være et selvstendig sykehus til å bli en psykiatrisk

storavdeling ved Molde Sykehus. I denne psykiatriske storavdelingen ble det etablert en rekke mindre avdelinger og poster. Et funn er at den psykiatriske pasient begrepsliggjøres noe ulikt på forskjellige avdelinger. Det kan oppfattes som uttrykk for ytterligere spesifisering. Det etablerte begrepet pasient ser ut til å stå sterkere i noen avdelinger. Det viser at virksomheten ble tydeligere definert som medisinsk. I andre avdelinger kom nye betegnelser til. For eksempel ble det skrevet ungdom eller klient i stedet for pasient i ungdomsavdelingen. Det bidrar til å nedtone medisinske trekk.

Et annet funn er at tematiseringen av forholdet mellom psykiatri og somatikk er tilbakevendende. Historisk har dette vært et omdreiningspunkt. Skulle psykiatri være en egen sektor, med selvstendig status? Eller skulle psykiatri være en del av et større medisinsk fagfelt? Kan det være slik at begrepsparet somatisk og psykisk ikke bare har asymmetriske trekk, men at dette skillet er en problematisk konstruksjon?

Et tredje funn knytter seg til hvordan tilføyelsen fag ble løftet fram som autoritet. Legitimitet var tidligere knyttet til en asymmetrisk figur bestående av lege – pasient. Nå ser det ut til at den asymmetriske figuren knyttes til begrepsparet fag – pasient. Legens autoritet skyves inn i det som begrepsliggjøres som fag. Min analyse er at denne abstraksjonen muliggjorde videreføring av den historisk etablerte asymmetri.

Med utgangspunkt i begrepet om fag, og det at pasienters kunnskap og erfaringer ble tydeligere kan et nytt begrepspar konstrueres. Det er fagkunnskap og brukerkunnskap.¹⁵⁰ Begrepsparet indikerer at det kan være ulike typer kunnskap og kompetanse. Tilføyelsen fag til kunnskap leder til oppfatningen om at kunnskap har en objektiv og generell karakter, mens tilføyelsen bruker til kunnskap leder til oppfatninger om kunnskap som mer subjektiv og spesifikk. Denne forestillingen betrakter jeg som en konstruksjon som har vært formende for tenkningen om psykiatriens objekt. Del V viser hvordan det som begrepsliggjøres som

¹⁵⁰ Kompetanse kunne alternativt vært brukt i stedet for kunnskap. Jeg velger å ikke problematisere forholdet kunnskap/kompetanse.

brukerkunnskap har kommet til som en ny snakkemåte. Dette begrepet inngår i sammenhenger som nyanserer brukere og pasienters sin status og stilling.

Flere diskurser som sykdomsdiskurs, rettighetsdiskurs og tvangsdiskurs hadde legitimitet og var formende. Et utviklingstrekk er at kompleksiteten i semantiske felt økte. Konkurrerende begrep til den psykiatriske pasient ble tydeligere. Den etablerte asymmetriske figuren ble i økende grad satt under press. Pasienten trer i økende grad fram som subjekt med rett til blant annet å begrepsliggjøre seg selv. I perioden som har vært gjenstand for undersøkelse i del V har ulike reformer, blant annet *Opptrappingsplanen for Psykisk helse 1999-2008* (St. prop. nr 63 (1997-98)) blitt vedtatt, gjennomført og avsluttet. Et vesentlig aspekt ved reformer omkring årtusenskiftet er at pasientenes rettigheter har blitt styrket. Dette innebærer at det psykiatriske sykehuset er i forandring.

Iversen reflekterer over forholdet mellom begrepene psykiatri og psykisk helsearbeid i sin avhandling *Logistikkerfaringer i psykisk helsearbeid: Om forståelse, organisering og ledelse av relasjoner i en profesjonell organisasjon i omstilling* (Iversen 2013). Han hevder at

psykiatribegrepet brukes mange ganger flertydig som betegnelse på et organisasjonsområde, tjenesteområde eller felt («innen psykiatrien»), som en medisinsk spesialitet, eller som betegnelse på en type problemer («her er det mye psykiatri»). Introduksjonen av begrepet psykisk helsearbeid betegner noe av den endringen og utviklingen som har skjedd på området (Iversen 2013:7).

Begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient opptrer i semantiske felt omgitt av ord som prosesser, omstilling, ledelse, konflikter, effektivitet og kvalitet (Iversen 2013). Det konstrueres virkelighetsbilder i motbegrep som utbygging, oppbygging, nedbygging, avvikling og omstilling. Dette er uttrykk for rasjonelle ledelsesideologier (Iversen 2013:10).

Opptrappingsplanen bar i seg ideologier som samarbeid, lokalsamfunnsorientering, samordning, tverrprofesjonalitet og ulike faglige tilnærminger. Dette kommer tydeligere fram i samhandlingsreformen (St. meld. nr 47 (2008-2009)). Samhandling

er uttrykk for helse- og omsorgsprofesjonenes evne til oppgavefordeling seg imellom for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell og koordinert måte (St. meld. nr 47 (2008-2009)). Dette er interessant i den forstand at samhandling ser ut til å bli forstått som at systemer skal samhandle. Forestillingen om et felles og omforent mål må kunne oppfattes som ideologisk.

Del VI Det historiske og politiske begrep

En lørdag - mens denne avhandlingen er under arbeid kommer VG med følgende oppslag i avismagasinet HELG: *SYK – cellene deres må desinfiseres – ISOLERES – de oppfører seg som dyr – LIVSFARLIG – Ila fengsel vet ikke hva de skal gjøre med dem* (VG 1.2. 2014). Oppslaget markerer avstand. Dette angår ikke skriveren, som skriver om «de andre». Det trekkes parallell til dyr. Dette er rasjonaliteten som definerer sin egen motsetning. I artikkelen som følger uttaler psykiater Randi Rosenquist at

reglene som hjemler tvangsinnleggelse, snevres inn. Dermed er det mange det er noe grunnleggende galt med som ikke får utredning og diagnose – og dermed heller ingen hjelp. I dag skal pasientene helst være psykotiske eller schizofrene for å legges inn. Det er behov for å differensiere mer. Hun skulle gjerne sett ordet sinnssykdom inn i utilregnelighetslovgivningen igjen. Begrepet ble tidligere brukt på det hun kaller «meget forstyrrede personer» som ikke var i stand til å ta ansvar for egne handlinger (VG 1.2. 2014).

Avhandlingen har argumentert for at betydningen til begrepet sinnssyk formes av asymmetriske relasjoner. Dels for å hjelpe, og dels for å kontrollere. Diagnoser og differensiering av mennesker er uløselig knyttet til makt. Artikkelen i VG inngår i politiske prosesser der opprettelse/avvikling av psykiatriske sykehjem, spesialinstitusjoner og tvangslovgivning er sentrale tema. Ut fra dette perspektivet blir psykiske lidelser sykdommer. De kan forklares og diagnostiseres av fagpersoner. Et alternativt perspektiv kunne vært kontekstuellet. I et slikt perspektiv kunne psykiske lidelser oppfattes som normale reaksjoner på store belastninger. Antakelig ville løsningene, men også den språklige framstillingen blitt andre.

Disse to måtene å tenke på er formende for semantiske felt. Det å snakke om pasient, sykdom, lidelse, fagpersoner, terapeuter, system, formell organisering, behandling, institusjoner, sykehus, mål og effektivitet kan oppfattes som formende for semantiske felt. I et alternativt semantisk felt kan menneske, person, borger, mangfold, forskjell, hjelper, relasjonelle problemer, recovery, stor belastning og reaksjon oppfattes som formende på andre måter. Disse ordene og begrepene er uttrykk for tenkemåter som på ulike måter vil være formende for organisering og samarbeid mellom profesjonelle hjelpere. Tidsriktige begrep som medbestemmelse, samordning og tverrfaglig samarbeid er åpne begrep i den forstand at de kan fylles med varierende innhold. De kan komme til anvendelse i ulike semantiske felt og inngå i ulike historiske prosesser.

Boken *Til trøyst. Å gje språk til psykiske kriser* av Jan Inge Sørbo (2013) viser at menneskers psykiske kriser har kommet til uttrykk på andre måter enn den medisinske terminologi i kunst og litteratur. Det er ikke nytt. Er det slik at statusen til slike tekster har endret seg? At de tillegges verdi som kraftfulle stemmer, stemmer som kan åpne for andre måter å tenke og forstå? Sørbo skriver

Den medisinske fornufta vil skilja ut, objektivera og fordriva – gjennom elektriske sjokk, insulinsjokk eller kirurgi – denne ufornufta. Hauges livskap, derimot, handlar om å integrera det han kallar «den andre mannen» med kvardagsmannen. Han vil leva i kvardagen, der det går an å leva, men ikkje ved å objektivera og driva bort draumen og draumemeisteren (Sørbo 2013:32).

Litteratur kan bidra til å nyansere situasjoner og dilemma som berører de vanskelige sidene ved det å være menneske. Den kan representere andre perspektiv og bidra til forståelse. Forfattere kan skrive fra ståsteder som fra et psykiatrisk perspektiv kan karakteriseres ved diagnoser. Samtidig kan de oppfattes som intelligente og skriveføre mennesker.

Verken liding, vrangførestillingar eller tvangshandlingar blir fornekta eller fortagde. Men dei framstår som forståelege reaksjonar på liding, stundom som forsøk på å meistre lidinga. Lesaren av slike tekster tenkjer ikkje: For ein galen person! Snarare tenkjer ein slik ville sikkert eg og reagert under liknande

forhold – eller: No forstår eg bakgrunnen for handlingar som eg tidlegare opplevde som meningslause (Sørbø 2013:13).

Så langt jeg har kunnet se har menneskene i litteraturen Sørbø viser til navn. Det gjør dem til subjekt. De litterære tekstene boka refererer til kan bidra til forståelse av disse subjektene.

Teoretisk har studien av endringer i pasientbegrepet tatt utgangspunkt i den tyske begrephistoriske tradisjonen som er representert ved Reinhart Koselleck. Den gjør begrep til selvstendige analyseobjekter. Empirisk er det et asyl og psykiatrilovgivningen som har vært gjenstand for undersøkelse. Det analytiske potensialet ligger på den ene siden i det at begreper endrer betydning. På den andre siden ligger det et analytisk potensial i det at nye begreper kommer til og avløser etablerte begreper. I analysen av begrepene kommer både stabile trekk fram, men også endringer.

17 Pasientbegrep i psykiatriens og asylets historie

Avhandlingen har undersøkt begrep om den psykiatriske pasient. Begrepet er et sosialt merke, en karakteristikk, som settes på mennesker. Noen kan finne seg vel til rette med det, andre mennesker kjenner seg ikke igjen i denne karakteristikken. Begrepet er aktuelt i dag fordi det blir brukt forskjellige ord om tilsynelatende det samme fenomenet. Hvordan kan det at betegnelser som pasient i psykiatrien, psykiatrisk pasient, bruker og borger brukes om hverandre forstås, og i hvilke historiske og politiske prosesser inngår disse betegnelse? I et begrephistorisk perspektiv vil dette forstås som kamp mellom begreper. I det ligger at begrepene framhever trekk ved virkeligheten på ulike måter. Disse begrepskampene har interesse fordi de bidrar til å synliggjøre kontroverser mellom ulike verdier. Avhandlingen har undersøkt hvordan mennesker som lider psykisk har blitt begrepsliggjort, samt hvordan deres status og stilling har blitt formet. Den langsiktige analysen har vist hvordan begreps betydninger endrer seg, men også mot hvordan

betydninger har stabile trekk. Analyser som har gått inn på ulike tidspunkt viser hvordan tilføyelser, spesifiseringer, parallelle og konkurrerende begrep har formet betydningsmessige nyanser i begrepsliggjøringen av mennesker som lider psykisk.

17.1 Framvekst og omforming av en språklig figur

Som fenomen har det eksistert galskap til alle tider. I en historisk periode var galskap i liten grad forbundet med sykdom. I løpet av 1700-tallet kom medisin inn på galskapens område og ekspanderte. Avhandlingen har tatt utgangspunkt i hvordan en språklig figur oppsto tidlig på 1800-tallet i den vestlige del av Europa. Den medisinske fortolkning av fenomenet galskap kom til å bli en formende kraft på dette området. På den ene siden aksepterende i den forstand at samfunnet anerkjente mennesker sine problemer som sykdom. På den andre siden kontrollerende i den forstand at samfunnet utøvde sosial kontroll på dette området. Dette er prosesser preget av tvetydighet i den forstand at det å anerkjenne og kontrollere har motstridende trekk.

Det utviklet seg en tenkning først i Europa, senere i Norge som tydeliggjorde menneskers problemer som sykdom. Dette kan beskrives som medikalisering, som er et sosiologisk begrep. Det brukes for å beskrive at menneskers problemer søkes forklart gjennom (bio)medisinske årsaksforhold og behandlet av medisinsk personell. I det ligger den måten å tenke på at problemene søkes forklart og beskrevet. Denne tenkningen plasserer seg innen det som gjerne omtales som naturvitenskap. Fortolkningen av galskap som sykdom bygde på en todeling av sykdomsbegrepet. Sykdom kunne relateres til enten sinn eller legeme. Kroppen, eller legemet, kunne være syk. Galskapens sykdom ble fortolket som sinnets sykdom. Dette ble oppfattet som noe annet. Den som var syk på sinnet var syk på en annen måte enn den legemlige syke. Det ble ansett som nødvendig å begrepsliggjøre dette fenomenet. De gamle greske begrepene soma og psyke ble gjenstand for en spesiell fortolkning. De gav retning for forming av begrepsparet legemlig syk og sinnssyk, og til utvikling av en psykiatridiskurs. I avhandlingens analyse er psykiatridiskurs den bredere

sammenheng ord og begreper som psyke og sinn har inngått i historisk. I denne psykiatridiskursen ble det ansett som nødvendig å begrepsliggjøre sitt objekt, det fenomenet psykiatriens oppmerksomhet var innrettet mot. Det ble som afsindig, sindssvag og etter hvert som sinnssyk og patient. Det var i en senere fase at spesifiseringen som den psykiatriske pasient kom til.

Psykiatridiskurs kom til å bli formet med utgangspunkt i, og av medikalisering. Altså det å kunne forklare og beskrive sykdom. Psykiatridiskurs representerte bestemte måter å tenke, snakke og forholde seg til menneskelige fenomener som tanker, følelser og atferd. Den bygde på ideen om at fenomenet galskap lot seg forklare og beskrive. Galskap ble fortolket som sykdom på sinnet, og den gale ble legenes pasient. Et bærende trekk ved tenkningen var å kunne forklare sinnets sykdom på samme grunnlag som legemlig/fysisk sykdom. Framgangsmåten var gjennom å avdekke og beskrive observerbare trekk ved sinnets sykdom.

Omkring overgangen til 1800-tallet kan det identifiseres et grunnleggende begrepsmessig skifte som inngikk i sosiale og politiske forandringer i etterkant av den franske revolusjon. Psykiatri kom til som en av mange nye vitenskaper. Et mål var å utvikle klassifikasjoner på grunnlag av symptomer og sykdommer. Denne tenkningen spredte seg over landegrensene, blant annet til Norge. Med begrepsliggjøring av den sinnssyke ble det etablert et nytt begrepspar. Den legemlige syke og den som var syk på sinnet, sinnssyk. Tidligere tiders gale mennesker ble legens pasient. Tilføyelsen sinn etablerte en relasjon til asyltet og dannet utgangspunkt for forming av en ny medisinsk spesialitet. Sinnssyk ble konstruert som motbegrep til legemlig syk. Dette motbegrepet bar i seg asymmetriske trekk om «oss og dem».

Relasjonen mellom psykiatri og psykiatriens pasient er historisk forankret i en strukturell asymmetri. Den bar i seg trekk ved religiøse forestillinger om en «far». Samtidig var den virksom i forming og utvikling av legeprofesjonen. Relasjonen kan derfor karakteriseres som hierarkisk. I det ligger at legen hadde autoritet i kraft av sin posisjon. Legenes vurderinger av pasientene var formet av moralske trekk som renslighet, arbeidsdyktighet, liddelig snakk og uro. Begrepsliggjøring av den

psykiatriske pasient er en asymmetrisk konstruksjon, formet av sosiale og historiske forhold. Denne begrepskonstruksjonen var formet av og bidro til å forme kategoriseringer innen psykiatriens verdihierarki.

Den sinnssyke var en pasient som ble definert dels gjennom medisinske forståelsesrammer, men også gjennom sosiale prosesser formet av samfunnets moral og rådende sosiale normer. Begrepet sinnssyk inngikk historisk i den sosiale formingen av hva som var avvik og avvikende levesett. Sosial forming kan være av både positiv og negativ karakter. Denne asymmetriske konstruksjonen gjenspeilet avvik som på en eller annen måte falt utenom det som ble ansett for normalt og fornuftig. Dette ble ytterligere komplisert av spørsmålet om vedkommende selv kunne lastes for sitt avvik, eller om det var å forstå som uforskyldt. Tenkningen omkring den sinnssyke ble både formet av medisinske perspektiver, men også av moralske perspektiver.

Den sinnssyke pasient ble gjenstand for observasjoner, registreringer og eksperimenter. Dette ble formet som et spesialområde. Systematisk innsamling av informasjon om enkeltfenomener og innordning av disse under allment gjeldende lover og prinsipper ble oppfattet som grunnlag for utvikling av kunnskap. Dette var praksiser som inngikk i forestillingene om det å kunne forklare og endre asymmetriske trekk gjennom utvikling av medisinsk kunnskap. Relasjonen mellom fornuft og ufornuft trådte inn på medisins og vitenskapens område. Den bar i seg dynamiske trekk om forandring. Det kan innvendes at slik spesialisering tar vesentlige ting for gitt som eksempelvis at kulturelle problemstillinger i liten grad ble reist. Et kulturelt trekk som trer fram over tid er hvordan psykiatri formet et virkelighetsbilde av egen virksomhet som nyttig og framtidsrettet.

Legemlig syk og sinnssyk har i avhandlingen blitt betraktet som et begrepspar. Det korresponderer med Reinhart Kosellecks asymmetriske begrepspar (Koselleck 2004). Legemlig syk og sinnssyk oppfattes i analysen som motbegreper. Slike begrepspar navngir eller karakteriserer mennesker på bestemte måter. Begrepet gal inngikk i asymmetriske relasjoner som ble oppfattet som naturgitte, og derfor ikke mulig å

endre. Det begrepsmessige skiftet fra gal til sinnssyk oppfattes som uttrykk for en asymmetrisk omforming. Den asymmetriske konstruksjonen begrepene bar i seg var ikke lengre naturgitt og bestandig, men gjenstand for omforming. Asymmetriske trekk ble oppfattet som formet langs et kontinuum og mulig å forandre. Dette var uttrykk for et ideologisk skifte som fant sted i Europa sent på 1700-tallet og i Norge i første del av 1800-tallet.

Den asymmetriske konstruksjonen har verdiladede trekk i den forstand at dette var en syk som manglet fornuft. Sinnssyk var et motbegrep som det har vært mulig å spesifisere ytterligere. Det viser eksempelvis begrepsparene uro – ro eller renslig – urenslig som var formende på dette området. Dette er en konstruksjon som har vist seg å ha stabile trekk. Ut fra Kosellecks typologier om asymmetriske konstruksjoner kan den karakteriseres som temporalt bestemt. Dette temporale elementet har vært virksomt i å legitimere tiltak overfor den sinnssyke ut fra tanken om å behandle. Tanken om behandling formet den sinnssykes status og stilling som enten behandlingsdyktig eller ikke mulig å behandle.

Denne forestillingen om å kunne forandre bidro til å legitimere inngrep og praksiser som innesperring og ulike former for kurer. Fra et samfunnsperspektiv handlet det om å bedre sosiale forhold. Begrepsparene legemlig syk og sinnssyk har forestillingen om å kurere til felles. Den vesentligste forskjellen knyttet seg til pasientenes grad av fornuft eller om pasienten ble oppfattet som å ha en væremåte i tråd med sosiale normer i samtiden. Begrepet sinnssyk ble dels formet av, og var selv formende for psykiatri. Sinnssyk kan betraktes som et begrep som kom i posisjon i det norske samfunnet. Det var virksomt i prosesser som handlet om utvikling av fag, profesjoner og innesperring i institusjoner som asyl. Begrepets asymmetriske karakter trer fram fordi det inngikk i prosesser der noen kom i posisjon til å definere andre mennesker som annerledes. Den sinnssyke ble gjenstand for inngrep i den hensikt å skape endring, spesifisert som for eksempel uttrykksmåten i bedring. Begrepet sinnssyk ble en indikator på en bestemt form for sykdom, og samtidig en faktor i endringsprosesser.

Begrep om den psykiatriske pasient kom til å begrepsliggjøre det som ble oppfattet som et enkeltstående fenomen. Et fenomen som over mange år ble oppfattet som en objektiv og stabil konstruksjon. I Norge ble sinnssyk det språklige merket i begrepsliggjøring av denne spesielle sorten pasient. Dette var en karakteristikk som legitimerte at mennesker ble sperret inne og underlagt ulike former for behandling, inkludert tvang. Den temporale asymmetrien som var formet av tanken om å hjelpe, bidro til å legitimere dette. Pasientbegrepet brukt i konteksten av asyl og psykiatrisk diskurs er uttrykk for en egen sort pasient, annerledes enn andre pasienter. I neste delkapittel drøftes stabile trekk ved denne konstruksjonen. Deretter drøftes trekk som tydeliggjør konkurranse og kamp mellom begrep.

17.2 Stabile trekk

Galskap ble gradvis omformet fra å handle om hverdagens problemer, til å defineres som sykdom. I Norge ble psykiatriens objekt begrepsliggjort først som afsindig, deretter som sindssvag før sinnssyk ble den rådende betegnelsen i mange år. Begrepet sinnssyk inngikk i sosiale og politiske prosesser som blant annet innebar etablering av en egen lov. Den slo fast at den sinnssyke skulle behandles av leger. Det var leger som hadde kunnskap om sykdom og metoder for å avdekke denne sykdommens ulike trekk. Leger fikk en lovfestet rett til å fastslå om et menneske hadde denne sykdommen og fastsette videre behandling. Observasjoner og begrepet om nødvendig behandling var virksomme i definering av den sinnssyke pasient. I løpet av første del av 1800-tallet begynte den historiske perioden der mennesker vurdert som sinnssyke ble legenes pasienter. Vurderinger av hva som var nødvendig behandling av den sinnssyke pasient kan betraktes som kulturelt bestemt, altså situasjonsbestemt, tvetydig og verdiladet. Behandling forstått i forbindelse med observasjoner, eksperimenter og systematikk var uttrykk for vitenskapelig virksomhet. Tilføyelsen nødvendig til behandling kan forstås som knyttet til ideen om at det var mulig å identifisere en slags sannhet om galskap. Forestillingen om nødvendig kan føres tilbake til skillet mellom fornuft og ufornuft. Innesperring, kurer og ulike former for behandlinger kom til som fornuftens praksiser for å forandre trekk ved mennesker,

definert som sinnssykdom. Det såkalt nødvendige ble i stor grad tatt som en selvfølge, og i liten grad gjenstand for spørsmål. Dette er et stabilt trekk.

Sinnssyke pasienter skulle være i asyl. Ordet asyl har historisk hatt ulike betydninger. Det har vært brukt i betydningen fristed. Brukt i betydningsfeltet til begrepet sinnssyk viste asyl til en bestemt form for institusjon, med noen likhetstrekk til hospitaler og sykehus. Etablering av asyl for sinnssyke kan betraktes som et avgrenset sted der leger og sinnssyke møttes. Asyllet dannet en fysisk ramme som muliggjorde studier av sinnssykdommenes hemmeligheter. Det ble ansett som svært krevende. Arbeidet i asyl var for de ytterst få. Fra midten av 1800-tallet vokste det gradvis fram asyl og sinnssykelovgivning i Norge. Denne utviklingen kan beskrives som forming av en psykiatridiskurs der medisin og moral kom sammen. Det formet hierarkiske strukturer. I dette hierarkiet var pasientene underlagt legenes situasjonsoppfatninger og beslutninger. Konstruksjon og rekonstruksjon av sosiale forhold som sykdom har vært et stabilt trekk omkring begrepsliggjøring av mennesker som lider psykisk. Samtidig er det på dette området det har vært en vending i den forstand at andre tenkemåter har kommet til. Dette kommer til uttrykk ved at andre snakkemåter har fått økt legitimitet. Dette vender jeg tilbake til om litt.

Begrepsliggjøring av mennesker som sinnssyk har inngått i relasjoner preget av både kontinuitet og endring. Varierende ord og begrep har vært brukt for å begrepsliggjøre mennesker som lider psykisk. Ord som afsindig, sindssvag, sinnssyk, psykiatrisk pasient fikk mening i asyl og senere sykehus. Hva er så stabile trekk? Den asymmetriske konstruksjonen forstått som en pasient det hefter noe særlig ved er av en slik karakter at den lar seg omforme og rekonstruere selv om ordene skifter. Den ligger der som noe udefinerbart, mellom ord og begrep, og saksforholdet eller fenomenet som skal begrepsliggjøres.

Et annet stabilt trekk har vært hvordan psykiatrisk diskurs har vært sosialt og politisk virksom i det å utvide egen virksomhet. Da Opdøl asyl ble opprettet som asyl i 1913 rådet oppfatninger om at stadig flere mennesker var å anse som sinnssyke. Dette var mennesker som var syke og ikke kunne ta hand om seg selv. Deres sykdom ble også

forbundet med at de kunne være til sjenanse eller fare for andre. Denne tenkemåten lå til grunn for statlig ansvar og ressursbruk. Situasjonen ble beskrevet som asylnøden. Det representerte en helt bestemt måte å snakke på. Betydningen av begrepet asylnøden var situasjonsbestemt, tvetydig og verdiladet. Begrepet var virksomt sosialt og politisk. Et stabilt trekk knytter seg til den sosiale forming av avvik og normalitet.

Utover på 1900-tallet kan det identifiseres en vending i den forstand at medisin i økende grad ble spesialisert. Psykiatri ble en medisinsk spesialitet. På den ene siden forankret i biomedisin, men på den andre siden noe for seg selv. Den psykiatriske pasient trådte fram som den moderne medisins objekt, innen spesialområdet psykiatri. Denne vendingen tilhører en bestemt historisk periode som tok til utover på 1930-tallet. Det var da asylet skiftet navn til sykehus. Etter hvert kom flere medisinske hjelpemidler på plass i form av for eksempel røntgen og laboratorium. Det var i denne historiske perioden inngripende behandlingsmetoder som sjokk og lobotomi kunne legitimeres. Dette var praksiser som ble muliggjort på grunnlag av en bestemt situasjons- eller virkelighetsoppfatning. I denne inngikk ord som uro, urenselig, arbeidsudyktig, kronisk belegg, alle negativt ladede karakteristikk. I det samme semantiske feltet trer aktiv behandling, ro, renslig, lettere å forpleie, arbeidsdyktig og privat forpleining fram som kontraster. Slike snakkemåter forteller om målene for framtiden. Måten ord som moderne og nyeste ble brukt på er uttrykk for et gjentakende fenomen. De viser hvordan begrep om den psykiatriske pasient inngikk i modernitetens fortelling. Det er også et stabilt trekk.

Studien gir innblikk i hvordan begrep som setter merkelapp på mennesker kan være virksomme i samfunnet. Det vokste fram en slags enhetlig oppfatning begrepsliggjort som sinnssyk. Dette var en annen slags pasient. Denne pasienten skulle lokaliseres til asyl og behandles av leger som ble ansett å ha kunnskap om sinnssykdom. I første del av 1800-tallet representerte dette en bestemt forståelse av sosiale forhold som kom til uttrykk i begrepet sinnssyk. Dette kan betraktes som en stabil konstruksjon i tiden fra første halvdel av 1800-tallet og fram til omkring 1960. Omkring dette saksforholdet ble det formet en vev av andre ord og begreper. Her var ordningen med asyl sentral. Studiens empiriske materiale viser hvordan relasjonene mellom asyl og sinnssyk

gjensidig formet hverandres betydning. Den sinnssyke var en pasient, og en egen sort pasient. Asylet representerte både samfunnssikkerhet, behandling og var arena for utforskning av et nytt kunnskapsområde. Begrepet sinnssyk var over en historisk periode et knutepunkt som det samlet seg en rekke andre ord og begreper omkring. Det kan betraktes som å ha hatt en kategoriserende funksjon, samtidig var det utgangspunkt for forming av begrepspar som for eksempel behandlingsdyktig og behandlingsudyktig. Begrepsparet var formende for de sinnssyke pasientenes status og stilling i den forstand at det nyanserte betydningen av begrepet sinnssyk med hensyn til hvordan pasientene skulle håndteres. Et annet stabilt trekk knytter seg til forventningene om å kunne avdekke sinnssykdommens medisinske årsaker. Det inngikk i framveksten av vitenskap.

Den medisinske innretningen ble gradvis tydeligere. Begrepet sinnssyk ble oppfattet som gammelt og lite tidsmessig, og gikk ut av bruk. Omkring 1960 overtok begrepet den psykiatriske pasient. Dette var et begrepsmessig skifte. Det empiriske materialet i studien opprettholder inntrykket av at også dette begrepet inngikk i en særlig diskurs, en psykiatrisk diskurs. Det semantiske feltet ble formet av ord som specialhospital. Her rådet en særlig kunnskap og arbeidet var for spesielt egnet personale. Denne språklige vendingen inngår i den moderne fortellingen, men det var ingen diskursiv vending. Det meste framtrede stabile trekket i semantiske felt omkring begrep om den psykiatriske pasient er hvordan asymmetriske trekk rekonstrueres.

Den amerikanske sosiologen Talcott Parsons studerte sosial betydning av sykdom (Parsons 1951). Han hadde som utgangspunkt at sykdom er et sosialt avvik fra normen om å være frisk. Det normale er at mennesker er friske, deltar aktivt i samfunnet og følger opp sine forpliktelser i hverdagen. Sykdom kan forstås som brudd med denne normen. Parsons forsto samfunnet og sosiale forhold i samfunnet ut fra systemteori. Dette er et perspektiv der forventninger, normer og roller regulerer samspillet i sosiale systemer. Mennesker sine handlinger og sosiale relasjoner former slike systemer. Parsons hevdet at ettersom mennesker ble sosialisert inn i forskjellige samfunnsroller utviklet det seg enighet om grunnleggende verdier. I dette perspektivet blir atferd som ikke følger rådende normer sett på som avvik, utsatt for

sanksjoner og sosial kontroll. Dette var Parsons teoretiske utgangspunkt for sykerollen. Et annet aspekt er at grunnleggende verdier og oppfatninger som former normene blir tatt for gitt. Det vil si at de som representerer det rådende syn ikke stiller spørsmål ved grunnleggende forutsetninger for egen virksomhet.

Begrep om den psykiatriske pasient har forenlige trekk med Parsons sykerolle. Den psykiatriske pasient var en syk som ikke deltok i samfunnet og fulgte opp sine forpliktelser, eller som deltok på måter som ble oppfattet som problematiske. Samtidig bidrar tilføyelsen psykiatrisk til å forme en annen slags syk, en som også bryter med rådende normer for den syke. Begrepspar som ro og uro, renslighet og urenslighet, arbeidsdyktig og arbeidsudyktig, fornuft og ufornuft, selvinnsikt og ikke selvinnsikt er alle eksempler som har vært formende for tenkningen om den psykiatriske pasient. Denne sykerollen kan karakteriseres som formet av verdier som passivitet og underordning. Det er i lys av denne rollen at begrep som bruker og borger bidrar til å forme en mer aktiv og bemyndiget rolle.

17.3 Konkurrerende begrep

Hvordan psykiatrien begrepsliggjorde sitt objekt ble i økende grad gjenstand for kritikk både internasjonalt og nasjonalt fra omkring 1960-tallet. Bak kritikken sto antipsykiatribevegelser og menneskerettighetsorganisasjoner. Et spørsmål som i økende grad ble tydeligere i offentligheten, var: Er jeg sinnssyk? Er jeg psykiatrisk pasient? Mennesker gav uttrykk for at de ikke kjente seg igjen begrepsliggjort slik. Antipsykiatribevegelser hadde røtter i Frankrike på 1930-40-tallet (Foucault 2009), og i Storbritannia med psykiateren David Coopers bok *Psychiatry and Antipsychiatry* (1967). Bokens tittel former et nytt begrepspar, psykiatri og antipsykiatri. Dette begrepsparet har ikke vært gjenstand for undersøkelse i avhandlingen. Hvordan begrepsparet har vært sosialt og politisk virksomt kan være grunnlag for videre studier. Dette er interessant fordi det er her begrepskamp kanskje tydeligst kommer til uttrykk.

FNs menneskerettighetserklæring kom til i 1948. Menneskerettighetene er laget av mennesker. De kan derfor betraktes som historiske og sosiale produkt.

Menneskerettighetsorganisasjoner utfordret psykiatridiskurs ved å gjøre individers rettigheter til tema. Et viktig bidrag til diskusjonen om institusjonalisering var boka *Asylum*, skrevet av den amerikanske sosiologen Erving Goffman (1961). Han beskrev kjennetegn ved det han betegnet som en totalinstitusjon. Dette viste til en institusjon som var avlukket og isolert fra omverden, og hvor de innlagte levde i institusjonen over flere år. Normale skiller mellom arbeid, fritid og hjem ble opphevet. Grensene mellom innlagte og ansatte var klart definert. De som var innlagt var underordnet, og måtte rette seg etter gjeldende regler og rutiner. Goffmann var kritisk til forholdene for innlagte i datidens psykiatriske institusjoner.

Opdøl sykehus hadde trekk til felles med Goffmanns beskrivelse av psykiatriske institusjoner. I Opdøl sykehus kan det fra 1970-tallet spores forandringer som tyder på at andre diskurser også ble formende. Direktøren uttrykte at sykehuset ikke måtte bli større og mektigere enn det var. Dette kan tolkes som et signal om at prosessen med å endre maktforhold i det psykiatriske sykehuset var i gang. Kritikken av forholdene for de innlagte i psykiatriske institusjoner falt sammen med helsepolitiske krav og ønsker om å redusere veksten i kostnadene ved slike langtidsinstitusjoner. Dette bidro til en vending der veksten i antallet institusjonsplasser ble til en gradvis nedbygging. Prosessen har vært omtalt som deinstitutionisering. I Opdøl sykehus kan dette knekkpunktet identifiseres til 1974.

Pasienthistorien fra 1970-tallet der Kristine flyttet ut av sykehuset og på hybel kan trekkes fram for å vise hvordan psykiatriens makt kunne være virksom. Kristine ønsket å flytte på hybel. Etter mange år som pasient i sykehuset var det ikke bare enkelt å greie seg selv. Når det ikke gikk så bra ble det fra sykehusets side forklart med at hun ikke tok sine medisiner. Den psykiatriske diskursen representerte et perspektiv der medikamenter var det vesentlige virkemiddelet. Med utgangspunkt i denne posisjonen ble forklaringen når problemer oppsto, at pasienten ikke hadde tatt sine medikamenter. Det var blitt en norm at den psykiatriske pasient skulle ta sine medikamenter som foreskrevet. En slik forklaring kan forstås som den psykiatriske

diskursens makt. Begrepet om nødvendig behandling kan i den sammenheng fortolkes som tvetydig. Det springer ut av, og relaterer seg til, psykiatrisk diskurs. Dette var «et blikk» som i mindre grad fanget opp andre ting som vanskeliggjorde hverdagen for Kristine. Nødvendig kan kontrasteres med uakseptabelt (Postoutenko 2011:94). I det empiriske materialet avhandlingen bygger på, er det skrevet om nødvendig behandling i ulike sammenhenger. Det hadde en selvfølgelig betydning, og ble i liten grad gjenstand for kritiske spørsmål. Det lille og tilsynelatende ordet nødvendig kan derfor betraktes som et historisk og politisk begrep. Tilføyelsen nødvendig var virksom i politikktutforming. Det var virksomt fordi betydningen var åpen, og kunne fylles med innhold på ulike måter. Slik nødvendig blir brukt i kildene fra Opdøl sykehus er det en tilføyelse som bar i seg betydninger som ble oppfattet som framtidsrettet. Den inngikk i samfunnsmessig forandring, og dermed i modernitetens fortelling. I Ot prop 11 1998-99 kapittel 2 ble derimot nødvendig brukt med sikte på å opprettholde den medisinske tilnærmingen, altså å opprettholde rådende tenkning. Filosofiske påstander er karakterisert ved begrepene universalitet og nødvendighet. Det betyr at de skal gjelde for enhver og de skal ikke være tilfeldige. Overført til psykiatri blir dette en hegemonisk posisjon. Kan det være slik at det finnes noe universelt og nødvendig på det psykiatriske området? Mine funn tyder på at nødvendig er et ord som kan tillegges konkurrerende betydninger.

I semantiske felt omkring den psykiatriske pasient er aktiv eksempel på et annet lite og tilsynelatende ubetydelig begrep som utdyper konkurrerende betydninger. Historisk har aktiv blitt brukt med ulike betydninger. Aktiv behandling var en periode forstått som lobotomi. Senere omfattet denne snakkemåten målrettet miljøarbeid. Aktiv behandling var også en uttrykksmåte som ble brukt i Opptrappingsplanen, da om at behandlingshjem skulle omorganiseres til klinikker, økning i det som ble beskrevet som døgnplasser, og økning i antallet leger og psykologer. Denne tilføyelsen er også et historisk og politisk begrep som har vært virksomt i det å forme virkelighetsforståelser både overfor pasienter og i politikktutforming. Snakkemåten aktiv behandling har en elastisitet som gjør den politisk og ideologisk virksom. I avhandlingen brukes aktiv behandling i ulike sammenhenger: først tilsvarende lobotomi, så som noe annet enn medisinsk behandling (målrettet miljøarbeid) og

deretter i prosesser som handlet om omorganiseringer. Den politiske funksjonen forstått som å legitimere overgang til noe nytt er et stabilt trekk. Snakkemåten aktiv behandling føyer seg inn i modernitetens fortelling som et omstridt begrep.

Reinhart Koselleck studerte europeisk opplysningsfilosofi og den prøyssiske reformperiode. Han utviklet tesen om en sadeltid. *Tesen lyder, at overgangen til moderne tid i europeisk historie er kjennetegnet ved, at menneskers forventninger til framtiden i stigende grad er blevet løsrevet fra erfaringene af fortiden* (Koselleck 2007:12). Hovedpoenget er at denne tesen bærer i seg forestillinger hos mennesker om at framtiden kan skapes. At framtiden kan planlegges og formes av mennesker. Når framtiden blir del av slike prosesser påpekte Koselleck språkets betydning både for å beskrive fortiden, nåtiden og framtiden. Med dette beskrev Koselleck hvordan begrepene fikk politisk betydning ved at de kom til å inngå i kamper om å definere framtiden. *Når begreberne begynner at gribe ud i framtiden, bliver kampen om at definere framtiden nemlig også en kamp om at definere begreberne* (Koselleck 2007:13). En forutsetning for denne studien har vært at pasientbegrepet kan betraktes som et slikt historisk og politisk begrep. Det inngår i et semantisk felt der begrepene om psykiatriens objekt har hatt betydninger i seg som har pekt bakover i tid, beskrevet nåtid, men også gitt retning til framtiden. Når nye begrep har kommet til har de vært historisk og politisk virksomme i sin samtid. Da afsindig og sindssvag gikk ut av bruk og sinnssyk kom til, var sinnssyk et begrep som gav retning til framtiden. På samme måte da sinnssyk gikk ut av bruk og ble oppfattet som et belastende begrep, kom begrepet psykiatrisk pasient til som den nye betegnelsen som gav retning til framtiden. Den sprang ut av, og var formende for, en særegen psykiatrisk diskurs.

Begrep som bruker, ungdom, klient, borger, person og mennesker med psykososiale funksjonsvansker er alle eksempler på andre ord og begrep som har blitt brukt tilsvarende den psykiatriske pasient. Dette er begrep som gir retning til framtiden, men på andre måter. De inngår i semantiske felt som former og formes av ulike perspektiver. Bruker og borger er eksempler på begrep som kan fylles med betydning på ulike måter. Brukt i sammenhenger der bruker begrepsliggjør den psykiatriske

pasient, bærer brukerbegrepet i seg betydninger formet av sykdom. Samtidig refererer bruker i denne sammenhengen til et menneske som benytter offentlige helsetjenester. I det semantiske feltet til den psykiatriske pasient bærer brukerbegrepet i seg mulighet for å gjøre valg som angår egen behandling. Brukerens status vil være formet som pasient, men også som et subjekt som har rett til å bli hørt, for eksempel i spørsmål om hva som er nødvendig.

Borgerbegrepet brukt i det semantiske feltet til den psykiatriske pasient inngår i diskurser om retten til å gjøre egne valg, samtidig som den medisinske formingen nedtones. Etymologisk refererer borger til det å tilhøre en by eller et borgerskap. Begrepet borger refererte til å ha en friere status enn andre, som for eksempel bønder eller håndverkere. Motbegrepene kan formes på mange måter. De refererte til å stenges utenfor bymuren eller ikke tilhøre borgerskapet. Brukt i det semantiske feltet til den psykiatriske pasient bidrar borgerbegrepet til å løfte fram pasientens status og rettigheter på andre måter. Kanskje først og fremst ved å bekrefte tilhørighet som menneske og til det menneskelige. Bruker og borger er begrep som gir retning til framtiden på andre måter enn begrepet den psykiatriske pasient. Dette er begrep som bidrar til at andre verdier blir løftet fram. Samtidig kan det hevdes at psykiatridiskurs bærer i seg krefter som kan være formende i konstruksjon av en annen slags borger eller bruker. Dels reflekterer disse begrepene hvordan den historiske virkelighet endrer seg, dels er de selv med og bidrar til endringer. Et funn er at jo nærmere vår tid, jo mer komplekst blir det semantiske feltet omkring psykiatriens objekt. Konkurrerende begrep til den psykiatriske pasient reflekterer at det på dette området foregår en kamp om å definere framtiden. De ladede begrepene har den egenskap at de kan bli oppfattet som stigmatiserende og etter hvert ikke aksepterte å bruke. I forsøkene på å finne tidsmessige begrep er det en fare for at språket forflates og blir utydeligere. Begrepene om psykiatriens objekt har det til felles at de var ment å si noe om de menneskene de ble brukt om. Jeg vil hevde at de også formidler en historie om de som formet og brukte dem i sine valg og beslutninger på vegne av andre mennesker.

18 Konklusjon

Studien har tatt for seg historiske endringer i pasientbegrep slik det har kommet til uttrykk i et asyl og i psykiatrilovgivning. Utgangspunktet for studien har vært at begrep er historisk formet. Den empiriske undersøkelsen har rettet seg mot hvordan begrep om den psykiatriske pasient har blitt formet historisk. Begrepsliggjøring av psykiatriens objekt kretser omkring spesifisering av kategorier som bygger på forestilling om sykdom. Ikke hvilken som helst sykdom, men en særlig form for sykdom. Denne sykdommen skulle behandles i egne institusjoner og reguleres av egen lovgivning. Dette var formende for et psykiatrisk felt. Det sentrale har vært hvordan begrep om den psykiatriske pasient har blitt konstruert og rekonstruert innen dette feltet, samt relasjoner mellom begrepene og denne pasientens status og stilling.

En vesentlig vending var overgangen mot slutten av 1700-tallet fra en forestilling om iboende og uforanderlige trekk, til forestillingen om sykdom som kunne behandles. Dette skiftet formet en dynamikk som inngår i modernitetens fortelling. Den har vært virksom i det å forme nye begrep og ta i bruk nye former for såkalt behandling. Dette inngår i et verdiladet språklig landskap. Et historisk trekk er hvordan den syke begrepsliggjøres på negativt ladede måter, mens mer positivt ladede beskrivelser inngikk i forståelser av det friske. Det er altså et funn at kategorien syk og negativt ladede ord lenkes sammen. Kategoriene knyttet til frisk har vist seg å lenkes sammen med positivt ladede ord. Dette har blitt tillagt vitenskapelig legitimitet. Et overordnet utviklingstrekk er hvor stabil tenkningen om en særlig pasient har vært. Riktignok har begrepene forandret seg, men har endringer av begrep egentlig forandret noe? Problemet kretser omkring konstruksjonen og stigmatisering av kategorien. Altså at betegnelsene enten de er slik eller sånn trekker til seg negative assosiasjoner. Over tid har det vært et tidsspørsmål før nye begrep har tiltrukket seg like negative assosiasjoner. På den måten er kampen om begrep spilt møye. Det å bytte ut negativt ladede begrep ser ut til å ha vært en lettvinnt løsning. Det grunnleggende problemet er et annet sted. Det kan være i formingen av kategorien. Asylet og det psykiatriske sykehuset bidro til å forsterke inntrykket av den sinnssyke og den psykiatriske pasient negativt. På den måten er det viktig å bytte ut begrep. Mine kilder underbygger at det

er mye som tyder på at kategorien sinnssyk ble tatt for gitt. Jeg vil hevde at kategorien er samfunnsskapt. Det kan også hevdes at begrep og sosiale problemer inngår i gjensidig vekselvirkning. De kan forsterke hverandre. Studien gir innblikk i hvilke merkelapper som ble satt på visse menneskelige forhold, og hvordan de ble formet av samhandling, normer og kulturelle trekk ved det psykiatriske feltet. Merkelapper på mennesker er formet av samfunnsmessige faktorer som strømninger i tiden, politiske og organisatoriske forhold.

Et funn er hvordan behandling har inngått i forestillinger om det moderne og framtidsrettede. Snakkemåten om aktiv behandling kan konkretisere dette. Denne snakkemåten har over en periode på omtrent 50 år gått fra å omfatte sjokk og lobotomi, til å inngå i miljøterapeutiske sammenhenger, og opptrappingsplanens mål om satsing på psykisk helse. Snakkemåten om aktiv behandling har inngått i språklig dynamikk som har vært politisk virksom. Et annet funn er hvordan begrepsliggjøring av psykiatriens objekt er formet av tilpasningen til det moderne, men uten vesentlige diskursive endringer. Til tross for begrepsmessige endringer har forestillingen om en særlig form for sykdom vist seg å ha stabile trekk, noe lovendringen omkring 1960-tallet viste. Det er også et funn at de snakkemåtene som var på vei ut har vært gjenstand for verdimeslig omforming. De nye begrepene ble tillagt framtidsrettede betydninger og de har inngått i endringsprosesser. Betydningen til nye begrep som psykiatrisk pasient trer fram i relasjon til tidligere begrep som sinnssyk pasient. Dette former et sosialt konstruert felt. Studien viser hvordan sosiale forhold glir inn og ut av såkalt medisinske begrep. Tilføyelser som aktiv eller nødvendig er tilstrekkelig åpne slik at de kan fylles med ulik betydning, som passer til tid og sted.

Et gjentakende trekk er at ved overgang til nye begrep snakkes tidligere begrep inn i sammenhenger knyttet til stigmatisering, fordommer og stereotyper. Slik var det da betegnelsen sinnssyk kom, og slik var det da begrepet psykiatrisk pasient kom. Det ser ut til å hefte forventninger til nye begrep om at de skal være virksomme i å bygge ned denne typen sosiale prosesser. De senere årene har det kommet til flere begrep for psykiatriens objekt. Jeg kan nevne bruker, borger, kunde, klient, person eller menneske. Dette er begrep som leder oppmerksomheten vår i ulike retninger. Det er

altså et funn at psykiatriens objekt begrepsliggjøres i et mer komplekst semantisk felt. I dag er det kamp og konkurranse om hvordan den psykiatriske pasient skal begrepsliggjøres.

Historisk framstår begrepsliggjøring av psykiatriens objekt som en asymmetrisk konstruksjon. Den har vist stabile trekk, men den har i økende grad kommet under press som følge av demokratisering og rettighetsorientering. Begrep om den psykiatriske pasient inngår i sammenhenger som har en negativt ladet valør. Påstanden om at dette er virksomt i den forstand at denne måten å begrepsliggjøre mennesker aldri kan inngå i likeverdige sammenhenger er styrket. Grunnen er asymmetriske trekk ved det semantiske feltet. Nyere begrep, sprunget ut av demokratisering og rettighetsorientering, bidrar til at negasjonen framstår som mer kompleks. Når disse begrepene brukes i det semantiske feltet til den psykiatriske pasient er det grunn til å anta at asymmetriske trekk vil være formende. I dag trer den psykiatriske pasient fram som et subjekt med rett til å begrepsliggjøre seg selv. Samtidig møter rettighetsdiskurs og medisinsk diskurs krav om økonomisk effektivitet og om samarbeid, noe som former et mer tvetydig språk.

Det er en fristende konklusjon at det ikke har skjedd store innholdsmessige endringer i begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient. Det er imidlertid en noe forhastet konklusjon. Status og stilling for mennesker med psykiske lidelser er i økende grad gjenstand for debatt i samfunnet. Det er ikke lengre gitt hva som skal gjelde som argumentasjon og hvordan mennesker skal begrepsliggjøres. Hensikten min har vært å vise hvor verdiladet begrepsliggjøring av den psykiatriske pasient har vært historisk. Studien flytter forståelsen av begrepet den psykiatriske pasient fra å være et generelt begrep, til å være et historisk begrep.

Litteratur/kilder

- Aarre, T. (2010): *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget
- Aaslestad, P. (2007): *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890-1990*. Oslo: Universitetsforlaget
- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Divisjon of Expert Labor*.
Chicago and London: The University of Chicago Press
- Agamben, G. (2010): *Democracy in what state?* New York: Colombia University Press
- Andersen, A. J. W. (2001) *Den lukkede åpenheten – en diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis*. Hovedfagsoppgave v/ Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet. Senter for etter- og videreutdanning. Universitetet i Bergen
- Andersen, N. Å. (1999): *Diskursive analysestrategier. Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Nyt fra Samfunnsvidenskabene
- Bagge, S. (1998): *Mennesket i middelalderens Norge. Tanker, tro og holdninger 1000-1300*. Oslo: Aschehoug
- Bell, L.V. (1980): *Treating the mentally ill. From Colonial Times to the Present*. New York: Praeger Special Studies. Praeger Scientific
- Beck, U. og E. Beck-Gernsheim (2002): Individualisering i moderne samfund: en subjektorientert sosiologisk perspektiv og kontroverser. I *Slagmark; nr 34*. Århus: Forlaget Modtryk
- Berg, O. (1987): *Medisinens logikk: studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Berrios, G. E. (1999): Classifications in psychiatry: a conceptual history. I *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* :33:145-160

Bjarnar, O. (2008): *Fagmiljøer, pasienter og samfunnsendring i en psykiatrisk institusjon (1913-2013): et prosjekt innen institusjonell helsetjenesteforskning med basis i en organisasjonshistorie om Opdøl sykehus*. Molde:

Møreforskning/Høgskolen i Molde

Blomberg, W. (2002): *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*.

Oslo: Universitetsforlaget

Bowker, S. og S. L. Star (2000) *Sorting things out. Classification and Its Consequences*. London: The MIT Press

Brock-Utne, J. G. (2008): Opdøl sykehus 1947-63, slik jeg husker det. *Romsdal Sogelags Årsskrift*. Molde

Busse, D. (2003): Conceptual history or a history of discourse? On the theoretical basis and questions of methodology of av historical-semantic epistemology. I C. Dutt (Hrsg): *Herausforderungen der Begriffsgeschichte*. Heidelberg: Winter Verlag 17-38

Dale, J. og T. Sirnes (1974): *Noen virkninger av prefrontal leucotomi hos mennesket*.

Oslo: Universitetsforlaget

Derrida, J. (2001): Cogito and the History of madness. I *Writing and Difference*.

London and New York: Routledge

Diderot, D. (1994): *Rameaus nevø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag Oversatt av Mikkel B. Tin

Donnelly, M (1983): *Managing the mind. A study of medical psychology in early nineteen-century Britain*. London and New York: Tavistock Publications

Dreyfus, H. L. og P. Rabinow (1983): *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press

Erichsen, V. (2002): Nye fagligheter. Det sosiale i forandring. I Michelsen og Halvorsen (red) *Faglige forbindelser*. Bergen: Fagbokforlaget

Erichsen, V. (2013): *Conceptual Transformations in Psychiatry*. The 16th International Conference of the History of Concepts (HPC) Conference Bilbao 29.-30. august 2013.

Ericsson, K. (1974): *Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget

Ericsson, K. (1995): *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano

Falk, H. og A. Torp (1991): *Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog*. Bjørn Ringstrøms antikvariat. Faksimile av 1903-06- utg i opptrykk

Faurbye, A. (1969): *Psykiatrisk sygepleie*. København: Dansk videnskabs forlag A/S

Fauskevåg, O. (2013): Fridom gjennom fornuft. I Straume, I. (red) *Danningens filosofihistorie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Feres, J. F. (2005): *The semantics of Assymmetric Counterconcepts: The case of “Latin America” in the US*. http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/3274/1/anales_7-8_feres.pdf

Fjermeros, H. (2009): *Åndssvak! Et bidrag til sentralinstitusjonens og åndssvakeomsorgens historie*. Oslo: Universitetsforlaget

Flynn, T (2006): Foucaults mapping of History. I G. Gutting (red) *The Cambridge Companion to Foucault*. Cambridge University press

Forskningsrådet. *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Forskningsrådet

Forskrift om pasientjournal 2000-12-21 nr 1385

Foucault, M (1972): *The Archaeology of Knowledge*. London: Tavistock

- Foucault, M. (1999): *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus
- Foucault, M. (2006): *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo/Paris: Gyldendal
- Foucault, M. (2008): *Psykiatric Power. Lectures at the College de France 1973-74*. New York: Palgrave macmillian
- Foucault, M. (2009): *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, F. (2009): *History of madness*. London and New York: Routledge
- Freeden, M. (1996): *Ideologies and Political Theory: A Conceptual Approach*. Oxford: Clarendon Press
- Freeden, M. (2004): *Liberal languages. Ideological Imaginations and Twentieth-Century Progressive Thought*. Princeton University Press)
- Freeden, M. (2004): Ideology, Political Theory and Political Philosophy. I Gaus og Kukathas (red) *Handbook of Political Theory*. London/New Delhi: Sage Publications
- Gallie, W. B. (1956): *Essentially Contested Concepts*. Meeting of the Aristotelian Society. London
- Goffman, E. (1961): *Asylums*. New York: Anchor Books
- Goldstein, J. (2001): *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Chicago og London: The University of Chicago Press
- Grankvist, R. (1982): *Nidaros kirkes spital 700 år: Trondhjems hospital 1277-1977*. Trondheim: F. Bruns bokhandles forlag A/S
- Grimen, H. (2004): *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Grimen, H. og B. Ingstad (2006): *Kulturelle perspektiv på sykdom og helse*. Oslo: Universitetsforlaget

- Gutting, G. (2003): *The Cambridge Companion to Foucault*. Cambridge, New York: Cambridge University Press
- Guttu, T. (2005): *Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok*. 2. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Hagen, K., T. Riedl og R. Østbøl (2002): *Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Haave, P. (2008): *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub AS
- Hacking, I (2007): Kinds of People: Moving Targets. *Proceedings of the British Academy* 151, 285-318
- Hacking, I. (1999): *Why ask what? I: The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press
- Hamsund, K. (1956): På gjengrodde stier. I *Samlede verker, bind 15*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hansen, L. (2006): *Security as Practice. Discourse analysis and the Bosnian war*. London and New York: Routledge
- Haugsgjerd, S. et. Al. (2009): *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsinkideklarasjonen (2008)
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Hoem, E. (2005): *Mors og fars historie*. Oslo: Oktober
- Holst, F. (1828): *Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring*. Christiania: Trykt hos Jacob Hermanns Enke

- Hyldbakk, H. (1951): *Ei haustferd på Nordmøre 1934*. Kristiansund: Heimvegs forlag
- Hyldbakk, H. (1971): *Streiftog i bygda*. Trondheim: Rune
- Hölscher, L. (1999): *Die Entdeckung der Zukunft*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch
- Ifversen, J. (2003): Text, Discourse, Concept: Approaches to Textual Analysis. I *KONTUR* nr. 7
- Ifversen, J. (2003): Om den tyske begrephistorie. I *Politologiske studier*. Årgang 6 nr. 1
- Ifversen, J. (2007): Begrephistorien efter Reinhard Koselleck. I *Begrephistorie*. Slagmark, tidsskrift for idehistorie, forår 2007 nr. 48
- Ifversen, J. (2009): Jaques Guilhaumou and the French School in Redescriptions: *Yearbook of Political Thought, Conceptual History and Feminist Theory*, Vol. 12. Berlin: LIT-Verlag
- Iversen, H.P. (2013): *Logistikkferinger i psykiatri og psykisk helsearbeid: Om forståelse, organisering og ledelse av relasjoner i en profesjonell organisasjon i omstilling*. Molde University College
- Jacobsen, D. I. (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand S: Høyskoleforlaget
- Johannisson, K. (2010): *Melankolske rom. Om angst, lede og sårbarhet gjennom tidene*. Oslo: Cappelen Damm
- Jordheim, H.(2001): *Lesningens vitenskap. Utkast til en ny filologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Junge, K. og Poustoutenko, K. (2012): *Asymmetrical Concepts after Reinhard Koselleck. Historical Semantics and Beyond*. Bielefeld: Transcript

- Kalkar, O. (1976): *Ordbog til det eldre danske språk (1300-1700)*. Bd. 1-4 1881-1907. København: Akademisk Forlag
- Kant, E. (1991): *Political writings*. Cambridge: Cambridge University Press
- Khalifa, J. (2009): Introduktion. I *History of madness*. London and New York: Routledge
- Kjelstadli, K. (2007): *Fortida er ikkje en gang kva den var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget
- Knudsen, T. og A. Sommerfelt (1983): *Norsk riksmålsordbok*. Bind III. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Koselleck, R. (1996): A Response to Comments on the Geschichtliche Grundbegriffe i Hartmut Lehmann & Melvin Richter (red): *The meaning of Historical Terms and Concepts. New Studies on Begriffsgeschichte*. Washington: German Historical Institute <http://www.ghi-dc.org/publications/ghipubs/op/op15.pdf>
- Koselleck, R. (1997): *The Temporalisation of Concepts*. Finnish Yearbook 1. <http://www.jyu.fi/yhtfil/redescriptions/Yearbook%201997/Koselleck%201997.pdf>
- Koselleck, R. (2002): *The Practice of Conceptual History. Timing History, Spacing Concepts*. Stanford, California: Stanford University Press
- Koselleck, R. (2004): *Futures past: On the Semantics of Historical Time*. New York: Colombia University Press
- Koselleck, R. (2006): *Crisis*. Oversettelse av Michela W. Richter. New York: College of Staten Island, City University of New York
- Koselleck, R. (2007): *Begreper, tid og erfaring*. En tekstsamling. København: Hans Reitzels forlag
- Koselleck, R. (2007): Dannelsens antropologiske og semantiske struktur. I *Begrebshistorie*. Slagmark, tidsskrift for idehistorie, forår 2007 nr. 48

- Kragh, J. V. (2007): *Det hvide snit*. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Lane, C. (2007): *Shyness. How Normal Behaviour Became a Sickness*. New Haven & London: Yale University press
- Lauveng, A. (2008): *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen Damm
- Leonard, J. (2001): *Liberalisimus: Zur historischen Semantik geschichtlicher Zeiten*. Frankfurt am main: Suhrkamp
- Loga, J. (1998): *Mellom "erfaring" og "kategori": en studie av kirkeasylets aktualisering i Norge*. Hovedoppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker 1967-02-10
- Lov om helsepersonell 1999-07-02 64
- Lov av 17de August 1848 om sindssyges Behandling og Forpleining
- Ludvigsen, K (1999): *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*. Dr.polit avhandling Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, rapport nr 63
- Lutken, H. og C. Platou (1920): *Lov om indgaaelse og opløsning av egteskap av 31. mai 1918*. Kristiania: Aschehoug & co
- Major, H. (1846): *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge i 1846*. Christiania: Schibsted.
- Martinsen, V. (2008): *Filosofi: en innføring*. Oslo: Kontekst forlag
- Maurseth, A. (2005): *Opplysningens sjonglør. Dennis Diderot 1713-1784*. Oslo: Humanist forlag
- Maurseth, A. (2013): *Filosofen som ville endre sin tids tenkemåte*. I *Fri tanke*. Nr 3. Humanetisk Forbund

McCrae, N. (2006): *A violent thunderstorm: Cardiazol treatment in British mental hospitals*. I *History of Psychiatry*, 17 (1). SAGE Publications

http://www.tara.tcd.ie/bitstream/2262/51584/1/PEER_stage2_10.1177%252F0957154X06061723.pdf

Meyer, S. (1999): Identitetsmakt i Norge. I T. Sirnes og S. Meyer (red): *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Oslo Ad Notam Gyldendal

Mykletun, A., A. K. Knudsen og K. S. Mathiesen (2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet. Oslo

Murphy, M. L. og R. Piazza (2012): *Linguistic Semantics and Historical Semantics. I Asymmetrical Concepts after Reinhard Koselleck. Historical Semantics and Beyond*. Bielefeld: Transcript

Måseide, P. (2008): Profesjoner i interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander og L. I. Terum (red): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Måseide, P. (1991): Normale og unormale gale. Sosial organisering av tenkning og avgjerdstaking i psykiatrien. I. Album og G. Midre (red): *Mellom idealer og relaiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: ad Notam

Nevers, J. (2005): *Kildekritikkens begrepshistorie*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Nevers, J. (2011): *Fra skældsord til slagord. Demokratibegrepet i dansk politisk historie*. Odense: Syddansk universitetsforlag

N. Olsen (2007): En partisan i kamp for historier i flertall. Reinhard Kosellecks alternativ til historiefilosofi. I *Begrebshistorie*. Slagmark, Tidsskrift for idehistorie, forår 2007 nr 48

Norges Forskningsråd (2009): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Oslo: Norges Forskningsråd, Divisjon for vitenskap

NOU (1992): *Utredning om lobotomi*. Nr 25

Olsen, N. (2007): En partisan i kamp for historier i flertall. Reinhard Kosellecks alternativ til historiefilosofi. I *Begrebshistorie*. Slagmark, Tidsskrift for idehistorie, forår 2007 nr 48

Olsen, N. (2012): *History in the plural. An introduction to the work of Reinhard Koselleck*. New York, Oxford: Berghahn Books

Ot. prop. nr. 66 (2000-2001) *Lov om helseforetak*

Ot.prop. nr. 74 (2006-2007). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (helseforskningsloven)

Parsons, T. (1951): *The Social System*. England: Routledge. Utgave fra 1991.

Retterstøl, N. (1995): *Gaustad sykehus 140 år*. Oslo: Universitetsforlaget

Richter, M. og M. Richter (2006) *Introduction: Translation of Reinhard Kosellecks Krise, in Geschichtliche Grundbegriffe*. Journal of the History of Ideas, Volume 67, Number 2, april, pp 342-356. University of Pennsylvania Press

Rorty, R. (1967): *The Linguistic Turn: Essay in Philosophical Method*. Chicago: U. P.

Røvik, K. A (2007): *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundres organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Rådet for psykisk helse (2004): *Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse

SAT. Protokoll nr. 2 for Trondhjems hospital: Kommissjonsakt om Dårekisten 1809-1812.

Schaanning, E. (1997): *Vitenskap som skapt viten*. Oslo: Spartacus forlag

Schaanning, E. (2007): *Menneskelaboratoriet. Botsfengslets historie*. Oslo:

Scandinavian Academic Press

Schaanning, E. (2007): *Makt og viten. Tekster i utvalg*. Oslo: Unipub

Schøitz, A. (2006): Vårt fag – liksom meget en kunst som en vitenskap – Tidsskriftet 1881-1906. *Tidsskrift for den norske lægeforening*. Nr. 1 – 5. januar 2006

Sebastian, J.F. og J.F. Fuentes (2006): *Conceptual History, Memory, and Identity*. Fra CONTRIBUTIONS 2.1. A 2005 interview by Javier Fernandez Sebastian in Madrid. Tilgjengelig i Concepta E-text <http://concepta-net.org/links>

Skram, A. (2004): *Paa St. Jørgen*. Oslo: Pax

Skinner, Q. (1988): A Reply to my Critics in Meaning and Understanding in the History of Ideas. I J. Tully (ed): *Meaning and Context. Quentin Skinner and his Critics*. Cambridge: Polity Press s. 231-288

Skålevåg, S. A. (2003) *Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870-1920*.

Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stanicke (2009): *Psykriatiboken – sinn – kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal

Sirnes, T. og S. Meyer (1999): *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Smith, D. (1974): Social construction of documentary reality. *Sociological Inquiry*, 44:257-267

Sontag, S. (1979): *Sykdom som metafor. Et essay om holdninger til sykdom og død i vårt samfunn*. Oslo: Gyldendal Nors Forlag

Steen, T. (2005): *Asylet. Gaustad sykehus 150 år*. Oslo: Aschehoug

St. meld. nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiatriske lidelser og tjenestetilbudene*.

- St. prop. nr 63 (1997-98). *Opptrappingsplanen for Psykisk helse 1999-2008*
- Strand, R. (1997): *Organisering av omsorg for spedalske under eneveldet: Reknes hospital 1708-1794*. Hovedoppgave Norges teknisk naturvitenskapelige universitet
- Straume, I. (2013): *Danningens filosofihistorie*. Oslo: Gyldendal
- Strømskag, K. E., G. Eldøen, T-A. Johnsen, M. Langnes (2013): *Sykehusbyen Molde 1713-2013*. Molde: Romsdalsmuseet
- Sveen, K. (1997): *Den kultiverte lidelse. En bok om kropp og samfunn*. Oslo: Oktober
- Søbye, E. (2010): *En mann fra forgangne århundreder. Overlege Johan Sharffenbergs liv og virke 1869-1965*. Oslo: Forlaget Oktober
- Sørbø, J.I. (2013): *Til trøyst. Å gje språk til psykiske kriser*. Oslo: Samlaget
- Tjora, A. (2008): *Den moderne pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Thoresen, B. (2010): Haster å ta vare på historien. I *Psykisk helse* nr. 2.
- Tranøy, K. E. (2005): Kan psykiatrien vurderes som vitenskap? I *Asylet Gaustad sykehus 150 år*. Oslo: Achehoug
- Tranøy, J. (2008): *Kampen for rettsikkerhet og menneskerettigheter: WHO's historie 1968-1988*. Oslo: Lanser forlag
- Tribe, K. (2004): Introduksjon. I *Futures Past. On the semantics of past time*. New York: Colombia University Press
- Vatne, S., A. Steinbru, H. Gammelsæter og E. Rekdal (1996): *Ressursbruk og organisering i psykiatrisk storavdeling ved Fylkeshuset i Molde*. Molde: Rapport 9604. Møreforskning
- Vatne, S., J. Berg, R. Michalsen, O. Røed, G. U. Stavik (1999): *Det er enklere å være fri*. Evaluering av livskvalitet hos tidligere langtidsinnlagte brukere av det psykiske helsevernet som nå bor i egen bolig. Molde: Rapport nr 9901. Møreforskning

- Weber, m. (1982): *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal. (1. utg 1922)
- Veyne, P. (2010): *Foucault. His thought, his character*. Cambridge: Polity Press
- Westerlund, H. (2012): *Mer enn bare ord. Ord og begreper i psykisk helsearbeid*.
Nasjonalt senter for psykisk helsearbeid, NAPHA
- Whitaker, R. (2002): *Mad in America*. New York: Basic Books
- Wiberg, J. (1931): Oldgræsk Lægevidenskab. I *Nordisk medisinsk tidsskrift* bind 3.
Uppsala; Almquist & Wiksells Boktrykkeri
- Wifstad, Å. (1997): *Vilkår for begrepsdannelse og praksis I psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehougs Fonteneserie
- Offentlige dokumenter (obs noe dobbelt oppført – avklar om det skal stå gruppert el i alfabetisk litteraturliste)
- Lov av 17de August 1848 om sindssyges *Behandling og Forpleining*
- St. prp nr 1 *Om bevilgning til sinnssykeasylet* 1922
- Innstilling fra komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen. 31.05.1955.
Sosialdepartementet
- Ot.prop.nr.69 (1959-60) Lov om psykiatrisk omsorg*
- Innst. O. V. (1960-61) *Lov om psykisk helsevern*
- Lov om psykisk helsevern* 28. april 1961 nr 2
- NOU 1988: 8 *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*
- St. meld. nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiatriske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- St. prop. nr 63 (1997-98). *Opptappingsplanen for Psykisk helse 1999-2008* Oslo:
Sosial- og helsedepartementet

Inst. O. nr 73 (1998-99) Innstilling fra sosialkomiteen

Lov 1999 07-02 nr. 62 *om etablering og gjennomføring av psykiatrisk helsevern*

Innstilling vedrørende omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende 1980:2

Ot.prp.nr. 11 (1998-99) Om lov *om etablering og gjennomføring av psykiatrisk helsevern (psykiatriloven)*

Lov 1999 07-02 nr. 62 *om etablering og gjennomføring av psykiatrisk helsevern (psykisk helsevernloven)*

NOU 2005: 8 *Likeverd og tilgjengelighet (Syse-utvalget)*

NOU 2010: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*

NOU (2011: 9) *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet*

Ot.prop. nr 66 (2000-2001). *Lovforslaget til sykehusreformen*

Lov-1999-07-02-63 *Pasient- og brukerrettighetsloven, gjeldende fra 01.01.2012*

Årsberetninger/årsmeldinger

Romsdals amtsting, årsberetninger fra Opdøl Asyl 1907-1920. Sted: Hylle venstre side, hvelv i A-sentralen, Opdøl sykehus

Møre og Romsdal fylkesting, årsberetninger fra Opdøl Asyl 1921-1935. Sted: Hylle venstre side, hvelv i A-sentralen, Opdøl sykehus

Møre og Romsdal fylkesting, årsberetninger fra Opdøl sykehus. Møre fylkes asyl 1936-1970. Sted: Hylle venstre side, hvelv i A-sentralen, Opdøl sykehus

Årsmelding Opdøl sykehus 1970. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding for ungdomsspsykiatrisk lag 1983, Psykiatrisk storavdeling, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsrapport psykiatrisk storavdeling, 1984-1988, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding pleiesektoren 1984-89, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding 1987-1997 for sikkerhetsavsnittet (avdeling C-1), sentralsykehusavdelinga, Psykiatrisk storavdeling, Hjelset, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding 1985-95 for psykiatrisk ungdomsteam, Psykiatrisk storavdeling, Hjelset, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsrapport 1988 for sentralsykehusavdelinga, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsrapport for sektoravdeling sør, 1988, 1990, 1991, Psykiatrisk storavdeling, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding 1990 for sikkerhetsavsnittet (avdeling C-1), sentralsykehusavdelinga, Psykiatrisk storavdeling, Hjelset, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding 1991 for sikkerhetsavsnittet (avdeling C-1), sentralsykehusavdelinga, Psykiatrisk storavdeling, Hjelset, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding gerontologisk utredningsavdeling C3 1991. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmeldinger alderspsykiatrisk seksjon 1994-1997. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding sikkerhetsposten 1996. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Årsmelding, 1999, Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Brev/dokumenter

8. -9. september 1933, referat fra Norsk Psykiatrisk Forening årsmøte. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

27. 2.1934 brev til direktør Bauge underskrevet av Gjessing, direktør på Dikemark. Sted: Trekasse, høyre side i hvelv, A-sentralen, Opdøl sykehus

12. november 1934 brev fra fylkesmannen i Møre og Romsdal til Sosialdepartementet. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

21. februar 1935 brev fra Sosialdepartementet til fylkesmannen i Møre og Romsdal. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

18. november 1935 brev skrevet på papir med logoen til Norsk Psykiatrisk Forening, undertegnet av Gjessing, direktør på Dikemark. Brevet er skrevet til asylbestyrere. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

Kongelig resolusjon av 10. juli 1936. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

15.4.1940 brev til pleierskepersonalet ved Opdøl sykehus, signert direktør Bauge. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Udatert (anslagsvis fra 1930-40-tallet) notat på 5 sider med tittel *Insulinbehandling*. Stilet til oversøster. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

10.5.1948 brev til "Per" sin familie fra assistentlege Dale. Fra journal

18.5.1948 brev fra "Per" sin familie til Opdøl sykehus. Fra journal

24.9.1949 brev fra direktøren ved Opdøl sykehus til Fylkesmannen i Møre og Romsdal. I en bunke dokumenter jeg mottok fra Eldbjørg Gimnes

7. desember 1949 brev fra overlege og direktør Brock Utne til Norsk Medicinsk Varehus i Oslo. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

27.11.1950 Brev til avisene Fylket, Romsdals Folkeblad og Romsdals Budstikke, fra konstituert overlege ved Opdøl sykehus. Funnet i hvelvet, A-sentralen, Opdøl sykehus

14.4.1951 brev fra "Berets" far til en overlege ved Fylkessykehuset i Molde. Fra journal

23.6.1951 brev fra "Berets" far til Opdøl sykehus. Fra journal

Instruks for arbeidsterapeut 16. mars 1953

Privatforpleining av våre sinnssyke. Seminaroppgave av PP. Norges kommunal og sosialskole, september 1958. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral. Jeg har valgt å la studenten være anonym.

19.11.1958 brev skrevet på et offisielt brevark med Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, statens overlege for psykiatri. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral.

25.11.1958, brev undertegnet Brock-Utne. Funnet i trekasse, golvet, høyre side i hvelv A-sentral

1971 *Framlegg til plan for psykisk helsevern i Møre og Romsdal* (Innstilling sak nr 860/73) Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

4.1.1974. Referat fra møte om ressursdisponering i psykiatriomsorgen, 3.1.1974. Undertegnet O. H. Robak. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

5.2.1974 brev til Hans Ljøen, fra Ole Herman Robak på vegne av en komité som vurderte ressursdisponeringen i psykiatrisektoren i Møre og Romsdal. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

29.4.1974 brev til Hans Ljøen, fra Ole Herman Robak på vegne av en komité som vurderte ressursdisponeringen i psykiatri sektoren i Møre og Romsdal. Sted: Hylle høyre side, hvelv A-sentralen, Opdøl sykehus

Mai 1974 rapport om *Ressursdisponering i psykiatriomsorgen i Møre og Romsdal* (Innstilling sak nr 860/73). Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Sjukehus sjefen i Møre og Romsdal Ark. 342 BN/eb 20.1.1975. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

1980 Innstilling vedrørende omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

14.7.1980 brev skrevet av en forpleier. Brevet var stilet til lege i hjemkommunen. Brevet lå i en bunke dokumenter jeg mottok fra Eldbjørg Gimnes

1.12.1980 Innstilling fra komité til ombygging av sikkerhetsavsnitt, A1/B1. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

3. juni 1981 Fylkestinget tok under sak T- 44/81 opp: *Den fremtidige organisering og utbygging av det psykiske helsevern – vaksenpsykiatrien i Møre og Romsdal – Skissering av problemstillinger til førebels handsaming av dette temaet*. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

17.2.1982. Psykisk helsevern – opprettelse av avsnitt for spesielt omsorgstrengende pasienter. Brev fra Det kongelige sosialdepartement til landets fylkeskommuner. Sted: Mappe med diverse dokumenter, mottatt fra Gimnes

7.1.1984 brev fra Arne Valsø, overlege sentralsykehusavsnittet til Adm. Overlege, Psykiatrisk storavdeling. Mappe med diverse dokumenter, mottatt fra Gimnes

17.2.1984. Sikkerhetsavdeling – C1 – ved sentralsjukehusavdelingen, psykiatrisk storavdeling, avdeling Hjelset, bemanning og innhold. Internt brev. Sted: Mappe med diverse dokumenter, mottatt fra Gimnes

14.3.86 Tilrådning fra Helsedirektoratet 5616/86 II 2 om omsorg for særlig vanskelige og/eller farlige alvorlig sinnslidende. 14.3.1986. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

17.8.87 Sommer-rapport fra sikkerhetsavsnittet (avd C1) ved sentralsykehusavdelingen, Psykiatrisk storavdeling, Hjelset. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Udatert *Presentasjon av Ungdomsposten*. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Udatert notat *Botrening*. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

1990. Dokumenter i forbindelse med overføring av en pasient. (sensitivt)

30.7.1990 med ref 025.435 T51 fra fylkessykehuset i Molde til Fylkeshelsesjefen i Møre og Romsdal. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

9.12.1991 *Sluttrapport psykiatriprosjektet*. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

20.12.1991 En orientering for pårørende om schizofreniprojektet.. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

1992. Schizofreniprojektet, Fylkessykehuset i Molde. Statusrapport etter ett år. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

1991-1994 Rapport 1, 2, 3 og 4 fra schizofreniprojektet. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

1984-1994 tekst skrevet i forbindelse med markeringen av 10 års drift ved Psykiatrisk sikkerhetspost. *Noen terapeutiske grunntrekk*. Mappe med diverse dokumenter, mottatt fra Gimnes

1989 Psykiatrien – den glemte sektor. Hva kan gjøres for å heve statusen i psykiatrien? Sted: Pappkasse i kjelleren, sykehusapoteket, Molde

1996 prosjektrapport ”Moldemodellen”. *Organisering av mottak, behandling og tiltakskjede i sykehus etter selvmordsforsøk*. Fylkessykehuset i Molde. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

2000 *Prosjektrapport fra Fylkessykehuset i Molde. Brukerundersøkelsen om rehabiliteringstiltak ved sikkerhetsposten 1984-2000*. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Ledelse, fagutvikling, samarbeid og kommunikasjon – oppfølging av Møreforskningsrapporten. Ikke datert, men antas å ha vært skrevet omkring år 2000. Sted: Pappkasse i kjelleren sykehusapoteket, Molde

Front kompetansesenter, Helse Nordmøre og Romsdal *Info om på egne ben*, 2009

Front kompetansesenter, Helse Nordmøre og Romsdal *ATS Arbeid til spenning*

Front kompetansesenter, Helse Nordmøre og Romsdal *”På egne ben”*.
Aktiviteskompetanse i hverdagen

Aviser

7. januar 1949 Sunnmørsposten, *Opdøl – garden og sjukehuset*

1. oktober 1986 Romsdals Budstikke, *Åpner dørene for publikum*

6. oktober 1986 Romsdals Budstikke, *Åpent hus*

1. oktober 1988 Romsdals Budstikke *Behandlings- og fristed i 75 år*

8. oktober 1988 Tidens Krav *Gjerdene som forsvant – Opdøl 75 år*

6. september 1995 Romsdals Budstikke, *Selv mord kan forebygges*

1 februar 2014 VG, *De farligste på avdeling G*

Internettkilder

https://en.wikipedia.org/wiki/R.D._Laing 03.10.2012

www.bibel.no. Nettbibel (16.01.15)

www.etymonline.com

http://en.wikipedia.org/wiki/Johann_Christian_Reil(12.05.2013)

http://no.wikipedia.org/wiki/Hans_Hyldbakk og http://snl.no/Hans_Hyldbakk

(04.09.2013)

<http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Hva-er-menneskerettigheter>

(04.09.2013)

<http://www.fn.no/Aktuelt/Nyheter/Nyhetsarkiv/Menneskerettigheter/Stortinget-behandler-i-dag-FN-konvensjonen-for-funksjonshemmede> (04.09.2013)

<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/ny-fagprosedyre-om-bruk-av-tvangsmidler-i-psykisk-helsevern> (04.09.2013)

<http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2000-05-10> (14.04.2014)

<http://www.rbnett.no/nyheter/article9794799.ece> (14.06.2014)

http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Regjeringen-innforer-fritt-behandlingsvalg-innen-rus-og-psykiatri-7605034.html#.U5_8WhOKDIU (17.06.2014)

<http://www.jus.uio.no/ior/forskning/publikasjoner/skriftserien/dokumenter/nr-3-2013-selberg.pdf> (13.07.2014)

<https://snl.no/> (14.12.2014)

<http://no.wikipedia.org/wiki/Barbital> (09.01.2015)

http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Nobel_Prize_in_Physiology_or_Medicine&redirect=no (17.11.2014)

<https://sml.snl.no/katatoni> (16.01.2015)

Vedlegg



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	06.09.2013	2010/2337/REK vest
			Deres dato:	
			30.08.2013	
			Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser	

Vibeke Erichsen
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap
Universitetet i Bergen

2010/2337 Historiske endringer i pasientbegrepet på Opdøl psykiatriske sykehus

Prosjektleder: Vibeke Erichsen

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 30.08.2013 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK Vest på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Prosjektendring

Det søkes forlengelse av prosjektslutt frem til 01.05.14 for å få fullføre analysene.

Vurdering

REK Vest har ingen innvendinger til prosjektforlengelse frem til 01.05.14.

Vedtak

REK Vest godkjenner prosjektendringen i samsvar med forelagt søknad.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg
Komiteleder

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: postmottak@uib.no

Besøksadresse:
Haukeland
Universitetssykehus,
Sentralblokken, 2. etg, Rom
4617

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
vest, not to individual staff



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Vibeke Erichsen
vibeke.erichsen@aorg.uib.no
Institutt for administrasjon og
organisasjonsvitenskap
Universitetet i Bergen

Vår ref	Dato
2010/2337	29.10.10

Ad. prosjekt: Historiske endringer i pasientbegrepet på Opdøl psykiatriske sykehus

Det vises til din tilbakemelding, datert 14.10.10 der det er vedlagt skriftlig avtale med sykehuset. I denne avtalen framgår det at personvernombud har fått prosjektet lagt fram. Når det gjelder innsyn i pasientjournaler velger søker å ikke inkludere helseopplysninger fra pasientene som er i live.

REK Vest v/leder behandlet saken.

En noterer at kun helseopplysninger fra avdøde pasienter vil bli inkludert i prosjektet. REK Vest viser til dispensasjonsvilkårene fra vedtaksbrevet av 06.10.10:

REK Vest godkjenner at relevante helseopplysninger fra journalmateriale til avdøde pasienter kan anvendes for forskningsformål i dette prosjektet uten at det foreligger samtykke, jfr. helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13. Det legges til grunn at kun stipendiat Anne Botslangen skal ha tilgang til de taushetsbelagte opplysningene.

Adgangen gjøres gjeldene på følgende vilkår:

- at opplysningene brukes i samsvar med formålet beskrevet i søknad
- at opplysningene blir behandlet og oppbevart strengt konfidensielt
- at taushetsbelagte opplysninger ved bearbeiding av materialet anonymiseres slik at individualiserende kjennetegn ikke fremkommer
- at dokumenter med taushetsbelagte opplysninger skal anonymiseres eller makuleres så snart det ikke lenger er behov for ytterligere oppbevaring og senest innen 01.09.13 at ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner

Tilbakemeldingen fra søker inneholder en skriftlig avtale mellom forskerne og ledelsen ved Opdøl psykiatriske sykehus. REK Vest har følgende merknader til avtalen:

- Om forskers taushetsplikt: avtalen skal opplyse om forskers plikt til å overholde taushetsplikten i forhold til taushetsbelagte opplysninger som forsker får kjennskap til gjennom prosjektet.

Postadresse: REK Vest Postboks 7804 5020 Bergen	E-post: rek-vest@uib.no Hjemmeside: http://helseforskning.etikk.uib.no/snet/public	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99	Besøksadresse: 2. etasje, sentralblokken, Haukeland universitetssykehus
--	--	---	---

Org no. 874 789 542

side 1 av 2

- Om tilgang til dokumenter: formuleringen ”tilgang til de pasientjournaler hun har behov for” bør endres til ”de pasientjournaler hun har fått tillatelse av REK til å få innsyn i”

Vedtak:

REK Vest godkjenner at relevante helseopplysninger fra journalmateriale kan anvendes for forskningsformål i dette prosjektet uten at det foreligger samtykke fra avdøde pasienter fra (såkalt dispensasjon fra taushetsplikten). Tillatelsen gjelder på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Vennlig hilsen

Jon Lekven
leder

Camilla Gjerstad
rådgiver

(Brevet er godkjent for elektronisk utsending uten signatur)

Kopi:
Ansvarlig institusjon: postmottak@uib.no

Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. fvl § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. fvl § 29).

REK er delegert myndighet til å behandle søknader om dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med forskning på helseopplysninger. Jfr. helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13.

AVTALE MELLOM DOKTORGRADSTIPENDIAT ANNE BOTSLANGEN OG
HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF OM BRUK OG TILGANG PÅ
DOKUMENTER M.M I FORBINDELSE MED STUDIE AV OPDØL SJUKEHUS SIN
100-ÅRIGE HISTORIE

AVTALEN ERSTATTER TIDLIGERE INNGÅTT AVTALE


Bakgrunn

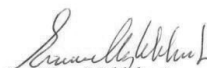
Anne Botslangen har fått et doktorgradsstipend over 4 år. Stipendet skal brukes til å studere Opdøl sjukehus 100-årige historie.

Denne avtalen regulerer følgende:

- **Taushetsplikt**
 - Anne Botslangen forplikter seg til å overholde taushetsplikten i forhold taushetsbelagte opplysninger som hun får kjennskap til gjennom prosjektet.
- **Tilgang til dokumenter:**
 - Anne Botslangen skal ha tilgang til de pasientjournaler hun har fått tillatelse av REK til å ha innsyn i.
 - Hun skal i tillegg få tilgang til de rapporter, brev, bilder, lydopptak og lignende som hun har behov for.
- **Tjenester fra helseforetaket:**
 - Helseforetaket skal være behjelpelig med å finne fram dokumenter, guide på sjukehusområdet, spore opp pasienter og lignende.
- **Gjensidighet**
 - Anne Botslangen skal uten kostnader for helseforetaket, bidra med et fordrag eller en artikkel ifm Opdøl sjukehus sitt 100-års jubileum i 2013.
- **Kontaktperson**
 - Rådgiver Gunnar Watn er Anne Botslangen sin kontaktperson i helseforetaket. Han er helseforetakets personvernombud.

Molde 04.11.2010


Anne Botslangen
Doktorgradsstipendiat


Einar Myklebust
Assisterende direktør

AVTALE MELLOM DOKTORGRADSSTIPENDIAT ANNE BOTSLANGEN OG HELSE
NORDMØRE OG ROMSDAL HF OM BRUK OG TILGANG PÅ DOKUMENTER M.M I
FORBINDELSE MED STUDIE AV OPDØL SJUKEHUS SIN 100-ÅRIGE HISTORIE

Bakgrunn

Anne Botslangen har fått et doktorgradsstipend over 4 år. Stipendet skal brukes til å studere Opdøl sjukehus 100-årige historie.

Denne avtalen regulerer følgende:

- Taushetsplikt
 - Anne Botslangen avklarer alle forhold omkring taushetsplikt og personvern med Regional Etisk Komité (REK.) Avgjørelsen fra REK legges fram for Helse Nordmøre og Romsdal.
- Tilgang til dokumenter:
 - Dersom ikke annet er bestemt skal Anne Botslangen ha tilgang på protokoller, rapporter, brev, bilder, lydopptak og lignende som hun har behov for.
 - Dersom ikke annet er bestemt skal Anne Botslangen ha tilgang på de pasientjournaler hun har behov for.
- Tjenester fra helseforetaket:
 - Helseforetaket skal være behjelpelig med å finne fram dokumenter, guide på sjukehusområdet, spore opp pasienter og lignende.
- Gjensidighet
 - Anne Botslangen skal uten kostnader for helseforetaket, bidra med et foredrag eller en artikkel ifm Opdøl sjukehus sitt 100-års jubileum i 2013.
- Kontaktperson
 - Rådgiver Gunnar Watn er Anne Botslangens kontaktperson i helseforetaket. Han er helseforetakets personvernombud.

Anne Botslangen
Anne Botslangen
Doktorgradsstipendiat

Einar Myklebust
Einar Myklebust
Ass direktør