

# Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon:

En analyse av miljøterapeutiske praksiser

Av: Aina Skorpen og Christine Øye

Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet, Norway, 2008

## **Førord**

Denne avhandlingen begynte så smått for ca. seks år siden, da vi begge begynte å skrive hver vår prosjektplan. Vi hadde begge et ønske om å gjøre et feltarbeid på et psykiatrisk sykehus, for å se og lære av hva som foregikk innenfor institusjonens vegger etter innføring av nytt lovverk og nye statlige føringer. Våre prosjektplaner lignet på hverandre, og av den grunn ble vi foreslått ”tvangsgiftet” av daværende dekan Bodil Nesse. Vi har betraktet ”ekteskapet” som særskilt vellykket, og har hatt stor glede av samarbeidet til tross for mange høylytte og vanskelige diskusjoner i årene som er gått.

Vi vil benytte anledningen til å takke personalet og pasientene på det psykiatriske sykehuset for imøtekommenhet og utholdenhet. Pasienten tok vel imot oss, og var titt og ofte bekymret for at den kunnskapen de ga oss ikke var nyttig for forskningen. Uten deres velvilje og engasjement hadde denne avhandlingen ikke kunnet hatt det samme fokuset på pasientenes stemmer og viktige erfaringer. Personalet utviste stor velvilje og mot til å ta imot to forskere som ikke alltid hadde en klar oppfatning om hvordan man skulle opptre i avdelingene, og heller ikke alltid hadde like klare og gode spørsmål.

Vi vil også rette en særskilt takk til våre veiledere Professor Anne Karen Bjelland på Sosialantropologisk institutt og 1. Amanuensis Norman Anderssen på Det psykologisk fakultet. Begge har vist både stor interesse, entusiasme og ikke minst tålmodighet når damene ble for kreative.

Vestnorsk nettverk med Bente Wold i spissen fortjener også en takk. Hun bidro til at vi fikk opptak på Universitetet i Bergen og Det psykologiske fakultet.

Vi vil rette en stor takk til de ansatte på høyskolens bibliotek som klarte å finne frem til bøker, artikler og referanser vi aldri trodde ville være mulig å få tak i. Hovedbibliotekaren Halfdan Wiik må også takkes for en formidabel innsats med litteraturlisten i dagene før innlevering.

Vi må også takke vår arbeidsgiver høyskolen som har lagt forholdene godt til rette for å kunne gjennomføre både feltarbeidet og skrivingen av avhandlingen. Til slutt må vi takke to tålmodige familier, og spesielt takke Tonje Skorpen for praktisk og kreativ hjelp når damene stod fast.

## Sammendrag

Avhandlingen er en tverrfaglig etnografisk studie av den miljøterapeutiske virksomheten og dagliglivet i to lukkede psykiatriske avdelinger på et psykiatrisk sykehus i Norge med personalet og innlagte pasienter som informanter. Studien har sprunget ut av et forskningssamarbeid mellom en høyskole og et regionalt helseforetak gjennom en felles intensjonsavtale om forskning. Avhandlingen har hatt som siktemål å beskrive og analysere to psykiatriske avdelingers miljøterapeutiske praksiser slik disse utfoldet seg i avdelingenes dagligliv gjennom samhandlingsaktiviteter, gjøremål og hendelser. Avdelingenes miljøterapeutiske dagliglivspraksiser er analysert i lys av statlige føringer og miljøterapeutiske ideologiske rammer. Studien er basert på et kvalitativt etnografisk design, der deltagende observasjon, formelle intervju og uformelle samtaler og fokusgruppeintervju inngikk som sentrale metodiske innfallsvinkler. Avhandlingen har sin primære forankring i sosial konstruksjonisme gjennom inspirasjon fra interaksjonsteori representert ved Erving Goffman, og analytiske perspektiver representert ved tenkere som Michel Foucault og Dorothy E. Smith. Vi har påpekt at medisinsk forskningsetiske retningslinjer som definerer innlagte psykiatriske pasienter som en spesielt sårbar gruppe ble en utfordring for etnografisk forskning i psykiatriske sykehus. Avhandlingen belyser en rekke spenningsfelt og motsetninger mellom avdelingenes dagliglivstilrettelegging og de rammer personalet og pasientene omgis av. For det første har vi påpekt at det oppstår et spenningsfelt mellom avdelingenes forsøk på å sosialisere og normalisere pasientene til dagliglivet i avdelingene og til et dagligliv i lokalsamfunnet utenfor. Dagliglivet i avdelingene er av en annen art enn dagliglivet utenfor sykehuset, og den sosialiseringen og læringen som pasientene får som innlagt gjennom deltakelse i miljøets aktiviteter og gjøremål kan ikke nødvendigvis anvendes i livet utenfor. For det andre oppstår det et spenningsfelt mellom miljøterapiens demokratiske forankring og sykehusets medisinskpsykiatriske behandlingsregime. Brukermedvirkningens og miljøterapiens demokratiske prinsipper ble tilsidesatt, og spilte en underordnet rolle i avdelingenes daglige medisinskpsykiatriske behandlingsvirksomhet. For det tredje har vi vist at avdelingenes miljøterapi fremstod som usystematisk og til dels uklar i sin ideologi og sine begrunnelser, og må betraktes som en støttefunksjon til det medisinske regime. Vi har konkludert med at det er nødvendig å utforske andre alternative måter å tilrettelegge pasientenes tilværelsen på, og som må være mer i tråd med psykisk lidendes erfaringer og perspektiver og personalets faglighet og humanistiske idealer.

## **Summary**

This thesis is a cross-disciplinary ethnographic study of milieu therapy and daily life in two closed psychiatric wards in a psychiatric hospital in Norway, where staff and patients were informants. The study is the result of research collaboration between a University College and a psychiatric hospital. We have described two psychiatric wards milieu therapeutic practices by observing interaction, tasks and events. The milieu therapeutic practices and daily life are analyzed in the light of the national policy and milieu therapeutic ideologies. The study is based on an ethnographic qualitative design which includes participant observation, formal and informal interviews and as well as focus group interviews. The thesis is anchored in social constructivism by interaction theories represented by Erving Goffman, and analytical frameworks represented by Michel Foucault and Dorothy E. Smith. We have pointed out that the medical research ethics tradition and its guidelines are based on the notion of the vulnerability of psychiatric patients as a participant group. These guidelines rub uneasily against participant observation and the ethnographic understanding of the research process. The thesis has further illuminated how staff and patients are caught up in paradoxes due to contradictory frames. Firstly, we have reported that there is a tension between efforts of socializing and normalizing patients for daily life inside the hospital and daily life outside the hospital. Daily life living inside the hospital through participation in activities is of another kind than daily life living outside the hospital, and therefore what patients learn inside might not be useful for life outside. Secondly, we have illuminated contradictions between milieu therapy as a democratic tradition and the psychiatric hospital as a medical hierarchical institution. User participation and milieu therapeutic democratic principles played a minor role in daily life organization. Thirdly, we have reported that the wards' milieu therapy was neither institutionalized in a formal way nor systematically consistent in praxis and seemed to play a supporting role to the medical treatment. The thesis concludes that it is necessary to examine further alternative ways to organize institutional life, which is in line with patients' experiences and perspectives as well as in line with the staff's humanistic ideals.



# Innholdsfortegnelse

Kapittel 1: Introduksjon .....	1
Avhandlingens siktemål.....	2
Kort om stedet og avdelingenes daglige organisering og rutiner .....	3
Studiens utgangspunkt og historikk .....	5
Forskningssamarbeid.....	6
Studiens tverrfaglige posisjon .....	7
Sentrale føringer for psykisk helsevern .....	10
Avhandlingens oppbygging.....	12
Kapittel 2: Tradisjoner, definisjoner og forskning på miljøterapi og terapeutiske miljø.....	14
Sentrale definisjoner av miljøterapi .....	14
Miljøterapiens historiske opphav og utvikling .....	17
Miljøterapiens retninger og modeller .....	22
Det terapeutiske samfunn .....	24
Psykodynamisk miljøterapi.....	27
Behavioristisk miljøterapi .....	28
Medisinskpsykiatrisk miljøterapi .....	30
Resymé av dagliglivsforskning i psykiatriske sykehus .....	31
Kapittel 3: Metode.....	36
Tilgang, varighet, utvalg og feltarbeidsprosedyrer.....	36
Datainnsamlingens tre hovedfaser.....	38
Etnografisk metode .....	41
Etnografisk metode i denne studien .....	42
Feltarbeid i egen kultur? Muligheter og begrensninger.....	45
Forbløffelse i møte med feltet.....	48
Ulike roller og posisjoner i felten.....	50
Observasjoner i felten .....	52

Sykepleieviterens tilstedeværelse på røykerommet .....	57
Fokusgrupper .....	59
Analyse .....	60
Analysearbeidet gjennom koding .....	61
Analysetråder .....	65
Å produsere tekst om de andre: Etske betraktninger .....	66
Overførbarhet .....	69
Anonymisering og informert samtykke .....	70
Kapittel 4: Analytiske perspektiver .....	71
Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	72
Normalitet og avvik som historisk, sosialt og kulturelt betinget .....	73
Samhandlingsperspektiv .....	78
Erving Goffman .....	79
Michel Foucault .....	81
Kunnskap, makt og praksiser .....	83
Det panoptiske blikk .....	86
Subjektet, makt og frihet .....	88
Galskapens historie .....	89
Etnografi og Foucault .....	91
Dorothy E. Smith .....	93
Oppsummerende refleksjoner over valgte analytiske inntak .....	95
Kapittel 5: Resymé av avhandlingens åtte artikler .....	98
Kapittel 6: Miljøterapi – fra kollektiv dagliglivsorganisering til individuelle tilpasningsformer .....	106
Røykerommet som pasientenes kollektive miljøterapi? .....	109
Kapittel 7: Oppsummerende diskusjon .....	112
Innlagte psykiatriske pasienters deltakelse i forskning og deres antatte sårbarhet – en utfordring for etnografisk forskning? .....	112

Er dagliglivet i lukkede psykiatriske avdelinger tilrettelagt for at pasientene kan vende tilbake til dagliglivet utenfor?.....	120
Er det mulig å ivareta kravet om brukermedvirkning i en medisinskpsykiatrisk institusjon?.....	127
Kapittel 8: Avslutning.....	134
Referanseliste: .....	140

## Kapittel 1: Introduksjon

Avhandlingen er en tverrfaglig etnografisk studie av den miljøterapeutiske virksomheten og dagliglivet i to lukkede psykiatriske avdelinger. Det empiriske materialet er hentet fra et middels stort norsk psykiatrisk sykehus på en lukket korttidsavdeling og en lukket langtidsavdeling, der den ene avdelingen betegner seg som en akuttavdeling, og den andre betegner seg som en habiliterings- og rehabiliteringsavdeling.<sup>1</sup> Dagliglivet i denne psykiatriske institusjonen kan betraktes som lukket i dobbel forstand, både for innsyn og utsyn, og i bokstavelig forstand fordi dørene er låst og institusjonen er plassert i regionens ytterkant. Flere pasienter lever fremdeles sine liv i denne institusjonen over år, enten det er som svingdørspasienter eller som mer eller mindre fastboende. Pasienter som tilbringer mye av sin tid på psykiatriske sykehus, er pasienter som ofte er innlagt under tvang, har lav utdanning, lite eller ingen inntekt, eier ikke egen bolig eller er sågar bostedløse (se Husum, Pedersen & Hatling, 2006). På den måten er et psykiatrisk sykehus et sted som i perioder ivaretar eller huser personer som befinner seg i samfunnets marginaliserte ytterkant. Det er liten mulighet for impulser og kontakt med verden utenfor dette sykehuset, noe som delvis kan forklares gjennom blant annet sykehusets stedsplassering i et lite urbant strøk. Dette sykehusets behandlingsvirksomheter er forankret i et medisinskpsykiatrisk regime som i stor grad har som siktemål å behandle pasienter som blir diagnostisert som psykisk syke.

Dette psykiatriske sykehuset fremstår som en arbeidsplass for avdelingspersonalet med små muligheter til faglig utvikling både innenfor sykehuset og utenfor. Det var for eksempel lite penger i helseforetaket til kursing og kompetanseheving for avdelingspersonalet. Sykehusets viktigste uformelle faglige og sosiale møteplass (kantinene) for avdelingspersonalet og kollegaer fra andre avdelinger var nedlagt,<sup>2</sup> og biblioteket var nå pakket ned i pappeposer og stuet bort på et kott. Det var dessuten reduserte økonomiske muligheter til å planlegge og gjennomføre sosial trening med pasienter utenfor sykehusets nærområde. Således kan vi si at både pasienter og pleiepersonale på ulikt vis ble skjermet for storsamfunnets input og aktuelle

---

<sup>1</sup> Langtidsavdelingen var opprinnelig en langtidspost for unge schizofrene pasienter, men behandler i dag også andre unge pasienter (stort sett under 30 år) med andre diagnoser.

<sup>2</sup> Kantinene var nedlagt i betydning at det ikke ble laget og servert mat der lenger, men bestod som oppholdsrom med muligheter til å kjøpe mat og drikke fra automat.

debatter, og at både pasientenes og personalets interaksjonsmuligheter med det øvrige samfunnet fremstår som begrenset.

## ***Avhandlingens siktemål***

Bak det umiddelbart observerbare med en sykehushverdag fylt av trivielle praktiske og huslige sysler og aktiviteter, innbefattet det å behandle pasienter, utfoldet det seg et komplekst samspill de ulike sosiale aktørene imellom. På et overordnet nivå søker derfor denne avhandlingen å rette søkelyset på avdelingenes miljøterapeutiske praksiser slik disse utfoldet seg i avdelingenes dagligliv gjennom fokus på samhandlingsaktiviteter, gjøremål og hendelser. Vi observerte at avdelingenes sosiale aktører daglig stod overfor en rekke utfordringer som ikke bare kunne fortolkes i lys av avdelingenes lokale praksiser, men også måtte fortolkes i lys av noe utenfor avdelingene selv. Vi søker derfor i avhandlingen å rette et søkelys mot forholdet mellom avdelingenes miljøterapeutiske dagliglivspraksiser, og de rammer som sykehuset omgis av. Det være seg avdelingenes byråkratiske så vel som fagideologiske rammer. Det vil si sentrale føringer som for eksempel krav om brukermedvirkning på den ene side og fagideologier knyttet til miljøterapi og sykehusets dominerende medisinske behandlingssyn på den annen side.

Under studiens analysefase utkrystalliserte det seg en rekke spenningsfelt, motsetninger, paradokser og kongruenser som vi har løftet frem i flere av studiens artikler. Disse motsetningene, paradoksene og kongruensene vil bli ytterligere utdypet og belyst i sammenbindingens oppsummerende diskusjon. I den oppsummerende diskusjonen utdypet og diskuterer vi tre utvalgte temaområder tilhørende sentrale sider ved avhandlingens empiriske materialet. Først diskuterer vi innlagte psykiatriske pasienters deltakelse i forskning og deres antatte sårbarhet – en utfordring for etnografisk forskning? Dernest stiller vi spørsmålet: Er dagliglivet i lukkede psykiatriske avdelinger tilrettelagt for at pasientene kan vende tilbake til dagliglivet utenfor? Til slutt stiller vi spørsmålet om det er det mulig å ivareta kravet om brukermedvirkning i en medisinskpsykiatrisk institusjon.

Studien har ikke bare et deskriptivt siktemål (beskrive hva som utspiller seg av miljøterapeutiske praksiser og dagliglivets aktiviteter), men også et normativt siktemål som et bidrag til den helse- og sosialpolitiske debatten. Vi søker med andre ord å rette et kritisk

søkelys mot de helsepolitiske rammene som den psykiatriske institusjonen omgis av, og som får noen konsekvenser for institusjonens ulike sosiale aktører (personalet og pasientene).

I denne studien har vi derimot *ikke* hatt til hensikt å måle og utvikle kunnskap om effekten av miljøterapi som terapiform. Det er heller ikke en studie som i utgangspunktet har formulert noen klare hypoteser.<sup>3</sup> Vi har dessuten heller ikke hatt som siktemål å bidra med teoriutvikling i fagdisiplinene sykepleie eller antropologi tilhørende forskernes ulike faglige bakgrunner (se underkapittel om tverrfaglighet).

### ***Kort om stedet og avdelingenes daglige organisering og rutiner***

Dette psykiatriske sykehuset lå i ytterkanten av et lite tettsted, med en skole, en matbutikk og en kirke i nærheten. Transportmuligheter til sentrale strøk av landsdelen var vanskelig, med få buss, tog- og båtavganger. Selve sykehuset var plassert, som flere andre psykiatriske sykehus i Norge, i naturskjønne omgivelser omgitt av en frodig og grønn park med en allé opp mot sykehuset som var omsluttet av velstelte trær. Sykehusets bygningsmasse bar preg av ulike byggeskikker og perioder, og en del av sykehusets eldre bygninger var massive og oppført i murstein eller betong. Hovedbygningen hadde egen resepsjon, ellers var inngangspartiene til de ulike bygningene avlåst, slik at besøkende og pasienter måtte ringe på når de skulle inn, dersom de ikke hadde egne nøkler. Til tross for at noen av sykehusets bygninger var modernisert og nye bygninger var kommet til, bar sykehuset ennå preg av å være et sted som hadde asylens historie med seg. Stedets og bygningenes fysiske utforming og plassering symboliserte i seg selv ikke en invitasjon, men mer et sted som ga forskerne en opplevelse av lukkethet, overvåkning og kontroll. Avdelingene var ikke tegnet og oppført med tanke på miljøterapi eller brukervedvirkning, men bygget for overvåkning og kontroll som stengte dører og panoptisk arkitektur. Eksempelvis hadde personalets vaktrom en glassvegg vendt ut mot korridoren, dagligstuen og inngangsdøren slik at personalet hadde utsynsmuligheter til flere av avdelingens offentlige rom (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008, artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Det har vært hevdet at miljøterapi ikke egner seg til å teste hypoteser, da miljøterapi ikke er en ensrettet terapiform (Eldred, 1983), men en terapiform som inkluderer så vel det fysiske som det sosiale og strukturelle miljøet (Eldred, 1983, Gunderson, 1978).

<sup>4</sup> For nærmere beskrivelse av det fysiske miljø og avdelingene (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008 og artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).

Stedets lukkethet ble symbolisert gjennom at nøkler kun var for personalet (og forskerne). Dørene ut mot de grønne områdene slik som hage og veranda skulle være låst. Siden dørene var låst på begge avdelingene, innebar det for pasientene at de ikke kunne komme og gå når de ville, men måtte spørre om tillatelse til å bli låst inn og ut. Flere av pasientene kunne ikke forlate avdelingen uten følge med minst en av personalet. Dette kalte personalet å ha fastvakt på pasienten. Fastvakt på pasienter hadde ulike graderinger i betydning av at noen ble fulgt tettere enn andre. Eksempelvis ble noen pasienter også fulgt av personalet når de skulle på toalettet eller badet. Vanligvis var dette pasienter som personalet fryktet ville skade seg selv eller andre.

Pasienter hadde sine egne private rom eller delte rom med en medpasient avhengig av hvor mange pasienter som var på avdelingen. I tillegg hadde pasientene et eget fellesrom omtalt som pasientenes røykerom, der pasientene ofte samlet seg. Personalet oppholdt seg sjelden på røykerommet med pasientene med mindre de hadde fastvakt på en pasient. Personalet hadde også et eget rom som personalet omtalte som vaktrommet. Dette rommet hadde pasientene ikke tilgang til, bortsett fra hvis de ble invitert inn av personalet. Mange av samhandlingsaktivitetene og forhandlingene personalet og pasienten imellom foregikk i avdelingens offentlige rom, eller i overgangen mellom rommene, slik som for eksempel i overgangen mellom vaktrommet og gangen, eller mellom røykerommet og gangen.

Avdelingens dagligliv var organisert etter et fastlagt rutinemessig husholdsmønster (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008), og rutinene og den daglige organiseringen var bestemt av personalet. Dagen på avdelingene startet med at personalet banket på alle dørene til pasientrommene for å vekke pasientene til frokost og morgenmøte. På morgenmøtet ble dagens gjøremål og aktiviteter gjennomgått i plenum. Det kunne være fordeling av oppgaver som for eksempel husvask, vasking av klær, lagning av kveldsmat (kun i helgene), eller oppfordring til å delta på arbeidsstuen, turer i skog og mark, spaserturer rundt sykehusets nærområde, sportslige aktiviteter i gymsal eller utendørs, skolegang (for noen få yngre pasienter), og så videre. De pasientene som stod tidlig opp og deltok på morgenmøtet ville ofte delta i de ulike aktivitetstilbudene, eller gå tilbake til sine rom eller forsvinne inn på røykerommet med en kopp kaffe.

Avdelingens måltider var regulert og forhåndsbestemt med en meny hengt opp på oppslagstavlen i avdelingens gang sammen med annet reglement og oversikt over

aktivitetstilbud. Måltidene var bestemt av kjøkkenet og kjøkkenpersonalets arbeidstider, slik at dagens varme måltid ble servert midt på dagen (noe verken personalet eller pasientene var vant til hjemme). To måltid var delvis bestemt av pasientene; fredagskosen og lørdagens kveldsmat. Noen pasienter kunne bake kake eller boller (til fredagens fredagskos) eller pizza (til lørdagskvelden), og ofte ville dette skje i følge med en pleier. Ellers ble det rutinemessig servert ettermiddagskaffe eller kveldsmat til pasientene av personalet. Unntaksvis kunne pasienter gå på kjøkkenet for å lage seg noe mat selv i følge med pleier, eller be kjøkkenpersonalet tilberede brødmatt eller annen tilpasset mat til de pasientene som var på slanking eller hadde allergier eller diabetes. Noen pasienter møtte ikke opp til det varme måltidet som ble servert midt på dagen, men bestilte mat selv.<sup>5</sup> Andre pasienter gledet seg til varm og god mat, noe de ikke var vant til hjemme. Det var sjelden planlagt program på kveldstid. Mange pasienter ville samles på røykerommet på kveldstid for å spille kort, høre på musikk, røyke, drikke kaffe og prate sammen, mens andre ville sitte i dagligstuen og se fjernsyn eller holde seg på eget rom.

### ***Studiens utgangspunkt og historikk***

Studien bygger på en etnografisk studie i form av deltagende observasjon, kvalitative formelle intervju, og uformelle samtaler og fokusgruppeintervju. Studiens datainnsamling varte i ca. ett år, bestående av et feltarbeid på de to avdelingene i ca. ni måneder. I studiens tidlige fase var siktemålet å belyse hva som utspilte seg av miljøterapeutiske praksiser i avdelingenes dagliglivsorganisering, gjøremål, rutiner, hendelser og samhandlingsaktiviteter. Gjennom et samhandlingsperspektiv ønsket vi å rette oppmerksomheten mot hvordan avdelingenes sosiale aktører samhandlet med hverandre, og hvordan miljøterapeutiske praksiser ble utspilt. I tillegg var vi interesserte i å få kunnskap om hvordan personalet begrunnet og forstod sin miljøterapeutiske virksomhet; hvordan personalet beskrev seg selv, sitt virke og sin misjon i avdelingen relatert til miljøterapeutiske praksiser. Det var også viktig for oss å få innblikk og kunnskap om hvordan innlagte psykiatriske pasienter møtte dagliglivets ulike behandlingstiltak, og hvordan pasientene erfarte og beskrev sin pasienthverdag på sykehuset. Under hele arbeidsprosessen med avhandlingen har vi holdt fast ved et samhandlingsperspektiv (jfr. Goffman) som et analytisk utgangspunkt, men etter hvert som vi

---

<sup>5</sup> Noen få pasienter kunne finne på å bestille varm mat fra en restaurant eller et gatekjøkken fra nærmeste tettsted, som de kom kjørende med og som de betalte selv.



har arbeidet med det empiriske materialet har vi i økende grad latt oss inspirere av Michel Foucault og i noen grad Dorothy E. Smith og hennes utlegninger om institusjonell etnografi (for nærmere beskrivelse se kapittel 4 Analytiske perspektiver). Andre perspektiver har vi måttet frafalle og se bort fra, som for eksempel teorier og perspektiver knyttet til kjønn, til tross for at vi startet ut med et fokus på kjønn i vår prosjektbeskrivelse. Begrunnelsen for ikke å holde fast ved fokus på kjønn i studien er tidsbegrensingen, da det å analysere det empiriske materialet med henblikk på kjønn viste seg å være svært komplisert og tidkrevende.

## ***Forskningssamarbeid***

Studien er en del av et forskningssamarbeid mellom forskernes arbeidsplass og et regionalt helseforetak, der det ble inngått en intensjonsavtale om samarbeid om forskning og utvikling (se vedlegg 1). Et mål med denne studien var å utvikle et samarbeid med et psykiatrisk sykehus i regionen, i den hensikt å oppnå synergieffekt mellom kompetanseoppbygging og forskningsrelatert utvikling. Både de psykiatriske sykehusene<sup>6</sup> og høyskolene er pålagt å drive forskning som er relevant både for det kliniske feltet og utdanningssystemet.<sup>7</sup> Samtidig er den kliniske virksomheten pålagt å drive kvalitetsforbedrende utviklingsprosjekter, mens høyskolene er pålagt å drive forskning for å kunne tilby undervisning av høy forskningsmessig kvalitet og relevans. Samarbeid med offentlig virksomhet i regionen når det gjelder forskning og utvikling er i tråd med sentrale føringer skissert i St. meld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning. I denne stortingsmeldingen fremgår det også at høyskolene skal drive forskning knyttet opp mot profesjonsutdanningene. Studien fikk tildelt noen forskningsmidler av helseregionen og helseforetaket til forskningsrelatert fagutvikling med personalet. Disse midlene ble anvendt til seminarvirksomhet i etterkant av feltarbeidet med deltakere fra praksisfeltet og representanter fra helseforetaket.

---

<sup>6</sup> Jfr. helsetilsynets krav om kvalitetssikring knyttet til det psykiatriske virksomhetsområdet (se utredningsserie 5 – 2001: Kvalitetsforbedring i klinisk virksomhet, Statens helsetilsyn).

<sup>7</sup> Se St. meld. nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning, om forskningsrelatert regional utvikling. Det går frem av punkt 8.3.2 at høyskolene skal være sentrale aktører i regional innovasjon. Se også st. meld. nr. 39 (1998-99) Forskning ved et tidsskille, om utviklingen av næringsliv og offentlig virksomhet.

## Studiens tverrfaglige posisjon

Studien utgjør et tverrfaglig forskningsprosjekt i den betydning at forskerne representerer to ulike fagdisipliner: sykepleievitenskap og sosialantropologi. Dette innebærer blant annet at studiens forskningsprosess i form av feltarbeid og analyser av forskningstemaer har blitt gjennomført og belyst av to personer med ulik akademisk skolering og erfaringer. Studiens vitenskapsteoretiske utgangsposisjoner med påfølgende teoretiske perspektiver omfatter begge fagdisiplinenes kunnskapsgrunnlag, som for eksempel konstruksjonistisk forankrete samhandlingsteorier.

Studiens forskningsfokus omhandler primært det fler- og tverrfaglige feltet miljøterapi, ofte omtalt som organisering av dagliglivet i avdelinger i psykiatriske institusjoner (Vatne, 2006, Boyd & Nihart, 1998, Tuck & Keels, 1992). Miljøterapi i form av blant annet terapeutisk tilrettelegging av dagligliv i psykiatriske sykehus var i sin spede begynnelse både tverr- og flerfaglig (se bl.a. Greenblatt, Levinson & Williams, 1957, Jones & Rapoport, 1957, Williams, 1957, Levinson 1957, Cumming & Cumming, 1962, Stanton, 1962, Perrow, 1965, Kennard, 1957, Caudill, 1958, Rapoport, 1960). I flere av disse studiene inngikk blant annet antropologer i samarbeid med andre helseprofesjonelle, (ofte psykiatere).<sup>8</sup>

Det finnes ulike definisjoner og forståelser av det å arbeide på tvers av disipliner (se bl.a. Nyseth, 2007, Giacomini, 2004, Weingart & Stehr, 2000). Noen av de vanligste begrepene som benyttes i den forbindelse er flerfaglighet (multidisciplinarity), tverrfaglighet (interdisciplinarity) og transfaglighet (transdisciplinarity).<sup>9</sup> Begrepet flerfaglighet refererer til sammenkobling av og bidrag fra flere fag rettet inn mot å belyse et felles overgripende problemkompleks, mens begrepet tverrfaglighet referer til en reell vitenskapelig integrasjon av de ulike bidragene, teoretisk eller metodisk (Nyseth, 2007).<sup>10</sup> I følge Bjørnå (2007) er hensikten med tverr- og flerfaglig forskning å belyse en kompleks verden fra flere vinkler, og unngå ensretting – at alle skal ”*synge fra samme salmebok*” – noe som kan sies å

---

<sup>8</sup> Dette dreide seg bl.a. om antropogene Caudill og Rapoport (se Caudill, Redlich, Gilmore & Broyd, 1952, Caudill, 1958, Rapoport, 1960, Rapoport & Jones, 1957).

<sup>9</sup> Transfaglighet viser til en vitenskap med egne grunnsetninger, begrepsapparat og metodologi som ikke bare integrerer disiplinene, men som legger seg imellom, over eller på tvers av disiplinene (Nyseth, 2007).

<sup>10</sup> Med tverrfaglighet skal de ulike fagene gripe inn i hverandre slik at man kan oppnå nye vinklinger på for eksempel problemstillingen (Nyseth, 2000).

karakterisere enkeltdisipliners forskning (Bjørnå, 2007;35). På den måten kan en tverr- og flerfaglig forskningsposisjon bidra til å fremstille det empiriske materialet på en mer kompleks og mangfoldig måte (Alvesson & Sköldbberg, 1994).<sup>11</sup> Det hevdes videre at grensene mellom ulike fagdisipliner i stadig større grad vanskelig lar seg klart avgrense fra hverandre (Weingart & Stehr, 2000). Dette innebærer at de ulike disiplinene i mindre grad lever i isolasjon, men lar seg påvirke av så vel felles samfunnsproblemer som felles vitenskapsteoretiske tradisjoner, strømninger og debatter (Smith, 2002).

Denne studien representerer de to forskernes ulike fagfelt; sosialantropologi og sykepleievitenskap, som primært representerer ulike fagdisipliner med sine ulikheter og likheter. Vår studie har imidlertid et felles faglig utgangspunkt gjennom studiens forankring i samhandlingsperspektiver, etnografisk metode og fokus på praksis. Vi har gjennom forskningsprosessen latt oss påvirke av hverandres fagområder knyttet til både psykiatrisk sykepleie og medisinsk antropologi. I psykiatrisk sykepleie gjelder det særlig i diskusjonen om relasjonsdebatt i psykiatrisk sykepleie knyttet opp mot miljøterapeutisk arbeid (se bl.a. Holmes, 1971, Peplau, 1985/1994, Vatne, 2003, 2006)<sup>12</sup> og brukermedvirkningsdebatten i sykepleie (se bl.a. Lammers & Happell, 2003, Hickey & Kipping, 1998, Tronbrianski, 1994).<sup>13</sup> I sosialantropologi har vi latt oss påvirke av forskningsetiske diskusjoner (se bl.a. Caplan, 2003, Fluehr-Lobban, 2003ab, Pels, 1999),<sup>14</sup> samt debatter om psykiske lidelser som normalitets- og avviksformer (se bl.a. Benedict, 1934/1959, Bjelland, 1997, Littlewood & Dein, 2000, Hylland Eriksen & Breivik, 2006)<sup>15</sup> og aktuelle debatter i antropologi knyttet til etnografisk metode i hjemlige omgivelser (Howell, 2001, Rugkåsa & Thorsen, 2003).<sup>16</sup>

Studiens tverrfaglige samarbeid inkluderer et mangfold av diskusjoner og betraktninger som ikke har ført til store uoverensstemmelser eller uenighet, men heller bidratt til konstruktive og inspirerende debatter som har ført oss videre i forskningsprosessen. Til tross for inspirasjon fra fagområdenes deldisipliner må avhandlingen ikke leses som forsøk på teoriutvikling inn

---

<sup>11</sup> Alvesson & Sköldbberg (1994) ser tverrfaglighet i lys av en pragmatisk postmodernistisk posisjon der man vil søke å fremstille forskningsresultat som mangefasettert, og følgelig gi muligheten for mangfoldige representasjoner.

<sup>12</sup> Se artikkel 3 Skorpen & Øye, 2008 og artikkel 5 Oeye, Skorpen, Bjelland & Anderssen, 2008.

<sup>13</sup> Se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008 og artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008.

<sup>14</sup> Se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007 og metodekapittel: ”Å produsere tekst om de andre; Etske betraktninger.”

<sup>15</sup> Se særlig oppsummerende diskusjon.

<sup>16</sup> Se metodekapittel.

mot fagenes hoved- eller deldisipliner, da vi ikke har gått grundig inn i disse disiplinenes grunndebatter og diskusjonsområder. Studiens tverrfaglighet integreres også i de foreliggende åtte artiklene som presenteres.

Vi har samarbeidet tett i hele fasen av forskningsprosessen. Vi har skrevet og formulert prosjektbeskrivelsen sammen, vært på feltarbeid sammen og samtidig, og hatt tett kontakt i hele skrivefasen. Samarbeidet mellom ulike fagdisipliner kan karakteriseres som et "Thelma & Louise"-samarbeid:

*Sometimes collaborative teams exists for the sake of convenience, but sometimes research partners goad each other to take risks and work in new ways. We call this the 'Thelma & Louise' collaboration (Mittiness & Barker, 2004; 284).*

Linda S. Mittiness & Judith C. Barker (2004) hevder videre at det er spenning og eventyrlyst som er drivkraften, og at forskningspartnerne utfordrer hverandre og blir således grenseoverskridende. Samarbeidet mellom denne studiens to forskere kan også forstås som et "Thelma & Louise"-prosjekt, noe som har kommet frem i utallige diskusjoner gjennom alle faser i forskningsprosessen. Vi har i denne prosessen utfordret hverandre på hverandres ståsted og posisjoneringer under feltarbeidet (for nærmere omtale, se metodekapittel) og i skriveprosessen. I skriveprosessen har vi fungert som "djevelens advokater," der vi har utfordret hverandre på empirisk utvelgelse så vel som på argumentasjon.

Vi har i tillegg erfart et fler- og tverrfaglig forskningssamarbeid på et annet nivå knyttet til kandidatenes veiledningsgruppe (veiledere), som har bestått av en professor fra Sosialantropologisk institutt og en førsteamanuensis fra Det psykologiske fakultet, (tidligere Institutt for samfunnspsykologi). Vi og våre veiledere har hatt et tett samarbeid, spesielt etter endt feltarbeid, der vi alle har lest og kommentert både artikkelutkast og sammenbindingsutkast. Vi har i denne gruppen kontinuerlig diskutert alt fra arbeidsfordeling, empiriske og tematiske utvelgelser, etiske aspekter og aktuelle teoretiske vinklinger.

Vi vil karakterisere denne studien som tverrfaglig i betydningen at vi har satt oss inn i våre ulike disipliners særegenheter på enkelte relevante områder for vår forskning. Eksempelvis har sosialantropologen satt seg inn i aktuelle sykepleiefaglige debatter blant annet knyttet til brukermedvirkning (se artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008) og publisert i sykepleiefaglige tidsskrift som førsteforfatter. Sykepleieviteren har satt seg inn i sosialantropologiske metodiske debatter gjennom å anvende antropologisk etnografisk

metode, så vel som å ha lest, satt seg inn i og referert til sosialantropologisk forskning fra psykiatriske sykehus (som f.eks Jacobsen, 2006, van Dongen, 2004, Barrett, 1996, Sørhaug, 1982, Rapoport, 1960, Caudill et al., 1952, Caudill, 1957, 1958).

### ***Sentrale føringer for psykisk helsevern***

Studiens forskningsarena, et psykiatrisk sykehus, representerer et sted eller en institusjon som på ulike måter styres og påvirkes av eksplisitte og implisitte rammer som politiske føringer, lovverk, kulturelle forutsetninger og dominerende fagideologier. Dette er grunnleggende forutsetninger som sykehusets og avdelingenes aktører på ulike måter må forholde seg til.

Det siste tiåret har psykisk helsevern vært underlagt en rekke statlige reformer med nye føringer og krav; omtalt som psykiatireformen. Det psykiske helsevernet har blitt omorganisert gjennom nedbygging av de psykiatriske sykehusene, og omsorgen for de psykisk syke skal nå primært gjennomføres i pasientens hjemkommune (St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006).<sup>17</sup> Med psykiatireformen og påfølgende deinstitusjonalisering er ”normalisering” et sentralt mål. Pasientene skal integreres i lokalsamfunnene gjennom blant annet normale boformer, arbeidslivstrening, fritidstilbud, skoloring og så videre. Målet om normalisering er ikke et nytt radikalt begrep, men har siden 1970-tallet vært brukt i kritikken av institusjonsomsorgen (Sandvin, 1992). Siktemålet med å styrke de psykiatriske helsetjenestene er ifølge myndighetene blant annet å fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte, samt evnen til å mestre eget liv. I den forbindelse har ulike regjeringer vektlagt et mestrings- og brukerperspektiv i organiseringen og gjennomføringen av de psykiatriske helsetjenestene (St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet). Brukermedvirkning blir særlig presisert og omtalt som ”Pasientens egen opplevelse av lidelsen og hvilke problemer den medfører skal være en viktig del av pasientens sykehistorie, og få betydning for behandling og oppfølging” (se NOU (1997) Pasienten først, kap.1.1.2 ). Brukermedvirkningen er en lovmessig rettighet som brukeren har, og den utgjør et ansvar som pålegges psykiatrilidsetjenestenes fagprofesjoner og psykiatriske institusjoner. I Lov om psykisk helsevern omtales også pasientenes rett til individuell plan. Institusjonene er

---

<sup>17</sup> Denne reformen ble forlenget med 2 år og skal vare ut 2008 (se [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Psykisk\\_helse.html?id=11695](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Psykisk_helse.html?id=11695)).

pålagt å utarbeide en individuell plan for den enkelte pasient som har behov for langvarige og koordinerte tilbud (Psykisk helsevernloven § 4-1 og 4-2).

Statlige føringer omtaler ”den nye psykiatrien” som en demokratisk psykiatri som i stor grad skal ta hensyn til og inkludere pasientens perspektiver og erfaringer når det gjelder utformingen av ulike tiltak knyttet til pasientens behandling. Videre skal det legges til rette for, så langt det er mulig, at pasienten får mulighet til å bestemme over seg selv. Det står også blant annet i psykisk helsevernloven § 4-2:

*Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasienten får; a. deltagelse i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient, b. anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer, c. tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensregler, d. anledning til daglige uteaktiviteter.*

De ideologiske prinsippene for brukervedvirkning er forankret i to hovedlogikker, omtalt som demokrati og forbrukerperspektiv (Hickey & Kipping, 1998). I Norge har dette ført til at også psykiatriske pasienter skal betraktes som brukere. Staten skal tilpasse seg brukernes/konsumentenes etterspørsel, og brukerne skal for eksempel ha rett til fritt sykehusvalg. I den forbindelse stilles det også krav om brukerundersøkelser, og psykiatriske pasienter skal dessuten få mulighet til å klage til et pasientombud (Grut, 2003). Prinsippene om mer demokrati og åpenhet i de psykiatriske helsetjenester er forankret i humanistiske ideer om menneskets rett til frihet, selvstendighet og autonomi. Man har også gjennom St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008 satt et fokus på psykiatriens bruk av tvang, og det er et uttalt mål om å redusere bruken av ulike former for tvang slik at frivilligheten i behandlingen av psykiatriske pasienter styrkes (se Sosial- og helsedirektoratet IS-1370 - Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern). Redusert bruk av tvang synliggjøres også i Psykisk helsevernloven som sier at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige (se § 4-2). Til tross for intensjoner om reduisering av tvang i psykiatriske sykehus rapporterer Sintef Helse om økende tvangsbruk, der for eksempel 68 % av de som har diagnosen schizofreni er under tvunget psykisk helsevern (Husum, Pedersen & Hatling, 2006). I tillegg blir tvang hyppigere brukt overfor pasienter som har svært dårlig økonomi, lav utdanning, ikke fast arbeid; mange er uten bolig

eller har lite egnet bolig, og flere har svak sosial tilknytning.<sup>18</sup> Tvangsbruken i våre psykiatriske sykehus viser også regionale forskjeller.

Gro Hillestad Thune (2008) er advokat, og har vært medlem av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Hun har arbeidet med å få menneskerettighetene inn i norsk rettspraksis. Hun presiserer i den forbindelse at alle mennesker har rett til ikke å bli utsatt for nedverdiggende eller umenneskelig behandling. Thune skriver blant annet om psykiatriens bruk av tvang overfor psykiatriske pasienter følgende:

*Myndighetene innrømmer at tvang brukes også i situasjoner hvor det ikke er nødvendig. De pasientene som rammes av den unødvendige tvangsbruken, utsettes høyst sannsynlig for brudd på sine grunnleggende rettigheter. Forøvrig finnes ingen dokumentasjon på omfanget av menneskerettighetsbrudd i psykiatrien (Thune, 2008; 28).*

## **Avhandlingens oppbygging**

Avhandlingen består av to hoveddeler i form av en sammenbinding og en hoveddel som omfatter avhandlingens åtte artikler. Begge kandidatene er hovedforfattere på fire artikler og medforfattere på fire artikler. Alle artiklene er sendt inn (submitted) til ulike tidsskrift. En artikkel er publisert, tre artikler er antatt til publisering, en artikkel er resubmitted til samme tidsskrift som artikkelen først var sendt inn til, og tre artikler er submitted. Avhandlingens sammenbinding inneholder følgende kapitler: Kapittel 1: "Introduksjon" er en redegjørelse av bakgrunn for studien og studiens siktemål. Kapittel 2: "Tradisjoner, definisjoner og forskning på miljøterapi og terapeutiske miljø" er en gjennomgang av miljøterapiens historiske utvikling, tradisjoner og modeller, med eksempler på forskning tilhørende miljøterapi og dagliglivet i psykiatriske sykehus. Kapittel 3: "Metode" er en redegjørelse av studiens metodiske design og fremgangsmåte. Kapittel 4: "Analytiske perspektiver" omhandler studiens overordnede perspektiver og teoretiske forankringer. Kapittel 5: "Resymé av avhandlingens åtte artikler" består av kortfattede sammendrag av hver enkelt artikkel som foreligger i avhandlingen. I

---

<sup>18</sup> Husum, Pedersen & Hatling (2006) kan rapportere at der pasienter er under tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, har 43 % ikke egen bolig, 77 % er ugifte, 64 % er uføretrygdet, 52 % har kun grunnskole, 30 % videregående, kun 8 % høyskole eller universitetsutdannelse, og kun 2 % har inntekt av eget arbeid.

kapittel 6: "Miljøterapi – fra kollektiv dagliglivsorganisering til individuelle tilpasningsformer", sammenlignes dagens miljøterapi med tidligere tiders miljøterapi. Kapittel 7: "Oppsummerende diskusjon" er en utdyping av noen sentrale hovedtematikker som blir ytterligere kritisk diskutert. Kapittel 8: "Avslutning" er en oppsummering og forslag til alternative organisasjonsformer for psykisk lidende. Til slutt kommer sammenbindingens referanseliste, vedlegg og studiens artikler.



## **Kapittel 2: Tradisjoner, definisjoner og forskning på miljøterapi og terapeutiske miljø**

I det følgende vil vi gi en oversikt over miljøterapiens historikk, sentrale tradisjoner og definisjoner, samt kort vise til eksempler på forskning innen de ulike miljøterapeutiske retningene.<sup>19</sup> På slutten av kapittelet vil vi også gi et kortfattet resymé av dagliglivsforskning i psykiatriske sykehus.

Miljøterapi omfatter et stort og uoversiktlig felt i store deler av den vestlige verden, og miljøterapiens begreper kan knyttes til kulturelle forhold, tradisjoner og tidsepoker. Begrepet miljøterapi skrives på engelsk både som "milieu therapy" (tilhørende den anglo-amerikanske tradisjonen), og i ett ord "milieuthrapy" (som primært er den tysk-østerrikske psyko-dynamiske tradisjonen). Begrep som "therapeutic milieu" eller "therapeutic community" er også hyppig anvendt, og forbindes ofte med demokratiseringsideologien av psykisk helsevern (Norton & Bloom, 2004).<sup>20</sup> Som en samlebetegnelse for ulike former for miljøbehandling i psykiatriske sykehus benyttes også "psychosocial milieu treatment" der den psyko-sosiale dimensjonen vektlegges (Neuhaus, 2006). I antipsykiatriens tidsepoke på 1950- og 60-tallet (særlig i England) brukte man ord som "community psychiatry", noe som synes å være synonymt med begreper som "milieu therapy" og "therapeutic community" (Holmes, 2002).<sup>21</sup> I de skandinaviske landene brukes ofte begrepet miljøterapi (miljöterapi (sv.)), noe som gjenspeiles i en rekke publikasjoner (se bl.a. Vedeler, 1974, Vaglun, Karterud & Jørstad, 1984, Strand 1990, Andersen, 1997, Hagqvist & Widinghoff, 2000, Gordan & Palmgren, 2001, Kværna & Lund, 2004, Thorgaard, 2006, Schjødt & Heinskou, 2007).<sup>22</sup>

### ***Sentrale definisjoner av miljøterapi***

Begrepet miljøterapi er et vidt og uoversiktlig begrep som omfatter et mangfold av teoretiske modeller, forståelsesformer, og ikke minst praksiser. Forståelsen av miljøterapibegrepet synes

---

<sup>19</sup> For systematisk oversikt over miljøterapiens historikk og retninger, se artikkel 3 Skorpen & Øye, 2008.

<sup>20</sup> Norton & Bloom (2004) skiller mellom "democratic therapeutic community" anvendt på langtidsposter, der pasienter er minimum ett år, til forskjell fra "democratic therapeutic milieu", anvendt på korttidsavdelinger, der pasienter oppholder seg stort sett under en måned.

<sup>21</sup> Holmes (2002) mener at "community"-begrepet i psykisk helse så å si ikke er i bruk i dag.

<sup>22</sup> Det finnes også en rekke publikasjoner om miljøterapi i Skandinavia med fokus på barn og ungdomspsykiatrien (se bl.a. Rasborg, 2007, Kornerup, 1999, Kvaran, 1996)

i stor grad å ha endret seg i takt med feltets fagideologiske påvirkninger og endringer i samfunnsstrukturer.<sup>23</sup> Det er derfor vanskelig å beskrive eller definere miljøterapi i entydige vendinger som ulike teoretikere og praktikere vil kunne enes om. Til tross for en mangfoldig historikk omtales samlet sett miljøterapi ofte som en *planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en psykiatrisk institusjon* som omfatter avdelingens fysiske, sosiale og kulturelle miljø. I korte trekk har definisjoner av miljøterapi gått gjennom en utvikling fra en vektlegging av et samspill mellom det fysiske<sup>24</sup> og psykososiale miljø (M.S Schwartz, 1957, Cumming & Cumming, 1962, Gunderson, 1978, 1983a)<sup>25</sup> til en vektlegging av det sosiale læringsmiljø (Abroms 1969, Van Putten & May, 1976),<sup>26</sup> og til en vektlegging av den dyadiske relasjonen og alliansen mellom miljøterapeut/sykepleier og pasient (Holmes, 1971, Gunderson, 1978, Tuck & Keels, 1992, Delaney, 1997, Vatne, 2006). I Norge har den klassiske artikkelen til nordamerikaneren John Gunderson (1978): "Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus" fått stor betydning for forståelse av miljøterapi, noe som gjenspeiles i vår tids litteratur om miljøterapi.<sup>27</sup> Gunderson definerte miljøterapi som følger:

*A Milieu is simply any environment in which a patient or anyone else lives. Milieu treatment differs in being a specialized environment which is designed to fulfill the general purposes of preventing "bad" things from happening and following "good" things to occur. Treatment refers to the fact that it involves doing things to patients unilaterally. [...] Milieu therapy refers to those forms of milieu treatment in which the*

---

<sup>23</sup> Siden år 2000 har det vært svært vanskelig å finne nyere definisjoner av miljøterapi. Delaney (1997) viser til miljøterapiens mangfold, uavklarte teoretiske grunnlag, og til dels manglende forskningsbaserte kunnskap kan ha bidratt til at miljøterapeutiske praksiser til en viss grad forblir beskrivende, og dermed uklare i sin begrepsbruk og sine definisjoner. Det vi finner er ofte generelle omtaler av miljøterapi som en form for behandling der fokuset er rettet mot terapeutiske prosesser i det miljøet pasienten befinner seg (se blant annet Geanellos, 2000).

<sup>24</sup> Betydningen av avdelingens fysiske miljø og interiør skulle gjenspeile målet med den miljøterapeutiske behandlingen (Cumming & Cumming, 1962), og gjerne være tilrettelagt med et hjemlig og familiært preg (Haigh, 2002, Bloor, McKeganey & Fonkert, 1988, Holmes, 1971). Det ble også påpekt at sykehusmiljøet burde tilrettelegges slik at det er mulig å ha et bredt, variert og tilgjengelig aktivitetstilbud, både innenfor så vel som utenfor sykehusområdet. I England blir det i sentrale føringer understreket betydningen av å ha et godt tilrettelagt fysisk miljø: "The physical environment should be made homely, familiar and, where possible, be on a domestic scale" (Haigh, 2002:381).

<sup>25</sup> I 1950- og 60-årene kom kritikken av de psykiatriske sykehusene, og i kjølvannet av kritikernes debatter ble oppmerksomheten i stor grad vendt mot avdelingsmiljøets betydning for læring og modning hos pasienten (se bl.a. Jones, 1952, 1966). Schwartz beskrev miljøterapiens sentrale komponenter som "Organizational arrangements, informal aspects, specific therapeutic activities, inter-patient relations and organization, the physical setting, and relations with the non-hospital world" (M.S. Schwartz, 1957:132).

<sup>26</sup> I følge Abroms (1969) handlet miljøterapi om å organisere og tilrettelegge et avdelingsmiljø som et mikrokosmos av samfunnet, der pasientene skulle få muligheter til ulike former for utfordringer og ansvar.

<sup>27</sup> Se bl.a. hefter utgitt av stiftelsen psykiatrisk opplysning om miljøterapi (Tveit et al., 2007, Brathetland et al., 2004).

*milieu itself is recognized as an active therapeutic agency to promote and facilitate "positive" changes in specific directions* (Gunderson, 1978; 332).

Gunderson (1978) etterlyste en klarere rolle og ansvarsfordeling mellom personalet og pasientene, samtidig som han understreket betydningen av intensiteten i relasjonsarbeid mellom personalet og pasienten. Han lanserte i artikkelen "Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieu" fem begreper eller variabler: *beskyttelse (containment)*, *støtte (support)*, *struktur (structure)*, *engasjement (involvement)* og *gyldiggjøring (validation)*,<sup>28</sup> som gjenspeilte vektleggingen av miljøterapi som relasjonsarbeid.<sup>29</sup> Ifølge Kathleen R. Delaney (1997) har Gundersons (1978) variabler i stor grad påvirket både teoriutvikling og praksis de siste tiårene, og spesielt i psykiatrisk sykepleie relatert til miljøterapi.

De ulike miljøterapibegrepene gjenspeiler ulike retninger og tradisjoner, som i hovedsak inkluderer fysiske, sosiale og kulturelle forhold. Dette er forhold som skal samvirke helhetlig og påvirke pasienten i en ønsket retning relatert til *læring* og *helbred* i vid forstand (se bl.a. M.S. Schwartz, 1957, Cumming & Cumming, 1962, Gunderson, 1978). I det hele tatt omtales miljøterapi som en terapi som omfatter lærings-,<sup>30</sup> forandrings- og utviklingsprinsipper, så vel som behandlingsmessige<sup>31</sup> og organisatoriske prinsipper.

---

<sup>28</sup> **Beskyttelse** forstås som å trygge, skjerme eller ta hånd om. Hensikten er å hindre destruktiv og utflytende atferd. **Støtte** forstås som å søke å gi pasienten velvære og sikkerhet som skal øke pasientens selvfølelse og forminske angst og fortvielse. **Struktur** vil være bevisste planlagte handlinger over tid, og som vil skape forutsigbarhet, for eksempel fast døgnrytme. **Engasjement** forstås som deltakelse i fellesskapet og aktiviteter, som skal hjelpe til å få pasienten til å føle seg kompetent, respektert og i stand til å påvirke sine menneskelige relasjoner. **Gyldiggjøring** forstås som bevisste handlinger som kan bekrefte pasientens individualitet og egenart, der pasienten skal få uttrykke sin lidelse, samt forstå egen utilstrekkelighet og regresjon. Det vil også være å gi rom for å tolerere og akseptere avvik, tap og ensomhet (for oversettelse og norsk innhold til Gundersons begreper (se Brathetland et al., 2004).

<sup>29</sup> På 1970- og 80-tallet fikk vi en orientering fra en helhetlig og kollektiv miljøterapi mot et større fokus på konkretisering av miljøterapeutiske tiltak ovenfor den enkelte pasienten (individrettet miljøterapi). Med en stadig større vektlegging av den terapeutiske relasjonen mellom personalet og pasientene kom pasientenes medinnflytelse i terapien mer i bakgrunnen (Gutheil, 1985).

<sup>30</sup> Simonsen (2007a), som har sin forankring innen kognitiv miljøterapi, hevder at miljøterapi ikke er terapi, men læring og undervisning. Hensikten er at pasienten skal lære å mestre, og ansvarliggjøres i forhold til egen behandling.

<sup>31</sup> Vedler (1974) beskrev blant annet miljøterapi mer som et samlet system av koordinerte terapeutiske tilnærminger, og ikke en særskilt behandlingsmetode. Miljøterapi måtte heller betraktes som en orientering som gjorde det mulig å utnytte dagliglivets tilfeldige episoder, planlagte programmer og det totale sosiale system i terapeutisk øyemed.

## ***Miljøterapiens historiske opphav og utvikling***

Litteraturen om miljøterapiens historiske opphav og utvikling er mangfoldig og broket. Det hevdes at miljøterapiens begynnelse kan føres tilbake til den engelske kveker Samuel Tuke (1732-1822), og den franske legen Philippe Pinels (1745-1826) etablering av de første asylene på slutten av 1700-tallet (Abroms & Greenfield, 1971, Vatne, 2006). Både Tuke og Pinel har blitt beskrevet som å ha forankring i ”moral treatment”-tradisjonen der pasientene skulle oppdras (Foucault 1961/1999, Vatne, 2006, Bloom & Norton, 2004). Federn (2001) hevdet imidlertid at vi finner former for oppdragende miljøterapeutiske virksomheter allerede i det 14. århundre, der personer som led av psykiske lidelser ble huset gjennom ulike forpleiningsformer i familier.

De første asylene ble etablert i den hensikt å humanisere behandlingen av de sinnssyke, der de gale skulle befris fra lenkene (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Med etableringen av asylene i Europa så vel som i Norge, tenkte man seg at gale mennesker kunne endres (Digby, 1985, Hermundstad, 1999). I Norge stod det første statsasylet på Gaustad ferdig i 1854, og var etter tidens standard et svært moderne asyl. Legen ved Gaustad asyl fikk tittelen direktør, og ble den øverste autoritet med både assistentleger, pleiepersonale, kjøkken- og gårdspersonale under seg. Den medisinske ekspertisens posisjon og status på asylet var altomfattende, der ideen om at dersom pasientene fikk den riktige behandlingen i et riktig miljø, kunne de syke behandles til å bli funksjonsdyktige, tilpassede borgere (Hermundstad, 1999, Ludvigsen, 2002). Med sin medisinske ekspertise fikk legene ansvaret for asylets behandling og organisering av tilværelsen for de syke, samtidig som de også skulle representere den sunne fornuften (eller moralen) gjennom å være et forbilde både for pleiere og pasienter. Asylene skulle gi behandling og omsorg, og samtidig beskytte pasienter, avlaste og skjerme pasientenes pårørende og samfunnet for øvrig (Sørgaard, 2005). Foucault (1961/1999) omtalte de første asylene med Tuke og Pinel som oppdragende praksiser, og hevdet at disse moralske

oppfostringspraksisene var styrt av synet på at ”de gale”<sup>32</sup> skulle oppdras til å se på seg selv som ydmykende og ufornuftige i den hensikt å finne sin frelse.

I 1920- og 30-årene ser vi på ny en sterkere interesse for miljøets påvirkning på innlagte pasienter på psykiatriske institusjoner. I den forbindelse vil vi kort trekke frem navn som Bruno Bettelheim, Ernst Simmel, Charles F. Menninger, William C. Menninger og Harry S. Sullivan som grunnleggere av hva man i dag omtaler som miljøterapi (Spadoni & Smith, 1969). Med Simmels etablering av sanatoriet i Berlin ser vi en miljøterapi som var inspirert og påvirket av en psykoanalytisk grunnlagsforståelse (Federn, 1999). Sullivan i USA iverksatte et terapeutisk miljøprogram på Sheppard og Enoch Pratt Hospital (Spadoni & Smith, 1969). Både Sullivan (1931a) og Menninger i USA anvendte både psykoanalytiske og sosiologiske prinsipper i utformingen av et miljø som både skulle bidra til å veilede og behandle alvorlig syke psykiatriske pasienter (Neuhaus, 2006).

Etter den andre verdenskrig ble vektlegging av det sosiale og kulturelle miljøets betydning i behandling av psykiske lidelser ytterligere forsterket. Fra 1950 til slutten av 1960-årene ble William Caudill (1957, 1958), Anselm Strauss, Leonard Schatzman, Rue Bucher, Danuta Ehrlich & Melvin Sabshin (1964/1981) og Erving Goffman (1961/1967) betraktet som viktige bidragsytere til datidens kritikk av institusjonspsykiatriens organisering og innhold (miljø). Goffmans studie (1961/1967) av en psykiatrisk totalinstitusjon viste for eksempel at psykiatriske sykehus førte til krenkelser og ydmykelser av pasientene gjennom et miljø som isolerte pasientene fra det øvrige samfunnet. Anti-psykiatribevegelsen fikk en viktig posisjon blant psykiatriens fagfolk gjennom kritikker av organiseringen av og innholdet i tidens psykiatriske sykehus, og ikke minst det rådende medisinske regimets dominans med påfølgende objektivisering og klassifisering av psykiatriske pasienter (se bl.a. Jones, 1952, Stanton & Schwartz, 1954, Cumming & Cumming, 1957, Laing, 1965, Cooper, 1971, Szasz, 1961). Antipsykiatriens omfattende debatter og kritikk førte blant annet til at flere fagfolk i psykiatrifeltet begynte å sette spørsmålsteget ved den behandlingen de ga pasientene på sykehuset, og om pasienter ble bedre eller verre av å være innlagt i et lukket, medisinsk behandlingsmiljø (se f.eks. Abrams & Greenfield, 1971). Som en motvekt mot tidens kritikk av sykehusenes behandlingsvirksomheter, begynte noen fagpersoner (spesielt i England) å utvikle og etablere en ny miljøterapeutisk modell som var forankret i ideen om demokrati,

---

<sup>32</sup> Foucault bruker begrepet ”de gale” om psykiatriske pasienter i asylene og ”galskap” om hva vi i dag betegner som psykiske lidelser i hans bok ”Galskapens historie” (1961/1999).

likeverd, respekt, åpenhet og samarbeid mellom alle aktørene på avdelingen, enten de var innlagte eller ansatte (se Jones, 1952, Rapoport, 1960). Dette nye terapeutiske miljøet skulle gjennom avdelingens demokratiske plattform, ulike situasjoner, kontekster og samspill mellom pasienter, og mellom pasienter og avdelingens tilsatte bidra til utvikling og sosial læring hos pasientene. I den forbindelse ble Maxwell Jones (1952, 1966, 1968/1971) forsøk på å utvikle en demokratisk terapeutisk miljøterapi i psykiatriske avdelinger en viktig inspirasjonskilde for fagpersoner i mange land, også i Norge. Forsøkene på å utvikle en demokratisk miljøterapi eller ”det terapeutiske samfunn” blir ofte knyttet til ulike foregangspersoner og teoretikere (se særlig Jones, 1966, 1968/1971, Stanton & Schwartz, 1954, Rapoport, 1960, Cumming & Cumming, 1957, 1962). I Norge, som i deler av resten av Europa, fikk den nye demokratiske miljøterapien imidlertid en relativ kort levetid (Waal, 1978), til tross for at en del av sykepleierne i den tidlige etableringen av det terapeutiske samfunnet på Belmont Hospital i England kom fra Norge og Skandinavia (Jones, 1952).

Tradisjonelt ble miljøterapien i 1960-70-årene organisert og gjennomført av tverrfaglige team med psykiatere og psykologer i spissen,<sup>33</sup> men også sykepleiere bidro tidlig inn mot avdelingenes miljøterapeutiske tilrettelegging.<sup>34</sup> I den forbindelse synes det som om sykepleiernes betydning for miljøterapien ble styrket gjennom å få et stadig større og bredere sykepleiefaglig ansvar for organiseringen og innholdet i avdelingene (Norton, 2004, Delaney, 1997, Tuck & Keels, 1992). Hildegard Peplau (1985/1994) hevdet at sykepleiernes ansvar for avdelingenes miljøterapeutiske virksomheter kom med de profesjonelle sykepleiernes overtakelse av den daglige administreringen av avdelingene. På bakgrunn av sykepleiernes fagkunnskaper og brede kompetanse ble det utviklet miljøterapeutiske sykepleiefaglige teorier knyttet til blant annet interaksjon og allianse mellom sykepleier og pasient,<sup>35</sup> samt teorier om sykepleiefaglig tilrettelegging og organisering av pasientmiljøet (se O’Brian, 2001, Boyd & Nihart, 1998, Tuck & Keels, 1992, Peplau, 1985/1994, 1964/1994, Holmes, 1971, Mertz, 1968, Mellow, 1968, Peplau, 1968, Will, 1957, 1952/1988, Carleton & Johnson, 1961, C.G.

---

<sup>33</sup> I miljøterapiens barndom ble det argumentert for at leger og psykiatere skulle ha en aktiv rolle i den miljøterapeutiske behandlingen (Jones & Rapoport, 1957).

<sup>34</sup> Det ble vektlagt at sykepleierne skulle skape en god og psykologisk atmosfære med oppmerksomhet rettet mot terapeutiske faktorer i et miljø som kunne bidra til bedringsprosesser hos pasienten (se Peplau, 1985/1994).

<sup>35</sup> Å danne en terapeutisk allianse og vektlegge den relasjonelle dimensjonen mellom sykepleier og pasient i miljøbehandling, har blitt beskrevet å ha røtter tilbake til etableringen av de første asylene og ”moral treatment”-behandling av psykiatriske pasienter (Weir, 1992).

Schwartz, 1957).<sup>36</sup> Med sykepleieres ansvar på avdelingene utviklet psykiatrisk sykepleie seg som en sentral bidragsyter inn mot miljøterapi. Jan Kåre Hummelvoll (1998) hevdet i den forbindelse at den moderne formen for psykiatrisk sykepleie innen miljøterapi kan knyttes til Peplaus, Tudors og Kalkmans arbeider og skriver at:

*Den psykiatriske sykepleien bidro i denne utviklingen til å gjøre begrepet miljøterapi meningsfullt, gjennom å arbeide for å utnytte dagliglivets gjøremål og døgnrytmen på avdelingen til terapeutiske muligheter (Hummelvoll, 1998;18).*

Peplau (1968) understrekte betydningen av å ha et godt forhold til pasienten, men var også opptatt av sykepleiers instrumentelle strategi og taktikk overfor psykiatriske pasienter i den hensikt å korrigere tidligere erfaringer og atferd. Peplau hevdet også at psykiatrisk sykepleie i miljøterapeutisk arbeid skulle bidra til et ”productive living in the community”. Peplau skrev:

*This is what milieu therapy is all about: recognizing recurring problematic behavior patterns which had their beginning in the early childhood situations in which the child rearing tactics of the mother or of the other significant adults were not equal to the power maneuvers of the child; recognizing the replications of these patterns in subsequent school, peer group, community, and employments situations; and disrupting such replications within the day-to-day nurse-patient interactions in the ward setting (Peplau, 1968;266).*

Peplau var opptatt av barndommens betydning for pasientenes problematiske atferdsmønster, og bygget således på psykodynamisk tenkning. Marguerite J. Holmes (1971) videreførte noe av denne psykodynamiske tenkningen, og henviste til Fromms formuleringer av det faderlige og moderlige som sentrale bilder eller begreper på utvikling av et sykepleiefaglig miljø i en avdeling. Hun skrev:

*Some theories put emphasis on understanding and sharing the experience of the patient; others put emphasis on controlling and changing the behavior of the patient...*

---

<sup>36</sup> På bakgrunn av sykepleierens sentrale rolle i miljøterapien utviklet American Nurses Association retningslinjer for psykiatrisk sykepleie i miljøarbeid: ”The nurse provides, structures, and maintains a therapeutic environment in collaboration with the client and other health providers” (i Tuck & Keels, 1992;53).

*Mother`s love is unconditional – mother loves the baby simply because it exists. She is concerned with his feelings and his experiences. The advantage to the child is that mother`s love is unconditional – he does not have to earn it; it is simply because he is. The disadvantage for him is that if the mother`s love is not forthcoming, there is nothing he can do about it. He cannot earn it. Father`s love, on the other hand, is conditional. The child must behave in a certain approved ways in order to earn the fathers love. The advantage to the child is that he can earn love. Thus, obedience becomes the main virtue, and disobedience the main sin, punishable by the withdrawal of father`s love. The further disadvantage is that he is loved for his good deeds, rather than for himself (Holmes, 1971; 83-84).*

Holmes hevdet at begrepene om det moderlige og faderlige ikke måtte ses i lys av kjønns spesifikke roller,<sup>37</sup> men heller knyttes til ulike måter å arbeide med psykiatriske pasienter på. Det vil si at noen sykepleiere vil forholde seg til pasienter på en moderlig måte gjennom å ta hensyn til pasienters følelser og erfaringer, og andre på en faderlig måte gjennom å arbeide sammen med pasienten i miljøet for atferdsmessig læring og tilpasning. Holmes (1971) vektla videre at sykepleieren skulle arbeide sammen med pasienten, og ikke bare for pasienten. Det innebar at pasientene måtte være med å bestemme den omsorg og behandling som ble gitt, og gjennom aktiv deltagelse i aktiviteter var målet at pasienten skulle få noen nye emosjonelle og sosiale erfaringer og ferdigheter.

Fra slutten av 1970-årene ser vi at interessen for den kollektive miljøterapien avtar og rettes mot en mer individuell tilpasset miljøterapi, der vektleggingen av den terapeutiske alliansen og relasjonen mellom sykepleier (miljøterapeut) og pasient blir forsterket (se bl.a. Holmes, 1971, Delaney 1997, Tuck & Keels, 1992, Vatne, 2006). Dette bruddet kan forstås i lys av vår tids nedbygning av de store tunge psykiatriske sykehusene, en økende interesse for å forstå psykiske lidelser som biologiske, med påfølgende medisinerings av pasientene (Bloom & Norton, 2004), og de norske myndighetenes krav om individrettet brukermedvirkning gjennom blant annet pasientens rett på en individuell behandlingsplan (se St. meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet, St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1, 4-2).

---

<sup>37</sup> I Norge anvender Liv Strand (1990) de samme begrepene om moderlig og faderlig omsorg i beskrivelse av hvordan arbeide med psykotiske pasienter.



Samtidig ser vi en økende skepsis rettet mot miljøterapi generelt, og miljøterapiens manglende forskningsbaserte kunnskapsgrunnlag spesielt (Van Putten & May, 1976, Gutheil, 1985, Delaney, 1997, Bloom & Norton, 2004, Norton, 2004). De siste årene har imidlertid spesielt norske sykepleiere publisert forskning som på ulike måter omfatter miljøet og sider ved miljøterapi i psykiatriske sykehus. I den forbindelse vil vi eksempelvis trekke frem sykepleiere i Norge som Jan Kåre Hummelvoll (2003), Bengt Karlsson (2004), Reidun Norvoll (2007) og Solfrid Vatne (2003, 2006) som sentrale bidragstere.

### ***Miljøterapiens retninger og modeller***

I nyere tid omfatter miljøterapi flere retninger og modeller som teoretisk og ideologisk er ulike (Widinghoff, 2000). Miljøterapi er blitt beskrevet som en behandlingsform som har en mangfoldig og kompleks historikk og teoretisk forankring (Neuhaus, 2006, Norton, 2004, Delaney, 1997, Eldred, 1983), og der flere av feltets teoretikere stiller seg kritiske til begrepet miljøterapi, da dets teoretiske kunnskapsgrunnlag er for uklart og sprikende (Delaney, 1997, Perrow, 1965).<sup>38</sup> Miljøterapiens kunnskapsgrunnlag blir vanligvis knyttet til retninger som har sin forankring i psykodynamiske teorier, terapeutiske samfunnsteorier<sup>39</sup> og behavioristiske teorier (Delaney, 1997, Eldred, 1983). I tillegg blir det også hevdet at det finnes en miljøterapeutisk tradisjon med forankring i en bio-medisinsk tenkning, der vektleggingen av miljøterapien primært rettes mot pasientens individuelle psykiske tilstand (Gutheil, 1985), eller mot en spesifikk diagnosegruppe som for eksempel schizofreni (se bl.a. Friis, 1984).

De tidlige miljøterapeutiske retningene og publikasjonene synes å ha hentet sin inspirasjon fra et mangfold av kunnskapsområder. I USA kombinerte Milton Greenblatt, Daniel J. Levinson & Richard H. Williams (1957) psykologiske, antropologiske og sosiologiske teorier. John Cumming & Elaine Cumming (1962) integrerte psykologiske, psykoanalytiske og utviklingspsykologiske teorier med sosiologiske sosialisering- og rolleteorier i utformingen av miljøterapi. Miljøterapi kan som felt følgelig forstås som bestående av et konglomerat av ulike teorier og kunnskapstradisjoner (Widinghoff, 2000, Delaney, 1997, Eldred, 1983).

---

<sup>38</sup> Sosiologen Perrow stilte seg kritisk til miljøterapibegrepet, og mente at miljøterapi manglet en teknologi, og av den grunn ikke representerte noen forbedringer siden terapien i "moral treatment"-tradisjonen (Perrow, 1965).

<sup>39</sup> Delaney (1997) fremhevet i tillegg den sosioterapeutiske tilnærmingen.

Det blir hevdet at i de psykiatriske sykehusene blir miljøterapi betraktet som en anerkjent praksis og terapiform (Vatne, 2006, Kipp, 2006, Delaney, 1997), til tross for en skepsis på grunn av miljøterapiens manglende forskningsbaserte kunnskapsgrunnlag og relevans som terapiform.<sup>40</sup> Det hevdes også at mye av forskningen på feltet er gammel, og at det de siste årene har svært lite forskning på feltet (Thomas, Shattell & Martin, 2002, Echternacht, 2001),<sup>41</sup> noe som kan tilskrives at det anvendes ulike begreper om miljøterapi, og at begrepet miljøterapi er svært vidt og komplekst.<sup>42</sup> Av den grunn har det vært vanskelig å finne forskningsmetoder som kan "måle" effekten av denne terapiformen (Delaney 1997). Det har lenge vært usikkerhet om hvordan man kan forske på og evaluere psykososiale terapiformers effektivitet i psykiatriske sykehus (Kramer, 1957),<sup>43</sup> og hva som kan sies å karakterisere et terapeutisk miljø (M.S. Schwartz, 1957).<sup>44</sup> Det etterlyses likevel mer forskning på miljøterapi generelt,<sup>45</sup> og miljøterapiens ideologiske forankring knyttet til ulike forskningstradisjoner og forskningsmetoder (se Neuhaus, 2006, Lees, Manning & Rawlings, 2004, Hagqvist & Widinghoff, 2000, Federn, 2001, Hummelvoll & Røssset, 1999, Delaney, 1997, Karlsson, 1997, Tuck & Keels, 1992, Eldered, 1983). Det etterlyses dessuten mer oppdatert forskning på miljøterapi, da det sosiale og økonomiske grunnlaget for hvordan psykiatriske avdelinger har blitt drevet har endret seg (Norton, 2004, Thomas, Shattell & Martin, 2002, Tuck & Keels, 1992).<sup>46</sup>

Vi vil i det følgende kort beskrive de vanligste miljøterapeutiske retningene og modellene med eksempler på tilhørende forskning. Disse retningene og modellene er: Det terapeutiske

---

<sup>40</sup> På 1970- og 1980-tallet fikk man en diskusjon om miljøterapi kunne forskningsbaseres, siden begrepet favnet så vidt (se bl.a. Ellsworth, 1983, Van Putten & May, 1976).

<sup>41</sup> Litteraturen om miljøterapi er både omfangsrik og tallrik, og spenner over en tidsperiode på snart 90 år, mens forskningen som foreligger er heller sparsommelig. Dette gjelder særlig forskning som er yngre enn 30 år (Norton, 2004).

<sup>42</sup> Det har også vært påpekt at det er mangel på enighet om miljøterapiens kunnskapsgrunnlag og fravær av et felles teoretisk grunnlag (Eldred, 1983).

<sup>43</sup> Levinson (1957) understrekte for ca. 50 år siden at det manglet forskning som inkluderte pasienters erfaringsgrunnlag i en tid da de store sykehusene skulle omlegges til mer demokratiske institusjoner med aktivt medbestemmende pasienter.

<sup>44</sup> I denne perioden ble det særlig etterlyst forskning på det sosiale miljø i den hensikt å bygge opp en teori om miljøbehandling (Polansky, White & Miller, 1957).

<sup>45</sup> I den miljøterapeutiske sykepleietradisjonen etterlyses kvalitativ forskning på miljøterapi for bedre å kunne dokumentere og begrunne sykepleiepraksis (Tuck & Keels, 1992). Det etterlyses også mer forskning i institusjoner der psykiatriske pasienter er innlagt og sykepleiere har en sentral rolle (Allen & Jones, 2002).

<sup>46</sup> I følge Norvoll (2002) mangler det tilstrekkelig forskning om forholdene innenfor dagens psykiatriske sykehusinstitusjoner, som fremdeles ofte tar form av en lukket virksomhet til tross for målsettinger om åpenhet. Hun etterlyser en analyse av samspillet i psykisk helsevern og hva praksis organiseres ut i fra, og hevder videre at samfunnsfaglige tilnærminger vil måtte ta hensyn til feltes egne problemstillinger i sine analyser, og bidra med alternative løsninger og tiltak for å få en mer slagkraftig betydning for det kliniske felt.

samfunn (herunder humanistisk miljøterapi), psykodynamisk miljøterapi, behavioristisk miljøterapi (herunder kognitiv miljøterapi), og medisinskpsykiatrisk miljøterapi. Oversikten må ikke betraktes som en absolutt inndeling, da det er glidende overganger mellom de ulike miljøterapeutiske retningene og modellene (se artikkel 3 Skorpen & Øye, 2008).

## Det terapeutiske samfunn

”Det terapeutiske samfunn” har blitt fremstilt som et viktig eksempel på radikale endringer i organiseringen, planleggingen og gjennomføringen av et terapeutisk miljø i psykiatriske avdelinger (Gutheil, 1985, Rapoport, 1960). Forsøkene på å iverksette ”det terapeutiske samfunn” representerte humanistiske og demokratiske forandringer som på en ny og annerledes måte satte den psykiatriske pasienten i fokus.

De terapeutiske samfunnene i England<sup>47</sup> søkte å iverksette en terapeutisk modell som var nært knyttet til sosialpsykologiske og systemiske teorier (Clark, 1999, Jones, 1973, 1983, Jones & Bonn, 1973).<sup>48</sup> Hovedsiktemålet med ”The therapeutic community” var å skape et miljø i sykehuset og i sykehusenes avdelinger som lignet samfunnet omkring, men uten de uheldige sider som storsamfunnet hadde.<sup>49</sup> Samtidig vektla man nedbygging av sykehusenes tradisjonelle hierarkier og tonet ned det medisinskpsykiatriske autoritære regime gjennom å erstatte avdelingene med flatere strukturer basert på mer demokratiske og kollektive prinsipper (Jones & Rapoport, 1957). Det terapeutiske samfunns vektlegging av de sosiale prosesser og det kollektive miljø innebar et fokus på det sosiale miljøets betydning for individuell endring (Jones & Bonn, 1973),<sup>50</sup> og der endring og innsiktsfull læring skulle skje gjennom åpen og direkte kommunikasjon pasientene imellom, personalet imellom og mellom personalet og pasientene.

---

<sup>47</sup> Se særlig Maxwell Jones (1952, 1966, 1968/1971) i Mill Hill og Dartford Foulkes & Tom F. Main (1946) i Northfield.

<sup>48</sup> Det var ikke bare i England at man i miljøterapien vektla demokratisering og pasientmedvirkning som en sentral del av miljøbehandlingen, men også i USA i omtrent samme periode (se M.S. Schwartz, 1957).

<sup>49</sup> I henhold til Jones (1968/1971) var det vanskelig å forstå hvorfor psykiatrien etterlignet det somatiske sykehusets hierarkiske oppbygning, allmenne medisinske prinsipper, roller, rolleforhold og metoder. I den forbindelse hevdet Jones at psykiatriens lidelser og det ”å bli syk” eller ”innta pasientrolle” var å forstå som en siste tilflukt for en person som ikke hadde tilstrekkelig sosial støtte og mulighet til å hjelpe seg selv. Ut fra slike betraktninger ble det sosiale miljøet rundt pasienten av avgjørende betydning for pasientens muligheter til læring, og derved bedring. Avdelingens sosiale miljø rundt pasienten inkluderte i stor grad både sosial nærhet og varme i alle mellommenneskelige forhold, en sosial nærhet og varme som i følge Jones var grunnleggende for pasientens tilbakeføring til livet utenfor.

<sup>50</sup> Et slikt sosialt fokus førte til at sykehusene ofte tilrettela for utstrakt bruk av grupper, og der blant annet medpasienter og personale skulle gi tilbakemelding på hverandres oppførsel i miljøet (se Jones & Bonn, 1973).

Flere av de første terapeutiske samfunnene var også påvirket av psykoanalytisk tenkning, og en av de første psykiatriske sykehusene som kombinerte psykodynamiske ideer med demokratiske ideer var Cassell hospital i England rett etter krigen (Coombe, 1995). Denne terapeutiske miljøterapien representerte en granskende organisering der de ubevisste prosessene omkring overføring og motoverføring stod sentralt (Hinselwood, 1999). Det terapeutiske samfunns ideologer og betraktninger rekrutterte også fagfolk fra Skandinavia (Gordan & Palmgren, 2001). I Norge var det spesielt Ullevål, avdeling 6B, under ledelse av overlege Herluf Thomstad, som utviklet en miljøterapeutisk behandlingsmodell basert på det terapeutiske samfunns prinsipper (Jørstad, 1984, Vaglum, Karterud & Friis, 1984),<sup>51</sup> og flere psykiatriske avdelinger rundt i landet fulgte etter.

Den forskning som har vært på ”de terapeutiske samfunn” er relativ gammel (se bla. Rapoport, 1960, Clarke & Sinclair, 1973, Bloor, McKeganey & Fonkert, 1988). Det har vært hevdet at det har vært liten tradisjon for forskning på terapeutiske samfunn (Lees, 1999), og at det ikke finnes valid forskning på dette feltet (Hunt, 1983).<sup>52</sup> Den tidlige forskningen innen den terapeutiske samfunnstradisjonen var primært kvalitativ, basert på intervju og deltagende observasjon.<sup>53</sup> Rapoport (1960) etnografiske studie av sosial rehabilitering på Belmont sykehus (senere Henderson hospital) regnes som en klassisk studie av det terapeutiske samfunn (Lees, 1999), der Rapoport og hans team så på ideologi, sosial struktur og prosess, samt pasienters reaksjoner på behandlingen.<sup>54</sup> Noe senere enn Rapoport publiserte Bloor, McKeganey & Fonkert (1988) en komparativ studie som bygget på åtte etnografiske studier av ulike terapeutiske samfunn, der to av disse etnografiske studiene var fra psykiatriske sykehus for voksne. Det ene er en studie av Faswells psykiatriske sykehus, og den andre av Ravenscroft psykiatriske sykehus i England. De beskrev hvordan de to sykehusene bygget på ideer forankret i det terapeutiske samfunn og Jones demokratiseringsidealer gjennom vektlegging av gruppeaktiviteter, gruppemøter og planlagte og ikke planlagte sosiale

---

<sup>51</sup> Ved psykiatrisk avdeling 6B på Ullevål sykehus prøvde man å gå fra en mer kollektivt orientert miljøterapi til en mer individrettet miljøterapi (se Vaglum, Karterud & Friis, 1984).

<sup>52</sup> Det ble blant annet hevdet at det ikke fantes forskning som viste at det var noe terapeutisk ved terapeutiske samfunn (Islam & Turner, 1982), og at terapeutiske samfunn primært var ideologibaserte og ikke forskningsbaserte (Gutheil, 1985). I det hele tatt ble det stilt spørsmål utover på 1980-tallet om det terapeutiske samfunn og miljøterapien som et terapeutisk vidundermiddel: ”The age of panaceas is over. No setting can handle all problems, no problems respond to all milieus” (Almond, 1983;136).

<sup>53</sup> Senere har den forskningen som har vært gjort på terapeutiske samfunn vært langt mer mangfoldig og bredere. Det har blant annet vært krav om at praksisen skal være evidensbasert og derfor mer evalueringsforskning og ”outcome research” (Lees, 1999).

<sup>54</sup> På bakgrunn av denne studien ble det foreslått fire ulike prinsipper som skulle kjennetegne et terapeutisk samfunn: Demokratisering, toleranse, kollektiv samværsform, og realitetskonfrontering (Rapoport, 1960).

aktiviteter i kombinasjon med et psykodynamisk forklaringsgrunnlag.<sup>55</sup> Det er også blitt gjort noe forskning på terapeutiske samfunn de siste par tiår, men denne forskningen spriker i tematikk og metodiske innfallsvinkler,<sup>56</sup> samt noen review-studier av terapeutiske samfunn (se Melnick, De Leon, Hiller & Knight 2000, Lees, Manning & Rawlings, 2004).<sup>57</sup> Det finnes også forskning på terapeutiske samfunn som har målt avdelingenes postatmosfære knyttet til behandlingsmetode og behandlingsutfall (se bl.a. Moos & Lemke, 1996).

I USA (på 1950-tallet) utviklet det seg en tilsvarende demokratisering av de psykiatriske sykehusene som i England. Dette førte til en omlegging av noen psykiatriske sykehus og avdelinger, der man søkte å iverksette en miljøterapeutisk modell med forankring i både antropologiske, sosiologiske, psykologiske og psykiatriske teorier (se bl.a. Greenblatt, Levinson & Williams, 1957). Det terapeutiske samfunnets demokratiske ideologier og humanistiske idealer førte blant annet til utviklingen av en modell for humanistisk miljøterapi gjennom etableringen av en rekke "houses." To av de mest kjente var Soteria House i California (Mosher, 1999) og Soteria House i Bern i Sveits (Ciompi, 2006).<sup>58</sup> Intensjonen med Soteria-husenes humanistiske miljøterapi var at miljøterapi skulle være et alternativ til psykiatriens dominerende medikamentelle behandlingsevner. Behandlingen skulle foregå i all hovedsak uten medikamentbruk, og personalet skulle ikke være helseprofesjonsutdannet (Mosher, Reifman & Menn, 1973, Mosher & Menn, 1978). Denne modellen bygget på humanistiske idealer med fokus på relasjoner og samspill mellom alle aktørene, og all terapi var bygget rundt husets gjøremål og tilfeldige hendelser som fant sted (se Bola & Mosher, 2003, Mosher, Menn & Matthews, 1975, Mosher & Menn, 1976).<sup>59</sup>

Det er blitt gjort noen studier på disse pasientdrevne "houses", blant annet utførte Mosher og hennes kollegaer flere studier på Soteria House i USA (se bl.a. Mosher, Menn & Matthews,

---

<sup>55</sup> De beskrev blant annet at på Ravenscroft var atmosfæren og interiøret hjemlig, og svært mange av aktivitetene var huslige, slik som husvask, handling og matlaging, små reparasjoner og så videre.

<sup>56</sup> Det er bl.a. gjort forskning på kjønnsforskjeller i behandling i et terapeutisk samfunn, da et av prinsippene er bestrevelse av kjønnsjevnbyrdighet (Räsänen, Nieminen & Isohanni, 1999). Studien viste ingen signifikante resultater på ulikhet i behandling basert på kjønn.

<sup>57</sup> Lees, Manning & Rawlings (2004) har gått igjennom et rikt antall studier av terapeutiske samfunns behandling rettet mot psykiatriske pasienter med personlighetsforstyrrelser, der deres litteraturgjennomgang viser at behandling i terapeutiske samfunn har en positiv effekt. Melnick, De Leon, Hiller & Knight (2000) har ikke sett på effekt, men sett nærmere på ulikheter i behandlingsvektlegging, basert på en litteraturgjennomgang av 19 terapeutiske samfunn.

<sup>58</sup> Soteria House i Bern er en nyere etablering som bygger på Mosher et als. studier fra 1970-tallet (se Mosher, 1999, Ciompi, 2006).

<sup>59</sup> På Soteria House drives det fremdeles etter humanistiske og demokratiske prinsipper (se Ciompi, 2006, Mosher, 1999).

1975, Mosher & Menn, 1978). Mosher & Menn (1978) sammenlignet behandlingen av schizofrene pasienter drevet etter humanistiske prinsipper med behandlingen av schizofrene pasienter som var innlagte på et ordinært psykiatrisk sykehus. På sikt klarte pasientene fra "houses" seg bedre enn pasienter på ordinære sykehus, noe Mosher (1999) også understreket i en senere studie. Rappaport et al. (1978) studerte et sykehusmiljø som på noen punkter lignet Soteria House. Pasientene hadde diagnosen schizofreni, det ble brukt lite psykofarmaka, og personalet på avdelingen var ikke-profesjonelle. Denne studien hadde ikke søkelyset isolert på miljøterapiens effekt, men forskningen viste at profesjonell og psykofarmakologisk behandling i et intensivt miljø ikke var nødvendig i behandling av schizofrene pasienter.

## **Psykodynamisk miljøterapi**

Den psykodynamiske retningen innen miljøterapi har forgreninger i store deler av den vestlige verden. Denne miljøterapeutiske retningen og modellen var og er påvirket av Sigmund Freuds psykoanalytiske arbeider. I den forbindelse har den tysk-østerrikske psykoanalytiske tradisjonen hatt en sterk posisjon innen feltet miljøterapi (se Ammon 1959, 1993, Dworschak, 1994, Federn, 1999, Guzek, 1998, Burbiel, 1999, Ivezic, Skocic, Bagaric & Oruc, 2004).<sup>60</sup> I USA var særlig Harry S. Sullivan (1931ab) og William C. Menninger (1936)<sup>61</sup> kjent for etablering og utvikling av en psykodynamisk forankret miljøterapeutiske modell.<sup>62</sup> Den psykodynamiske modellen var tidlig en relasjonsbasert miljøterapi, der pasientene skulle få mulighet til å uttrykke sine indre konflikter i et nøytralt miljø isolert fra pårørende (Sullivan 1931b). Ut fra en psykodynamisk retning var mental lidelse forstått som en lidelse som var forankret i nære relasjoner og erfaringer i barndommen: "Either a mismanagement of the erotic drive, i-e., misdirected love relationships, or of the hostile drive, i.e., misdirected destructive energy, or both" (Menninger, 1936; 350). Siktemålet med den psykodynamiske miljøterapien var å utvikle relasjoner i et miljø som skulle imøtekomme pasientens ubeviste behov, der strenge foreldre blir erstattet med forståelsesfulle foreldre (personalet) i sykehusets avdelinger (Fabian & Fabian, 1996). I denne tradisjonen ble avdelingen omtalt som et hjem, der pasientene skulle være i en annen livssituasjon enn hjemme (Ammon, 1993). I

---

<sup>60</sup> Det eksisterer i denne tradisjonen et eget tidsskrift ved navn: "Dynamische Psychiatrie", der mye av miljøterapiens psykodynamiske teorigrunnlag publiseres.

<sup>61</sup> Mens Sullivan (1931ab) var mest opptatt av psykodynamiske teoretiske fundament i miljøarbeid, var Menninger (1936) mer konkret i forhold til hvordan man kunne arbeide med pasienter i et miljø, og skisserte i den forbindelse ulike miljøterapeutiske "tiltak."

<sup>62</sup> Menninger (1936) refererte til både Freuds og Simmels arbeider.

Skandinavia er den psykodynamiske miljøterapeutiske modellen vektlagt gjennom ego-styrkende miljøterapi i avdelingens hjemlige omgivelser (Gordan & Palmgren, 2001).<sup>63</sup> Vi viser eksempelvis til Barbro Sandins (1986), Sonja Levanders (1979) og Liv Strands (1990) tidligere arbeider.<sup>64</sup> I senere tid ser vi imidlertid at terapigrupper og gruppedynamikk synes å ha blitt mindre vektlagt i avdelingenes psykodynamiske miljøterapi i Skandinavia, men derimot vektlegges relasjoner mellom avdelingspersonalet og sårbare pasienter (Thorgaard, 2006, Schjødt, 2000, Dahl, Rasmussen & Garde, 1991).<sup>65</sup>

Forskning som direkte omfatter den psykodynamiske miljøterapeutiske modellen er vanskelig å finne. Eksempler på slike studier er den svenske "longitudinal outcome"-studien av Andrzej Werbart (1997), og studier fra Cassell hospital som forankrer sin miljøterapi i en psykodynamisk tradisjon (Chiesa, 2000, Chiesa, Fonagy & Holmes, 2003).

## **Behavioristisk miljøterapi**

Den behavioristiske miljøterapien har sin forankring og påvirkning fra behavioristisk teori og Skinners analyser av atferd i situasjonsmessige sammenhenger (Grønvold, 2000). Skinners modell bygget på en antagelse om sammenhenger mellom atferd, før-betingelser (før-stimulering) og etter-betingelser (etter-stimulering eller forsterkning). Kartlegging, systematisk observasjon og analyser er derfor sentrale deler av denne miljøterapeutiske modellen, der et delmål er å avdekke de mekanismene som bestemmer samspeillet mellom personer og miljø. I en behavioristisk inspirert miljøterapi er det også viktig å utforske hva det er ved pasientens atferd som oppleves som belønnende, slik at avdelingens miljøterapeuter kan bidra til å endre uønsket atferd hos pasienten. Samtidig utgjør også læring av ferdigheter sentrale miljøterapeutiske oppgaver, noe som inkluderer både å grensesette symptomatisk atferd, og lære psykososiale ferdigheter (Abroms, 1969).<sup>66</sup> I denne miljøterapeutiske modellen skal miljøet og miljøterapeuten ha et særskilt fokus på konsekvenser av pasientens atferd og handlinger, og repeterende atferd ble sett på som forsterket av miljøbetingelser som

---

<sup>63</sup> Miljøterapien i Skandinavia er i tillegg forankret i både humanistiske, behavioristiske og sosialkonstruktivistiske tradisjoner.

<sup>64</sup> De to sistnevnte har særlig hatt stor innflytelse på psykiatrisk sykepleie.

<sup>65</sup> Ifølge Torben Schjødt (2000) var en vesentlig oppgave i den psykodynamiske miljøterapien å søke å etablere, fastholde og utvikle relasjoner til den enkelte, til tross for at pasienten kan søke å destruere en slik relasjon, særlig gjennom aktiviteter i miljøet. Aktivitetene i seg selv, hevdet Schjødt (2000), er uinteressante, men derimot skal aktivitetene tjene et sentralt formål om å etablere og utvikle relasjoner til pasienten.

<sup>66</sup> Abroms (1969) brukte eksempler fra kjønnsroller i det amerikanske samfunnet, der far skal kunne være arbeidsfør og mor skal kunne ivareta husholdet.

kan være av både fysisk og sosial art.<sup>67</sup> Robert P. Liberman (1976;175) skrev: "The social environment is of greatest importance in determining patterns of behavior; thus, modeling, prompting, and reinforcements from therapists and significant others become relevant environmental interventions." I den forbindelse har det blitt utviklet et program som blir omtalt som: "The Therapeutic Contract Program" (TCP).<sup>68</sup> Denne modellen vektlegger kognitive og selvkontrollerende øvelser knyttet til utvikling av pasientens ferdigheter i et sykehusmiljø (Levendusky, Berglas, Dooley & Landau, 1982, Berglas & Levendusky, 1985).<sup>69</sup> Målet med dette miljøterapeutiske programmet er å få pasienter til å fungere normalt gjennom kognitiv, atferdsmessig og sosial mestring.<sup>70</sup> Vi har ikke funnet mye forskning på de behavioristisk inspirerte miljøterapimodellene, og det hevdes at innenfor denne miljøterapeutiske tradisjonen ble det benyttet atferdsanalyser i studier av schizofrene basert på pleierobservasjoner i avdelingsmiljøer (Liberman, 1976). Vi har kun funnet en eldre spørreundersøkelse (WAS-studie) utført i USA, der både pasienter og personale inngikk (Grant & Saslow, 1971).

Den kognitive miljøterapien representerer en videreføring av behavioristisk teori som omfatter blant annet Skinners analyser av atferd i situasjonsmessige sammenhenger, samt den kognitive terapiens forutsetninger som ble introdusert tidlig på 1980-tallet. Hensikten med å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med døgnpasienter er å se sammenhenger mellom situasjoner, tanker og følelser, og ferdigheter i problemløsning (Simonsen, 2007b, Wright et al., 1993). Den kognitive terapi modellen forutsetter ideen om at menneskers atferd og følelser påvirkes av hvordan det enkelte mennesket oppfatter forskjellige hendelser (Beck, 1995). Det er ikke situasjonen i seg selv som avgjør hva mennesket føler, men hvordan personen konstruerer situasjonen.

Avdelingenes kognitivt baserte miljøterapi tilbyr pasienten et behandlingsprogram som ikke bare består av kognitive og atferdsmessige intervensjoner, men der refleksjoner over tenkning, følelser og handling i en syklus med atferdseksperimenter i sosiale situasjoner står i fokus.

---

<sup>67</sup> Den behavioristisk forankrede miljøterapien hadde flere ulike navn, men ble i USA på 1970-tallet betegnet som "behavior therapy" (Liberman, 1976).

<sup>68</sup> Denne terapiform har senere vært videreutviklet i USA, der blant annet kognitive øvelser kombineres med psykoterapeutiske teknikker (Katz & Levendusky, 1990). Dette er særlig utviklet i terapi med selvskadende pasienter.

<sup>69</sup> Denne miljøterapiformen beskrevet av Berglas & Levendusky (1985) bygger mye av sin teori på Banduras atferdsteori om målsetting og selvevaluering.

<sup>70</sup> Med dette behandlingsprogrammet gikk liggetiden ned og pasientene evaluerte programmet godt. 45 % rapporterte at de hadde blitt bedre, og 43 % at de hadde blitt betraktelig bedre (Berglas & Levendusky, 1985).



Medisinsk behandling, individualsamtaler og tilpasset fysisk aktivitet anses imidlertid som komplementære behandlingsaktiviteter som kan støtte opp under avdelingens kognitive miljøterapi (Simonsen, 2007ab).

I Danmark ved Sct. Hans Hospital i Roskilde får pasienter tilbud om en kognitiv miljøterapeutisk behandling (Holm & Oestrich, 2006). I Norge finner vi en distriktspsykiatrisk døgnavdeling som tilbyr pasienter kognitive miljøterapi, der pasientene skal få trening i å se en sammenheng mellom situasjon, tanker og følelser, og utvikle ferdigheter i problemløsning (Simonsen, 2007b). Når det gjelder forskning på kognitiv miljøterapi i psykiatriske avdelinger, synes denne terapiformen i liten grad å være vitenskapelig dokumentert (Simonsen, 2007b). Vi har funnet noe publisert forskning som omhandler varianter av den kognitive miljøterapeutiske modellen i psykiatriske avdelinger (se bl.a. Bowers & Ansher, 2008, Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan, 2001).

## **Medisinskpsykiatrisk miljøterapi**

Den medisinskpsykiatriske miljøterapien er forankret i en sykdomsmodell der blikket er vendt mot pasientenes diagnoser, tilstander og symptomer, og hva slags sykehusmiljø som egner seg best for psykiatriske pasienters tilstander og diagnoser. Det medisinske regimet vil være en viktig premissleverandør for hvordan miljøterapien i avdelingen blir organisert, tilrettelagt og gjennomført, og følgelig blir den miljøterapeutiske organiseringen tilpasset og integrert i medisinske behandlingsmål. Fokus på miljøterapi relatert til medisinskpsykiatriske diagnoser blomstret opp i 1970- og 80-årene gjennom diskusjoner om miljøterapi var en nyttig og effektiv behandling, og hvilke pasientgrupper denne terapien kunne være nyttig for (se bl.a. Ellsworth, 1983, Gunderson, 1983b, Van Putten & May, 1976). Det ble for eksempel stilt spørsmål om hva slags miljøterapi psykotiske pasienter hadde behov for versus de pasientene som ikke var psykotiske (Gunderson, 1983b, Tucker, 1983, Friis, 1984). I forlengelse av denne typen diskusjoner ble det forsøkt å tilrettelegge et oversiktlig avdelingsmiljø som kunne lette observasjoner av pasientene, stille diagnose, og derved utforme behandlingstiltak (Moline, 1976, Bursten, 1973, Gutheil, 1985). Med andre ord er den medisinskpsykiatriske forankrede miljøterapien tilpasset medisinsens diagnosesystem med påfølgende medisinske behandlingstiltak, der personalets virksomheter primært blir betraktet som støttetiltak i det medisinske behandlingsopplegget for den enkelte pasienten. I tillegg ser vi at det er utviklet spesifikke miljøterapeutiske tilnærminger rettet mot ulike grupper av pasienter som har den

samme medisinskpsykiatriske diagnosen (se bl.a. Adler, 1973, Johansen, 1983, Friis, 1984, Bloom, Bennington-Davis, Farragher, McCorkle, Nice-Martini & Wellbank, 2003).

For å utvikle et postmiljø som kunne virke terapeutisk på ulike diagnosegrupper av psykiatriske pasienter, har det siden midten av 1960 tallet vært gjennomført en del statistiske studier (Eldred, 1983), og i den sammenhengen har man ofte benyttet WAS (Ward Atmosphere Scale) som metodisk instrument.<sup>71</sup> Studien til Friis (1984) benyttet WAS-instrumentet, og studien viste blant annet at gruppen psykotiske pasienter trengte et oversiktlig, trygt og forutsigbart miljø. I etterkant av Friis (1984) har en rekke studier anvendt dette instrumentet (se bl.a. James, Milne & Firth, 1990, Aubry, Bradley, Siddique & Leblanc, 1996, Smith & Gross, 1996, Hansen & Slevin, 1996, BootsMiller, Davidson, Luke, Mowbray, Ribsl & Herman, 1997, Middelboe, Schjødt, Byrstring & Gjerris 2001, Rigby, Leach & Greasley, 2001, Pedersen & Karterud, 2007).<sup>72</sup> Det finnes også kvantitative studier som søkte å måle effekten av miljøterapi rettet mot spesifikke diagnosegrupper (se bl.a. Bjork, Steinberg & Lindenmayer, 1977, Werbart, 1992,<sup>73</sup> Räsänen, Nieminen & Isohanni, 1999). I tillegg er det er også gjennomført noen studier som sammenlignet miljøterapi med andre former for terapeutiske behandlingsformer i form av å måle behandling rettet mot spesifikke diagnoser (se bl.a. Ad-Dab`bagh, Greefield, Milne-Smith & Freedman, 2000).

### ***Resymé av dagliglivsforskning i psykiatriske sykehus***

I dette avsnittet vil vi kort vise til eksempler på studier som omfatter sider ved dagliglivet i psykiatriske sykehus. Dette er forskning som på ulike måter direkte eller indirekte omhandler sentrale sider ved det terapeutiske miljøet, dagliglivstilretteleggingen og samhandlingsaktiviteter i psykiatriske avdelinger.

En rekke studier anskueliggjør *avdelingspersonalets* strategier, krysspress, dilemma og paradokser knyttet til sine daglige virksomheter i psykiatriske avdelinger (se bl.a. Norvoll,

---

<sup>71</sup> Det finnes primært to ulike typer av WAS-instrumenter. WAS Form-R, der man måler både personales og pasienters oppfatninger av miljøbehandlingsprogrammet, og WAS Form-I der man måler oppfatninger av det ideelle behandlingsmiljø (Pedersen & Karterud, 2007).

<sup>72</sup> Det finnes også WAS-studier som måler postatmosfæren rettet mot spesifikke pasientgrupper, som for eksempel pasienter tilhørende rettspsykiatrien (se Brunt & Rask, 2005).

<sup>73</sup> Werbart (1992) fant i sin kvantitative studie av to ulike avdelinger med schizofrene pasienter at det mest optimale terapeutiske miljø for schizofrene er et oversiktlig, strukturert og forutsigbart miljø. Videre påpekte de at miljøterapi fungerer best når terapien er i overensstemmelse med pasientenes ønsker, og ikke for mye i kombinasjon med andre behandlingsmodeller.

2007, Johansson, Skärsäter & Danielson, 2007, Vatne & Fagermoen, 2007, Jacobsen, 2006, Sørensen, 2006, Quirks, Lelliotts & Seales, 2006, Buus, 2005, Quirk, Lelliott & Seale, 2004, O'Brian & Cole, 2004, Hem & Heggen, 2004, 2003, Vatne, 2003, Allen & Jones, 2002, Hummelvoll & Severinsson, 2001ab, Higgins, Hurst & Wistow, 1999, Pejler et al., 1998, Lützn & Nordin, 1994, Sørhaug, 1982, Waal, 1978, Måseide, 1975, Løchen, 1965/1976, C.G. Schwartz, 1957), 74 mens andre studier vektlegger innlagte *psykiatriske pasienters* erfaringer eller strategier (se bl.a. Rustand, 2007, Norvoll, 2007, Jacobsen, 2006, Johansson, Skärsäter & Danielson, 2006, Alexander 2006, Terkelsen, Blystad & Hydle, 2005, Haug, 2005, Thomas, Shattell & Martin, 2002, Johansson & Lundman, 2002, Ekecrantz, 1995, Pejler, Asplund & Norberg, 1995, Goffman, 1961/1967, Caudill 1958, Caudill et al., 1952).<sup>75</sup>

Charlotte G. Schwartzs feltstudie fra 1957 beskrev *sykepleiernes* problematiske situasjon og dilemma knyttet til å gi pasienten mer frihet til å velge, versus det å ta kontroll over pasientens atferd og gjenstander. Jan Kåre Hummelvoll & Elisabeth Severinsson (2001a) belyste avdelingspersonalets vanskelige arbeidssituasjon knyttet til personals kryssende arbeidsoppgaver, som på den ene siden er kravet om effektivitet, og på den andre siden kravet om å få frem pasienters synspunkter på ulike felt. Studien til Niels Buus (2005) omhandlet psykiatriske sykepleieres kommunikasjon seg imellom i avdelingens dagligliv, der han beskrev sykepleieres utstrakte bruk av husholdsmetaforer. Studien til Pejler et al. (1998) beskrev noe lignende, og påpekte hvordan sykepleierne anvendte barn og foreldre-metaforer i avdelingens dagligliv, og hvordan sykepleierne forstod seg selv som masete foreldre når personalet skulle lære pasientene ferdigheter. Nelly Ø. Sørensen (2006) beskriver i sin studie fra et psykiatrisk sykehus tilrettelegging av dagliglivet basert på ulike aktiviteter som skulle

---

<sup>74</sup> I Norge har blant annet Yngvar Løchen (1965/1976) beskrevet hvordan det terapeutiske samfunns demokratiske idealer syntes vanskelig gjennomførbare i et sykehus forankret i en diagnostisk kultur, der noen besatt mer formelt ansvar enn andre. Per Måseide (1975) i likhet med Løchen (1965/1976) fant at det psykiatriske sykehuset var hierarkisk organisert og medisinsk fundert, samtidig som man prøvde å innføre det demokratiske samfunns humanistiske idealer. Han fremhevdet at to så ulikt funderte idealer lot seg vanskelig gjennomføre sammen, og førte derfor til mye konflikter og paradoksal kommunikasjon. Noe senere beskrev også Hans Christian Sørhaug (1982) dilemma og paradokser personalet stod overfor, særlig relatert til motstridene ideologiske rammer. I den forbindelse trakk Sørhaug (1982) frem ansvarsideologien, der pasientene ble oppdratt til ansvarlighet, noe som stod i motsetning til, og i konsekvens utelukket eller begrenset, pasientens mulighet til å ta på seg ansvar, da mye av dagliglivsaktiviteten ble bestemt av personalet. Av den grunn ble pasientene tillagt et "skinnansvar". Han fremhevet særlig hvordan et læringsperspektiv i miljøterapien (forankret i det terapeutiske samfunns idealer) blir en kilde til konflikt, da pasienten ofte ikke vil det personalet vil.

<sup>75</sup> Noen av disse studiene fokuserer både på personalets og pasientenes erfaringer og strategier, og samhandlingen de ulike gruppene imellom (se særlig Norvoll, 2007, Jacobsen, 2006, Goffman, 1961/1967, Caudill, 1958).

bidra til pasientenes selvstendighet. Studien analyseres i lys av Foucaults ulike maktformer, og de psykoterapeutiske tiltakene analyseres som maktteknikker som skal bidra til selvstyring og ansvarlighet hos pasientene. Hun beskriver videre hvordan det blir viktig for personalet å få kunnskap om pasientene for å kunne få pasienten selvstyrende og ansvarlig.<sup>76</sup> Charlotte B. Jacobsens (2006) studie fra en rettspsykiatrisk avdeling fremhevet noe av det samme som Sørensen (2006), at det å få kjennskap til og kunnskap om pasienten inngår som en sentral del av dagliglivstilretteleggingen. Hun påpekte at det å få kunnskap om pasienten må forstås i lys av institusjonens sikkerhets- og kontrolloppgave, og får konsekvenser for samhandlingen personalet og pasientene imellom. Samhandlingsaktivitetene presenteres som motsetningsfylte og preget av indre spenningsforhold, og rettspsykiatrien fanges i de paradokser som konstituerer rettspsykiatrien slik den fremstår.<sup>77</sup> Reidun Norvolls (2007) etnografiske studie beskrev i likhet med Jacobsen (2006) noen av de de psykiatriske sykehusenes spenningsfelt. Hun belyste hvilken betydning skjermingsmetoden hadde som behandling og kontroll på akuttposter, og hvordan skjermingsmetoden inngikk som en del av akuttavdelingenes behandlingsvirksomheter og kontroll.

I tillegg vil vi vise til noen klassiske internasjonale studier som har hatt et særlig fokus på *dagliglivet* i psykiatriske sykehus. Edward E. Kennard (1957) påpekte i sin studie et misforhold mellom den daglige organiseringen av det psykiatriske sykehuset og den terapiformen som behandlingspersonalet hadde opplæring i. Han stilte seg dessuten kritisk til hospitalets organisering av dagliglivet, og dets muligheter til å virke terapeutisk for pasienten. Caudills (1958) feltarbeid fra et amerikansk psykiatrisk sykehus viste diskrepanser mellom pasientenes verden og personalets verden, og i likhet med Goffman (1961/1967) beskrev Caudill også ulike pasientstrategier gjennom å innta ulike pasientroller.<sup>78</sup> Strauss et al. (1964/1981) sammenlignet tre ulike avdelinger på forskjellige psykiatriske sykehus, der de blant annet omtalte sykehusets miljø som et sted der symboler, meninger og verdier ble forhandlet frem.<sup>79</sup> Goffmans (1961/1967) etnografiske studie beskrev og belyste asylet som

---

<sup>76</sup> Hun beskriver at denne selvstyringen kun kunne skje gjennom at pasientene vedkjente seg sin egen sykdom og utilstrekkelighet.

<sup>77</sup> Denne analysen viderefører noe av det samme som Måseide (1975) og Sørhaug (1982) påpekte, at det er vanskelig både å betrakte pasienten som syk (ikke ansvarlig for egne handlinger) og samtidig ansvarliggjøre pasienten for de handlinger som begås.

<sup>78</sup> Pasientene kunne være "teatraliske" ved for eksempel å vaske vinduer samtidig som de klaget på renholdet på sykehuset (se Caudill, 1957).

<sup>79</sup> De argumenterer videre for at de ulike ideologiene må forstås relatert til en spenning mellom hva som er vitenskapelig og hva som er moralsk riktig (Strauss et al., 1964/1981).

en form for totalinstitusjon som gjennom sine strukturelle forutsetninger ble forstått (definert) som en institusjon som var avlukket og isolert fra samfunnets sosiale omverden. I henhold til Goffman (1961/1967) ble livet i institusjonen eller i asylet beskrevet som et hierarkisk organisert dagligliv som førte til stor avstand mellom pasienter og ansatte. Den sosiale avstanden mellom pasient og personale ble forklart gjennom sykehusets faglige og organisatoriske oppbygning. For at pasientene skulle klare sine pasienttilværelser, utviklet de ofte ulike tilpasningsformer (strategier, motstand). Pasientenes tilpasningsformer ble ifølge Goffman (1961/1967) forstått som uttrykk for former for motstand mot personalet og den formelle byråkratiske organisasjonen eller institusjonen som pasientene var en del av.

I de senere år har også en rekke nyere studier beskrevet *pasientstrategier*, og hvordan psykiatriske pasienter søker å tilpasse seg det systemet og den institusjonen de er en del av (se bl.a. Rustand, 2007, Norvoll, 2007, Jacobsen, 2006, Ekecrantz, 1995). Flere av disse studiene beskriver blant annet hvordan pasientene søker å finne ut av hvordan de bør handle for å oppnå fordeler i tråd med egne ønsker (se bl.a. Jacobsen, 2006, Terkelsen, Blystad & Hydle, 2005, Pejler, Asplund & Norberg, 1995, Goffman, 1961/1967, Caudill et al., 1952). Thomas, Shattell & Martins (2002) studie beskrev blant annet psykiatriske pasienters erfaringer fra dagliglivet på to lukkede psykiatriske sykehus. Studien viste blant annet at pasientenes røykerom forble for pasientene det beste rommet på avdelingen, og røykerommet som ”a specific inner sanctuary”, siden personalet ikke hadde den samme tilgangen til dette rommet.

Vår studie skiller seg fra foregående studier på flere punkter. For det første retter vi søkelyset mot avdelingenes miljøterapi. Den forskningen som foreligger fra tidligere, fokuserer enten på miljøterapi som måler effekten av denne terapiformen,<sup>80</sup> på en av miljøterapiens retninger,<sup>81</sup> på en av miljøterapiens bestanddeler, på elementer av miljøterapi,<sup>82</sup> eller på terapeutiske miljø.<sup>83</sup> Vi har ikke funnet dagliglivsforskning som har hovedfokus på miljøterapi, men en rekke studier av dagliglivet fra psykiatriske sykehus omhandler tilgrensende

---

<sup>80</sup> De studiene som foreligger om miljøterapi, og som anvender begrepet miljøterapi, er ofte kvantitative studier som ofte anvender WAS (Ward Atmosphere Scale)-instrumentet (se bl.a. Friis, 1984, James, Milne & Firth, 1990, Pedersen & Karterud, 2007). Da dette er en forskning som særlig søker å måle effekten av miljøterapi, har denne forskningen liten direkte relevans for vår studie.

<sup>81</sup> Se blant annet Chiesas, Fonagy & Holmes (2003) forskning på den psykodynamisk forankrede miljøterapien, Rapoport's (1960) studie av det terapeutiske samfunn, samt Bloor, McKeganey & Fonkerts (1988) komparative studie av åtte ulike terapeutiske samfunn.

<sup>82</sup> Se blant annet Norvoll (2007) om skjerming, Vatne (2003) om grensesetting og Hummelvoll & Severinsson (2001b) om miljøterapiens muligheter når det arbeides med omsorg på en akuttavdeling.

<sup>83</sup> For forskning på terapeutiske miljø se Thomas, Shattell & Martin (2002) og Tuck & Keels (1992).

dagliglivstematikker som har relevans for vår studie på flere områder.<sup>84</sup> For det andre foreligger det få nyere studier om miljøterapi som har anvendt etnografisk metode,<sup>85</sup> og de studiene som foreligger er i hovedsak av eldre dato.<sup>86</sup> For det tredje har vår studie fokus på både personalet og pasientene, noe som ikke mange studier har. For det fjerde er vår studie tverrfaglig, noe som ikke var uvanlig flere tiår tilbake,<sup>87</sup> men som ikke synes å være vanlig i dag. For det femte knytter vi i vår studie miljøterapien og dagliglivstilretteleggingen til nyere byråkratiske rammer som legger føringer på endringer av innholdet i miljøterapien og dagliglivstilretteleggingen, det være seg brukermedvirkning, deinstitusjonalisering eller normalisering.<sup>88</sup>

---

<sup>84</sup> Dette er både nyere og eldre studier som fokuserer på og beskriver samhandlingsaktiviteter personalet og pasientene imellom (se bl.a. Norvoll ,2007, Jacobsen, 2006, Hummelvoll & Severinsson, 2001ab, Sørhaug, 1982, Goffman, 1961/1967, Caudill, 1958).

<sup>85</sup> Til tross for lite etnografisk forskning direkte knyttet til miljøterapi av nyere dato, finnes det en rekke studier som vi kan betegne som etnografisk dagliglivsforskning fra psykiatriske sykehus (se bl.a. Jacobsen, 2006, Sørensen, 2006, Buus, 2005, Van Dongen, 2004, Barrett, 1996). Flere av disse studiene berører sentrale sider ved dagliglivsorganisering og samhandlingsaktiviteter på vestlige psykiatriske sykehus.

<sup>86</sup> Det har særlig de siste par tiår vært lite etnografisk forskning direkte knyttet til miljøterapi, med unntak av Bloor, McKeganey & Fonkert (1988) som forsket på åtte ulike terapeutiske samfunn.

<sup>87</sup> Se bl.a. Rapoport 1960, Jones & Rapoport 1957, Caudill et al. 1952.

<sup>88</sup> Se for eksempel Norvoll (2007) som forankrer skjermingspraksisen til norske sentrale føringer og pålegg, og Jacobsen (2006) som i noen grad relaterer danske sentrale føringer knyttet til rettssikkerhet til sin studie.

## Kapittel 3: Metode

Denne studien er basert på en etnografisk kvalitativ metode identisk med sosialantropologisk metode,<sup>89</sup> som også anvendes i stadig større grad av sykepleievitere (se bl.a. Sørensen, 2006, Hamilton & Manias, 2006, Buus, 2005, Grigg, Endacott, Herman & Harvey, 2004, Hem & Heggen, 2003, 2004, Hummelvoll & Severinsson, 2001ab).<sup>90</sup> Etnografisk metode fremheves som en sentral metode i studier av dagligliv (Alvesson & Sköldbberg, 1994, Mik-Meyer & Järvinen, 2005), der det kan anvendes et bredt spekter av ulike delmetoder som deltagende observasjon, intervju, samtaler, analyse av dokumenter og så videre (Delamont, 2004).

### *Tilgang, varighet, utvalg og feltarbeidsprosedyrer*

Vi fikk tilgang til institusjonen gjennom samarbeid med Regional komité for medisinsk forskningsetikk,<sup>91</sup> og samarbeid med helseforetaket og den aktuelle institusjons ledelse.<sup>92</sup> Begrensninger på antall dager og timer for opphold ble satt i samarbeid med den regionale komité for medisinsk forskningsetikk, og sykehusets ledelse og avdelingsledelse. Av den grunn var vi til stede to til fire dager pr. uke, sjelden mer enn åtte timer om dagen, og ikke mindre enn tre timer. På akuttavdelingen var vi over en periode på fem måneder, og på langtidsavdeling over en periode på fire måneder.

Sykehuset kan betegnes som et middels stort sykehus med plass til tolv pasienter på hver avdeling, noe som innbar at flere pasienter måtte dele rom på akuttavdelingen.<sup>93</sup> På langtidsavdelingen hadde alle pasientene egne rom. I de fire månedene vi gjorde vårt feltarbeid på langtidsavdelingen, var det stort sett færre enn tolv pasienter til stede på avdelingen. Det kunne være fordi noen hadde permisjon, eller noen hadde midlertidig flyttet til andre avdelinger. På denne avdelingen var det stort sett unge pasienter mellom 18 og 25 år av begge kjønn, selv om noen pasienter i den perioden vi var der var mellom 25 og 40 år. De

---

<sup>89</sup> Antropologisk eller etnografisk metode er etter hvert også anvendt i andre disipliner i studier av medisinske praksiser, som for eksempel i sosiologi (se bl.a. Album, 1996, Måseide, 1975), psykologi (se bl.a. Griffiths, 1995, Munroe & Munroe, 1986), og filosofi (se Lorem, 2005).

<sup>90</sup> Dette er alle etnografiske studier av psykiatrilsetjenesten.

<sup>91</sup> I dag har de regionale komiteene byttet navn til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

<sup>92</sup> For nærmere beskrivelse omkring tilgang, se artikkel 1 (Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007)

<sup>93</sup> Helseforetaket og sykehuset gjennomgikk i den perioden en omlegging og ombygging, i den hensikt å behandle færre pasienter, men med bedre kvalitet.

fleste av pasientene hadde vært på avdelingen i mer enn et år, og et par pasienter hadde vært der lenger enn tre år. Langtidsavdelingen hadde mange unge som hadde fått diagnosen schizofreni, men den huset også pasienter som hadde andre diagnoser, slik som personlighetsforstyrrelse eller manisk psykose. Noen pasienter hadde eller hadde hatt et rusproblem (alkohol, narkotika eller begge deler). På akuttavdelingen var pasientgruppen sammensatt, både når det gjaldt alders- og diagnosesammensetning. Det var heller ikke uvanlig at pasienter var innlagt uten å ha fått noen diagnose. Å sette diagnose kunne ta tid, da avdelingspersonalet og legen måtte ha mulighet til å samtale med og observere pasientene over en viss tidsperiode.

Vi gjennomførte i alt 23 intervjuer med personalet, 11 av disse ble foretatt på langtidsavdelingen. De fleste intervjuene ble foretatt med båndopptaker, selv om noen ble tatt for hånd, det vil si at vi skrev ned det personalet sa etter hvert. Ett av intervjuene ble foretatt med to personalmedlemmer sammen. Dette intervjuet var med de to personene som sammen grunnla den ene avdelingen. Formålet med intervjuet var å få et bilde av avdelingens historikk og den miljøterapeutiske behandlingssideologi.

Personalet som ble intervjuet var en lege, en psykolog, sykepleiere, hjelpepleiere og aktivitører. Intervjuene varte stort sett en time, men ved et par anledninger var varigheten lengre eller noe kortere. Det ble gjennomført i alt 15 intervjuer med pasientene, fem av disse var pasienter på langtidsavdelingen, og resten på akuttavdelingen. Alle intervjuene ble tatt mens pasientene var innlagt på institusjon, bortsett fra ett intervju som var med en pasient som var prøve utskrevet. Intervjuene kunne foregå inne på avdelingen, som for eksempel på røykerommet (den stille delen), eller utendørs på en benk. Intervjuene med pasientene ble ikke tatt opp på lydbånd. Det ble heller ført notater underveis. Intervjuene varte fra en halv time til nesten to timer. Enkelte av pasientene ble intervjuet mer enn en gang.

Når vi benytter begrepene personale eller personell, referer vi til alle typer personell i avdelingen, fra leger, psykologer, sykepleiere, hjelpepleiere, aktivitører, sosionomer, ufaglærte, og så videre. Vi bruker også tidvis begrepet pleie(personell) eller avdelingspersonell. Da henviser vi direkte til de som har den daglige omsorgen for pasientene knyttet til avdelingens dagligliv, og da menes ikke lege, psykolog eller sosionom. Disse omtales som behandlingsspersonell. Når vi anvender begrepet personalet kan det av og til være



både avdelingspersonalet og behandlingspersonalet. I studien hadde vi primært kontakt med avdelingspersonalet, og i mindre grad behandlingspersonalet.

Vi hadde i vår studie lite kontakt med pasienter med en annen etnisk bakgrunn enn den norske, da det var få pasienter med annen etnisk bakgrunn innlagt i den perioden vi gjorde feltarbeid. Av den grunn er disse i liten grad inkludert i studien.<sup>94</sup> Vi hadde ikke tilgang til pårørende, og pårørende hadde dessuten ikke anledning til å besøke pasientene inne i avdelingene. Det fantes et eget rom utenfor avdelingene der pasienten og deres pårørende møttes. Det var også rom i avdelingene som vi ikke hadde tilgang til. Dette gjaldt pasientrommene som ble regnet som private, samt skjermingsrommet der svært urolige eller dårlige pasienter oppholdt seg over en periode.<sup>95</sup> Av den grunn har vi i liten grad fokusert på skjerming, til tross for at skjerming inngikk som en sentral del av dagliglivets rutiner og den miljøterapeutiske behandling.<sup>96</sup>

I tillegg til intervju hadde vi en rekke uformelle samtaler med representanter for både pasienter og personale, der en del av disse samtalene ble nedtegnet rett i etterkant av samtalene. Samtaler og andre aktiviteter fra både røykerom og vaktrom ble også notert ned. På røykerommet ble samtalene og aktivitetene nedtegnet rett i etterkant av oppholdet, mens samtaler på de formelle møtene ble nedtegnet mens møtet pågikk. På den måten ble samtalene personalet imellom under den formelle møtevirksomheten nedtegnet nesten ord for ord.

### ***Datainnsamlingens tre hovedfaser***

Studiens datainnsamling bestod av tre hovedfaser. I studiens første fase gjennomførte vi en pilotundersøkelse som bestod av en kortfattet spørreundersøkelse (knyttet til bakgrunnsdata på avdelingspersonalet) og fire fokusgruppeintervjuer med personalet fra to avdelinger. Etter den første fasen gjennomførte vi studiens hovedundersøkelse som besto av deltagende observasjon, intervjuer, uformelle samtaler med innlagte pasienter og personale fra to avdelinger, samt en gjennomgang av skriftlige dokumenter som for eksempel omfattet

---

<sup>94</sup> I den grad vi inkluderte pasienter med en annen etnisk bakgrunn, er disse ikke omtalt som pasienter med en annen etnisk bakgrunn i den hensikt å sikre anonymiteten.

<sup>95</sup> Skjermingsrommet var plassert i nærheten av vaktrommet, og de pasientene som oppholdt seg i dette rommet var avskåret fra avdelingens øvrige sosiale liv, og ble til enhver tid passet på av en pleier.

<sup>96</sup> I feltarbeidsperioden var det til stadighet enten en eller to pasienter som var skjermet (enten på skjermingsrommet eller eget rom).

institusjonens historie, målsetting, husregler o.l. (ikke pasientjournaler). I studiens tredje fase gjennomførte vi to fokusgrupper med avdelingspersonalet. Fokusgruppeintervjuene hadde i denne fasen som hovedsiktemål å belyse og utfordre deltagerne gjennom en felles refleksjon og samtale om temaer som hadde kommet til syne gjennom forskernes tilstedeværelse på avdelingene (som for eksempel miljøterapi og en medisinsk forståelse).

**Fase 1: Pilotstudien** ble gjennomført i løpet av tre uker. Tidlig i denne fasen delte vi ut et spørreskjema til avdelingspersonalet på begge avdelingene, som hadde som siktemål å innhente informasjon om de tilsattes bakgrunn i form av alder, utdanning, ansiennitet og ansettelsesforhold på sykehuset. Spørreskjemaets hensikt var å få informasjon om hvilke av de tilsatte som var mest aktuelle som informanter i studien, for eksempel at personen måtte være tilsatt på avdelingen (se vedlegg 9 spørreskjema). På bakgrunn av denne informasjonen inviterte forskerne personalet fra begge avdelingene til å delta i separate fokusgruppeintervjuer. Det ble i denne fasen gjennomført totalt fire fokusgruppeintervjuer.

Forskernes oppmerksomhet var i den første fasen av datainnsamlingen primært vendt mot studiens hovedsiktemål, gjennom å finne ut hvilke områder og temaer pleiepersonalet var opptatt av, og hva de anså som viktig i deres daglige virke eller miljøterapeutiske virksomheter i avdelingene. Et annet siktemål i denne fasen var å gi informasjon om studien, diskutere og problematisere vår tilstedeværelse, og etablere et begynnende tillitsforhold til informantene. I fokusgruppesamtalene fungerte den ene forskeren (sykepleieviteren) som en moderator, den andre forskeren mer som en observatør (sosialantropologen).

Sykepleieviterens oppgave som moderator var å lede og bidra til å holde fokus på sentrale temaer i samtalene, og ikke minst oppmuntre til videre diskusjoner og refleksjoner mellom deltagerne. Antropologen fungerte i hovedsak som observatør og bidro i stor grad til å oppsummere innholdet i samtalen. Gjennom fokusgruppeintervjuene fikk vi et innblikk i både den daglige miljøterapeutiske tilretteleggingen i de respektive avdelingene, døgnets og dagliglivets rutinemessige organisering, sentrale miljøterapeutiske arbeidsoppgaver inklusive det å være miljøkontakt, aktiviteter og gjøremål, husregler og rutiner, og så videre. Med bakgrunn i en foreløpig analyse av materialet fra de første fokusgruppeintervjuene med personalet, kom det til syne noen nye momenter som syntes sentrale, og som vi fulgte opp nærmere i datainnsamlingens fase to. Det var for eksempel temaer og problematikker knyttet til det å være personale på avdelingen generelt, og miljøkontakt til pasienter spesielt, som for eksempel å vaske og rydde opp etter pasienter samtidig som de skulle passe på at ikke

enkelpasienter blamerte seg overfor andre i avdelingen (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008 og artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

**Fase 2:** Hovedstudien hadde en varighet på ca. ni måneder, og ble gjennomført i løpet av 2004. I denne perioden var vi til stede i ca. fem måneder på akuttavdelingen og ca. fire måneder på langtidsavdelingen. Vår tilstedeværelse på avdelingene var som tidligere beskrevet begrenset av etiske og faglige restriksjoner, og vi måtte derfor følge en forhåndsavtalt timeplan i samarbeid med avdelingenes ledelse og Regionale komité for medisinsk forskningsetikk. I henhold til denne timeplanen var vi til stede i avdelingene på bestemte dager og til ulike tider på dag- og kveldstid. Vi var derimot ikke til stede om natten, siden pasientene ikke skulle utsettes for stimuli på denne tiden av døgnet. I studiens hovedfase var deltagende observasjon en sentral metodisk innfallsvinkel (se vedlegg 12 og 13 observasjonsguider). I tillegg til forskernes deltagelse og observasjoner knyttet til både innlagte pasienter og personales daglige virke og gjøremål, gjennomførte vi også i studiens hovedfase formelle intervjuer og deltok i et mangfold av uformelle samtaler med både pleiepersonalet og pasientene (se vedlegg 10 og 11 intervjuguider knyttet til personalet og pasienter). I tillegg søkte vi etter skriftlig materiale gjennom å gjennomgå avdelingenes arkiver og permer, det være seg instruksjoner for personalets kleskodeks, sikkerhetsforskrifter, brannforskrifter, artikler og rapporter, eller ulike dokumenter som omhandlet avdelingenes ”tidligere liv” i form av for eksempel et foredrag som beskrev intensjonene med 1970-tallets miljøterapi eller det terapeutiske samfunnets hovedprinsipper.

**Fase 3:** I datainnsamlingens tredje fase gjennomførte vi de siste fokusgruppeintervjuene med avdelingspersonalet. I denne studien utgjorde fokusgruppeintervjuene en organisert samtaleform bestående av en gruppe mennesker som skulle snakke om noen sentrale hovedtemaer som var forhåndsbestemt av forskerne. I denne fasen ble studiens foreløpige temaer presentert for pleiepersonalet gjennom to separate grupper, henholdsvis en gruppe fra akuttavdelingen og en gruppe fra langtidsavdelingen. Gruppesamtalene med personalet i denne fasen varte i ca. tre timer inklusiv en lunsj for alle deltagerne. I tillegg hadde vi før fokusgruppeintervjuene hatt et formøte med avdelingenes ledere og ansvarlige behandlingspersonale, der de fikk en tidlig smakebit på hva vi hadde til hensikt å presentere og snakke med pleiepersonalet om i fokusgruppene. Fokusgruppeintervjuene i studiens tredje fase hadde sitt hovedfokus på å få frem personalets beskrivelser og refleksjoner knyttet til de foreløpige temaene som vi presenterte for gruppedeltagerne (jfr. Karlsson, 2004). Siktemålet

med fokusgrupper med personalet var å sette i gang refleksive prosesser hos gruppedeltagerne som et ledd i studiens datainnsamling og fagutviklingsprosessen hos personalet.

Etter at vi hadde avsluttet datainnsamlingen på sykehuset, gjennomførte vi også gruppesamtaler med tidligere psykiatriske pasienter tilknyttet en frivillig organisasjon i en annen by.<sup>97</sup> Intensjonen med denne samtalen kan betraktes som et forsøk på å få tidligere pasienters blikk og stemmer inn i studiens avsluttende fase (ut fra Regionale komité for medisinsk forskningsetikk hadde vi ikke anledning til å ta kontakt med avdelingenes pasienter etter at vi hadde gjennomført datainnsamlingen på sykehuset). Hensikten med møtet med tidligere pasienter var primært å undersøke om noen av disse hadde noen av de samme erfaringene og perspektivene som studiens pasientinformanter hadde tilkjennegitt gjennom vår studie. Gjennom samtalene med tidligere psykiatriske pasienter fikk vi både ”gamle” og ”nye” synspunkter på de temaene vi presenterte (for eksempel røyserommet som pasientenes arena, og pasientstrategier). Samlet sett kom det gjennom disse samtalene frem en langt krassere kritikk av psykiatriske institusjoners innhold og organisering enn det som de fleste av studiens informanter formulerte når de ble intervjuet hver for seg inne på avdelingene på sykehuset. De tidligere pasientene virket langt friere og mer kritiske i sine uttalelser når det gjaldt våre foreløpige tematikker, og de ga på en sterk og bestemt måte sin tilslutning til våre formuleringer og problematiseringer.

## ***Etnografisk metode***

Etnografiske studier er særlig egnet i studier av dagligliv (Alvesson & Sköldbberg, 1994). Etnografiske studier har vært utført i psykiatriske sykehus i en årrekke, i den hensikt å utforske det indre livet i psykiatriske sykehus (se bl.a. Caudill, 1957, 1958, Kennard, 1957, Rapoport, 1960, Goffman, 1961/67, Løchen, 1967/1976, Sørhaug, 1982, Barrett, 1996, Van Dongen, 2004, Buus, 2005, Sørensen, 2006, Jacobsen, 2006, Norvoll, 2007). Til tross for dette har etnografisk metode anvendt på miljøterapi eller terapeutiske miljø vært heller sparsommelig. Det er likevel noen få studier som har anvendt etnografisk metode i studier av miljøterapi, terapeutiske miljø eller det terapeutiske samfunn (se bl.a. Rapoport, 1960, Bloor, McKeganey & Fonkert, 1988, Hummelvoll & Severinsson, 2001b, Thomas, Shattell &

---

<sup>97</sup> Grunnen til at en slik organisasjon ble valgt, var at vi ikke hadde tilgang til tidligere pasienters adresser, telefonnummer og lignende, jfr. forskningsetiske retningslinjer og anbefalinger.

Martin, 2002). Metoden har lenge vært fremhevet som egnet i både studier av terapeutiske miljø (Levinson, 1957) og i studier av miljøterapi (Lieberman, 1983, Lees, 1999). Etnografisk metode har blitt beskrevet som egnet forskningsmetode av miljøterapi, siden miljøterapi ikke utgjør en enkel behandlingsmetode, men heller en kompleks innholdsmessig organisering av et miljø i den hensikt å virke terapeutisk (Gunderson, 1978). Med andre ord vil etnografisk metode således egne seg på et felt der hensikten er å observere dagliglivs- og samhandlingsaktiviteter.

## Etnografisk metode i denne studien

Etnografisk metode generelt baserer seg på et lengre opphold på forskningsarenaen, og bygger på nærkontakt med dem man studerer over tid. Metoden baserer seg på kvalitative observasjoner av naturlige situasjoner eller settinger, det vil si at man som forsker deltar, observerer og nedtegner hva som utspiller seg av dagliglivets hendelser, gjøremål og samhandlingsaktiviteter (Alvesson & Sköldbberg, 1994, Grills, 1998), der man følger sine informanter over tid i deres ulike gjøremål og i deres forhold til andre mennesker:

*In the field the researchers' aim is to understand how the cultures they are studying 'work', that is, to grasp what the world looks like to the people who live in the fishing village, the boarding school or the mining community. The researchers need to discover what 'their' people believe; what they do at work and in their leisure time; what makes them laugh, cry and rage; who they love, hate and fear; and how they choose their friends and endure their relations (Delamont, 2004;218).*

Det arbeides ofte med et bredt sett av metodiske verktøy som i tillegg til å være observasjoner av samhandlinger, handlinger og hendelser i naturlige situasjoner, også kan være nedtegnelser av artefakter, materielle og arkitektoniske forhold, samt intervjuer av ulike slag. En redegjørelse for artefakter, materielle og arkitektoniske innretninger og særpreg kan fortelle oss en del om kulturelle og sosiale forhold.

Kvalitativ forskning kan ikke lett programmeres eller følge en helt bestemt oppskrift (Hammersley & Atkinson, 1996).<sup>98</sup> Det vil si at etnografisk forskning ikke er

---

<sup>98</sup> Etnografisk forskning er ikke vanlig å benytte til å teste hypoteser, selv om dette også har vært forsøkt (Fangen, 2004), selv om det både beskrives og søkes forklaringer på spesielle fenomen.

forhåndsprogrammert, men heller induktivt orientert, det vil si at forskeren har et så åpent sinnelag til det som studeres som mulig, selv om både tematisk og teoretisk referanseramme styrer arbeidet (Alvesson & Sköldbberg, 1994, Lofland et al., 2006).<sup>99</sup> Vår studie er forankret i en etnografisk forskningstradisjon med en *induktiv tilnærming*. Det innebærer at vi har plassert oss selv i en situasjon for å se hva som utspiller seg, står på spill og er av viktighet for de sosiale aktørene. Ifølge Fredrik Barth (1994) bør man som etnograf unngå å ha for uuttalte fordommer om hva som er de mest signifikante skalaene, mønstrene og kjerneområdene i sosiale systemer. Barth hevder at det er klokest ikke å starte på makroplan, men starte med de sosiale aktørene og følge deres aktiviteter og nettverk – ”å følge kretsløpene” (Barth, 1994;24). Å begynne med de sosiale aktørene kjennetegner også Dorothy E. Smiths ”Institutional Ethnography” (2005), der man skal begynne med subjektene; de som har potensiell kunnskap om institusjonens liv. Dette innebærer at vi som forskere begynte med aktørene på det psykiatriske sykehuset,<sup>100</sup> personalet så vel som pasientene, og fulgte deres aktiviteter og gjøremål i avdelingenes ulike offentlige rom. På bakgrunn av observasjoner, samtaler og intervjuer har vi fått innblikk i noen av de temaer, begreper, språkanvendelser og handlingsrepertoar som de sosiale aktørene viser, uttrykker og er opptatt av.

### **Dørstokketnografi; romlig organisering og mulighet for observasjoner**

Det psykiatriske sykehuset som forskningsarena er på mange måter et oversiktlig og velegnet sted for å kunne observere hva som utspiller seg av samhandlingsaktiviteter (Jacobsen, 2006). De to avdelingene der vi gjorde vårt feltarbeid kan betegnes som en ”total institusjon” (Goffman, 1961/1967). Pasientene var avskåret fra samfunnet utenfor store deler av døgnet, dørene var låst (kun personalet hadde nøkler), det fantes et sett av regler (husregler), faste måltider, og så videre. En slik organisering av avdelingene ga oss gode muligheter til observasjoner av avdelingenes ulike gjøremål, hendelser og samhandlingsaktiviteter.

Avdelingene var fysisk utformet som et panoptikon (jfr. Foucault, 1977/1984) med store muligheter for utsikt, observasjon og ”overvåkning” for forskerne.<sup>101</sup> Avdelingenes fysiske

---

<sup>99</sup> Det er en diskusjon om teori er noe som bør velges tilpasset til materialet, eller om teorivalg er ideologisk og paradigmatisk bestemt (Alvesson & Sköldbberg, 1994).

<sup>100</sup> Pilotundersøkelsen kan ses i den sammenheng, der vi begynte med personalet i fokusgrupper for å bli kjent med institusjonens dagligliv, rutiner og sentrale miljøterapeutiske tema – og problemområder.

<sup>101</sup> Dette gjaldt særlig korttidsavdelingen, langtidsavdelingen var også basert på panoptikonprinsippene, men der lå røykerommet og arbeidsstuen utenfor selve dagligstuen, gangen og vaktrommet.

utforming gjorde det mulig og tilgjengelig å observere hva som utspilte seg av samhandlingsaktiviteter på avdelingenes offentlige rom.<sup>102</sup> Stoler og sofaer var plassert slik at dersom man satte seg i disse hadde man god utsikt til dørtersklene. Når vi satt inne på vaktrommet la vi ikke bare merke til hva som utspilte seg av samhandlinger og samtaler pleierne imellom, men hadde også utsyn til gangen (gjennom glassvindu), og kunne legge merke til hva som utspilte seg av samhandlingsaktiviteter pleierne og pasientene imellom på dørstokken i overgangen mellom vaktrom og gang. De samme forholdene gjaldt for vårt opphold på røykerommet. Når vi satt på røykerommet kunne vi både observere samhandlingsaktiviteter pasientene imellom, og samhandlingsaktiviteter mellom pleiere og pasienter i overgangen gang/røykerom. I tillegg kunne vi ha utsyn til gangen og dagligstuen, dersom vi hadde skaffet oss den ”beste” plassen på røykerommet, som vi har omtalt som utkikksposten (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). Når vi satt i gangen eller dagligstuen hadde vi også god oversikt over hva som foregikk ved utgangsdøren, på røykerommet og i overgangen vaktrommet/gangen. På den måten kunne vi for eksempel lett legge merke til forhandlinger pasienter og pleiere imellom. Denne plasseringen i de ulike rommene gjorde oss oppmerksomme på at mange av de miljøterapeutiske forhandlingene mellom personalet og pasientene foregikk i overgangen mellom rom. Utsyn til avdelingenes ulike ”dørstokker” ble således sentral, i den hensikt å kunne overvære, se og høre samhandling og samtaler pleiere og pasienter imellom.

Våre observasjoner begrenset seg ikke bare til observasjoner innendørs,<sup>103</sup> men også utendørs. Det kunne være på sykehusets område, i nærområdene rundt sykehuset, eller ikke minst på ulike turer til nærmeste butikk eller tettsted. Det kunne også være på trappen utenfor eller på avdelingenes verandaer, der pasienter kunne oppholde seg med andre medpasienter, og med en eller flere pleiere. Mye av den aktiviteten som foregikk utendørs var turer der en pleier gikk tur sammen med en pasient. Ved å følge med på disse turene fikk vi innblikk i hvordan pasientene kunne forholde seg til pleieren og omvendt, til forskjell fra innendørsaktivitetene<sup>104</sup> Ofte fremstod samhandlingen mellom pleier og pasient utendørs i

---

<sup>102</sup> Dette gjaldt særlig på ettermiddagene, da det ikke var mye organiserte aktiviteter og tilbud på avdelingene. Pasientene ble ikke da utsatt for et aktivitetsmas, dvs. oppfordringer fra personalets side om å delta aktivt på arbeidsstuen, i huslige aktiviteter på avdelingen, eller å være med på turer.

<sup>103</sup> Det bør nevnes at vi også innendørs var en del til stede på arbeidsstuen som var fysisk plassert utenfor avdelingene, men i perioder var det svært få pasienter til stede.

<sup>104</sup> Vi som forskere (det vil si en av oss av gangen) ville særlig i slike tursituasjoner påvirke muligheten for hva som kunne gjøres mulig av samhandling mellom pasient og pleier, da vi ofte ved vår tilstedeværelse la beslag på

kontrast til samhandlingen innendørs. Pasientene kunne oppføre seg noe annerledes utendørs, og det var sjelden at pasienter kjeftet, kommanderte eller opponerte til pleiere utendørs (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Det er som en av pleierne sa i intervju: ”Det er akkurat som pasientene oppfører seg som folk når de kommer ut, enten det er på tur eller på butikken.”

Derimot fikk vi ikke anledning til å observere når pasienter stakk av sammen til butikken for å kjøpe øl, eller ut for å hente stoffer (illegale tabletter, narkotiske midler), for å treffe sine kjærester eller lignende. Dette var episoder vi fikk kjennskap til i etterkant, av enten personalet eller pasientene selv. Det betyr at en del av pasientenes verden ikke var tilgjengelig for oss. Vi hadde heller ikke tilgang til pasientenes private rom, der pasientene kunne tilbringe tid sammen.<sup>105</sup> Vi deltok heller ikke på personalets private sammenkomster og fester utenom arbeidstid.<sup>106</sup>

## **Feltarbeid i egen kultur? Muligheter og begrensninger**

Det å gjøre feltarbeid i ”egen kultur” har blitt beskrevet som å kunne lette tilgangen og legitimere innpass til feltet (Paulgaard, 1997), noe som langt på vei er i overensstemmelse med våre erfaringer fra denne studien. Den ene av studiens forskere, sykepleieviteren, har en helsefaglig bakgrunn, og hadde tilbrakt flere år av sitt arbeidsvirke i ulike psykiatriske sykehus. Hennes profesjonelle bakgrunn lettet den formelle og legitime tilgangen til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), og tilgangen til sykehuset gjennom samarbeidsavtalen mellom høyskolen og helseforetaket. Samtidig opplevde vi at sykepleieviterens bakgrunn ga studien en uformell troverdighet blant både avdelingspersonalet,<sup>107</sup> sykehusets ledelse og pasientene. Pasientene ga ofte uttrykk for at det

---

pleieren gjennom at pleieren syntes de måtte ta seg av oss gjennom å samtale, forklare og vise rundt. Av den grunn ble det vanskelig å overvære og observere allianser mellom pleierne og pasientene, og følgelig ble slike allianser kun anskueliggjort for oss gjennom intervju eller kortere samtaler på vaktrommet.

<sup>105</sup> Van Dongen (2007) hevder at det i psykiatriske institusjoner i økende grad har blitt et klart skille mellom de offentlige og private rom. Der personalet tidligere gikk rett inn i de private rommene, ville de nå banke på døren før de gikk inn til pasientenes rom. Soverom, hevder van Dongen, regnes i den vestlige kultur som tilhørende den absolutte private sfære. Dette gjelder også på offentlige psykiatriske institusjoner.

<sup>106</sup> Vi unnlot å delta på fester, i den hensikt å holde en nødvendig distanse til feltet, til tross for at vi på fester kunne få en annen empiri om personalets miljøterapeutiske virke, slik vi gjorde når vi arrangerte to dagers seminar med personalet og tilbrakte tid sammen under festmiddagen (jfr. fase 3).

<sup>107</sup> Til tross for et ønske fra sykehusets og avdelingens sykepleiefaglige ledelse om at vi skulle tiltre som deltagende observatører i de to ulike avdelingene, uttrykte noen av pleiepersonalet en skepsis mot vår tilstedeværelse på begge avdelingene som deltagende observatører (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen,



var nyttig og lett å snakke med en person som selv hadde jobbet i psykiatrien, og som forstod ”hva psykiatrien dreiet seg om, og som forstod seg på pasienter.” Regional komité for medisinsk forskningsetikk satte spørsmålstegn ved de to antropologenes (veileder og den ene phd.-studentens) bidrag til denne type forskning, og spesielt deres forutsetninger for å ta hensyn til pasienters sårbarhet, noe som blant annet gjorde at tilgangs- og tilrådingsprosessen tok tid.

Marianne Rugkåsa & Kari T. Thorsen (2003) hevder at med antropologiske studier i Norge og moderne samfunn må det en redefinering til av sentrale klassiske verktøy som feltarbeid og deltagende observasjon. I studier av norske forhold hevder disse antropologene at forskere som ikke bor blant sine informanter, men tilbringer tid i eget hjem i den perioden der det gjøres feltarbeid, ikke får samme mulighet til observasjoner over tid. Dette innebærer nærmere at forskerne ikke vil få samme mulighet til å observere sosiale aktører dag som natt, men vil bli mer innhoppere og gjester i folks liv. Signe Howell (2001) deler langt på vei Rugkåsa & Thorsens (2003) bekymring, og trekker i den forbindelse frem at man i studier av norske forhold ikke kan forvente å få tilgang til informantenes private sfærer og rom, med begrunnelse i informantenes kulturelle forståelse av privatliv (Howell, 2001). Dette kan innebære at antropologer ikke kan forvente å få observere folk i naturlige settinger, og dermed tilgang til folks private sfærer utover avtalte møter. Følgelig vil antropologene i sine notatbøker i større grad være preget av muntlige utsagn og narrativer om forskningstema, på bekostning av samhandlingsdata. Kathinka Frøystad (2003) er av en annen oppfatning, og mener det er fullt mulig å gi fyldige beskrivelser av hverdagsliv i Norge, til tross for at man ikke har bodd blant sine informanter.<sup>108</sup> Vi vil si oss enig med Kathinka Frøystad (2003) med de begrunnelser vi har fremlagt tidligere i kapittelet (se kap. ”Dørstokksetnografi”); at totale lukkede institusjoner gir noen særlig gode muligheter for observasjoner av samhandlingsdata. Riktignok var vi pålagt en del begrensninger knyttet til tilgangen til institusjonens private sfærer gjennom de medisinske forskningsetiske retningslinjer og Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) tilrådinger. REKs anbefalinger gjenspeiler følgelig kulturelle forestillinger om den norske privathet gjennom de begrensninger som settes på

---

2007). Skepsisen gikk blant annet på at de ikke helt skjønnte hva vi og vår studie kunne bidra med. Denne uttalte skepsisen ga seg utslag i at de blant annet ikke ønsket å la seg intervjuet. Noen pleiere opprettholdt denne skepsisen, mens andre ble mindre skeptiske etter hvert.

<sup>108</sup> I den forbindelse trekker hun frem Marianne Gullestad (1984) bok ”Kitchen table society” og Marianne Liens (1997) studie av en norsk matvareprodusent: ”Marketing and modernity”.

tilgangen til pasienters private rom. REK tilrår at pasienter må få mulighet til å trekke seg tilbake til sine private rom. Dette er retningslinjer som gjorde både kontinuerlig opphold over tid og tilgang til pasienters private rom på institusjon umulig. En slik tilråding begrenset både våre muligheter for langvarige opphold på institusjonen (begrenset til to til fire dager i uken og noen timer av gangen), samt nedtegnelser av samtaler mellom behandlingspersonalet og/eller pleiere og pasienter i institusjonens private pasientrom (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007).<sup>109</sup> Den regionale forskningsetiske komité's bekymring var begrunnet i pasientenes muligheter for ro og tilbaketrekking.<sup>110</sup> Vi fulgte REKs anbefaling og bekymring, men det oppstod noen situasjoner under feltarbeidet som gjorde mulighetene for å følge REKs anbefalinger vanskelige (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007).

Vi erfarte dessuten at flere av pleiepersonalet ikke var komfortable med å bli kikket i kortene, og flere var (spesielt i begynnelsen av feltarbeidet vårt) ukomfortable med vår tilstedeværelse (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). Disse restriksjonene, som ble satt og som vi satte på oss selv, begrenset vår tilgang til empiri. I den grad vi fikk tilgang til samtaler og samhandlingsaktiviteter mellom pasientene og personalet i private pasientrom, var dette i situasjoner der vi selv var involvert (basert på eksplisitt invitasjon).<sup>111</sup> Els van Dongen (2007) hevder basert på sine feltstudier i psykiatriske sykehus og aldershjem, at med tilgang til institusjonens private rom, vil man i større grad få fortellinger preget av "back-stage", og mindre grad preget av "front-stage". Historiene pasientene fortalte fra sine private rom, ville i mindre grad bære preg av å bli forstyrret og i mer grad av "free-flowing ideas" (van Dongen, 2007;26). Vår begrensede tilgang til pasientenes private rom kan ha påvirket hva slags fortellinger vi fikk, at vi fikk typiske "front-stage"-fortellinger, og i mindre grad "back-stage"-fortellinger. Til tross for begrensninger i lengde på opphold og tilgang til den private sfære, fikk vi likevel tilgang til mye samhandlingsdata i institusjonens offentlige rom, både i gangen, stuen, røykerommet og vaktrommet. Samhandlingsdata utgjorde således en sentral del av det empiriske materialet i tillegg til samtaler og intervjuer.

---

<sup>109</sup> Institusjonen der vi gjorde feltarbeidet ga sin tilslutning til disse restriksjonene. På den ene avdelingen ville de gjerne ha en skriftlig oversikt over de dagene vi kom. I tillegg pleide vi å gi muntlig beskjed på begge avdelinger, slik at vi ikke dukket opp uventet.

<sup>110</sup> REK og avdelingspersonalet mente også at vår tilstedeværelse kunne føre til for mye stimulering hos pasientene.

<sup>111</sup> Det kunne for eksempel enten være pasienter som ropte på oss, fordi de ville si oss noe, eller det kunne være at sykepleierviteren ble bedt av personalet eller pasienten selv om å snakke med pasienten, siden hun hadde særlig god kontakt med vedkommende i perioder der pasienten var særlig plaget.

## Forbløffelse i møte med feltet

Det har vært hevdet at når man gjør feltarbeid i hjemlige og kjente omgivelser,<sup>112</sup> kan det være vanskelig å få den rette analytiske distanse (Hastrup, 1991). I antropologisk litteratur om feltarbeid i egen kultur, trekkes faren for kulturblindhet frem, da praksisene kan fremstå som naturlige og selvfølgelige (Wadel, 1991, Døving, 2003). De brillene man har på er for farget, slik at man lett kan overse noe, og det som sies og gjøres kan forstås som selvfølgeligheter (Delamont, 2004, Fangen, 2004). Det har vært hevdet at det blir vanskelig å forstå velkjente fenomen som fremmede, og således problematisk med nøktern avstand til feltet og nødvendig analytisk distanse.<sup>113</sup>

Vi vil hevde at det å gjøre feltarbeid i helnorsk kontekst der alle snakker norsk på et psykiatrisk sykehus,<sup>114</sup> ikke nødvendigvis innebar å gjøre feltarbeid på egen kultur, eller at det kunne sammenlignes med det å komme hjem. Derimot vil vi fremheve det motsatte, at til tross for feltarbeid i eget land, ble det tidlige møtet med feltet preget av forbløffelse, forbauselse og overveldethet. De miljøterapeutiske praksisene fremstod for begge forskerne som både unaturlige og til tider provoserende, i betydning at vi syntes pasientene ikke ble lyttet til, eller ikke ble behandlet med respekt og likeverdighet.

For den ene forskeren, sykepleieviteren, kunne feltet til tross for hennes lange fartstid i psykiatriske sykehus siden slutten av 1970-tallet til dels fortone seg som både fremmed og ikke-selvfølgelig. Forbløffelsen for sykepleieviteren var spesielt rettet mot de mange restriksjoner som ble iverksatt overfor pasientene. Hun lot seg også forbløffe over det store forbruket av medisiner, samt mangel på mulighet for pasientene til å delta i verden utenfor sykehuset, og var følgelig overrasket over sykehusets lukkethet. Dette gjaldt også personalets manglende muligheter til kontakt med fagmiljøer utenfor institusjonen, og dermed tilbud til faglig utvikling. De fikk verken faglig eller personlig veiledning, de hadde begrenset mulighet

---

<sup>112</sup> Antropologenes diskusjoner om forskning i fremmede kulturer kontra forskning i en mer hjemlig kultur, kan til en viss grad forstås ut fra denne disiplinens lange historie, tradisjon og ikke minst klassiske arbeidsverktøy i form av metoder som feltarbeid og deltagende observasjon. I sykepleievitenskap har denne type diskusjoner naturlig nok ikke hatt en sentral plass, da sykepleievitenskap som disiplin har en kort historie som vitenskap i Norge, og har i hovedsak bidratt med forskning som omfatter kjente forhold knyttet til begrep som helse, sykdom, lidelse også videre. Til tross for sykepleievitenskapens korte historie og primære forskningsfokus, har også denne fagdisiplinen til en viss grad tatt i bruk antropologiens metodiske tilnæringer i form av deltagende observasjon og feltarbeid.

<sup>113</sup> For Hastrup (1992) er det et sentralt antropologisk prosjekt å gjøre det fremmede hjemlig og det hjemlige fremmed, selv om fremmedhet eller 'fjernhet' ikke handler om geografisk avstand, men om kulturell avstand.

<sup>114</sup> Med unntak av noen få pasienter med flyktningbakgrunn.

til faglige diskusjonsfora med behandlingspersonalet, og sjelden tilbud om seminar eller kurs. Sykepleieviterens reaksjoner i møtet med institusjonen kan ses i lys av at hun hadde vært borte fra feltet i en del år og tatt ytterligere utdanning, samt at feltet hadde forandret seg på noen sentrale områder.<sup>115</sup> For den andre forskeren, sosialantropologen, fremstod feltet i begynnelsen som både ukjent og eksotisk gjennom egen fagsjargong, diagnostisk språk og særegen praksis. I tillegg ble feltet erfart som et sted der det gjaldt andre spilleregler for samhandling innenfor institusjonens vegger og område enn utenfor.<sup>116</sup> Antropologen (i større grad enn sykepleieviteren) måtte lære disse reglene ”the hard way”. Dette gjaldt for eksempel uskrevne regler om at avdelingspersonalet ikke kunne diskutere eller snakke om institusjonens behandlingsprinsipper i avdelingens offentlige rom, da slike diskusjoner kunne komme pasientene for øret.<sup>117</sup>

Feltet fremstod i feltarbeidets tidlige fase av den grunn som til dels totalitært og lukket. De tidlige tolkningene av hva som utspilte seg av praksiser bar preg av å være i noen grad moraliserende, i den forstand at forskerne reagerte negativt på noen av de praksiser som utspilte seg. Det kunne være praksiser der pasienter ble holdt inne på eget rom over dager uten personlige eiendeler (skjerming), at pasienter ble fratatt mobiltelefon ved innskrivelse, at pasienter som gjorde spede forsøk på å prate med noen om sine problemer ble avvist, og så videre (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). Dette er praksiser som i vår vestlige verden står i motsetning til den litteraturen om psykiatrisk sykepleie, miljøterapi og sentrale føringer som vi hadde satt oss inn i på forhånd (se bl.a. Hummelvoll & Dahl, 1997, Lindström, 1994, Gordan & Palmgren, 2001, Hagqvist & Widinghoff, 2000, st.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet).

I studiens tidlige fase hadde vi en forforståelse om at pasienter som for eksempel viste en provoserende atferd overfor personalet skulle møtes på en forståelsesfull, tålmodig og inkluderende måte. I etterkant ser vi at vi som forskere hadde urealistiske forventninger om at personalet skulle klare å møte utagerende psykiatriske pasienter med innlevelse og empati til enhver tid. De fleste pleiere på begge avdelingene gjorde stadig iherdige forsøk på å behandle

---

<sup>115</sup> Sykepleieviteren kjente godt til nye sentrale føringer som bestod i vektlegging av brukermedvirkning, pasientrettigheter og satsing på kompetanse (se blant annet st. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, og hadde forestillinger om dette hadde ført til en annerledes institusjonpsykiatri. Hun ble overrasket over at sykehuset hadde så få behandlere, til tross for nye helsepolitiske satsningsområder.

<sup>116</sup> For en videre diskusjon om dette, se oppsummerende diskusjon.

<sup>117</sup> Personalet forklarte denne uskrevne regelen med at de kunne fremstå som lite enhetlige, noe som pasientene igjen kunne utnytte. Pasientene kunne på den måten sette personalet opp mot hverandre.

pasientene så vennelig og menneskelig de kunne, og til tider strakk de seg langt for å legge forholdene til rette slik at pasientene ble fornøyde. Forskernes moralske og faglige idealer styrte således hva vi la merke til i denne tidlige fasen. Dette fikk konsekvenser for våre foreløpige og tidlige analyser av de praksiser og samhandlingssituasjoner som utspilte seg på avdelingene. Det å ha et blick på noe er også et styrt blick (jfr. Foucault, 1963/1989), noe som førte til at andre sentrale aspekter ved de miljøterapeutiske virksomhetene og dagliglivet ikke ble lagt merke til. Feltarbeidets tidlige analysefase må ses i lys av våre reaksjoner der vår empiri, slik denne ble nedtegnet, var preget av et overveldende inntrykk av tvang og restriksjoner. I ettertid har våre tidlige observasjoner og reaksjoner blitt fortolket i lys byråkratiske og ideologiske rammer som gjør praksisene både mer forståelige og komplekst sammensatt.

## **Ulike roller og posisjoner i felten**

Innen den postmodernistiske sosialantropologiske tradisjon skal det redegjøres for forskerens posisjon i felten; med hvilke briller man ser, og hva ens utgangsposisjon er (Grills, 1998, Paulgaard, 1997, Atkinson & Hammersley, 1994), og påvirkning på feltet skal registreres så langt det er mulig (Hammersley & Atkinson, 1996).

Deltagende observasjon er ofte en veksling mellom å observere og delta (Delamont, 2004), der det er knyttet ulike forventninger til grad av deltagelse. Det skilles mellom ulike rolletyper i felten; deltagende observatør, eller observerende deltager, der deltagende observatør er mer deltagende enn man er som observerende deltager. Deltagende observatør vil være å delta og engasjere seg i forskjellige typer hendelser og inngå i face-to-face samhandling med de sosiale aktørene (Lofland et al., 2006). Observerende deltager vil være å søke en distanse til sosiale aktører og hendelser, og der nøkterne beskrivelser og minst mulig påvirkning av samhandlingsaktiviteter etterstrebes (Lofland et al., 2006). Det å delta betyr ikke å gjøre det samme som de man studerer gjør, men samhandle med dem mens de gjør det de gjør (Delamont, 2004).

Vår ulike profesjons- og erfaringsbakgrunn førte til at vi ble forstått og plassert i feltet på forskjellig vis, og følgelig tilskrevet ulike forutsetninger og legitimitet i forhold til vår tilstedeværelse. Sykepleieviteren hadde større legitimitet enn antropologen. Sykepleieviteren ble i langt større grad trukket inn som samarbeids- og diskusjonspartner i ulike møter og

situasjoner der avdelingens personale stod overfor betydelige utfordringer. Antropologen ble derimot sjelden spurt om råd eller forsøkt involvert i avgjørelser av sentral art i samspill med personalet, med unntak av utfordringer med utenlandske pasienter.<sup>118</sup> Sykepleieviteren fungerte til en viss grad som deltagende observatør, mens antropologen fungerte mer tilbaketrukkent som observerende deltager. Dette var spesielt synlig på rapporter og behandlingsmøter, der sykepleieviteren både ble trukket med i faglige debatter og rådspurt (deltagende observatør). Antropologen hadde i møter en mer anonym posisjon i vaktrommets ene hjørne med notablokk og blyant (observerende deltager). Forskernes ulike posisjonering i feltet førte til ulik tilgang til empiri.<sup>119</sup>

Som følge av tilråinger fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) ble sykepleieviteren pålagt å være mest sammen med pasientene. En slik tilråing ble begrunnet med hennes sykepleiefaglige kompetanse, og at sykepleieviteren ville være bedre i stand til å ivareta pasientene dersom de skulle få uheldige emosjonelle reaksjoner i forbindelse med forskernes tilstedeværelse. Det førte til at sykepleieviteren forholdt seg mest til pasientene, og i lengre perioder satt på røykerommet og var med pasienter ut på ulike aktiviteter.

Antropologen var derimot mer sammen med avdelingspersonalet på vaktrommet og i deres daglige gjøremål. Til tross for denne ulike posisjoneringen i felten var vi også til stede på hverandres ulike arenaer, og observerte de samme hendelsene med ulike briller på.

Observasjoner av hendelser og samhandlingsaktiviteter ble nedtegnet enten hver for oss eller sammen i etterkant av observasjonene. Vi la merke til noe av det samme, men la også merke til noe forskjellig. En slik arbeidsmåte ga dermed et fyldigere bilde og tolkninger av de observasjoner vi gjorde, eksempelvis når pasienter ble satt på skjerming. Antropologen kunne lure på hvorfor pasientene ikke kunne få med seg private eiendeler på skjermingsrommet, mens sykepleieviteren kunne henviser til sykepleiefaglige forklaringer på hvorfor de hadde denne type forbud.

## **Under- og overidentifisering**

En sentral problematikk i etnografiske studier der ulike informantkategorier inngår, er overidentifisering eller underidentifisering med en av informantgruppene. Ved å

---

<sup>118</sup> Det kunne være for eksempel som tolk eller med kunnskap om kulturen de kom fra.

<sup>119</sup> Personalet ble mer forklarende i sine utlegninger om sin praksis i forhold til antropologen enn til sykepleieviteren, mens sykepleieviteren ble trukket mer inn i faglige drøftinger som en selvfølgelighet.

overidentifisere seg med en gruppe, står man i fare for å ”go native,” og mangle distanse. Ved å underidentifisere seg kan man stå i fare for å ikke få tilstrekkelig innsikt og forståelse av de studerte aktørenes egne premisser. Van Dongen (1998) beskrev en slik problematikk fra sin studie i et psykiatrisk sykehus, der hun ble stående midt mellom pleiere og pasienter. Spørsmål om hvem hun holdt med ble fremtredende: Om hun var på personalets side eller pasientenes side? I vår studie ble ikke slike spørsmål stilt direkte, men indirekte gjennom pasientenes og personalets kommentarer og handlinger. Pasientene kunne blant annet sette i tvil vår lojalitet til taushetsplikten relatert til vår stadige tilstedeværelse på vaktrommet (personalets rom). Enkelte pasienter kunne for eksempel uttrykke usikkerhet på om vi ville sladre til personalet om hva de hadde gjort eller sagt, slik at de i neste omgang kunne bli utsatt for sanksjoner (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). Pasientene kunne forsøke å bruke oss (særlig sykepeleieviteren) som et mellomledd og talsperson mellom dem og personalet, ofte for å få gjennomslagskraft for noen av sine synspunkter og ønsker hos personalet. Enkelte av personalet kunne ta kontakt med oss for å få oss til å snakke deres sak inn mot ledelsen ved sykehuset.<sup>120</sup> Personalet kunne også være nysgjerrige og utspørrende for å få vite hva vi snakket med pasientene om og hvordan pasientene snakket om dem. Vi var aldri lenge nok på avdelingene til at vi ”went native,” men i studiens tidlige fase hadde vi som tidligere nevnt en tendens til å overidentifisere oss med pasientenes vanskelige situasjon. Etter hvert har vi også sett hvor vanskelige arbeidsoppgaver personalet kunne ha, og av den grunn også lett kunne identifisere oss med deres posisjoner og situasjoner.

## Observasjoner i felten

Cato Wadel (1991) argumenterte for at forskeren bør søke å legge sine forhåndskunnskaper til side når observasjoner nedtegnes. Det ville innebære å beskrive hva som utspiller seg av aktiviteter som om det er fremmed og med færrest mulig forhåndskategoriseringer. Å ha færrest mulig forhåndskategoriseringer vil ikke innebære å være kategoriløs i nedtegnelser av hva som utspiltes, men det vil innebære å holde kategoribruken på et lavt abstraksjonsnivå (Frøystad, 2003, Wadel, 1991). Å holde kategoriseringene på et lavt abstraksjonsnivå ville kunne tjene formålet om å få en nødvendig distanse til hva som observeres. På den måten kan kjente forhold beskrives som fremmede (Frøystad, 2003). Tilstrebelse av et lavt

---

<sup>120</sup> Vi gjorde feltarbeid i en tid med mye omlegging og usikkerhet knyttet til personalets posisjoner og arbeidsoppgaver.

abstraksjonsnivå vil kunne aktivisere utenfrablippet og høyne årvåkenhet hos forskerne under feltarbeidet.

I feltarbeidets tidlige fase var det ikke mulig for oss å detaljert nedtegne hva som utspilte seg av samhandlingsaktiviteter av primært to grunner. For det første var inntrykkene overveldende, og vi hadde mer enn nok med å bli kjent med studiens ulike sosiale aktører og rutiner. Feltarbeidets første fase (ikke pilotstudien) bestod således av å bli kjent med og lære rutinene for dagliglivsorganiseringen. Etter hvert som vi (og særlig antropologen) ble bedre kjent med feltet, ble våre notater mer rikholdige, og bar preg av mer detaljerte beskrivelser av for eksempel samhandlingsaktivitetene. Vi la merke til og skrev ned for eksempel: Hvem som satt hvor, hvem som gikk og kom, hvem som banket på døren, hvem som tok ordet først og hvem som stadig ble spurt, hva som ble svart, av hvem og når det ble avbrutt, hva som foregikk utenfor vaktrommet (på den andre siden av glassruten og ved dørterskelen), hvordan det ble spurt og svart, hva som ble sagt om pasienten, hva som stod på bordet, hva som hang på oppslagstavlen, hva som ble servert, og så videre. Gjennom gjentagende tilstedeværelse på vaktrommet tok det ikke lang tid før vi fikk et visst bilde av rutiner, sjargong og viktigheten av titler og posisjoner.

## **Observasjoner som grunnlag for intervju**

I det følgende vil vi beskrive hvordan intervjuer<sup>121</sup> på den ene side dannet grunnlag for utvidet forståelse av miljøterapeutiske praksiser, og på den annen side hvordan vi som forskere anvendte observasjoner og egne erfaringer som grunnlag og utgangspunkt i intervjusituasjoner. På den måten dannet stadig nye observasjoner og erfaringer grunnlag for nye og mer fyldige spørsmål i intervjusituasjonen.<sup>122</sup>

Som tidligere nevnt ble det vanskelig å ha samtaler og diskusjoner om pleiepersonells daglige virke og miljøterapeutiske praksiser i avdelingens offentlige rom. Det viste seg også ofte vanskelig på vaktrommet når flere medlemmer av personalet var til stede, og av den grunn ble intervju sentrale for å få personalets egne fortellinger om og begrunnelser for egen praksis.

---

<sup>121</sup> Intervju blir ofte benyttet som grunnlag i etnografisk metode for å fange opp meningsinnhold i det som studeres (Järvinen, 2005).

<sup>122</sup> De første intervjuene av personalet bar preg av å følge en foreløpig intervjuguide basert på miljøterapiens ulike temaområder, mens de senere intervjuene av personalet ofte var knyttet til observasjoner i felten og antropologens egne erfaringer fra feltet.



Intervjuene av personalet var semi-strukturerte, det vil si at tematikk for intervjuene var delvis forhåndsbestemte basert på temaområder innen miljøterapi og institusjonsliv vi ønsket nærmere utdypet, samtidig som vi under intervjuene forfulgte interessante tematikker som måtte komme opp underveis (O'Reilly, 2005).<sup>123</sup> Intervjuene med personalet fanget i hovedsak opp to hoveddimensjoner ved deres daglige miljøterapeutiske virke. For det første fikk vi gjennom intervjuene begrunnelser for den praksis de utøvet. Dette viste seg ofte å være kunnskap og begrunnelser med paralleller knyttet til de mest vanlige fagbøker innen psykiatrisk sykepleie.<sup>124</sup> For det andre fikk vi i enkelte av intervjuene brokker av hva vi vil kalle hverdagslivserfaringer. Det var erfaringer som ikke direkte eller nødvendigvis kunne føres tilbake til fagkunnskap eller fagideologi, men som skrev seg fra opplevelser i deres daglige arbeid. Dette kunne være skjellsettende opplevelser som hadde gjort inntrykk, og som var vanskelige og utfordrende i deres daglige virke og liv som pleiere. Det var ikke uvanlig at disse erfaringene kunne ha rot i vanskelige møter med pasienter. Det var møter som hadde gjort inntrykk, og som vi også fikk glimtvis inntrykk av gjennom observasjoner i felten. Det kunne være hvordan enkelte pleiere strevde med enkeltpasienter, og hvordan de ble krenket gjennom ufine bemerkninger, ble slengt ting etter eller gjort narr av, og så videre.<sup>125</sup>

Det har vært en diskusjon de siste par tiår i antropologisk litteratur omkring antropologers plasseringer i felten og graden av deltagelse i ulike sammenhenger og hendelser (se bl.a. Daniel, 1987, Rugkåsa & Thorsen, 2003). Noen antropologer har deltatt aktivt i de studertes ritualer, reiser, behandlinger og lignende som et inntak til opplevelse og forståelse av det studerte fenomen (Bjelland, 2006). Andre antropologer har argumentert for en mer tilbaketrukket rolle i felten, og har nøydt seg med de sosiale aktørers fortellinger om fenomenet og egne fortolkninger. Som tidligere beskrevet tilstrebet vi i feltarbeidets tidlige fase nedtegnelse av de sosiale aktørers daglige gjøremål basert på observasjoner, for å få en oversikt over avdelingens rutiner, daglige gjøremål, praksiser, argumentasjoner, tematikker, relasjoner og lignende. Til tross for mange nedtegnelser og forklaringer på hendelser og praksiser i intervjusituasjonene, fremstod fremdeles deler av dagliglivspraksisen som

---

<sup>123</sup> Intervjuene med personalet ble hovedsakelig foretatt av antropologen, med unntak av intervjuene med ledelsen og et par andre medlemmer av personalet som ble foretatt av sykepleieviteren.

<sup>124</sup> Det ble særlig referert til kjent litteratur og kunnskaper fra Liv Strand (1990), Jan Kåre Hummelvoll (1992) og miljøterapeutiske hefter utgitt på PsykOpp (se Brathetland et al., 2004, Tveit et al., 2007).

<sup>125</sup> På møter og rapporter avdelingspersonalet imellom ble det enkelte ganger tatt opp og diskutert vanskelige episoder, hvor personalet diskuterte pasienters atferd, for eksempel hvordan tilløp til aggresjon og krenkelser skulle forstås, forklares og møtes i neste omgang.

ufullstendige og lite fyllestgjørende. Det ble nødvendig å prøve å sette seg grundigere inn i avdelingspersonalets arbeid og posisjoner for å få mer innsikt i hvordan deres arbeid og miljøterapeutiske virke fortonet seg. Av den grunn ba antropologen om å få lov til å gjøre noen daglige gjøremål i avdelingen, da egne erfaringer kunne danne utgangspunkt for senere intervju.<sup>126</sup> En arbeidsoppgave som antropologen fikk prøve ut, var å være fastvakt og fotfølge noen pasienter.<sup>127</sup> Hensikten med fotfølging var å se til og passe på at pasientene ikke gjorde seg selv eller andre noe vondt eller galt. Det kunne være selvskading, aggressiv atferd overfor andre pasienter, stikke av, kjøpe inn for mer penger enn de hadde råd til, og så videre. Dette ble av antropologen opplevd som svært ubehagelig siden det å passe på og fotfølge pasienten kunne signalisere mistillit til pasientens egne vurderinger. Med en slik fotfølging ble det ikke gitt rom for å få pasientene i tale om deres pasienttilværelse, da fotfølging fratok pasientene medbestemmelse, og kunne følgelig signalisere mistillit til pasientens egne vurderinger. Antropologen ble således en vokter, og ikke en naturlig samtalepartner der pasienten kunne fremme egne synspunkter. Til tross for at antropologen prøvde å få pasienten i tale, lyktes hun ikke. En slik plassering i feltet gjorde at antropologen fikk noe mer innsikt i avdelingspersonalets virke, kanskje på bekostning av enkeltpasienters tillit og dermed deres stemmer.

Slike selvopplevde episoder dannet grunnlag for spørsmål i intervjusituasjoner med personalet. Antropologen kunne begynne et spørsmål med: ”Jeg synes det var svært ubehagelig når jeg ble satt til å skulle passe på en pasient hele tiden, og følge med hva hun foretok seg til enhver tid, kjenner du det på samme måten?” Vedkommende kunne da enten avvise antropologens fortolkning av en slik rolle, og komme med en annen fortolkning, gi antropologen delvis rett eller følge helt antropologens fortolkning. En pleier kunne si at slik hadde hun det i begynnelsen, men at hun etter hvert hadde vent seg til eksempelvis å fotfølge pasienter. Pleiepersonalets begrunnelse kunne være at fotfølging var til pasientenes eget beste, og at de på denne måten kunne føle seg trygge når de visste at noen passet ordentlig på dem. En annen pleier kunne si at dette var en viktig oppgave de hadde for å ivareta pasientens egen

---

<sup>126</sup> Det må understrekes at antropologen her ikke var ute etter å få utfyllende perspektiver på avdelingspersonalets følelser og motiver, men heller kunnskap basert på felles opplevelser med begrunnelse i deltakelse i institusjonens daglige liv. Fokus på ”indre opplevelser”, motiver og følelser er ikke vanlig og relevant når man har et interaksjonistisk perspektiv (se Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Den interaksjonistiske begrepsramme har ikke fokus på enkeltpersoners ”private” opplevelser, men retter heller blikket mot hvordan de studerte interagerer, samt den sosiale kontekstens forutsetning for denne interaksjonen.

<sup>127</sup> Å være fastvakt bestod i å fotfølge pasienter hvor de enn gikk; ut for å røyke, på tur, i nærbutikken, i gangen utenfor rommet, til toalettet og så videre.

sikkerhet, mens en annen pleier kunne si at det var svært ubehagelig å fotfølge på den måten. Hun ville selv ikke ha likt det hvis en person skulle fotfølge henne til enhver tid, til og med når hun skulle på toalettet.

Antropologen kunne også anvende selvopplevde episoder fra røykerommet som grunnlag for spørsmål til personalet. På røykerommet hadde en pasient i detalj beskrevet episoder med overgrep hun hadde opplevd som barn og som voksen. Medpasienter og antropologen satt stille og lyttet til hennes beskrivelser, og forholdt seg til hennes fortelling kun ved å se på henne og lytte, komme med noen kortfattede kommentarer mens hun fortalte. Antropologen gjorde som medpasientene, og lot henne snakke ferdig. Denne episoden ble referert til i intervjuer med personalet, som grunnlag for hvordan man som pleiepersonell burde forholde seg til pasienter som fortalte om ubehagelige opplevelser mens andre hørte på.<sup>128</sup>

Antropologens opplevelser under feltarbeidet kunne benyttes i intervjuer for å få en mer kompleks utdyping av pleiepersonalets virke og faglige begrunnelser.<sup>129</sup> Forskernes egne opplevelser av de situasjoner de inngikk i, kunne i denne sammenheng ikke danne grunnlag for generalisering basert på egne erfaringer. Derimot kunne de gjennom anvendelse av intervjumetoden i kombinasjon med deltagende observasjon få innblikk i pleiepersonalets situasjon (herunder ubehagsopplevelser).<sup>130</sup>

Intervju med bakgrunn i egne erfaringer i kombinasjon med observasjoner, ga et innblikk i noen dilemmaer som pleiepersonalet stod i til daglig. Intervjuene kunne enten gi en mulighet til å snakke om felles opplevelser av vanskelige situasjoner og utfordringer, en utdyping av utfordringer, eller en mulighet til å snakke om andre vanskelige situasjoner og utfordringer. Eksempelvis fortalte en pleier om hvordan vedkommende grudde seg til å tvangsmedisinere en pasient, og hadde drømt om hvordan sprøyten ble satt i madrassen istedenfor i pasienten. Drømmen fikk pleieren til å reflektere over om det var riktig eller ei å medisinere en pasient

---

<sup>128</sup> Antropologen kunne begynne å fortelle om episoden, for deretter å spørre om man som pleiepersonell burde fortsatt å lytte, eller om man burde gå mer aktivt inn i pasientens fortelling. De fleste pleierne (særlig på den ene avdelingen) mente antropologen hadde optrådt ukorrekt. Antropologen burde ha stoppet pasienten i hva de kalte personlige utleveringer, da hun på et senere tidspunkt ville angre på slik en utlevering.

<sup>129</sup> Dette er også beskrevet av Sørhaug (1982). Han gjorde sitt feltarbeid i kraft av sitt arbeid som pleiemedhjelper, og på den måten fikk han en særlig innsikt i pleiernes virke, dilemma og ideologi.

<sup>130</sup> I tillegg kunne intervjusituasjonen gi et inntak for å få tak i personalets fagideologi og kunnskapstradisjon via begrunnelser for miljøterapeutiske praksiser.

mot pasientens vilje. Denne drømmen dannet et grunnlag for en utdyping av dagliglivets utfordringer relatert til motstridende pålegg og oppgaver.<sup>131</sup>

## **Sykepleieviterens tilstedeværelse på røykerommet**

Som tidligere beskrevet omhandlet deler av studiens empiriske tilfang innlagte psykiatriske pasienters erfaringer og perspektiver slik det kom til syne i avdelingens røykerom. Gjennom røykerommets arkitektoniske plassering i avdelingene og innføring av den norske røykeloven, forble røykerommet en pasientarena og et fristed for pasienters samhandlinger seg imellom (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

Ut fra etiske og faglige begrunnelser var det sykepleieviteren som var mest sammen med pasienter på røykerommet, og fikk gjennom sin tilstedeværelse i dette rommet et mangfold av empiri gjennom deltagende observasjoner, intervjuer og uformelle samtaler. Når personalet ikke var til stede på røykerommet, fikk hun muligheter til å delta i pasientenes liv på godt og vondt. I studiens hovedfase ble forskeren introdusert for pasientene gjennom hjelp fra en ung pasient som fortalte de andre pasientene om hvorfor vi var der, hva vi skulle forske på, og at den ene forskeren var en sykepleier som hadde sett og hørt mye sammen med pasienter som hadde hatt det vanskelig. De av pasientene som var til stede hørte godt etter og stilte spørsmål som både angikk studien og forskerens personlige liv og virke. I det hele tatt var pasientmottagelsen preget av velvilje og interesse. Etter å ha vært sammen med pasientene over en relativt kort periode ble både pasienter og forskeren godt kjente, og samspillet mellom forsker og pasienter ble etter hvert preget av både nære og uformelle væremåter. I den forbindelse måtte forskeren gi klare meldinger om når hun kom og gikk, hva hun skulle resten av dagen, og så videre. Den uformelle tonen mellom sykepleieviteren og pasientene på røykerommet viste seg for eksempel gjennom replikker som: ”Hei, der kommer forskeren, sett deg ned nå skal du høre, ...i går skjedde det mye rart...” Andre pasienter som var mer forsiktige og beskjedne satt ofte stille og ventet tålmodig på at sykepleieviteren skulle ta initiativet til å snakke med ham eller henne. Etter en stund kunne for eksempel pasienten spørre om forskeren ville ha kaffe og sette seg nærmere og si: ”Du, det er noe jeg gjerne vil fortelle deg ... har du tid, det er ikke så viktig men...?”. Gjennom forskerens tilstedeværelse

---

<sup>131</sup> Pleiere kunne for eksempel prøve å gjøre det beste ut av situasjonen dersom de fant oppgaven de var satt til å utføre ubehagelig eller problematisk. Eksempelvis kunne en pleier snu seg vekk i perioder der pasienten trengte et eget personlig rom, til tross for at pasienten skulle fotfølges nøye.

på røykerommet kom det selvsagt frem mye som var både dramatisk, trist og urovekkende. I slike situasjoner opplevde forskeren ofte at enkeltpasienter ville snakke om erfaringer og synspunkter som hørte til avdelingens terapeutiske kontekster, og som dermed burde henvises til samtaler med avdelingspersonalet eller psykolog. Tilgangen til avdelingenes profesjonelle bistand synes imidlertid (i den tiden vi var på avdelingene) å være begrenset gjennom for eksempel at den ene avdelingen ikke hadde fast tilsatt psykolog, og at avdelingspersonalet helst ikke skulle snakke med pasienter om temaer som omhandlet vanskelige og sensitive ting (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). Det oppsto flere vanskelige forskningsmessige dilemmaer der forskeren ikke skulle utøve terapeutiske virksomheter knyttet til pasienters eksplisitte ønsker om hjelp i en svært vanskelig situasjon, og et etisk og faglig krav om å avgrense relasjoner og samtaler med pasienter til studiens forskningsmessige formål. Samtidig er det en illusjon å tro at ikke både forskerens og pasientens samhandlingsprosesser i avdelingens ulike kontekster ikke påvirket hverandre og bidro til ny erkjennelse og nye perspektiv hos forskeren så vel som hos informanten. Forskjellen mellom en terapeutisk og en forskningsbasert dialog er i følge Fog (1987) at dialogen i en terapeutisk kontekst har som formål å få frem pasientens problemer og arbeide mot terapeutiske forandringer hos pasienten. I en terapeutisk kontekst er den terapeutiske relasjonen preget av den som skal gi hjelp (eksperten), og den som mottar hjelp (pasienten). I et kvalitativt forskningsperspektiv er det derimot pasienten som er ekspert i den hensikt å gi mottakeren (forskeren) et materiale som skal bidra til å utvikle kunnskap som er relevant for studiens formål. I denne studien bidro sykepleieviterens faglige bakgrunn og tidligere virke fra psykiatrien til å utvikle tillit mellom forskeren og pasientene, noe som i seg selv utgjorde hjørnesteinen i forskningsrelasjoner som hadde som siktemål å utvikle kunnskap om både avdelingspersonalets og de innlagte pasientenes dagligliv, samtidig som at de samme relasjonene genererte vanskelige etiske dilemmaer og utfordringer for forskeren.

Intervjuene med pasientene representerte ofte en samtaleform som etter hvert gled over til samtaler av mer uformell karakter, på samme måte som i flere av intervjuene med personalet. Sykepleierviteren erfarte dessuten at flere pasienter i intervjusituasjonen ikke klarte å holde konsentrasjonen oppe over tid. En av pasientene sa i den anledning: "Det er vanskelig å tenke, snakke og holde øynene oppe samtidig som jeg har en uro i kroppen. Det er nok de nye pillene, så dette er vanskelig. Det er dumt at du skal se meg slik." I slike situasjoner utsatte forskeren intervjuet til en annen dag eller til en annen tid på dagen.

Intervjuer, uformelle samtaler og deltagende observasjoner med pasientene var viktige for å få tilgang til pasientkunnskap og pasienterfaringer. De formelle intervjuene med pasienter (ofte i den innledende fasen av vårt bekjentskap) var alltid forhåndsavtalt. Vi ble fortalt av pasientene at de hadde brukt tid på å forberede seg til intervjuet, og at noen pasienter følte seg beæret over at vi ønsket å snakke med dem. I intervjuene med sykepleieviteren sa pasienter at det var viktig at hun fikk kunnskap om hvordan det var å være pasient i avdelingen, og at de også var vanlige mennesker som hadde levd et liv som ikke alltid var like lett å håndtere. Pasientene og sykepleieviteren snakket også ofte under uformelle samtaler om dagligdagse eller spesielle hendelser i avdelingen, og om livets viderverdigheter inne i avdelingen og ute i samfunnet. Som deltagende observatør i røykerommets samhandlingsaktiviteter, handlinger og hendelser, fikk forskeren et mangfoldig empirisk materiale.<sup>132</sup> Samlet sett ble sykepleieviterens deltagende observasjoner fra røykerommet kontinuerlig benyttet som bakgrunnsdata for videre samhandlinger og samtaler med pasienter.

Studiens empiri omfatter imidlertid ikke de pasientaktivitetene som utspilte seg på røykerommet når forskerne ikke var til stede, selv om en del konkrete hendelser ble fortalt oss i ettertid, som for eksempel hva som skjedde når en spesiell pasient hadde oppført seg bråkete eller upassende.

## **Fokusgrupper**

Vi anvendte i vår studie fokusgrupper i fase 1 og fase 3 som beskrevet tidligere i dette kapitlet. Fokusgrupper er en kvalitativ tilnærming til kunnskapsutvikling, der hensikten er å samle kvalitative data gjennom fokuserte diskusjoner (Krueger, 1994). Hummelvoll (2003) hevdet med henvisning til sin studie "Kunnskapsdannelse i praksis," at en viktig kilde til datautvikling var fokusgruppeintervjuer med avdelingens personale. Denne metodiske tilnærmingen harmonerte i følge Hummelvoll (2003) med den reflekssive fagutviklingsprosessen som studiens informanter (avdelingspersonalet) hadde deltatt i. Per Tillgren & Mie Wallin (1999) pekte på at fokusgruppeintervju var en metode som var velegnet når forskerens hensikt var å utforske menneskers erfaringer og perspektiver. I den forbindelse definerte Brataas (2001) fokusgrupper som semistrukturerte gruppediskusjoner

---

<sup>132</sup> Det kunne for eksempel være som nevnt før hvordan pasientene hadde en hierarkisk plassering i form av faste stoler, eller hvordan pasienter korrigerer hverandre når personalet ikke var til stede, som for eksempel når det ble for mye støy eller andre former for uro på røykerommet.

med et mindre utvalg fra en populasjon, der siktemålet er å utvikle mer utdypende informasjon eller kunnskap knyttet til et bestemt tema, fenomen eller spesifikk situasjon gjennom refleksjoner (Tillgren & Wallin, 1999). Studiens fokusgruppeintervjuer med avdelingspersonalet hadde som hovedsiktemål å få frem personalets beskrivelser og refleksjoner knyttet til noen utvalgte temaer som forskerne presenterte for gruppedeltagerne. Grppesamtalen med tidligere innlagte psykiatriske pasienter ble gjennomført utenfor sykehuset, og foregikk som en gruppesamtale mellom forskerne og tidligere innlagte psykiatriske som *ikke* hadde deltatt i studiens hovedundersøkelse. Siktemålet med denne gruppesamtalen var å søke å få frem deltagerens beskrivelser og refleksjoner knyttet til studiens foreløpige analyser eller utvalgte temaer som omfattet studiens psykiatriske pasienters perspektiver og synspunkter på deres pasienthverdag i avdelingene.

## **Analyse**

I etnografiske analyseprosesser hevdes det at analysen begynner å skje i det man inntar feltet, og analysen er derfor ikke noe som skjer umiddelbart etter endt feltarbeid, men heller noe som skjer samtidig med og i etterkant av innsamlingen av det empiriske materialet (Lofland et al., 2006, Widerberg, 2001). Det innebærer at forskeren vet en hel del om dataenes karakter og de analytiske potensialer som ligger i materialet før forskeren forlater feltet.

Analyse er enkelt sagt en måte å systematisere og lete etter mønstre basert på nedtegnede hendelser, handlinger, samhandlinger, artefakter, samtaler, og så videre (Spradley, 1980). Det mest vanlige er at det mer systematiske analysearbeidet foregår etter endt feltarbeidsopphold, selv om det er fullt mulig å veksle mellom innsamlingen av empiri og systematisering gjennom nedtegnelse av grupperinger av empiri.

Analysearbeid kan forstås som en runddans mellom teori, metode og dataproduksjon (Wadel, 1991), eller som et systematisk arbeid som går i "loops" og ikke i en rett linje (Delamont, 2004). Analyse av materialet kan også gå i sløyfer, på kryss og tvers, og enhver ny gjennomlesning av materialet kan føre til nye oppdagelser og refleksjoner. Våre analyseprosesser er preget av en runddans mellom teori, metode og analyse, og våre analyser ble preget av stadige nye refleksjoner knyttet til nye møter med det nedtegnede materialet. Det empiriske materialet ble til stadighet perspektivert med nye analytiske innfallsvinkler etter hvert som vi ble ytterligere skolert eksempelvis i Foucaults tekster. Begrepene vi brukte i den

tidlige analysefasen lå tett opp mot feltets egne beskrivelser,<sup>133</sup> mens senere tolkninger bærer preg av påvirkning fra allerede etablerte analytiske innfallsvinkler som samhandlingsteorier jfr. Goffman (1961/1967). På den måten har vi gått utover de sosiale aktørers egne beskrivelser og meningstilskrivelser, det vil si utover det både pasientene og personalet ytret, og som dermed overskrider deres egne forståelser (Fangen, 2004).<sup>134</sup> På den måten har analysen beveget seg utover emiske beskrivelser,<sup>135</sup> i den hensikt å forankre det som utspilte seg av aktiviteter i den institusjonelle konteksten disse samhandlingsformene befant seg innenfor.

## **Analysearbeidet gjennom koding**

Det empiriske materialet vil ofte sprike og ikke gi et entydig bilde, men heller gi et mangefasettert og et komplekst bilde (Fangen, 2004), noe som gir særlige utfordringer i analysearbeid, og som kan gjøre det nødvendig å samle data i bolker, eller som Widerberg (2001) omtaler som å sortere materialet etter temaer. Vi har i kodingsprosessen behandlet og kodet det empiriske materialet på ulike måter, men ingen av oss har anvendt dataprogrammer som for eksempel Nudist. Antropologen har primært fulgt Lofland et al`s. (2006) kodingsprosesser, mens sykepleieviteren har primært fulgt Ricouers (1979) emneanalyse og fortolkningstrinn. Etter gjennomført kodingsprosess gikk vi sammen og sammenlignet hvilke hovedtemaer vi endte opp med på bakgrunn av hver vår måte å kode på. Hovedtemaene som vi hadde kommet frem til var de samme, til tross for ulik måte å sortere det empiriske materialet på.

Antropologen fulgte ulike prinsipper i sorteringen av samhandlingsmaterialet og intervju-materialet. Samhandlingsmaterialet fra deltagende observasjon ble kategorisert langs to ulike prinsipper; ”initial site specific coding” og ”focused coding,” jfr. Lofland et. al., 2006. ”Focused coding” er sortering etter hvilke emner som fremtrer (Lofland et al., 2006; 201). ”Initial site specific coding” er en måte å sortere materialet på basert på settingsspesifikke kategorier. Å sette opp det empiriske materialet basert på romlige kategoriseringer var

---

<sup>133</sup> Vi grupperte det empiriske materialet basert på de sosiale aktørenes egne begreper og beskrivelser, for eksempel kunne det være at vi anvendte personalets begrep om ivaretagelse, miljøkontakt, passe på, og lignende.

<sup>134</sup> Eksempelvis har vi gjennom å benytte Goffmans (1961/1967) utlegninger om motmaktstrategier beveget oss vekk fra de sosiale aktørenes dagligdagstale.

<sup>135</sup> Det emiske perspektivet vil være beskrivelser som ligger tett opp til hvordan de sosiale aktørene selv erfarer og beskriver sin verden, altså et insider-perspektiv (Fangen, 2004).



begrunnet i observasjoner av samhandlingsaktiviteten i avdelingene som forandret seg etter hva slags rom vi var i.<sup>136</sup> Av den grunn ble det empiriske materialet samlet i romspesifikke kategoriseringer som: Dagligstue/overgang gang, kjøkken, gang, vaktrom (uformelle møter), vaktrom (formelle møter), røykerom, veranda, arbeidsstue, ute/turer, relatert til samhandlingsaktiviteter basert på: Pasient – forsker-samhandling, pasient – pasient-samhandling, pasient – pleier-samhandling, pleier – pleier-samhandling, pleier – forsker-samhandling og aktiviteter.<sup>137</sup> Denne oppdelingen ga antropologen en oversikt over samhandlingsmønstre i de ulike rommene, og overgangen mellom rommene. Det trådte frem noen spesifikke mønstre, for eksempel at det meste av samhandlingsaktivitetene mellom pleiere og pasienter fant sted i gangen, og at denne samhandlingen var forhandlingspreget (se vedlegg 14 for kodingsprosess basert på rom). Etter å ha gruppert feltnotatene på bakgrunn av avdelingenes rominndelinger, ble det empiriske materialet i neste omgang ytterligere avgrenset og fokusert. På bakgrunn av grupperingen ble noen temaområder utredet for nærmere ettersyn og utdypning, og trengte videre analytisk utlegning (se Lofland et al., 2006).<sup>138</sup>

I analyse av intervjuene foregikk kodingen og kategoriseringen på en annen måte, ikke relatert til rom, men til temaområder som omfattet for eksempel sentrale miljøterapeutiske prinsipper. Intervjuene tok som tidligere nevnt utgangspunkt i observasjoner, samt hvilke faglige begrunnelser og forklaringer personalet måtte ha på miljøterapeutiske praksiser.<sup>139</sup> Vi ønsket å få kunnskap om noen helt spesifikke temaområder typiske for den miljøterapeutiske praksisen på de to respektive avdelingene. Av den grunn ble intervjuer med personalet kategorisert med bakgrunn i sentrale temaområder som: det å være miljøkontakt, skjerming, grensesetting, ivaretagelse, fysiske miljø, samtaler, demokrati og brukervedvirkning, og lignende (se vedlegg 15 for kodingsprosess av intervju). Det kunne også være tilgrensende temaområder som utgjorde en sentral del av dagliglivet på avdelingene slik som for eksempel medisiner og sikkerhet. I tillegg kunne det også i intervjuer komme frem temaområder relatert til pleiepersonalets daglige virke basert på dagliglivserfaringer som:

---

<sup>136</sup> Eller i overgangen mellom rom, på dørstokken mellom rom.

<sup>137</sup> Det var ikke i alle disse rommene at denne inndelingen var aktuell, for eksempel var det ingen samhandling på vaktrommet mellom pasient – pasient. Vaktrommet var primært pleiepersonalets rom, der de av og til fikk besøk av enkeltpasienter (det var sjelden pasienter kom lengre inn enn til dørstokken) og lege, psykolog, eller enhetsleder i tillegg til forskerne.

<sup>138</sup> Dette kaller Lofland et al. 2006 for fokusert koding.

<sup>139</sup> Intervjuene var semi-strukturerte, det vil si at intervjuene ikke var helt åpne, men fokusert i forhold til typiske temaområder relatert til miljøterapi.

Ubehagsopplevelser, dilemma, arbeidsmiljø, og så videre. Det å utforme en tematisk inndeling basert på intervju var en utfordring, da mange av temaområdene gled over i hverandre, slik at den opprinnelige inndelingen basert på miljøterapeutiske temaområder ble endret underveis.<sup>140</sup>

Analysene av fokusgruppeintervjuene ble gjort etter samme mal som intervjuene knyttet til temaområder, men med et delvis annet formål. I den tidlige fasen (fase 1) var det hensiktsmessig å få et inntrykk av den praktiske organiseringen av avdelingene og sentrale miljøterapeutiske prinsipper. Det empiriske materialet ble kodet etter temaområder som for eksempel rutiner, arbeidsoppgaver, miljøkontaktoppgaver, aktivitetstilbud, og dialogens plass i arbeidet med pasientene. I tillegg kom det opp andre til dels ”overraskende” temaområder som ikke direkte berørte forskningens hovedtema, miljøterapi. Det var temaer som røyking som hinder for samvær mellom pasienter og pleiepersonale, medisiner, sykehusets omorganisering, uro relatert til ledelsens planer for fremtiden, rusproblematikk, sikkerhetsaspekter, og ikke minst deres syn på forskningen og spørsmål knyttet til forskernes tilstedeværelse i avdelingen.

Som tidligere nevnt ble studiens analyser av det empiriske materialet gjennomført både gjennom et samarbeid mellom forskerne og gjennom antropologens og sykepleieviterens individuelle analyser. Selv om studiens foreliggende materiale i så henseende foreligger som allerede analysert (i betydning bearbeidet), blir det gjennomført flere analyser (jfr. Widerberg, 2001). Widerberg (2001) skriver at det er vanlig at den senere analysen blir omtalt som en analyse som kan utføres relativt uavhengig av tidligere tolkningsprosesser. Sykepleieviteren benyttet i denne fasen en analyseform knyttet til Paul Ricoeur (1979, 1981). Begrunnelsen for at sykepleieviteren valgte å benytte Ricoeurs fortolknings teorier var at dette var en analyseform som passet studiens etnografiske materiale.<sup>141</sup> Ricoeurs metodiske fortolkningsprinsipper eller innfallsvinkler hadde ikke som siktemål å få frem allmenngyldige sannheter eller virkeligheter, men representerte en søken etter å beskrive og tolke det som er

---

<sup>140</sup> I analysen av intervjuene ble det også nedtegnet hvordan forskeren, antropologen i denne sammenheng, påvirket materialet gjennom hvordan hun brukte egne opplevelser som grunnlag for spørsmålsformuleringer, jfr. Järvinen, 2005. En fare med å anvende seg selv som utgangspunkt i intervjusituasjoner er at intervjumaterialet blir rene navlebeskuelser på bekostning av fokus på forskningstema.

<sup>141</sup> Ricoeurs fortolknings teori er vanlig anvendt i analyse av etnografisk materiale, jfr. antropologen Geertz hermeneutiske analytiske tilnærminger (se Fangen, 2004).

virkelig for en bestemt person i en gitt situasjon, der utsagnene ble formet gjennom personens historie, kontekstuelle omgivelser, erfaringer, tolkninger og meninger. Hermeneutikk som tekstteoretisk forståelse omfatter fortolkning gjennom en reflekterende metode. Ricoeur (1979) brukte også begrepet "kritisk distanse" som en demaskering og avklaring av vårt forhold til verden gjennom å tilegne seg avstand slik at vi kan se klarere, og dermed forstå oss selv bedre slik at vi kan unngå å fortape oss i tidligere forstillinger om oss selv, de andre og verden.<sup>142</sup> Handlinger og hendelser har ikke et uendelig antall betydninger, men inkluderer også underliggende betydninger som ikke trer tydelig frem. Ricoeur (1979, 1981) omtalte slike fortolkninger som reduktive (innskrenkende) eller mistankens hermeneutikk.

Første trinn i sykepleieviterens analytiske tilnærming av det totale materialet var å dele materialet inn i hovedgrupper, slik at personalintervjuer, pasientintervjuer, observasjoner av pasienter, observasjoner av personale og så videre, ble differensiert og mer fokusert. Siden studiens forskningsarena primært var begrenset til å omfatte avdelingens formelle rom, som røykerommet, vaktrommet, gangen, stuen og overgangen mellom nevnte rom, ble det naturlig å knytte materialets hovedgrupperinger til rom. Vårt materiale bestod også av empiriske data som omfattet vår tilstedeværelse utenfor avdelingen, og disse dataene ble gruppert for seg. Fortolkningsprosessen bestod av tre hovedfaser og forgikk på tre nivåer; en naiv analyse, en strukturanalyse, og en kritisk fortolkning og diskusjon av det totale materialet (Ricoeur, 1979).

Nivå 1: Gjennom den første naive lesning søkte sykepleieviteren å få et helhetsinntrykk av den foreliggende teksten. Denne første grundige lesningen bestod av flere gjennomlesninger av tekstene for å få en helhetsforståelse av hva tekstene handlet om. En førstefortolkning som ifølge Ricoeur (1979) bestod av å se og lytte til det som berørte leseren, slik at den enkelte teksten fikk mening, og fenomener kom til syne. I denne fasen ble følgende naive spørsmål stilt til teksten: Hva forteller denne teksten oss?

Nivå 2: På dette nivået ble den enkelte teksten lest med fokus vendt mot tekstens struktur, gjentagende fenomener eller grunntemaer og sammenhenger mellom dem. Sykepleieviteren var opptatt av hva som ble sagt og betydningsenheter, det vil si hva som ble snakket om, slik

---

<sup>142</sup> Ricoeurs omtale av kritisk fortolkning omfattet også ubevisste prosesser, ideologier, maktforhold og andre uttrykk for dominans som kan føre til at visse interesser blir borte på bekostning av andre i de forståelsesformene som spontant oppstår.

at tekstens ulike temaer, sammenhenger og mønstre trådte tydeligere frem. Denne gjennomlesningen resulterte i et sammendrag av den enkelte teksten, der sentrale temaer og undertemaer ble nedskrevet. Oppmerksomhet ble vendt mot likheter og ulikheter, sammenhenger og meningshorisonter. I denne fasen ble følgende hovedspørsmål til den enkelte teksten stilt: Hvilke gjentakende fenomener eller grunntemaer finnes i teksten? Hvilke personer introduserer temaene? Tekstens analyse skulle bidra til å overvinne tekstens første ”tilsynelatende fortelling”, og bidra til en ytterligere fortolkning.

Nivå 3: I den tredje fasen ble det gjennomført en kritisk fortolkning av det totale materialet. Strukturer og gjentakende fenomener (grunntemaer) ble analysert opp mot helheten (det samlede materialet). Lesningen førte til gjenkjennelse av ulike sammenhenger mellom fenomener, temaer, strukturer og ulike helhetlige mønstre. De sosiale aktørenes utsagn, fortellinger, ulike handlinger og samhandlinger ble i denne fasen analysert på tvers av studiens totale datamateriale. På dette nivået ble den tidligere analysens grunntemaer ytterligere studert og reformulert til materialets hovedtemaer.

## **Analysetråder**

Kodingsprosessen der vi sorterte og grupperte det empiriske materialet tilfredsstilte *ikke* behovet for å se grundigere på noen temaområder eller sammenhenger mellom temaområder. Av den grunn ble det i tillegg nødvendig for oss å nedtegne noen ”memos” (Lofland et al., 2006) eller det Karin Widerberg (2001) omtaler som analysetråder. Ideer om materialet kalles memos eller analysetråder, og kan for eksempel være sammenhenger mellom temaområder. Analysetråder er for Widerberg (2001) det som vekker en særlig interesse, og som kan skrives ned separat i en notablokk i forbindelse med gjennomlesing. Analysetråder for oss var de umiddelbare ideene vi fikk etter å ha lest fortløpende gjennom observasjons- og intervjumaterialet. Deretter nedtegnet vi noen analysetråder med bakgrunn i felles diskusjoner av de temaområdene som tidligere var fremkommet under kodingsprosessen. Diskusjonene dannet grunnlag for noen nye tanker og ideer om materialet som ble skrevet ned.<sup>143</sup> Disse

---

<sup>143</sup>Av den grunn har analysearbeid blitt kalt ”romantic inspiration” (Lofland et al., 2006) og mysterium (Alvesson & Kärreman, 2005). Det har vært hevdet at man kan begynne analysen med noe man ikke forstår eller stiller seg undrende til (Alvesson & Kärreman, 2005).

ideene var ofte forankret i hva som overrasket oss, hva vi stilte oss uforstående til, hva som syntes paradoksalt, og hva som syntes å gå igjen eller utgjøre et mønster.<sup>144</sup>

I artikkel skriving prosessen tok vi utgangspunkt i hva som overrasket og ikke minst hva som syntes paradoksalt forankret i hovedtemaene på bakgrunn av vår kodingsprosess og nedtegnelse av analysestråder.<sup>145</sup> Dette dannet et utgangspunkt for hva vi videre nøstet opp i, og førte til en fokusering på temaområder som for eksempel forhandlingssamfunn (brukermedvirkning), være på tilbudssiden (konsum), eller barneoppdragelse (normalisering).<sup>146</sup> På den måten kom vi ikke bare på sporet av sentrale miljøterapeutiske praksiser og dagliglivspraksiser, men også ulike spenningsfelt og paradokser: Ta selv-ansvar versus stengte dører, inndragelse av eiendeler, faste rutiner, regler. Nærmere bestemt illustrerer dette hvordan pasientene skulle læres opp til selv å ta ansvar for å bli selvstendige, men samtidig ble de fratatt muligheter til å vise et slikt ansvar når dørene var stengt og det meste var forhåndsbestemt av personalet. Andre sentrale spenningsfelt og paradokser var: Husregler, overvåkning og sikkerhet (alarm) versus medbestemmelse, autonomi og selvråderett, å være på tilbudssiden, invitere til dialog versus oppdragelse (normaliseringspraksiser). Dette er temaområder, spenningsfelt og paradokser som er utdypet i artiklene og i sammenbindingens oppsummerende diskusjonen.

### ***Å produsere tekst om de andre: Etske betraktninger***

I samfunnsvitenskapene vil det å produsere kunnskap om andre innebære et moralsk og politisk ansvar og engasjement, da denne kunnskapen gjøres offentlig tilgjengelig (Schwandt, 2000). Det å produsere kunnskap om andre krever ikke bare en redegjørelse av forskernes posisjoner, men også etiske vurderinger av hvordan produsere, fremlegge og tilbakeføre tekst om de studerte (se bl.a. Gullestad, 2003, Hviding, 1998). Vi har i store deler av forskningsprosessen, fra analyseprosessen (iberegnet observasjonsstudiene og intervjuene) til

---

<sup>144</sup>Både Fangen (2004) og Widerberg (2001) mener man skal begynne en analyse med hva som synes særlig interessant, hva man stiller seg uforstående til og hva som går igjen.

<sup>145</sup>Vi ble enige oss imellom om hvilke hovedtema som skulle belyses i hvilke artikler, og hvem som skulle ha ansvaret for hvilke hovedtema.

<sup>146</sup>Et slikt fenomen som vi la merke til og stilte oss uforstående til, og som ble ytterligere tydeliggjort gjennom kodingsprosessen, var et inntrykk av at man på langtidsposten stadig prøvde å få pasienten i tale, få pasientens synspunkt på ulike saker, men at dette syntes svært vanskelig å få til. Et slikt inntrykk dannet således grunnlag for en nærmere utforskning av miljøterapiens demokratiske prinsipper i en medisinsk hierarkisk fundert institusjon (se artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008 og artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

de skriftelige fremstillingene gjennom artikkelskriving, vurdert, diskutert og bestemt etiske veivalg om hvordan fremstille feltets kompleksitet og sosiale aktører. Artikkene bærer preg av en kombinasjon av å påpeke de statlige rammer som fagutøverne omgir seg med, samt en påpeking av de profesjonelle forståelser og fagideologier, der hensikten har vært å løfte frem disse som grunnlag for å skape debatt i fagmiljøet. Vi ønsker med andre ord at avhandlingen skal skape en helse- og sosialpolitisk debatt, samt en debatt i det sykepleiefaglige miljøet om miljøterapi som behandlingsform.

En sentral del av etnografisk forskning er å få "natives' point of view", men samtidig ha en distanse til feltet og dets sosiale aktører i den hensikt å kunne beholde øynene åpne (Behar, 1996). Etnografisk forskning kan sies å befinne seg i spenningsfeltet mellom det å være deltakende observatører der det inviteres til forståelse og tillit, og det å etablere en distanse i den hensikt å ha øynene åpne for å kunne produsere tekst om de studerte.<sup>147</sup> Den påfølgende prosessen med å produsere tekster om aktørens sosiale verden, gjenspeilte seg i spørsmål til forskerne under feltarbeidet: "Hva synes du/dere om vårt arbeid?", "Hva har dere funnet her?", "Har dere bestemt dere for hva dere skal skrive om oss?" og så videre. Pasientene derimot var ikke synlig opptatt av hvordan vi ville fremstille dem i avhandlingen. De pasientene som uttrykte en forventning til hva vi kom til å skrive, hadde positive kommentarer slik en pasient sa det: "Denne studien må publiseres, for det er viktig at noen skriver om hvordan vi blir behandlet her inne."

"Making the Other" eller "fremstillingen av De andre" inngår i en stor debatt i denne type forskning.<sup>148</sup> Diskusjoner omkring hvordan fremstille de andre (pasientene) er også en velkjent aktivitet i psykiatriske avdelinger gjennom å fortolke og oversette pasientenes historier til psykiatriske historier (van Dongen, 1998). Avdelingspersonalet er godt kjent med denne fortolknings- og oversettelsesprosessen, det er noe de gjør hver dag i sine skriftlige og muntlige rapporter (se artikkel 5 og 8 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Til tross for at avdelingspersonalet til daglig omskriver pasienthistorier inn i en psykiatrisk

---

<sup>147</sup> Potensiell påført emosjonell skade på de sosiale aktørene kan ses i lys av en slik dobbelhet (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007).

<sup>148</sup> Vi vil ikke gjengi denne debatten her, men kort fortalt har det å studere samfunn og kultur gjennom etnografisk metode i flere tiår skapt debatt om hvordan å fremstille "de andre" (Clifford & Marcus, 1986). Det er pågående debatter om man skal søke erfaringsnære beskrivelser og nøye seg med det, eller om man skal søke å fremstille de andre med andre akademiske briller for å løfte frem andre sider ved praksisen enn den som allerede er kjent (for oversikt over denne debatten, se Eide, 2005). Foucault (2001) vil tilhøre den siste kategorien, der et sentralt anliggende med samfunnsvitenskapelig forskning og fremstillinger er "å føre feltet ut på glattisen." På den måten søkes det å skape bevegelse i feltet som studeres.

fortolkningsramme, er de selv ikke vant til å bli oversatt og forstått innenfor en samfunnsvitenskapelig fortolkningsramme og språk. Fremstillingen av de andre er ikke nødvendigvis enkelt tilgjengelig eller akseptabel for de som blir forsket på (Dahl, 1999). Forskerne vil befinne seg i spenningsfeltet mellom forskjellige virkeligheter, som mellom feltet som studeres og den akademiske verden (Hastrup, 1988). Feltarbeidet inngår i en annen virkelighet eller et annet modus enn selve teksten der man trer ut av den levende og bevegelige prosessen som feltarbeid er (Solheim, 2004). Det er en markert overgang fra å være levende til stede i feltet, til en tekstlig representasjon der man tekstliggjør egen fortolkning av en levende og egenopplevd virkelighet. Teksten kan på den måten sies å utgjøre en konfrontasjon med feltets sosiale aktører, særlig i samfunn der de studerte har en forventning om og kvalifisert formening om teksten. Forskerne vil ofte gå utover den tolkningen aktørene selv har av sin verden, og følgelig kan de sosiale aktørene føle seg objektivert<sup>149</sup> eller at de stiller seg uforstående til forskerens beskrivelser (Fangen, 2004).<sup>150</sup>

Det finnes ulike posisjoner man kan ta når man produserer tekst om de andre, der man enten kan være en gruppes talsmann, eller søke å være hele feltets talskvinne (se Hammersley & Atkinson, 1996). Det psykiatriske feltet er på dette området todelt i betydningen delt mellom personalet og pasientene, og åpenbare problemstillinger i det psykiatriske feltet vil være: Hvem representerer vi; pasientene eller personalet? (van Dongen, 1998). Vi har forsøkt å være både pasientenes og personalets talskvinne,<sup>151</sup> men det vil være ulike interessekonflikter og ulike forståelser av hverdagsvirkeligheter blant personalet og pasientene. I vår studie var det primært personalets terapiform som ble undersøkt, og av den grunn kan våre fremstillinger være på kollisjonskurs med deler av personalets opplevelser og synspunkter om denne terapiformen.

Det å produsere tekst om "de andre" kan innebære å være feltets ideologikritiker gjennom å sette de sosiale aktørenes handlinger og beretninger inn i nye kontekstuelle sammenhenger.

---

<sup>149</sup> Etnografisk forskning innebærer ikke bare et nøkternt blikk på det som studeres, men også et granskende og stirrende blikk. Foucault betegner dette blikket som et "disiplinerende blikk" som skaper noen sannheter (Foucault, 2001). Det å produsere sannhet gjennom et granskende blikk er en øvelse karakteristisk for det moderne, typisk for alle humanvitenskapene, og i denne sammenheng både de medisinsk-psykiatriske så vel som de sosiologiske, antropologiske og lignende (Foucault, 1963/1989).

<sup>150</sup> For eksempel kan Goffmans "Asylum" (1961/1967) leses som en autoritær tekst med politiske hensikter, som avslører en "bedragerisk" institusjon (se Altheide & Johnson, 1998). I det hele tatt kan etnografiske fremstillinger lett bære preg av å være autoritære med moralske imperativer.

<sup>151</sup> Å være talskvinne her må ikke forstås i betydning å gjengi deres "egne beskrivelser" av praksis, men å forankre disse beskrivelser i lys av et analytisk og teoretisk rammeverk som er annerledes enn deres egne.

Det kan både være analytiske innfallsvinkler og kontekstuelle rammer som de sosiale aktørene omgis av. Disse rammene kan være både sentrale føringer inklusive stortingsmeldinger, NOUer og lovverk, og ideologier som er nedfelt i den psykiatriske og sykepleiefaglige kunnskapstradisjonen. På den måten løftes de byråkratiske og ideologiske rammene for praksisutøvelsen frem, og kan bidra til at forskeren verken individualiserer eller stigmatiserer ansattes arbeid, praksis eller oppførsel. Med et fokus på rammer kan de ansatte stå i fare for å bli fremstilt som passive aktører omsluttet av determinerende rammer, enn som aktivt deltagende aktører. En slik fremstillingsform kan imidlertid stå i fare for å frata aktørene deres egenvurderinger og ansvar for den praksisen de bedriver. Kritikken som reises i artiklene bør leses som en kritikk av de statlige byråkratiske rammene og sykepleiefaglige og miljøterapeutiske ideologiene, og i mindre grad som en kritikk av de sosiale aktørene.

### ***Overførbarhet***

I kvalitativ forskning er det studiens analytiske generalisering i form av begrunnede vurderinger som avgjør i hvilken grad studiens resultater kan brukes som rettledning til hva som kunne skje i en annen kontekst og situasjon (jfr. Kvale, 1997). Fangen (2004;212) hevder at:

*Overførbarhet handler om hvorvidt dine tolkninger av det du har observert, kan overføres til å gjelde i andre, lignende sammenhenger også. Idealet er at din enkelte undersøkelse kan bidra til en mer teoretisk forståelse av et fenomen.*

Det er dessuten sjelden eller aldri mulig å gjenta studiens datainnsamling med deltagende observasjon to ganger, da også miljøer og organisasjoner forandrer seg over tid, og de sosiale aktørene og miljøet vil kunne reagere på andre måter ovenfor andre forskere (Fangen, 2004). Vår studies beskrivelser og fremstillinger kan i begrenset grad ha overføringsverdi til å gjelde andre psykiatriske sykehus, men på noen områder vil studiens fremstilling kunne overføres til lignende kontekster og områder som vi finner i noen sentrale norske og internasjonale studier. Dette er studier som har beskrevet samhandlingsaktiviteter mellom personale og pasienter i psykiatriske sykehus. Til tross for at flere av disse studiene omhandler andre psykiatriske sykehus, og studienes empiri er til dels fra andre tidsepoker og med andre forskere, vil våre fremstillinger i denne studien synliggjøre deler av de samme tolkningene og fenomenene som vi ser i andre relevante studier (se bl.a. Caudill, 1958, Goffman, 1961/1967, Løchen,



1965/1976, Sørhaug, 1982, Thomas, Shattell & Martin, 2002, van Dongen, 2004, Sørensen, 2006, Jacobsen, 2006, Norvoll, 2007). Til tross for at valg av analytiske perspektiver i de ulike studiene divergerer, har vi gjennom denne studien søkt å bidra med å utvikle en utvidet forståelse av flere av de samme fenomenene.

### ***Anonymisering og informert samtykke***

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å gjennomføre studien på kun en avdeling. Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk rådet oss til å velge to avdelinger av to grunner. For det første at pasientene skulle få en mulighet til å få en pause fra forskerne, og for det andre for å sikre anonymitet. Av den grunn valgte vi å forespørre institusjonen om å gi oss tilgang to ulike avdelinger, noe vi fikk anledning til. Vi har i artiklene hentet det empiriske materialet hovedsakelig fra en av avdelingene, men supplert med lignende historier fra den andre avdelingen for å sikre anonymiteten i den hensikten å hindre gjenkjennelse. Vi har ikke anvendt informantens navn eller andre spesifikke karakteristika når personene er blitt beskrevet. Vi undertegnet i den forbindelse en taushetserklæring (se vedlegg 4). I artikkel 7 (Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008) som har et konstruert case knyttet til en pasient, er denne pasienten en konstruksjon basert på flere ulike typiske pasienthistorier. Sykehuset er også anonymisert gjennom å beskrive sykehusets lokalitet som en typisk lokalitet i norsk institusjonssammenheng. Studien ble informert grundig om til både personalet og pasientene gjennom informasjonsskriv (se vedlegg 5). Det ble innhentet informert samtykke til intervju av personalet (se vedlegg 8), og til intervju med og observasjoner av pasientene (se vedlegg 6 og 7). Studien fikk tilråding av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (se vedlegg 3) og samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg 2).

## Kapittel 4: Analytiske perspektiver

Denne studien har sin primære forankring i sosial konstruksjonisme gjennom inspirasjon fra ulike interaksjonsteorier (Goffman, 1961/1967, 1974, Berger & Luckmann, 1966/1992). Andre analytiske tilnæringsmåter som studien har støttet seg på befinner seg innenfor tilgrensende vitenskapsteoretiske retninger representert ved tenkere som Michel Foucault og Dorothy E. Smith. Vi har i liten grad anvendt feltets egne forklaringsmodeller som for eksempel en medisinskpsykiatrisk modell. Vi vil i dette kapittelet redegjøre for studiens valgte analytiske perspektiver.

Etnografisk forskning gir ofte et rikt og mangetydig datamateriale, og gir derfor muligheter til mangfoldige tolkninger og flerfoldige muligheter til bruk av teorier og analytiske perspektiver og ulike paradigmer (Mik-Meyer & Järvinen, 2005, Delamont, 2004, Alvesson & Sköldberg, 1994).<sup>152</sup> Denzin & Lincoln (1998) gir en kortversjon av de ulike paradigmene som kvalitativ forskning er forankret i: Positivism, postpositivism, konstruktivism, postmodernisme og poststrukturalisme. Epistemologiske grunnforutsetninger og forskerens rolle og innflytelse i kunnskapsprosessen er avhengig av hvilket paradigme man som forsker plasser seg inn under. Vi har ikke plassert oss selv eller vår forskning i noen av disse paradigmene som er presentert ovenfor, men heller i skjæringspunktet mellom interaksjonistisk/konstruktivistisk perspektiv (Goffman, Berger & Luckmann) og kritisk postmodernistisk perspektiv (jfr. D.E Smith, Foucault).<sup>153</sup> Dette er perspektiver som ikke må forstås som gjensidig utelukkende, men heller som gjensidig utfyllende (Mik-Meyer & Järvinen, 2005).<sup>154</sup>

Fremveksten av poststrukturalismen og postmodernismen fikk konsekvenser for synet på og praktiseringen av kvalitativ og etnografisk forskningsmetode (Alvesson & Sköldberg, 1994). Det innebærer at for eksempel innen den postmodernistiske vitenskapstradisjon blir ikke forskeren betraktet som en nøytral person som avdekker en forhåndsgitt virkelighet, men

---

<sup>152</sup> Det kan være flere sentrale vitenskapsteoretiske forankringer når man anvender etnografisk metode, alt fra hermeneutiske forankringer med fokus på fortolkningsprosesser, fenomenologi (der erfaringsverdenen står sentralt), samt mer strukturelle og konstruksjonistiske forankringer (Alvesson & Sköldberg, 1994).

<sup>153</sup> Se senere omtale om Foucault i dette kapitlet. Foucault har blitt plassert som del av den kritiske postmodernistiske tradisjonen, men vil ikke selv vedkjenne seg denne eller andre bås plasseringer.

<sup>154</sup> For eksempel har man i senere formuleringer og utvikling av interaksjonistiske tilnæringer inkludert postmodernistiske innsikter der forskeren anses å være en aktiv aktør i konstruksjonen av den virkeligheten som presenteres (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

bidrar til å samkonstruere denne virkeligheten (Smith, 2002).<sup>155</sup> Følgelig vil det ikke være datamaterialet som styrer bruken av analytiske innfallsvinkler alene, men analytiske innfallsvinkler ligger i skjæringspunktet mellom det empiriske materialet og forskerens blikk på det samme materialet. Analytiske innfallsvinkler eller teori kan være ideologibasert, og dermed vil valg av teori være preget av den tid og forskningskultur forskeren selv er del av (Alvesson & Sköldberg, 1994). Det innebærer at forskerens blikk på det innsamlede materialet blir et styrt blikk, som ikke er uavhengig av den samtid og kontekst som forskeren er en del av.<sup>156</sup> Kunnskap er således ikke noe som *reproduseres*, men heller *produseres* i dialog mellom forskeren og feltet, inklusive dets aktører (Schwandt, 2000). Det blir stilt krav om forskerens redegjørelse for egne posisjoner og krav om refleksivitet i forbindelse med presentasjon av det empiriske materialet (se bl.a. Song, 2006, Alvesson & Kärreman, 2005, Delamont 2004, Grills, 1998, Hastrup & Hervik, 1994, Hastrup, 1988). I den forbindelse har vi i denne studien vært opptatt av hvordan vi har påvirket det feltet vi studerte, og hvordan vi samkonstruerer dagliglivets virkelighet sammen med sykehusets sosiale aktører.

### ***Vitenskapsteoretisk utgangspunkt***

Analyser forankret i sosial konstruksjonisme starter ofte med etableringen av et bestemt blikk eller perspektiv på et utsnitt av den sosiale virkelighet (Esmark, Laustsen & Andersen, 2005). Den sosiale virkelighet betraktes ikke som organisert i forhold til klare årsak – virkningsforhold eller effekter, men det er snarere i betydningen analytiske innfallsvinkler som redegjør for hvordan den sosiale virkelighet konstrueres. I sosialkonstruksjonismen vil forskeren søke å lese sammenhengen mellom rammer og sosiale aktører, eller mellom et kollektivt nivå og et individuelt nivå. Et sentralt ontologisk utgangspunkt i sosialkonstruksjonismen er at kunnskap er sosialt konstituert og intersubjektivt skapt. Den sosiale praksis betraktes å skapes i situerte sosiale relasjoner (Gergen, 1994/2005). En av sosialkonstruksjonismens grunnantagelser er at kunnskap betraktes som konstruert, og ikke som oppdaget (Klee, 1997). Vitenskapen vil derfor ikke kunne avdekke virkeligheten slik den fremstår, men derimot er den virkeligheten som avdekkes en gjenspeiling av våre beskrivelser

---

<sup>155</sup> Det sosiale liv som nedtegnes må ikke forstås som et ”objekt der ute”, uavhengig av fortolkninger av det sosiale liv observert (Schwandt, 2000).

<sup>156</sup> Dette er en tradisjon tilhørende den filosofiske hermeneutikk jfr. Gadamer, der det å forstå *er* fortolkning – noe som innebærer at man ikke kan tre ut av den historiske kontekst man er en del av i den vitenskapelige fortolkningsprosess (Schwandt, 2000).

av den samme virkeligheten. Dette gjelder også de uttrykk og begreper som vi anvender for å forstå verden og oss selv, og som er skapt gjennom historiske og kulturelt lokaliserte utvekslinger mennesker imellom (Gergen, 1994/2005). Av den grunn vil et blikk på feltet påvirket av sosialkonstruksjonismen innebære en skepsis mot allerede etablerte beskrivelser av den samme virkeligheten.

Konstruksjonistiske epistemologiske grunnforutsetninger omtales og diskuteres i Peter Berger & Thomas Luckmanns (1966) bok: "The Social Construction of Reality." Berger & Luckmanns (1966/1992) bok utforsker dialektikken mellom samfunn og individ, og henter inspirasjon fra teoretikere som Max Weber, George H. Mead og Emile Durkheim. Berger & Luckmann (1966/1992) søker blant annet å forene ulike samfunnsvitenskapelige teorier gjennom å konstruere en syntese mellom Webers understrekning av at den sosiale virkelighet konstitueres gjennom subjektive betydninger og meningsdannelser, og Meads betraktninger om hvordan individene internaliserer den sosiale virkeligheten. I tillegg henter de inspirasjon fra Durkheims tese om at sosiale kjensgjerninger må betraktes som ting, og samfunnet må betraktes som en objektiv faktisitet. Med andre ord søker Berger & Luckmann (1966/1992) å fremstille en syntese mellom det subjektive (individene som meningstilskrivende) og det intersubjektive (hvordan mening skapes i samhandlende relasjoner) i våre sosiale konstruksjoner av virkeligheten.<sup>157</sup> De fremhever videre at den sosiale virkelighet konstruerer vår opplevelse av oss selv, vår erfaring av og vår tro på dagligdagse virkeligheter. En sentral analytisk utgangsposisjon vil derfor være mikrososiologiske prosesser gjennom analyser av hverdagssamspill og hverdagsvirkelighet.<sup>158</sup> I den forbindelse fremhever Berger & Luckmann (1966/1992) at en vitensosiologisk analyse bør empirisk rette oppmerksomheten mot forholdet mellom hverdagsvirkeligheten i institusjoner og hvordan denne virkeligheten legitimeres gjennom symboler.

### ***Normalitet og avvik som historisk, sosialt og kulturelt betinget***

Vi har i deler av avhandlingens artikler latt oss inspirere og påvirke av konstruksjonistiske ideer som omhandler forholdet mellom normalitet og avvik. Våre perspektiver og

---

<sup>157</sup> Vitensbegrepet til Berger & Luckmann (1966/1992) knyttes tett an til individers subjektive mening, som en mening eller en kunnskap som aktørene må tilegne seg for å kunne agere i et fellesskap (Petersen, 2005).

<sup>158</sup> Når virkeligheten betraktes som samfunnsskapt, må man analysere de prosessene hvor denne skapelsen finner sted.

betraktninger om normalitet og avvik medfører et syn på psykiske lidelser som historisk, sosialt og kulturelt betinget.

Innenfor sosiologi og sosialantropologi har teoretikere i flere tiår vært opptatt av avvik og normalitet som tilpasningsformer til en gitt samfunnsorden, der brudd på samfunnsanordninger eller normer relatert til oppførsel og væremåte kan medføre negativ sosial stemping og utestengning (Goffman, 1963). I den forbindelse har sosiologer søkt å utforske forholdet mellom psykiske lidelser som individuelle versus sosiale fenomen, i betydningen å forstå sammenhenger mellom individuell avvikende atferd på den ene side, og samfunnsfaktorer på den annen side (Scheff, 1966, Perrow, 1965, Parsons, 1957).<sup>159</sup> Parsons (1957;109) skrev;

*In the case of mental illness, on the other hand, the focus of disturbance is in the relation between the personality of the individual and the social system or systems in which he participates.... A mentally ill person is then, in my view, a person who by definition cannot get along adequately with his fellows, who presents a problem to them directly on the behavioural level.*<sup>160</sup>

Antropologer har med bakgrunn i studier av ikke-vestlige samfunn observert at ulike etniske grupper og samfunn har ulike sett av normer knyttet til avvikende handlinger og tilstander på den ene side, og normale handlinger og tilstander på den annen side. I 1934 fremholdt antropologen Ruth Benedict at normalitet og avvik måtte forstås som relative størrelser forankret i kulturelle forestillinger og samfunnsbetingelser. Hun skrev: "Those who function inadequately in any society are not those with certain fixed "abnormal" traits, but may well be those whose responses have received no support in the institutions of their culture" (Benedict, 1934;279). Benedict (1934) ble kritisert for å legge for mye vekt på kulturens betydning for psykiske tilstander, og følgelig at det finnes syke samfunn eller kulturer som av den grunn burde diagnostiseres (Devereux, 1956/2000). I samme tidsepoke var det flere antropologer som begynte å utforske forestillinger knyttet til normalitet og avvik, sykt og ikke-sykt, helse og uhelse, og stilte spørsmål ved det vestlige psykiatriske diagnosesystemet og forestillinger

---

<sup>159</sup> I sosialpsykologi har man også debattert forholdet normalitet og avvik, om psykiske lidelser skal forstås som sosial eller biologisk arv (se bl.a. Gilbert & Levinson, 1957).

<sup>160</sup> Innenfor deler av avvikssosiologien ble psykiske lidelser og avvikende atferd primært forstått som brudd på samfunnets definisjoner av hva som betraktes som normalt versus unormalt. Personer som brøt samfunnets normer og regler for hva som ble ansett som normalt ville kunne bli stemplet som avvikende (Garsjø, 1997).

om normalitet og avvik (se Rivers, 1924/2000, Mauss, 1926/2000, Ackerknecht, 1943/2000, Yap, 1951/2000). Ackerknecht (1943/2000;131) skrev:

*Psychopathological labeling seems to be foremost an expression of helplessness, a specific attitude of our culture towards the unknown. While the savage regards the incomprehensible as supernatural, the `civilised` Western man regards as psychopathological.*

I denne debatten understreket Yap (1951/2000) at det som regnes som normal eller abnormal atferd i en kultur ikke nødvendigvis blir oppfattet som normal eller abnormal atferd i en annen kultur. Devereux (1956/2000) utviklet `etnopsykiatri`<sup>161</sup>, og etterlyste en nyansering av psykiatriens begreper knyttet til det normale og abnormale. Han skrev:

*The paired concepts `normal` and `abnormal` are the key concepts of psychiatry, and the determination the exact locus of the boundary between them is the crucial problem of psychiatry, regardless of whether one views psychiatry as `pure` or as `applied` science. Yet, whereas anthropologists write a great deal about their key concept, the problem of what is `normal` and what is `abnormal` has received relatively little attention in recent psychiatric literature. This is unfortunate, because the problem is still far from being satisfactory solved (Devereux, 1956/2000;215).*

Som antropolog og psykiater kritiserte George Devereux (1956) det psykiatriske synspunkt som for snevert, og at det fantes absolutte valide kriterier for normalitet upåvirket av normer i en gitt kultur. Devereux (1956) mente at forholdet mellom normalitet og avvik måtte ses i lys av både sosiale strukturer og kulturelle faktorer, og av den grunn burde psykiaterne ta høyde for kulturpåvirkning i sine diagnoser. Videre hevdet han at antropologer kunne bidra til en ytterligere berikende analyse av det psykiatriske felt. Han innførte av den grunn et nytt fag som han betegnet som ”Psychiatric anthropology” der man ikke bare burde anvende

---

<sup>161</sup> Antropologer har også rapportert om kulturbundne syndrom (Littlewood & Dein, 2000), det vil si tilstander som kun har blitt gjenkjent i ett samfunn, og ikke lot seg gjenkjenne i en annen type samfunn (se Murphy 1971/2000, Littlewood & Dein, 2000). Det har blant annet blitt skrevet om *amok* og *latah* (Murphy, 1971/2000), *kifafa* i Tanzania og *malkadi* i Trinidad og *kuru* på New Guinea (Littlewood & Dein, 2000). I etterkant av rapporter fra ”fjerne stammesamfunn” kom diskusjonen om psykiske lidelser grunnleggende sett må betraktes som universelle eller partikulære (se Vittersø, 1997, Littlewood & Dein, 2000, Øye, 2005). Det diskuteres om det i det hele tatt er mulig å snakke om psykiske lidelser som universelle fenomen, eller om psykiske lidelser primært må forstås som gradsfenomen avhengig av samfunns- og kulturtyper.

psykiatriske begreper eller teknikker i analyse og forklaringer, men burde anvende begge disipliners teknikker komplementært.

I nyere tid har forholdet mellom normalitet og avvik, og hvordan forstå en psykisk lidelse, vært gjenstand for debatt i antropologisk litteratur (se bl.a. Øye, 2005, van Dongen, 2004, Bjelland, 1997, Barrett, 1996, Obeyesekere, 1981). Anne Karen Bjelland (1997) hevdet at psykiatrisk sykdomsdefinering ikke bare må ses i lys av en kulturdimensjon, men at en psykisk lidelse også må ses i sammenheng med maktforhold og sosiale og politiske forhold. Ifølge Bjelland (1997;19) vil sentrale spørsmål i den sammenheng være: "Hvem vet hva om psykisk sykdom, og hvem og hvordan kontrolleres slik kunnskap, og for hvilke formål." Ut fra Bjellands (1997) perspektiver vil en psykisk lidelses realitet være avhengig av hvem som gjør krav på kunnskap om psykiske lidelser og har den nødvendige legitimitet til å forvalte denne kunnskapen. Hvordan sykdommer forstås kan videre tjene interessene til en dominerende hegemonisk klasse, der sosiale problemer og fattigdomsproblemer blir definert som individuelle medisinske anliggender, og ikke som kollektive anliggender (Bjelland, 1997, Scheper-Hughes & Lock, 1987).

Antropologen Tian Sørhaug (2006) argumenter for at distinksjonen mellom det normale og det unormale må forstås som bevegelig, gradvis og flytende, og ikke løsrevet fra kontekster og eksterne forhold. Dette kommer også til syne i psykiatriens språk og kategoriseringer, der man tidligere snakket om psykisk sykdom, snakker man i dag om psykiske lidelser som gradsfenomen.<sup>162</sup> Sørhaug (2006) kobler videre normalitet til moderne arbeidsliv der modernitetens krav fremmer noen typer egenskaper og relasjonstyper. Med andre ord ser Sørhaug (2006) det som nødvendig å forstå normalitets- og avviksformer som flytende sett i lys av samfunnsutvikling og relasjonsformer.

De tidlige sosiologiske og antropologiske debattene nådde også en del psykiatere i etterkrigstiden, og det utviklet seg en bevegelse eller retning av hva man i ettertid har betegnet som den antipsykiatriske bevegelse (Turner, 1996). I den antipsykiatriske bevegelses storhetstid på 1960- og 70-tallet kom Ronald D. Laings (1967) bok: *The politics of experience and the bird of paradise*, og David Coopers (1967) bok: *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. I

---

<sup>162</sup> Sørhaug (2006) gjør en kortfattet analyse av utviklingen i det psykiatriske diagnostiske begrepsapparatet fra 1970-tallet og frem til i dag, der man tidligere hadde et skille mellom nevrososer og psykoser. Disse skillene er ikke så klare i dag, med stadig større "oppdagelser av" personlighetsforstyrrelser som ikke lett lar seg plassere innunder de gamle skillelinjene.

disse bøkene ble normalitet, forstandighet og fornuft diskutert og kritisert, og ufornuft, vanvidd og uforstand løftet frem som en samfunnsmessig fremmedgjøring. I Boken *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* av Thomas Szasz (1961) ble psykisk sykdom definert som avvik på sosiale normer, der psykisk sykdom måtte forstås som metaforer. Han hevdet at menneskers lidelse ikke kunne betraktes på lik linje med somatisk sykdom, og at psykiatrisk behandling kunne bidra til å sykeliggjøre vanlige livsproblemer av eksistensiell art.

I de senere år har det blitt reist kritikk mot et avvikssosiologisk perspektiv der personer med psykiske lidelser har blitt betraktet som utelukkende å bli påvirket av ytre forhold, og dermed passive personer styrt av omgivelsenes reaksjoner og samfunnsforhold (Norvoll, 2007).<sup>163</sup> Hacking (2000) i likhet med Norvoll (2007) stiller seg kritisk til kun å betrakte psykiske lidelser som uttrykk for påvirkning av ytre forhold. I den forbindelse har han søkt å bygge bro mellom å forstå en psykisk lidelse både som ”a social construct” og som ”real.”<sup>164</sup> Han diskuterer forholdet mellom psykiske lidelser som en sosial konstruksjon på den ene side, og psykiske lidelser som reelle tilstander på den annen side.<sup>165</sup> Dette skillet mellom virkeligheten som konstruert og virkeligheten som noe reelt skriver seg fra forholdet mellom objekter og ideene om disse objektene. I den forbindelse introduserte Hacking (2000) begrepet *inter* som peker mot dynamikken mellom klassifikasjonen om individet og individets selverkjennelse, det vil si sammenhengen mellom å bli behandlet eller institusjonalisert på en spesiell måte, og å erfare seg selv på denne måten. Han hevdet at denne dynamikken må forstås som å gå i sirkler, og der konstruksjonen og kunnskapen om en gruppe endrer atferden til denne gruppen, noe som igjen endrer kunnskapen om denne gruppen basert på viten om endringer hos denne gruppen.<sup>166</sup> Det vil si at de erfaringene vi gjør om oss selv ikke må forstås uavhengig av de klassifikasjoner vi omgir oss med i vårt nettverk og miljø.

---

<sup>163</sup> En sentral kritikk av det konstruksjonistiske perspektivet har gått på at et konstruksjonistisk perspektiv kan bidra til å nedtone og overskygge pasienters subjektive lidelse og aktive meningstilskrivninger i deres lidelsesprosess (Norvoll, 2007).

<sup>164</sup> I den forbindelse anvender Hacking (2000) begrepet ”indifferent kinds” om psykiske lidelser forstått som naturlige og knyttet til naturvitenskapene, og anvender begrepet ”interactive kinds” om psykiske lidelser forstått som konstruerte knyttet til samfunnsvitenskapene.

<sup>165</sup> Hacking (2000) bruker også eksempler han mener er lokalt konstruerte gjennom hva han kaller ”mental illnesses as transient”, eller psykiske lidelser som flyktige. Slike tilstander er blant annet hysteria, anorexia og multiple personlighetsforstyrrelser, som han mener faller inn under denne kategorien flyktig, og at det er lett å la seg overbevise at dette er kategorier som kan sies å forstås som konstrukter.

<sup>166</sup> Hacking (2000) skriver at det er snakk om å forstå forholdet mellom ”real og construct” som en dynamikk som går i sirkler eller hva han betegner som ”biolooping.”



## *Samhandlingsperspektiv*

Med et samhandlingsperspektiv har vi søkt å fremstille dagliglivet og de miljøterapeutiske praksisene basert på observasjoner av virkeligheten<sup>167</sup> fra institusjonens ulike rom, gjennom nedtegnelser av hvordan dagliglivet utspilte seg slik vi har observert, nedtegnet og tolket samhandlingsaktiviteter, gjøremål og hendelser.

Valget av samhandlingsperspektiv er begrunnet i studiens etnografiske metodiske strategi som innebærer å ha et blikk rettet mot ulike former for samhandlingsaktiviteter i et mangfold av avdelingenes hverdagsliv og situasjoner. Perspektiver på samhandling vil rette søkelyset mot hvordan individene blir skapt og skaper seg selv i sosial interaksjon (Mik-Meyer & Järvinen, 2005). Det vil si en vektlegging av hvordan menneskeliv skapes av folk selv gjennom deltakelse i dagligdagse hendelser (Prus, 1996). Menneskelig aktivitet og erfaring må derfor forstås som prosessuell, noe som blir skapt i en kontinuerlig prosess i mellommenneskelige aktiviteter og gjøremål, eller mellom mennesker og ting (herunder fysiske miljø). En slik forståelse og grunnforutsetning går tilbake til Mead, som hevdet at individets bevissthet og individet selv ble skapt i samspill med andre, og at mennesket derfor måtte forstås som grunnleggende sosialt (Mik-Meyer & Järvinen, 2005). Handlinger, meninger og selvoppfattelser må derfor analyseres med bakgrunn i den konteksten de inngår i.

Med et interaksjonistisk perspektiv blir menneskelig liv og aktivitet forstått som essensielt intersubjektivt, der selvet blir dannet og skapt i samspill med andre i samfunnet.<sup>168</sup>

Menneskelige handlinger og samhandlinger kan derfor ikke betraktes som uavhengige av de kontekstene menneskene inngår i til daglig (Prus, 1996). Følgelig vil menneskelige aktiviteter og samhandling forstås i lys av intersubjektiv kunnskap, språk og symbolske fenomener avgrenset til institusjoners subgrupper, for eksempel vil personalet på en psykiatrisk avdeling ha et annet språk, kunnskapsgrunnlag og symbolbruk knyttet til pasientenes lidelse på

---

<sup>167</sup> Med begrepet virkelighet menes her ikke en naturalistisk virkelighet, slik som verden virkelig er, men heller som en sosial konstruert dagliglivsvirkelighet som blir produsert gjennom menneskelig interaksjon (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

<sup>168</sup> Interaksjonistiske perspektiver vil ikke forklare handlinger som iboende fenomener som er betinget av psykiske strukturer på individnivå, eller som handlinger som determineres av sosiale strukturer på samfunnsnivå (Mik-Meyer & Järvinen, 2005).

personalets vaktrom, enn hva pasientene selv uttrykker på røykerommet (se særlig artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).<sup>169</sup>

## Erving Goffman

Erving Goffman er kjent for utvikling av interaksjonsteori, og blir ofte plassert innenfor samhandlings- eller praksisteori med sterke forbindelseslinjer til sosial konstruktivisme (Esmark, Laustsen & Andersen, 2005). Vi har valgt å benytte Goffman som sentral interaksjonsteoretiker, da Goffman utførte et feltarbeid i et psykiatrisk sykehus i USA, og bidro med viktige kunnskaper og innsikter om institusjonens sosiale liv og samhandlingsaktiviteter innenfor den totale institusjons lukkede verden. Goffman søkte gjennom sin studie å vise hvordan mennesker i hverdagslivets sosiale situasjoner fremstilte seg for hverandre, og hvordan normer og den sosiale orden preget sosiale møter (Kristiansen & Mortensen, 2005). Møter mennesker imellom og sosiale hverdagssituasjoner blir et analytisk startpunkt for Goffman,<sup>170</sup> der individene betraktes som posisjonerte og strategiske. Når Goffman betraktet individer som strategiske, tok han utgangspunkt i ulike former for møter og situasjoner der mennesket gjorde noen strategiske overveielser med hensyn til hvordan de skulle fremtre overfor andre. Goffman betraktet ikke bare det sosiale liv og menneskelig samhandling som preget av aktørers strategier og posisjoneringer, men mente også at de sosiale aktørene ble preget av rituelle og dramaturgiske sider ved menneskelig sosialt liv og samhandling.<sup>171</sup>

---

<sup>169</sup> Personalet kunne for eksempel snakke om pasienters liv og deres lidelse knyttet til grader av kaos, modenhet, selvstendighet, klarhet, sykkelighet og så videre (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008, og pasientene på røykerommet kunne omtale deres lidelse i mer folkelige og metaforiske termer (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). Pasienter kunne blant annet omtale sine lidelser i metaforiske termer, som ”det å sortere sine tanker i ulike skuffer,” ”Man kan ikke ha sokker og undertøy i samme skuff, da blir det bare rot, men vi hvis man plasserer sokkene i en skuff, undertøyet i en annen og genserne i en tredje, blir det enklere å ha holde styr på tankene sine.” Pasientene påvirkes av kontekstens språkbruk og tilegner seg dette språket og denne kunnskapen gjennom deltakelse i det sosiale liv. Individene vil etter å ha deltatt i det sosiale liv over tid gjøre den sosiale verden meningsfull for seg selv og andre i det sosiale fellesskapet (jfr. Prus, 1996). Et interaksjonistisk perspektiv vil således innebære å ha et fokus rettet mot hvordan institusjonens sosiale aktører handler, samhandler og forhandler knyttet til institusjonens ulike kontekster.

<sup>170</sup> Det vil være å rette en oppmerksomhet mot gester, tegn, blick og andre manøvrer i samhandlingssituasjoner mellom mennesker (Corradi, 1990), og gjennom gjentagende kommunikative gester skapes og opprettholdes situasjonsdefinisjonen.

<sup>171</sup> Goffman har blitt beskyldt for å ha et pessimistisk menneskesyn, der mennesket betraktes som kynisk, egoistisk og manipulerende (Kristiansen & Mortensen, 2005). Kritikken kan synes uberettiget, da Goffman også har med de rituelle og dramaturgiske sidene ved mellommenneskelig handlinger, der menneskelige sider som omsorg, tillit og respekt fremheves. Gjennom å rette en oppmerksomhet mot gester, tegn, blick og andre

Goffmans (1961/1967) bok "Asylums" løftet frem det dynamiske samspill mellom anstalten og mennesket. Til tross for at det er ca. 50 år siden Goffman gjorde sitt feltarbeid i et psykiatrisk sykehus, kjenner vi igjen i vår studie en del av de samhandlingsaktiviteter og prosesser som Goffman beskrev. Vi har derfor benyttet deler av Goffmans beskrivelser og analyser av samhandlinger mellom pasienter, personale og pasienter, og imellom som analytiske perspektiver i noen av studiens artikler. I vår studie erfarte vi at innlagte pasienter og avdelingspersonalet på ulike måter ofte oppholdt seg i to parallelle og separate verdener, slik Goffman beskrev institusjonens pasientverden og personalverden. Vi har særlig sett på pasientenes posisjoneringer, strategier og tilpasningsformer, og betraktet deler av pasientenes aktiviteter som tilpasninger og reaksjoner på institusjonens behandlingsevner (se særlig artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008, artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).

Goffmans studie av totalinstitusjonen omfattet samhandlingene mellom de sosiale aktørene, det var alt fra de små uformelle situasjonene, til for eksempel institusjonenes formelle innkomstprosedyrer knyttet til pasientens innleggelse på sykehuset. I følge Goffman var institusjonens sosiale liv bygget rundt og innarbeidet i en formell plan og byråkratisk administrering og organisering. Sykehuset var kjennetegnet ved at ivaretagelsen og omsorgen for pasientens behov ble organisert byråkratisk, og den fungerte upåvirket av om denne organiseringen var hensiktsmessig eller ikke. I denne byråkratiske organisering var gruppen pasienter og gruppen personale til for den andres skyld, og var gjensidig avhengig av hverandre for å opprettholde sykehusets formelle mandat og behandling. Den sosiale avstanden mellom pasienter og personale ble styrt av personalets kontroll og maktfunksjoner, som ga personalet muligheter til å utøve et mangfold av sanksjoner overfor pasientene, og der avstanden mellom gruppene ble preget av interaksjoner og samhandlinger som i stor grad førte til en type isolasjon mellom personale og pasienter. Den sosiale avstanden mellom pasienter og personale bidro til å opprette og vedlikeholde fiendtlige stereotypier av hverandre.

I Goffmans beskrivelser av totalinstitusjonen synliggjorde han hvordan den totale institusjonens karakter preget pasientene som bodde der, og at pasientenes tidligere identitet og livshistorie ikke hadde plass i denne institusjonens liv. I sykehuset hadde personalet og pasientene ulike posisjoner og sosiale roller, og for pasientene kunne dette føre til

---

manøvrer i samhandlingssituasjoner mennesker imellom (Corradi, 1990), skapes det kommunikative gester som opprettholdes av situasjonsdefinisjoner.

avmaktsfølelse gjennom krenkelser som ofte kunne vise seg gjennom personalets formelle prosedyrer og sanksjoner ovenfor pasienten. I følge Goffman (1961/1967) kunne krenkelsene og opplevelsene av avmakt føre til at pasientene utviklet ulike former tilpasningsstrategier overfor personalet og institusjonens byråkratiske autoritære organisering og behandling. Pasientenes tilpasningsstrategier viste seg gjennom for eksempel en pasients tilsynelatende vilje til samarbeid ved å delta i sykehusets formelle aktiviteter. Pasienter som samarbeidet med personalet i institusjonens formelle liv, ble ofte omtalt av personalet som en hyggelig og samarbeidsvillig pasient som kunne oppnå fordeler som for eksempel å bli overflyttet til en bedre avdeling. Andre pasienter kunne på sin side for eksempel benytte institusjonens ”ikke- autoriserte eller uoffisielle virkemidler” for å oppnå mål som ikke var offisielle i sykehuset, som for eksempel skaffe seg ekstra røyk eller sjokolade. Ved denne formen for tilpasning søkte pasienten å unngå institusjonens krav om hva pasienter hadde lov eller ikke lov til å gjøre. Goffman (1961/1967) beskrev pasientenes tilpasningsformer som primær og sekundær tilpasning eller motstand mot institusjonens liv og behandling (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008, artikkel 4 Øye & Skorpen, 2008). Strauss et. al. (1964/1981) kritiserte imidlertid Goffmans sterke vektlegging av pasientenes motstand (tilpasningsformer) mot personalet og institusjonen, og hevdet (i motsetning til Goffman) at pasientenes samhandlinger og interaksjoner med personalet var preget av ulike former for forhandlinger.

### ***Michel Foucault***

Vi har i flere av våre artikler i denne avhandlingen latt oss inspirere av deler av Foucaults arbeider. Med Foucault som inspirasjonskilde har vi rettet søkelyset mot noen spesifikke temaområder og sammenhenger mellom disse. I den anledning har vi hatt en særlig oppmerksomhet vendt mot hvordan den miljøterapeutiske praksisen dannes og etableres, herunder hvordan psykiatriske pasienter og deres ”oppdragere” formes. Samtidig har vi latt oss påvirke av Foucault gjennom hans perspektiver på subjektet, og subjektets dannelse og disiplinering gjennom vitensregimer<sup>172</sup> og praksiser (se bl.a. Foucault, 1995, 1982/2001,

---

<sup>172</sup> Vi anvender begrepet viten og vitensregimer om kunnskap og kunnskapsformer, da dette er begreper som anvendes i en del norske og danske oversettelser og/eller bøker om Foucault (se bl.a. Schaanning, 1997 og Heede, 2007)

1982/1988). Vi har også i våre artikler hatt et blikk vendt mot praksisenes oppkomst og mulighetsbetingelser, og de rammer hvorved særlig den miljøterapeutiske praksisen dannes.

Foucault anvendte sine analytiske metoder på ulike temaområder, men hevdet på slutten av sin karriere at hans primære interessefelt har vært forskning og tanker om subjektet:

*Finally, I have sought to study – it is my current work – the way a human being turns him- or herself into a subject. For example, I have chosen the domain of sexuality – how men have learned to recognize themselves as subjects of “sexuality”. Thus, it is not power, but the subject, that is the general theme of my research (Foucault, 1982/2001;327).<sup>173</sup>*

Foucault forstår subjektet og subjektets dannelse, ikke som et forhåndsgitt fenomen, men derimot som et fenomen som må forstås i sammenheng med dets omgivelser. Omgivelser i denne sammenheng vil ikke primært være institusjoner, teorier eller ideologier, men heller praksiser (Foucault, 1980/2001):

*It is a question of analyzing a “regime of practices” - practices being understood as places where what is said and what is done, rules imposed and reasons given, the planned and the taken-for-granted meet and interconnect (Foucault, 1980/2001;225).*

Videre har Foucault vært opptatt av hvordan praksiser inngraveres i rasjonaliteter i betydning: ”how forms of rationality inscribe themselves in practices” (Foucault, 1980/2001;230). Det kan være både regelverk, prosedyrer, formål og ikke minst hva som er mulig å oppfatte som sant og usant.<sup>174</sup> Dette må ikke forstås som idealer som implementeres på et planlagt vis, men heller som programmer omkranset av et komplekst sett av teknikker. Det kan for eksempel være teknikker som blir anvendt i opplæringsprogrammer av innsatte eller psykiatriske pasienter, og teknikker som blir anvendt i overvåkning av atferd gjennom for eksempel en panoptisk arkitektonisk organisering (Foucault, 1977). Disiplinering eller normalisering av innsatte eller ”de gale” vil være konsekvenser av slike teknikker (Foucault, 1977, 1961/1999).

---

<sup>173</sup> Han skrev videre: ”My objective, instead, has been to create a history of the different modes by which, in our culture, human beings are made subjects” (Foucault, 1982/2001;326).

<sup>174</sup> Oppfatninger, formål og forståelser av sant og usant må ikke forstås som idealtyper eller skjema for handling, men heller som deler av praksisers fungering (Foucault, 1980/2001).

## Kunnskap, makt og praksiser

Vi har i flere av våre artikler latt oss inspirere av Foucaults forståelse av forholdet og sammenhenger mellom kunnskap, makt og praksiser (se særlig artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Dette er tematikker som gjennomsyret mye av Foucaults forfatterskap. Han var særlig opptatt av praksisformenes konsekvenser for samfunnets marginaliserte grupper, og dermed hvordan marginaliserte grupper ble klassifisert og objektivisert (Foucault, 1980/2001).<sup>175</sup> Marginaliserte grupper kunne være ”de gale”<sup>176</sup> (Foucault, 1961/1999), de fengselsinnsatte (Foucault, 1977) eller de seksuelt avvikende (Foucault, 1978).

Foucault (2001) anvendte begrepet ”power/knowledge”, som fanger opp forholdet mellom kunnskap, makt og praksiser. Begrepet ”power/knowledge” peker mot historiske og kulturelt betingede kunnskapsformer som gjennomsyrer institusjoner, praksiser og erfaringer (Foucault, 2001). Det han betegnet som ”systems of power/knowledge” vil være vitensregimer, kunnskapsformer og dets institusjoner. Det kunne være vitensformer som den humanistiske, psykologiske, sosiologiske, psykiatriske, psykoanalytiske, kriminologiske og den medisinske.<sup>177</sup> Dette representerte kunnskapsformer som hadde en praktisk innretning, eller et ”dispositiv” av utsagn og synligheter (Deleuze, 1986/2004), og var utsagn som kom til syne i kunnskaps- og praksisformer. Tilblivelsen og oppkomstbetingelsen for ulike kunnskapsformer var sentralt hos Foucault, i betydningen hvordan disse ble forankret i og vevd inn i maktpraksiser; ”practices of power” (Gordon, 2001;xvi).<sup>178</sup> Foucault var opptatt av hvordan makt og viten gjensidig utgjorde og betinget hverandre: ”The exercise of power perpetually creates knowledge and, conversely, knowledge constantly induces effects of power” (Foucault i Gordon, 2001;xvi). Makt virker gjennom kunnskap og kunnskap gjennom

---

<sup>175</sup> Han skrev at hans interesserfelt for marginaliserte ble påvirket av anti-psykiatri-bevegelsen på slutten av 1950-tallet (Foucault, 1980/2001).

<sup>176</sup> Når vi refererer til Foucault benytter vi begrepet ”de gale” siden oversettelser av Foucault til norsk anvender dette begrepet (se Foucault, 1961/1999).

<sup>177</sup> I Foucaults (1970/1999) ”Diskursens Orden” trekker Foucault linjer fra naturfilosofien gjennom dannelsen av blikkets, observasjonens og kjensgjerningens vitenskap til den moderne positivistiske vitenskap. En utvikling og etablering som ikke kan forstås atskilt fra politiske og ideologiske strukturer, slik som etableringen av industrisamfunnet og en vilje til viten. I den sammenheng etableres det en rekke vitenskapelige diskurser slik som den psykologiske, sosiologiske og psykiatriske (se Foucault, 1970/1999;34).

<sup>178</sup> Foucault var opptatt av hvordan makt fungerte fleksibelt og gjennom nettverk av institusjoner, diskurser, arkitektoniske former, regler, lover, administrative pålegg, vitenskapelige forklaringer, og så videre (se Heede 2007).

makt på to måter: 1) maktens produktivitet, og 2) subjektets dannelse gjennom maktens relasjoner. Foucault understreket med dette maktens konsekvenser på sosiale praksiser på den ene side, og subjektets dannelse, disiplinering og normalisering gjennom maktens relasjoner på den annen side (Foucault, 2001, Gordon, 2001). Et sentralt anliggende hos Foucault ble dermed hvordan individet ble fanget i maktrelasjoner som noe som ble trent, korrigert, veiledet og kontrollert. Et styrt blick mot maktens relasjoner og praksisers kunnskapsforankring vil i vår studie innebære å rette oppmerksomheten mot både miljøterapeutiske og medisinske praksisformer med tilhørende kunnskapsforankring.

Når vi hevder at vi har latt oss inspirere av Foucaults arbeider om forholdet mellom kunnskap, makt og praksisformer, har vi vært opptatt av noen spesifikke sider ved sammenhengene mellom disse. Vi har i den forbindelse latt oss påvirke av Foucaults formuleringer om styringsmekanismer; hva Foucault selv betegner som "governmentality" (1978/2001), samt styringsmekanismenes konstituering av individet og grupper av individer gjennom selvdisciplinering; "Technologies of the self" (1982/1988).<sup>179</sup> Dette er begreper og innsikter som både anvendes i artikkel 5 og 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Foucaults begrep "Governmentality" refererte ikke bare til politisk styring, men også til hvordan mennesket styrer seg selv i bestemte retninger gjennom samfunnets institusjoner (Foucault, 1978/2001).<sup>180</sup> På den måten kan vi si at begrepet har en dobbel betydning,<sup>181</sup> der både stat og individ blir koblet sammen gjennom institusjonelle praksiser.<sup>182</sup> Det var særlig samspillet mellom kodene som styrte hvordan folk gjorde noe (for eksempel hvordan individer ble lært opp til noe, eller klassifisert som noe), og hvordan sannheter, begrunnelser og berettigelser ble produsert (Foucault, 1980/2001). Det kan eksempelvis være hvordan "government" eller det å regjere inngår i den daglige administreringen av medisinske praksiser (Kendall & Wickham, 2004). Med andre ord vil "governmentality" være hvordan styring av mennesket muliggjøres gjennom sannhetsproduksjoner om mennesket, eller hvordan styring og regjering av "gale"

---

<sup>179</sup> "Technologies of the Self" var forløperen til en bok som var planlagt med samme navn, men som aldri ble ferdig grunnet hans død (Martin, Gutman & Hutton, 1988). "Technologies of the Self" er basert på et paper opprinnelig presentert på seminar på University of Vermont i 1982.

<sup>180</sup> I Foucaults utlegning om "governmentality" anvender han familien som et eksempel, hvordan staten styrer individene gjennom familien. Han skrev: "the family becomes an instrument rather than a model – the privileged instrument for the government of the population" (Foucault, 1978/2001;216). Med dette oppstår nye styringsteknikker som rettes mot familier for å kontrollere populasjoner.

<sup>181</sup> Neumann (2002) påpeker nettopp hvordan begrepet 'gouvernementalité' både henspeiler på regjering, statsmakt og styringsmentalitet; som den måten de styrende og de styrte tenker på.

<sup>182</sup> Det hevdes at Foucault *ikke* var opptatt av makt som makro- eller mikroprosesser, men heller langs et kontinuum mellom makro- og mikromakt både som lokale og mobile prosesser (Kendall & Wickham, 2004).

individer blir muliggjort både innenfor og utenfor asylene gjennom blant annet det medisinskspsykiatriske kunnskapsregimet (Foucault, 1982/1988). Foucault koblet ”regjering” til en maktform han betegnet som hyrde- eller pastoralmakt (Foucault, 1978/2001). I den pastorale maktformen var det flokken (befolkningen) som var skyteskiven for denne maktformen. Hyrden skulle lede flokken, og uten hyrden vil flokken (befolkningen) gå seg vill. For å sikre at flokken ikke ble villedet, ble det nødvendig å kjenne flokkens tanker og handlinger i detalj.<sup>183</sup> I vår studie har vi beskrevet hvordan det å lære å kjenne pasienten var vesentlig for å kunne regjere og styre pasienten (se artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008). Hyrdemakten kan således forstås som et styringsprinsipp som kan knyttes opp mot statens behov for sikkerhet.

”Technologies of the self” var på mange måter en videreføring av Foucaults begrep om governmentality (1982/1988), der han trakk forbindelseslinjen mellom dominerings-teknologier og selv-teknologier i form av hvordan individet regjerte eller oppdro seg selv. Foucaults begrep ”selv-teknologi” omhandlet hvordan mennesket konstituerer seg selv som subjekt, eller hvordan mennesket utvikler kunnskap om seg selv gjennom vitensdisipliner som psykiatri, medisin, økonomi og så videre.<sup>184</sup> Med ”technologies” mente Foucault spesifikke teknikker som ble anvendt i den hensikt å få kunnskap om seg selv, forstå og forvalte seg selv.<sup>185</sup> Foucault (1982/1988;2) skrev:

*... Technologies of the self, which permit individuals to effect by their own means or with the help of others a certain number of operations on their own bodies, souls, thoughts, conduct, and a way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection and immortality.*

---

<sup>183</sup> Hyrdemakt knyttes til en maktform karakteristisk for kirken og kirkens fedre. Hver og en i flokken må bekjenne seg til kirkens far, der hyrden eller kirkefaderen må kjenne til flokkens tanker og handlinger til minste detalj for å kunne styre og frelse (Foucault, 1978/2001).

<sup>184</sup> Begrepet må forstås som svært forskjellig fra Freuds begrep om selvinnsett, men heller som en teknologi som bidrar til å forme selvet. Hutton (1988;121) sammenligner Freuds subjektbegrep med Foucaults subjektbegrep på følgende vis: ”Whereas Freud provides a method for investigating the internal workings of the psyche, Foucault seeks to show how the method itself is an ancient technique of self-fashioning that has over the centuries shaped the mind externally” (Hutton, 1988;121).

<sup>185</sup> Når Foucault (1982/1988) snakket om teknologier delte han teknologibegrepet inn i fire hovedtyper av teknologier: (1) ”technologies of production” som muliggjør produksjon, transformasjon og manipulering av ting, (2) ”technologies of sign systems” som gjør oss i stand til å anvende tegn, meninger, symboler og signifikasjonssystemer, (3) ”technologies of power” som er teknologier som virker bestemmende på individuell atferd, der individene underlegges en spesifikk form for målsetting og dominans og som utgjør en objektivisering av subjektet, og (4) technologies of the self (for definisjon se sitat i teksten).



“Technologies of the self”<sup>186</sup> omhandler hvordan individet både trener og modifierer seg selv (ikke bare ved å oppøve ulike former for ferdigheter), men også hvordan individenes holdninger formes under ulike former for dominansforhold.

*Gouvernementalité* eller regjering og ”technologies of the self” er begge begrep om styring i vid forstand, forstått som maktformer relatert til den moderne stats utvikling (Neumann, 2002). Hyrdemakten står i kontrast til den liberalistiske styringsformen, der detaljstyring ikke er nødvendig, men der individene må styre seg selv som ”frie” individ gjennom hva Foucault betegnet som ”technologies of the self”. Institusjoners dannelsen og praksisformer kan ses i lys av disse ulike typer maktformer; en totalitær hyrdemaktform der det detaljstyres, og en maktform der frihet er en forutsetning for selvansvarlighet. Dagliglivstilretteleggingen og miljøterapien som praksisform kan sies å ligge i et slikt skjæringspunkt mellom den mer totalitære hyrdemaktformen og den liberalistiske maktformen. På den ene side ble kunnskap om og kjennskap til pasienten viktig for å (detalj)styre pasienten (se artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008), og på den annen side er frie valg er en forutsetning for individers og pasientenes egen subjektivering og dannelsen. Personalet søkte å tilrettelegge miljøet for at pasientene selv skulle kunne velge for å fremvise et selvansvar og selvstendighet (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008).

## Det panoptiske blikk

I artikkel 4 (Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008) og artikkel 8 (Øye & Skorpen, 2008) har vi blant annet benyttet Foucaults begrep om panoptikon. Dette begrepet har sitt opphav i den engelske filosofen Jeremy Benthams (1799) arkitektoniske utforminger og finesser knyttet til overvåkning (Foucault, 1977). Selve begrepet ”panopticon” er sammensatt av det greske ordet for ”all” og for det som har med synet å gjøre, i denne forbindelse som et redskap for å se alt. Benthams ”panoptikonkonstruksjon” pekte mot en type arkitektur og kunnskapsregime som omfattet et bygningskompleks der alle individer kunne ses fra et

---

<sup>186</sup> ”Technologies of the self” ble sett i lys av vestlig historie med gresk-romersk filosofi før Kristi fødsel, og kristen spiritualitet og monastiske prinsipper fra de første århundrene i det romerske rike. Ved å gå tilbake til greske og romerske tekster så han hvordan opptattheten av seg selv ble muliggjort, først som det å *ta vare på seg selv*, og senere med Descartes hvordan det å *ha kunnskap om seg selv* (der det tenkende subjekt utgjorde et fundamentalt prinsipp). Med kristen tenkning og praksis så han hvordan individet måtte omforme og åpne seg selv via to ulike former for praksis. For det første måtte individet avsløre seg selv som en synder; *exomologesis*. For det andre måtte individet verbalisere og bekjenne tanker i full lydighet til andre; *exagoreusis*. Foucault presiserte at dette er en praksis og en modell som innebærer en forsakelse av egen vilje.

sentralt sted (et tårn) uten at den som ble sett så den som så han (Foucault, 1977). Dette var en form for arkitektur som skulle sørge for en totalovervåkning av fanger og andre avvikende grupper som ble ansett som bryssomme eller farlige for samfunnet. I et intervju i 1973 betegnet Foucault dette overvåkningssystemet som en form for arkitektur som framfor alt hadde til hensikt å herske og utøve makt, og at denne arkitektoniske formen ikke bare var ment å virke disiplinerende på fangenes eller pasientenes kropp, men også på deres sjel (Schaanning, 2000). David Armstrong (1983) omtalte den arkitektoniske anstaltsmodellen som et panoptisk system der de innlagte kunne overvåkes gjennom et upersonlig blikk, og at dette systemet representerte et kunnskapsregime som definerte og delte inn mennesker som syke og friske. I følge Armstrong ble den panoptiske makten reservert for å analysere abnorme grupper og reformere avvikende kropp (Armstrong, 1983, Ludvigsen, 2002). I de norske asylene ble det panoptiske prinsipp ikke gjennomført i sin rendyrkede form, men derimot tilpasset ulike former for arkitektoniske observasjons- og kontrollstrategier. I 1950- årene var det eksempelvis ikke uvanlig at den totale overvåkingen av de syke ble gjennomført gjennom en arkitektonisk finesse som blant annet bestod av et eget rom strategisk plassert midt i den salen som de syke levde i. Dette rommet var avrundet og bygget i en type glass, og fungerte som pleiernes utkikkspost (vaktrom). Mens de syke sirkulerte rundt glassrommet, kunne de kontinuerlig overvåkes og analyseres av pleierne uten at pasientene selv kunne høre det personalet snakket om. Dette glassrommet synes å være i overensstemmelse med deler av de panoptiske strategiene; der alt kan sees fra ett sentralt sted i sykesalen uten at den som blir sett, ser det samme som den som ser han (Martinsen, 2001). Andre panoptiske strategier var ifølge Kari Martinsen (2003) for eksempel asylets plassering og bygningenes hjemlighet, som gjennom utalt tvang søkte å vise asylets pene og hjemlige orden for omgivelsene, og ikke nødvendigvis for pasientene. Med den panoptiske tilretteleggingen ble inspeksjon av pasientene muliggjort, og på den måten kunne vokterne få kunnskap om og kjennskap til pasientene (Deleuze, 1986/2004). I Foucaults perspektiv vil man forstå et psykiatrisk sykehus som et sted som muliggjør maktfulle praksiser gjennom rommenes arkitektoniske utforming, og der makten skaper sine subjekter (Foucault, 1977/1984, 1961/1999).

Vi har anvendt Benthams og Foucaults omtale om den panoptiske organisering, arkitektur og overvåkning i et par av våre artikler (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008 og artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008). Vi så blant annet rester av asylets

overvåkningssystemer i sykehusets avdelinger som utforming av for eksempel personalets vaktrom, som ennå hadde bevart glassveggen mot korridoren for å kunne observere og analysere det som skjedde der pasienter vanligvis ferdes. I en av artiklene har vi spesielt beskrevet pasientenes røykerom og deres samhandlingsstrategier (motstandsstrategier) lys av panoptiske prinsipper (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

## Subjektet, makt og frihet

I artikkel 6 (Oeye, Bjelland, Skorpen & Bjelland, 2008) har vi blant annet benyttet deler av Foucaults utlegninger om forholdet mellom subjektet, makt og frihet. Foucaults (1982/2001, 1961/1999) ”The Subject and Power” og ”Galskapens historie” (1961/1999) er tekster som beskriver dette forholdet. I ”Galskapens historie” beskrev Foucault (1961/1999;204) blant annet hvordan de gale ble frigjort fra lenkene gjennom etableringen av Tukes hvilehjem.<sup>187</sup> Noe som representerte en overgangen fra å behandle de gale i synlige til usynlige lenker, og der frihetens raseri ble begrenset gjennom å lenke seg selv til sin egen ansvarlighet. Foucault beskrev denne overgangen slik:

*Den gale var ikke lenger skyldig fordi han opprinnelig var et fornuftig menneskelig vesen som så var blitt gal: men som gal, og innenfor denne sykdommen som han var skyldig i, måtte han kjenne seg ansvarlig for alt ved galskapen som kunne forstyrre moralen og samfunnet, og måtte ikke klandre noen annen enn seg selv for avstraffelsen han fikk. Skylden var ikke lenger det generelle uttrykket for forholdet mellom det gale og det fornuftige mennesket, den ga form både til den gales konkrete sameksistens med sin vokter og til den bevissthet som den gale skulle ha om sin egen galskap (Foucault, 1961/1999;205).*

Når den gale ble frigjort fra lenkene ble han overlatt til sin egen selvbevissthet og samvittighet. Frigjøring fra lenkene forstås som befrielsens paradoks, når lenkene kastes blir den gale en fange av seg selv i sitt eget fengsel, og der en ny identitet bygges langsomt opp

---

<sup>187</sup> Tuke tok imot pasienter som var lenket i jernlenker når de kom til Hvilehjemmet. Tuke tok lenkene av pasientene, hvis de klarte å styre seg selv, eller som han så betegnet skriver: ”legge bånd på seg selv” (Foucault, 1961/1999;204).

med skyld og skam (Heede, 2007).<sup>188</sup> På slutten av sitt forfatterskap skrev igjen Foucault (1982/2001) om forholdet mellom de usynlige og synlige lenkene; denne gangen knyttet til frihet som forutsetning for makt. Makt utøves kun over frie subjekter. Foucault skrev:

*Power is exercised only over free subjects, and only insofar as they are “free”. By this, we mean individual or collective subjects who are faced with a field of possibilities in which several kinds of conduct, several ways of reacting and modes of behaviour are available. Where the determining factors are exhaustive, there is no relationship of power: slavery is not a power relationship when a man is in chains, only when he has some possible mobility, even a chance of escape. ... Freedom may well appear as the condition for the exercise of power (Foucault, 1982/2001; 342).*

Med dette sitatet påpekte Foucault hvordan frihet er en forutsetning for maktens relasjoner, og da ikke som tvang men som hån og ydmykkelser (Foucault, 1982/2001, Heede, 2007). Maktens relasjoner inngår i og er dypt forankret i et maktnettverk, og makt forutsetter alltid en mulighet for flukt. Enhver maktrelasjon impliserer potensielt en kampstrategi eller motstand. Makt har alltid en dobbelt side; makt vil alltid avle en form for motstand (Foucault, 2001), og der hvor det er makt er det motmakt (Heede, 2007). Jo mer manifest og eksplisitt en maktutfoldelse er, jo lettere er det å gjøre motstand mot den.

## Galskapens historie

*Galskapens historie* (Foucault, 1961/1999) har ligget som et bakteppe i flere av våre artikler (se bl.a. Øye & Skorpen, 2008). Boken beskriver blant annet de første asylenes praksiser, og har påvirket oss i vår forståelse av hvordan man kan betrakte psykiatriske institusjonelle miljøterapeutiske praksiser av i dag. Når vi har latt oss påvirke av Foucaults historiske analyser av asylenes tidlige praksiser, innebærer det ikke at vi har anvendt en fyllestgjørende historisk analyse à la Foucault<sup>189</sup> gjennom en arkeologisk (1969/2005)<sup>190</sup> eller senere

---

<sup>188</sup> Foucault (1961/1999) beskrev i *Galskapens historie* med referanse til Pinels asyl hvordan den gale ble brakt til taushet gjennom å bli tiet i hjel. På den måten ble den gale overlatt til seg selv og sin egen selvbevissthet og skam.

<sup>189</sup> Foucault har blitt kritisert av samtidshistorikere for et lemfeldig forhold til historisk forskning, da han primært var problembasert heller enn periodebasert. Det innebar at han fulgte et problem så langt tilbake som mulig istedenfor å se på ulike betingelser innenfor en begrenset tidsperiode. Kritikken mot Foucault mener Kendall & Wickham (2004) baserer seg på en misforståelse, da Foucault aldri har gitt seg ut for å gi et totalt bilde eller en sosial historie av galskap, men heller søkt å sette søkelys på betingelsene for de praksiser, vitensregimer og objekter som han beskrev.

genealogisk analyse (1970/1999).<sup>191</sup> I artikkel 8 (Øye & Skorpen, 2008) har vi anvendt Foucaults beskrivelser og analytiske innfallsvinkler av Tukes ”te-selskap,” og sammenlignet datidens te-selskap med fredagskosen på et psykiatrisk sykehus av i dag. Dette er to arrangementer som fremstår som like på en rekke områder. Tuke er beskrevet som Englands ”psykiatriske” reformator, som la vekt på moralsk oppdragelse av de gale gjennom etablering av asylet (Foucault, 1961/1999, Digby, 1985). Foucault analyserte Tukes te-selskap som en sosial hendelse som utspilte seg på en scene med et spesifikt formål der ”de gale” skulle oppdras. Asylet ble bygget rundt familielignende strukturer og prinsipper. På den måten var asylet et sted som hadde til hensikt å gjøre den gale til gjenstand for fornuftens øyne og blikk. Med et blikk inspirert av Foucaults (1961/1999) *Galskapens historie* vil avdelingenes fredagskaffe og dagliglivets øvrige tilrettelegging kunne forstås som en praksis knyttet til moralske strategier gjennom ulike former for sosialisering-, overvåknings-, kontroll- og selvdisiplineringsstrategier (se artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).

Foucaults (1961/1999) betraktninger om galskap og ikke-galskap, normalitet og avvik har påvirket vår tenkemåte i avhandlingen., slik dette skildres i *Galskapens historie*. Foucault beskrev den før-moderne tids (før opplysningstiden) skille mellom det normale og det unormale som uklart:

*Da og bare da kan vi få øye på det området hvor galskapens menneske og fornuftens menneske beveger seg fra hverandre, men ennå ikke er helt skilt. Og i et meget rått og arkaisk språk som går forut for vitenskapens tar de opp en dialog over bruddet mellom dem – et flyktig vitne om at de ennå snakker til hverandre. Her er galskap og ikke-galskap, fornuft og ufornuft uklart vevd sammen: de kan ikke skilles fra hverandre i det øyeblikket da de ennå ikke eksisterer; og de eksisterer for hverandre, i forhold til hverandre, i den utveksling som skiller dem ad (Foucault, 1961/1999;18).*

Ifølge Foucault (1961/1999) var det først med opplysningstiden at delingen mellom galskap og ikke-galskap ble markant med psykiatriens språk. Foucault skrev:

---

<sup>190</sup> Poenget med Foucaults historiske analyser er ikke først og fremst å si noe om hvordan ting var, men heller å trekke på det historiske materialet for å skrive *nåtidens* historie, det vil si at han søkte å si noe om forutsetningen for hvordan ting ble som de er (Neumann, 2002).

<sup>191</sup> I korthet kan Foucaults begrep om arkeologi forstås som en historisk analyseform som innebærer å avdekke de underliggende antakelser og strukturer i tenkemåter som finnes i de tidlige epoker. Genealogi vil derfor være å studere oppkomst- og mulighetsbetingelsene for praksisformer (Foucault, 1970/1999).

*Alle de stotrende, ufullstendige ordene uten fast syntakst, som uttrykte enheten mellom galskap og fornuft, ble støtt ut i glemselen. Psykiatriens språk, som er fornuftens monolog over galskapen, kunne bare opprettes på grunnlag av en slik stillhet* (Foucault, 1961/1999;18).

Han beskrev videre hvordan psykiatriens språk ble et medisinsk språk med tilhørende klassifikasjonssystemer og diagnosebegreper.

## **Etnografi og Foucault**

Foucault var ikke opptatt av å belyse *hvorfor*-spørsmål, men heller spørsmål om *hvordan* (Foucault, 1980/2001).<sup>192</sup> Foucault skrev:

*I wanted to ask the question how does one punish? This was the same procedure as I had used when dealing with madness; rather than asking what, in a given period, is regarded as sanity or insanity, as mental illness or normal behaviour, I wanted to ask how these divisions are effected* (Foucault, 1980/ 2001;224).

Med andre ord var Foucault opptatt av *hvordan*<sup>193</sup> det kan ha seg at delingen mellom fornuft og ufornuft eller galskap og ikke-galskap muliggjøres.<sup>194</sup> I den forbindelse var han opptatt av hvordan denne delingen av fornuft og ufornuft effektueres, og delingens konsekvenser.<sup>195</sup>

Å ha et analytisk blikk inspirert av Foucault er ikke å betrakte som en metodisk oppskrift, men heller en måte å problematisere og granske på: “a spirit of inquiry” (Kendall & Wickham, 2004;143, Rabinow & Rose, 2003). Det har i den forbindelse blitt hevdet at et foucaultsk rammeverk ikke skal fungere som en type verktøy i kvalitativ forskning, men heller skal påvirke en type forskningsholdning (Kendall & Wickham, 2004), og det kan for eksempel være forskerens sensitivitet for forholdet mellom kunnskap, makt og subjektet. Av den grunn kan et foucaultsk rammeverk heller være en analytisk tilnærming enn en metodologi, nærmere bestemt en predisposisjon til å stille noen typer spørsmål til materiale,

---

<sup>192</sup> For omtale av Foucaults analytiske inntak, se Gubrium og Holstein (2000).

<sup>193</sup> Et slikt inngående fokus på å belyse hvordan-spørsmål innebærer ikke at han ikke også har beskjeftiget seg med *hva*-spørsmål. Når Foucault skriver om diskurser eller diskursive praksiser vil han nødvendigvis også måtte beskjeftige seg med diskursenes innhold; *hva* diskursene konstitueres av (se Gubrium & Holstein, 2000).

<sup>194</sup> Hele hans verk om “Galskapens historie” (1961/1999) kan leses i et slikt lys, der han ser på mulighets- og oppkomstbetingelsene for denne delingen i opplysningens tidsalder.

<sup>195</sup> For eksempel konsekvenser for hva som kan muliggjøres for subjektet; hvordan det kan være mulig å se innenfor rammen av vitensregimer (Song, 2006).

der man har blikk for en serie av fenomener og hvordan disse henger sammen (Kendall & Wickham, 2004).

Foucault var ikke etnograf, men omtales ofte som både historiker, filosof og generell samfunnskritiker og debattant.<sup>196</sup> Selv ville Foucault hevde at han ikke ville bli satt i bås verken når det gjaldt profesjonstilknytning eller tilhørende en spesiell vitenskapstradisjon (Foucault, 1980/2001).<sup>197</sup> Foucault har imidlertid også blitt omtalt av andre som både konstruksjonist, postmodernist, strukturalist og positivist. Til tross for hans avvisning av tilhørighet til en bestemt form for vitenskapstradisjon, vil vi likevel kunne kjenne igjen flere av disse tilhørighetene i måten Foucault uttrykte seg på. Foucault betraktet for eksempel ikke galskap som en naturgitt størrelse, men heller galskap sett i lys av de historiske, kulturelle, sosiale, økonomiske og politiske kontekster (Foucault, 1961/1999). I så henseende kunne man plassere Foucault i en konstruksjonistisk og strukturalistisk bås, der galskap og vitenskapen om galskap ble forstått som sosialt og kulturelt betinget gjennom samfunnets og språkets strukturer.

Foucault tok selv ikke utgangspunkt i et etnografisk innsamlet materiale, men baserte sine analyser primært på historisk nedskrevne kilder. Til tross for dette har og er Foucaults analytiske inntak blitt anvendt i både human- og samfunnsvitenskapene (Kendall & Wickham, 2004).<sup>198</sup> Foucault har også blitt benyttet i analyse av etnografisk materiale (se bl.a. Ceci, 2006, Barnes, 2000), og etnografiske analyser av terapiformer i psykiatriske institusjoner (Sørensen, 2006, Terkelsen, Blystad & Hydle, 2005, Barrett, 1996). Når Foucault har vært anvendt i analyser av etnografisk materiale på det psykiatriske kunnskapsfeltet, har oppmerksomheten i stor grad vært knyttet til Foucaults utlegninger om synet på galskap (Terkelsen, Blystad & Hydle, 2005), maktformer og disiplinering (Sørensen, 2006), og de historiske sosiale og kulturelle oppkomstbetingelsene for psykiatriske diagnoser (Barrett, 1996). En betimelig kritikk av å anvende Foucault på etnografisk materiale har vært at hans

---

<sup>196</sup> Foucault har blitt beskrevet som en som intervenserer i ulike vitensgrener (som for eksempel medisin, psykiatri, pedagogikk, og psykoanalyse), og han bringer inn elementer som disse vitensgrenene selv ikke definerer seg ved (Schaanning, 1999). De elementene som bringes inn er historiske beskrivelser som gjør at vitensgrenene kan foruroliges gjennom relativistiske fremstillinger. På det feltet opptrer han ikke som kritiker, da han ikke sier at de tar feil eller handler umoralsk. Som samfunnsborger derimot har han deltatt i den politiske debatten gjennom både å kritisere og fordømme.

<sup>197</sup> Foucault (1980/2001;224) skrev på slutten av sin karriere om sin fagtilhørighet og interesseområde følgende: "My books aren't treatises in philosophy or studies of history; at most, they are philosophical fragments put to work in a historical field of problems."

<sup>198</sup> Det har blant annet vært hevdet at foucaultske analyser egner seg bedre for analyser av vitensregimer, praksiser og relasjoner som er stivnet, enn praksiser som er i endring og flyt (Kendall & Wickham, 2004).

analyser primært har sprunget ut av ”døde praksiser”, og analysene er derfor ikke egnet til å fange opp levende sosiale praksiser. I den forbindelse skrev Gubrium & Holstein (2000;495):

*Certainly, he elaborates the broad birth of new technologies, such as the emergence of new regimes of surveillance in medicine and modern criminal justice systems (Foucault, 1975, 1979), but he does not provide us with a view of how these operate in social interaction.*<sup>199</sup>

## **Dorothy E. Smith**

Denne studien har gjennom sine analyser hatt sin oppmerksomhet vendt mot det psykiatriske sykehusets formelle politiske og fagideologiske rammer. Det har ført til at våre observasjoner og analyser av avdelingenes daglige samhandlingsaktiviteter (praksiser) går utover den enkelte avdelings kontekstuelle formelle og uformelle rammer. Dette er rammer som ikke begrenser seg til det enkelte sykehus, men som skrider utover enkeltinstitusjoner. Vi ønsket å anvende en analytisk tilnæringsmåte som kunne løfte frem de sosiale aktørers lokalt forankrete hverdagsaktivitet på den ene side, og institusjonelle og profesjonelle ideologier på den annen side. Av den grunn har vi valgt å anvende Dorothy E. Smith (2005) og *Institutional ethnography* i et par av våre artikler (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008 og artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).

Smiths utlegning om institusjonell etnografi belyser sammenhengene mellom aktørene og det rammeverket som aktørene er omgitt av.<sup>200</sup> Det være seg ideologiske rammeverk<sup>201</sup> eller byråkratiske rammeverk. Smith belyser hvordan ideologiske rammer, ofte forankret i legitime kunnskapsformer, bidrar til å konstruere institusjonell hverdagslivsorganisering (Smith, 1988). Med det menes ikke at rammer gir eller konstruerer absolutte standardiseringer, men at byråkratiske prosedyrer og terminologier, finner sine lokale varianter. Smith skrev:

---

<sup>199</sup> Når Foucaults vitenskapsteoretiske posisjon legges til grunn, innebærer det en undergraving av individuelle meningstilskrivelser som sådan, og man får heller tak i empiri om institusjonens og vitensfeltets maktdiskurser. De sosiale aktørenes utsagn vil være utsagn om språklige representasjoner, og subjektet blir på den måten en skygge av seg selv, der språklige diskurser eller anordninger manifesterer seg i subjektets erfaringer.

<sup>200</sup> D. E. Smith bygger sin teori med inspirasjon av Foucault (se Harding, 2004).

<sup>201</sup> Smith anvender begrepet ideological discourse som hun definerer som følger: ”Ideological discourses are generalized and generalizing discourses, operating at a metalevel to control other discourses, including institutional discourses” (Smith, 2005;224).



*Professional and bureaucratic procedures and terminologies are part of an abstracted system. Abstracted systems are set up to be independent of the particular, the individual, the idiosyncratic and the local.... In actual operation.... The abstracted forms must be fitted to the actual local situations in which they must function and which they control. In practice, the abstracted system has to be tied to the local and the particular. Psychiatric agencies develop ways of working which fit situations and people which are not standardized, don't present standardized problems and are not already shaped up into forms under which they can be recognized in the terms which make them actionable. What actually happens, what people actually do and experience, the real situation they function in, how they do agencies – none of these things is neatly shaped up. There is a process of practical interchange between an inexhaustibly messy and different and indefinite real world and the bureaucratic and professional system which controls and acts upon it. The professional is trained to produce out of this the order which he believes he discovers in it (Smith, 1988;159).*

Ifølge Smith (1988, 2005) må man forankre sin forskning fra de sosiale aktørenes utgangsposisjon og perspektiver, og ikke fra abstrakte byråkratiske systemer eller ideologier. Smith introduserte i 2005 en fremgangsmåte der man skal undersøke institusjonelle regimer fra "peoples' standpoint", for deretter å se hvordan institusjonelle relasjoner henger sammen.<sup>202</sup> Smith (2005) hevder at analysen skal begynne med aktørene, og ikke med teori eller hypotese.<sup>203</sup> Dette innebærer at forskeren tar utgangspunkt i de sosiale aktørenes erfaringer og dagligliv, det vil si hvordan de deltar i institusjonelt liv, se på hva de gjør, hvordan aktiviteter organiseres, ulike hendelser og så videre. Hun omtaler fremgangsmåten slik:

*Institutional ethnography begins in the actualities of people`s lives with a focus of investigation that comes from how they participate in or are hooked up into institutional relations. A problematic sets out a project of research and discovery that organizes the direction of investigation from the standpoint of those whose experience is its starting point (Smith, 2005;227).*

---

<sup>202</sup> Institusjonelle relasjoner omtales som "ruling relations", som både knyttes til språklige anordninger og tekster, og som igjen er forankret i spesialiserte kunnskaper (se Campell & Manicom, 1995, Smith, 2005).

<sup>203</sup> Hun sammenligner "Institutional ethnography" (Smith, 2005) med oppdagelser og granskning, der man går utover det man allerede vet og tenker.

Med utgangspunkt i de sosiale aktørers erfaringer og dagligliv, vil man se hva som ligger utover folks dagliglivserfaringer.<sup>204</sup> I tillegg må institusjoner og deres virksomhet ikke bare forstås som lokale enheter, men må ses i lys av byråkratiske føringer slik som lovverk, statlige direktiver, finansielle betingelser, samt profesjonelle og akademiske ideologier.<sup>205</sup> Det være seg biomedisinske ideologier<sup>206</sup> eller organisatoriske ideologier (Smith, 2005). Institusjonell etnografi har fokus på gjøremål og aktiviteter som observerbare fenomen, og går utover det lokale (Smith, 2005). Institusjonell etnografisk analyse problematiserer således forholdet mellom det lokale og det allmenne, i betydningen både lokale tilpasningsformer<sup>207</sup> og varianter av ideologiske og byråkratiske rammer (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008).<sup>208</sup>

### ***Oppsummerende refleksjoner over valgte analytiske inntak***

I denne studien har vi primært latt oss påvirke av Foucault, Smith og Goffman, noe som innebærer at vi har rettet et søkelys mot de betingelser som omgir de praksisene vi har studert. I vår studie innebærer det eksempelvis å beskrive og analysere miljøterapeutiske praksiser og dagliglivet i lys av relevant rammeverk.

Smith (2005) er inspirert av Foucault i sine teoretiske utlegninger om institusjonell etnografi gjennom sitt fokus på forholdet mellom språk og praksiser.<sup>209</sup> Smiths analytiske inntak kan forstås som en videreføring av Foucaults analyser koblet til nåtidige kvalitative undersøkelser av sosialt liv. Samtidig ser vi at Smiths skiller seg fra Foucault ved at hun er opptatt av lokale forankringer og utforminger, det vil si hvordan verden ser ut fra utgangsposisjonen til de

---

<sup>204</sup> Smith regnes som en av de sentrale feminister og medutvikler av standpunktteorien (Harding, 2004). Av den grunn tar hun ofte utgangspunkt i kvinner og kvinners liv (se Smith, 2005).

<sup>205</sup> Talcott Parsons (1957) anbefalte flere tiår før Smith å se på sammenhengene på psykiatriske sykehus mellom struktur innenfor og utenfor, og følgelig se hospitalet i lys av interne så vel som eksterne forhold. Parsons (1957;128) skriver: "An attempt to go further will have to aim at placing the relationship of the hospital, both in its relations to the outside community and its internal exigencies, to other types of organisation, and a collective structure."

<sup>206</sup> Smith er blitt fortolket dit hen at hun ikke bare forstår ideologi som et budskap, men også som ett sett av praksiser som kan omskrives i ulike former (se Campell & Manicom, 1995).

<sup>207</sup> Smith (2005) vil også hevde at det finnes ikke bare lokale, men også individuelle tilpasningsformer, og at det sosiale genererer ulike erfaringer, perspektiver, interesser og kunnskaper.

<sup>208</sup> I denne artikkelen har vi betraktet de miljøterapeutiske praksiser fra en spesifikk langtidsavdeling koblet til byråkratiske og fagideologiske rammer som noe overinstitusjonelt; normaliseringspolitikk på den ene side, og miljøterapi med fagideologiske føringer mot vektlegging av opptrening og oppfostring på den annen side.

<sup>209</sup> Smith (2005) bygger mye av sin tenkning på Foucault gjennom fokus på kobling mellom språk og praksiser. Smith skiller seg imidlertid fra Foucault i sin vektlegging av personers aktive deltagelse i hverdagslivets praksiser; hvordan aktører må forstås som og aktivt modifisere sine praksiser.

sosiale aktørene. Fokuset på sammenkoblingen mellom hva som utspiller seg av praksiser knyttet til Foucaults vitensregimer vil i henhold til Smith bli betegnet som ideologier eller diskursive ideologiske rammeverk. I vår studie vil dette eksempelvis være det fagideologiske rammeverket på den ene side, og et mer statlig politisk rammeverk som for eksempel relevante stortingsmeldinger, stortingsproposisjoner og lovverk på den annen side.

Foucaults og Goffmans analytiske innfallsvinkler har blitt benyttet i etnografiske analyser som løfter frem forholdet mellom institusjon og praksis, om enn på noe ulikt vis (se Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Mens Foucault beskrev strukturer som mulighetsbetingende for individenes konstruksjon av virkeligheten,<sup>210</sup> ville Goffman (1974, 1981) betrakte strukturer (rammer for samhandling) både som begrensende og mulighetsskapende for sosiale aktører<sup>211</sup> i betydningen strukturer som retningsgivende, men ikke determinerende. Både Goffmans og Foucaults perspektiver kan sies å fordre analyser av hvordan betingelser materialiserer seg i subjekter og praksiser, og følgelig setter noen rammer og grenser for menneskelige handlinger, samvær og samhandling.<sup>212</sup> På den måten kan vi si at begge perspektivene løfter frem maktens produktive og disiplinerende karakter. Mens interaksjonistiske analyser retter et særlig fokus mot den mer rituelle organiseringen av praksiser og samhandling,<sup>213</sup> vil et foucaultsk perspektiv innebære å rette blikket mot mulighets- og oppkomstbetingelsene for praksisene. Samlet sett kan begge perspektiver bidra til å løfte frem sider ved hvordan eksempelvis miljøterapiens grunnforutsetninger og institusjonens dagligliv og delingen mellom normalitet og avvik skapes så vel som opprettholdes.<sup>214</sup> Institusjonens sosiale aktører

---

<sup>210</sup> Foucault har blant annet blitt kritisert for et determinerende syn på mennesker, der mennesket har blitt redusert til medgjørlige kropper og ikke handlende subjekter (Neumann, 2002).

<sup>211</sup> Goffman (1981) forsvarte i en artikkel sin posisjon som ikke-strukturalist (etter å ha blitt beskyldt for å være strukturalist av Denzin & Keller), og hevdet at han ikke betraktet sine aktører som determinert av strukturer, men begrenset av strukturer eller rammer.

<sup>212</sup> Det er særlig i Goffmans (1974) "Frame analysis: An Essay on the Organization of Experience", at han rettet oppmerksomheten mot rammer for mellommenneskelig samhandling, det vil si å ha et fokus som går utover aktørperspektivet (Album, 1996). I denne boken søker han å bygge bro mellom et aktør- og strukturperspektiv rettet mot samhandlingens substansielle og kontekstuelle rammer. Goffman forstod samhandling som situert (Gubrium & Holstein, 1997), noe som innebærer et fokus på de lokale og institusjonelle rammene som omgir interaksjonen. Rammene utgjør en felles forståelse av hva som foregår deltagerne imellom i et fellesskap, noe som igjen vil prege samhandlingsmønsteret til de aktuelle deltagere. Samtidig kan rammer gi retning til normer, regler og handlinger, og være retningsgivende for ulike samvørsformer.

<sup>213</sup> Det har vært argumentert for at man i antropologiske studier av styring og styringsmekanismer, forholdet mellom stat og praksiser, skal søke å forstå hvordan styringsteknologier forvaltes i sosialt liv (Abram & Vike, 2003).

<sup>214</sup> Både Foucault og Goffman skrev om normalitets- og avviksformer, og de var begge opptatt av å forstå normalitet og avvik som konstruerte fenomen og ikke som naturlige fenomen. Goffman (1961/1967, 1963) på sin side var i hovedsak opptatt av hvordan man kan analysere interaksjons- og kontrollprosesser (på mikroplan) som ledd i samhandlingsprosesser som kunne bidra til å skille ut og stemple avvikere (Mik-Meyer & Järvinen, 2005).

vil med et interaksjonistisk inntak med Goffman forstås som posisjonerte og strategiske, mens de vil med Foucault bli forstått som disiplinerte.<sup>215</sup> I vår studie har de sosiale aktørene både blitt beskrevet som posisjonerte og strategiske, mens også som disiplinerte. De sosiale aktørene i vår studie har blitt fremstilt som kreative aktører som i vid forstand søker å tilpasse seg institusjonens daglige liv, innbefattet det å yte motstand, misforstå og motarbeide institusjonens rutiner og regelverk. At praksiser opprettholdes innebærer ikke at de sosiale aktørene ikke utfordrer, forsøksvis undergraver og yter motstand mot disse praksisene (jfr. Abroms & Vike, 2003). Et Goffman-perspektiv i motsetning til et perspektiv med Foucault vil i større grad kunne fange opp hvordan sosiale aktører gjennom posisjoneringer og strategier aktivt kan undergrave styringens og maktpraksisenes intensjoner og effekter. Med andre ord kan et interaksjonistisk perspektiv gjennom Goffmans (1961/1967, 1974) utlegninger bidra til å løfte frem hvordan for eksempel miljøterapi og hverdagslivet skapes i sosiale sammenhenger og samhandlinger, mens et foucaultsk perspektiv kan bidra til å løfte frem hvordan miljøterapeutiske praksiser etableres gjennom politiske kunnskapsformasjoner og rammer i et historisk perspektiv. Rob Barrett (1996) kombinerer interaksjonsteorier med Foucaults historiske analyse. Han rettet et søkelys mot schizofreniens oppkomst, og samtidig anskueliggjorde han hvordan schizofrenilidelsen ble forhandlet rundt og konstruert i dagliglivshendelser på et psykiatrisk sykehus.

Det å anvende både Goffmans, Foucaults og Smiths perspektiver på studiens empiriske materiale kan ha påvirket både hva vi som forskere har sett og oversett. Av den grunn har vi også tidvis støttet oss til andre tenkeres analytiske perspektiver for å belyse andre og flere sider av studiens etnografiske materiale.

---

Foucault på den annen side var dessuten svært opptatt av mulighetsbetingelsene for en slik deling av mennesket, de mekanismene som muliggjorde delingen mellom normalitet og avvik og påfølgende praksiser (Foucault, 1961/1999).

<sup>215</sup> Foucault hadde til forskjell fra Goffman (1961/1967, 1974) oppmerksomhet rettet mot viten og vitensregimer, og ikke primært for intensjonelle individer. Foucault har selv i et intervju uttrykt at han alltid har vært interessert i individet eller subjektet, men i hvordan subjektet gjøres mulig, og ikke som et subjekt med intensjoner og meningstilskrivelser.

## Kapittel 5: Resymé av avhandlingens åtte artikler

I det følgende vil vi presentere et kortfattet resymé av hver av de åtte artiklene. Tidsskriftene la klare begrensninger på lengden av artiklene, og følgelig på hvor mange poenger og perspektiver som kunne bringes inn. Avhandlingens åtte artikler presenteres i sin fulle form etter avhandlingens sammenbinding.

**Artikkel 1: Oeye, Bjelland & Skorpen (2007) "Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed." Publisert i *Social Science & Medicine*, 65(11), 2296-2306.**

Vi har i denne artikkelen problematisert det å skulle følge de medisinske forskningsetiske retningslinjene når studien er samfunnsvitenskapelig fundert og deltagende observasjon er metoden. Forståelsen av den psykiatriske pasienten som predefinert sårbar, og følgelig med redusert samtykkekompetanse, ligger til grunn for formuleringen av de medisinske forskningsetiske retningslinjene. Betraktninger om den psykiatriske pasienten som sårbar med redusert samtykkekompetanse til å vurdere på eget grunnlag deltakelse i forskning, er begrunnet i hovedsakelig tre forhold: (1) psykisk sykdom og symptomene påvirker pasientens vurderingsevne, (2) de innlagte psykiatriske pasientene kan ikke gi et frivillig basert samtykke når de ofte er lagt inn under tvang, og (3) psykiatriske pasienter er ofte en stigmatisert og marginalisert gruppe i samfunnet. Forskningsetiske retningslinjer er fundert i ulike epistemologiske tradisjoner, og dermed gir opphav til paradoksale forskningsetiske retningslinjer. Av den grunn vanskeliggjøres anvendelsen av medisinske forskningsetiske retningslinjer i samfunnsvitenskapelig funderte studier der det er krav om informert samtykke, frivillighet, og estimering av risiko og nytte når deltagende observasjon er hovedmetoden. Medisinske forskningsetiske retningslinjer er basert på individuelt basert samtykke og frivillighetsprinsipper, mens deltagende observasjon er en metode som er kollektivt basert, det vil si at man observerer hvordan institusjonens ulike aktører samhandler. Vi argumenterer for at i deltagende observasjonsstudier er det ikke helt selvsagt hva som kan skade eller hva som kan komme informantene til nytte. Artikkelen avslutter med å lansere forslag til revidering av forskningsetiske retningslinjer i samfunnsvitenskapelige studier når man anvender deltagende observasjon som metode i medisinske settinger. For det første foreslår vi en revurdering av

”sårbarhet” som predefinert forstått, men heller som konstruert knyttet til studiens hensikt og forskningsarenaens videre kontekst. Forslaget innebærer at forskerne må redegjøre for hva som kan stå på spill for de ulike informantgruppene som er involvert, relatert til studiens hensikt og metode. For det andre foreslår vi å revurdere kravet om individbasert informert samtykke og frivillighetskrav, og heller innføre et kollektivt basert samtykke forankret i institusjonens pasient- og personalråd.

**Artikkel 2: Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland (2008) ”Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang”, Vård i Norden, Antatt for publisering 14.05.08**

Artikkelen er en oversiktsartikkelen der vi spør om brukererfaringer inngår i norsk forskning som omfatter innlagte psykiatriske pasienter i psykiatriske sykehus. For å ivareta en komparativ dimensjon som en parallell til norsk forskning, omtaler vi kort også noen eksempler fra relevant forskning i Sverige, Finland og Danmark i perioden etter år 2000. Artikkelen hovedspørsmål er: Hvilken forskning om innlagte pasienter i psykiatriske sykehus er gjort i Norge etter 1970, der innlagte pasienters erfaringer er inkludert?

Artikkelen har sitt fokus på innlagte psykiatriske pasienter og i hvilken grad deres stemmer og erfaringer blir inkludert i forskning om dem selv enten denne forskningen skjer i regi av psykologer, psykiatere, antropologer, filosofer, psykiatriske sykepleiere eller andre med helsefaglig bakgrunn. Vi søker også å vise i artikkelen hvilken forskning man ber om i sentrale norske styringsdokumenter som Opptrappingsplanen for psykisk helse, Stortingsmelding 25 ”Åpenhet og helhet”, Stortingsmelding 39 ”Forskning ved et tidskille”, Stortingsmelding 20 ”Vilje til forskning” og Programplanen for Norges forskningsråds program for psykisk helse for perioden 2006-2010. For å belyse artikkelens hovedtema har vi benyttet en metodisk tilnærming som består i å presentere studier som inkluderer innlagte psykiatriske pasienter gjennom en kort resyméform. Dette for å gjøre det mulig for leserne å få et raskt oversiktsbilde av temaet og innholdet i de studiene vi presenterer. De presenterte studiene eller arbeidene varierer i tema og form (blant annet fordi det er ulike disipliner involvert), og vi har valgt å ikke foreta en nøye sammenligning av på forhånd oppsatte kriterier. Ulempen ved artikkelens metodiske grep er imidlertid at leseren ikke får en opptellingsaktig sammenligning som kan etterprøves. Artikkelen oppsummering viser at viktige styringsdokumenter fremstår som uklare når det gjelder psykiatriske pasienters

stemmer og erfaringer i psykiatrisk forskning. Det kan imidlertid se ut som om det etter år 2000 er en viss økning i forskning der særlig sykepleiere har bidratt. Vi hevder videre at en langt sterkere brukerorientert forskning med og om innlagte psykiatriske pasienter vil være mer i samsvar med kritiske og relativistiske vitenskapsteoretiske posisjoner, enn den naturvitenskapelig og medisinsk funderte forskningen. Flere konkrete og alvorlige temaer lar seg kun besvare ved å spørre pasienter. Det er dessuten et tankekors at psykiatriske pasienters egne erfaringer ikke får den rettmessige oppmerksomhet. Avslutningsvis konkluderer artikkelen med at kommende styringsdokumenter eksplisitt må be om at norsk forskning om psykisk helsevern generelt, og våre psykiatriske sykehus spesielt, skal gi innlagte psykiatriske pasienter og deres erfaringer en sentral plass.

**Artikkel 3: Skorpen & Øye (2008) ”Den mangfoldige miljøterapien i psykiatriske sykehus – En oppsummering av miljøterapiens røtter, retninger og modeller,” submitted til Norsk tidsskrift for sykepleieforskning den 29.9.08.**

Artikkelen er en oversiktsartikkel som omhandler miljøterapi litteraturen om miljøterapi fra psykiatriske sykehus. Artikkelen søker å presentere systematisert kunnskap om miljøterapiens historie, retninger og modeller med eksempler på påfølgende forskning. Miljøterapi er en terapiform med røtter tilbake til de første asylene, og har de senere årene blitt omtalt som sykepleieres selvstendige terapiform. Artikkelens bidrag til feltet er å gi et oversiktsbilde av en terapiform som omtales som avdelingspersonalets terapi til innlagte psykiatriske pasienter, samt inspirere ulike fagfolk til og utforske og diskutere dagens miljøterapi i psykiatriske avdelinger. Et omfattende internasjonalt litteratursøk knyttet til miljøterapi viste et stort og uoversiktlig felt, der blant annet miljøterapiens begreper og definisjoner fremstod som omfattende og til dels uklare. Med bakgrunn i litteratursøket har vi delt miljøterapiens retninger inn i fire ulike modeller: 1) Den humanistiske og demokratiske miljøterapi (inklusive ”Det terapeutiske samfunn” og ”Soteria houses”) 2) Den psyko-dynamiske miljøterapi 3) Den behavioristiske miljøterapi 4) Den medisin-psykiatriske miljøterapi. Norske psykiatriske sykehus har de siste tiårene gjennomført både organisatoriske og innholdsmessige forandringer med blant annet vektlegging av brukermedvirkning. Til tross for omfattende endringer i sykehusene synes det som om dagens miljøterapi i overraskende liten grad har blitt utforsket og diskutert av helsepersonell inklusive sykepleiere, teoretiker og

brugerorganisasjoner. Et sentralt siktemål bør være at miljøterapi fremstår som en begrunnet, selvstendig og relevant terapiform. I artikkelen har vi avslutningsvis satt søkelys på og invitert til en helsepolitisk debatt der psykiatriens ulike fagprofesjoner og pasienter bør tre frem som sentrale bidragsytere i diskusjonene og utformingen av fremtidens miljø i psykiatriske avdelinger til beste for pasientene.

**Article 4: Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland (2008) "The smoking room as psychiatric patients' sanctuary: A place for resistance." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Antatt til publisering 30.04.2008 og vil bli publisert I vol. 15(9), startpage 728.**

Artikkelen setter søkelyset på avdelingens røykerom for innlagte psykiatriske pasienter i et psykiatrisk sykehus i Norge. Pasientens røykerom fremstår som pasientenes territorium, og som et sted der pasienter samhandler seg i mellom uten avdelingspersonalets tilstedeværelse. Flere pasienter rapporterte at samværet med andre pasienter på røykerommet ga dem både kraft og styrke til å klare dagliglivet på sykehuset. Pasientenes samhandlinger på røykerommet blir analysert i lys av Goffmans beskrivelser og analyser av livet i en total institusjon, særlig gjennom Goffmans begreper som primær og sekundær tilpasning. Avdelingspersonalet blir i røykerommet perifere aktører, til tross for at flere av personalet kjente til at det foregikk hemmelige og uønskede aktiviteter blant pasientene på røykerommet. Det samme personalet var viktige i den forstand at de kunne avblåse disse pasientaktivitetene i kraft av sin posisjon til å stenge røykerommet, og derved begrense pasientenes skjulte samhandlinger. Viktige begreper eller temaer for artikkelens analyse var røykerommet som pasientenes "panopticon," røykerommet som pasientenes "hellige rom" og pasientenes "terapi." Artikkelen diskuterer disse begrepene eller temaene i lys av røykerommet som en arena for pasientenes tilpasninger eller motstandsstrategier til livet i sykehus. Avslutningsvis søker vi å vise at psykiatriske pasienters motstandsstrategier mot sykehusets hierarkiske organisering og behandlingsvirksomheter på ingen måte representerer noe nytt. Til tross for norske myndigheters intensjoner og krav om en mer åpen og demokratisk psykiatri møter vi fremdeles innlagte psykiatriske pasienter som søker å forbedre sine pasientliv gjennom skjulte strategier. Samtidig leser vi også rapporter som forteller om økt tvangsbruk ovenfor innlagte psykiatriske pasienter som i stor grad ikke har fast bolig, liten utdanning, minimal inntekt og



lav sosial status. Dette er fenomener eller hendelser som synliggjør en viss historisk kontinuitet i behandlingen av de svakeste og mest stigmatiserte i det norske samfunnet.

**Artikkel 5: Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen (2008) "Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway" i Issues in Mental Health Nursing, akseptert 20.02.2008.**

Artikkelen omhandler hvordan miljøterapi ble utøvd som en oppdragende virksomhet med utgangspunkt i hva som utspilte seg av samhandlingsaktiviteter i langtidsavdelingens offentlige rom (gang/dagligstue) og personalets rom (vaktrommet). På den ene side ble pasientene tildelt og inntok noen barnlige roller, der de oppførte seg som barn gjennom for eksempel å kaste håndklær, trampe i gulvet, lage grimaser og så videre. På den annen side tilskrev personalet seg selv oppdragerrollen ved bruk av familiemetaforer, gjennom å korrigere pasientene og oppføre seg som tålmodige foreldre. Den oppdragende miljøterapeutiske aktiviteten ble sett i sammenheng med en psykodynamisk miljøterapeutisk tradisjon der pasientene ble betraktet som ego-svake, og der miljøet skulle tilrettelegges hjemlig for at pasientene skulle få nye erfaringer i miljøet i den hensikt å vokse og modnes fra barn til voksen. Miljøet ble også tilrettelagt for at pasientene skulle vokse gjennom å tilby dem en rekke aktiviteter som de kunne velge mellom, og på den måten fremvise sin selvstendighet og endring av livsstil. Det empiriske materialet analyseres i lys av Foucaults begreper om "governmentality" (regjering) og "selv-teknologier" i den hensikt å anskueliggjøre miljøterapiens oppdragende, selv-oppdragende og normaliserende funksjon. Artikkelen viser hvordan valgene som ble tilbudt var svært begrensede, noe som vanskeliggjorde pasientenes mulighet til å vise seg frem fra en selvstendig og voksen side. Miljøterapiens oppdragende og normaliserende funksjon blir koblet til den norske stats normaliseringspolitikk der pasienten skal forberedes i de psykiatriske sykehusene til et liv utenfor sykehusene. Avslutningsvis hevder vi at miljøterapi som oppdragende og infantiliserende praksis ikke forbereder pasientene for et "normalt" selvstendig liv utenfor institusjonen, men heller bidrar til å befeste pasientene forstått som barn.

**Artikkel 6: Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen (2008) "User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway – a mission impossible?" Submitted to Nursing Inquiry 11.12.07.**

Artikkelen har fokus på den demokratiske og humanistiske miljøterapeutiske tradisjonen i form av "det terapeutiske samfunn" på et psykiatrisk sykehus. På langtidsavdelingen gjorde personalet noen spede forsøk på å gjenintrodusere demokratisk tankegang i miljøterapien, gjennom pålegg om brukermedvirkning. Personalet hadde et tradisjonsgrunnlag hentet fra en del av prinsippene i det terapeutiske samfunn, der aktivisering, involvering og myndiggjøring sto sentralt. Artikkelen belyser noen sentrale utfordringer personalet stod overfor i forsøk på å gjennomføre demokrati og brukermedvirkning i en lukket psykiatrisk avdeling. Det å involvere pasienter i beslutningsprosesser synes å by på en særlig utfordring relatert til fire ulike forhold. For det første ble det vanskelig å få til en kollektiv demokratisk organisering i en tid da brukermedvirkning i stor grad er knyttet til den individuelle pasient. For det andre ble brukermedvirkning vanskelig når personalet og pasientene ikke hadde samme ønsker om hvilke mål som skulle oppnås. For det tredje ble det vanskelig å danne en symmetrisk relasjon med pasienten når miljøterapi på den ene side er forankret i brukermedvirkning, og på den annen side er forankret i et mål om resosialisering og oppdragelse gjennom å lære pasienten ulike sosiale og praktiske ferdigheter. For det fjerde ble det vanskelig å danne en symmetrisk relasjon med pasienten eller å implementere brukermedvirkning i en klart definert hierarkisk medisinsk organisasjon. Disse ulike utfordringene ses i lys av paradoksale byråkratiske rammer på den ene side, og miljøterapiens komplekse og mangfoldige ideologiske tradisjoner på den annen side. Vi konkluderer med at en demokratisk anlagt miljøterapi synes vanskelig å gjennomføre i en medisinsk hierarkisk fundert institusjon, der faren er en innføring av et skinndemokrati eller en pseudobrukermedvirkning i lukkede psykiatriske avdelinger.

**Artikkel 7: Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland (2008) "Treatment regimes in a psychiatric hospital apparent contradictions? Report from field work in a locked-up ward illustrated with a constructed case," International Journal of Mental Health Nursing. Resubmitted 29.09.08.**

Artikkelen har belyst både den medisinskpsykiatriske behandling og den miljøterapeutiske behandling slik begge disse behandlingsvirksomhetenes viste seg i avdelingenes daglige liv. På den ene side dominerte det medisinskpsykiatriske regimet behandlingen og avdelingenes dagligliv i norsk sykehus. På den andre side fremhever avdelingenes personale at miljøterapi

er deres terapi til pasientene, og at denne terapiformen utgjør en viktig terapiform til innlagte psykiatriske pasienter. Artikkelen presenterer et konstruert case, Mary, for å illustrere stemmene, erfaringene og perspektiver fra både pasienter og personalet slik vi observerte ulike former for samhandlingsaktiviteter i pasientens røykerom, avdelingens korridor og personalets vaktrom. Pasientenes erfaringer og synspunkter forble i stor grad mellom pasientene på røykerommet, og pasientene syntes å ha liten innflytelse på sin egen behandling. Gjennom caset, Mary, identifiserte vi to profesjonelle behandlingsperspektiver i avdelingens daglige liv; et sterkt formelt medisinskpsykiatrisk perspektiv, og et uformelt og langt svakere miljøterapeutisk perspektiv. Vi ser samtidig at store deler av avdelingens miljøterapeutiske virksomheter er redusert til en uformell, underordnet terapiform som i stor grad fremstår som støttefunksjoner til avdelingens medisinskpsykiatriske regime. De tilsynelatende motstridende behandlingsregiene (den medisinske og miljøterapeutiske) synes derved ikke å være konkurrerende eller i konflikt med hverandre i det daglige livet på et psykiatrisk sykehus. Det empiriske materialet som presenteres i artikkelen indikerer også at statlige norske ambisjoner om brukermedvirkning på langt nær er oppfylt.

**Artikkel 8: Øye & Skorpen (2008) "Kjennskapens ritus - Fra Tukes te-selskap til fredagskos i et psykiatrisk sykehus." Submitted til Tidsskrift for samfunnsforskning 29.09.08.**

Artikkelen belyser fredagskosen som et eksempel på hvordan et ukentlig ritual på et norsk psykiatrisk sykehus inngår som en del av det psykiatriske sykehusets faste dagliglivsrutiner. Fredagskosen er en sosial sammenkomst der personalet og pasientene samles for å spise nybakt kake eller boller, drikke kaffe eller te, og for å snakke sammen. Vi belyser i artikkelen hvordan personalet bruker dette rituallet til å få kjennskap til og skaffe seg kunnskap om pasientene. Fredagskosritualet inngår som en del av det personalet kaller miljøterapeutisk behandling, der hensikten med denne terapiformen blant annet er å endre og modifisere pasientenes atferd, innbefattet det å lære sosiale og praktiske ferdigheter. Miljøterapi er en terapiform som har røtter tilbake til "moral treatment"-tradisjonen og etableringen av de første asylene på 1700-tallet med Tuke og Pinel. Av den grunn sammenligner vi og anvender Foucaults analyse av Tukes te-selskap som bakteppe og inspirasjonskilde i vår analyse av fredagskosen, med fokus på rituallet som 1) en læringsstrategi 2) en observasjons- og overvåkningsstrategi, og 3) en selvdisiplineringsstrategi. Vi påpeker at rituallet fredagskosen

anskueliggjør tre sentrale sider ved de psykiatriske sykehusenes samfunnsansvar: Å gi medisinskpsykiatrisk behandling, normalisering for livet utenfor, og beskyttelse av samfunnet mot farer. For det første skulle fredagskosen gi personalet noen muligheter for observasjon av sykdomsuttrykk gjennom å observere pasienter i et sosialt konstruert miljø i den hensikt å kunne gi den rette type medikamentell behandling. For det andre skulle fredagskosen og forberedelsene til fredagskosen gi pasientene mulighet til læring gjennom baking, pådekking og samvær i den hensikt å fordre selvstendighet, tilpasningsdyktighet og selvvinnsikt. For det tredje skulle fredagskosen bidra til å ivareta et sikkerhetsbehov gjennom muligheten til å overvåke og utøve sosial kontroll av pasientene for å sikre sikkerheten og å unngå skader. Vi påpeker imidlertid at dette var samfunnsoppgaver som vanskelig lot seg gjennomføre, da mange pasienter uteble fra fredagskosen, og de som var til stede røpte minst mulig om seg selv ved at de ikke ”åpnet” seg for personalet. Avslutningsvis påpeker vi at det psykiatriske sykehusets samfunnsoppgaver også kan forstås som paradoksale, da det å ivareta sikkerheten synes paradoksalt relatert til personalets arbeid for normalisering. Det ”å passe på” innebærer å frata pasientene friheter mens de er innlagt, og følgelig begrense muligheten til å lære selvstendighet, mens det ”å lære opp” vil bety å gi friheter innenfor for at pasienten skal kunne lære å bli selvstendig for et liv utenfor, og følgelig begrense kravet om ivaretagelse av sikkerheten.

## Kapittel 6: Miljøterapi – fra kollektiv dagligvoldsorganisering til individuelle tilpasningsformer

I dette kapitlet vil vi belyse og sammenligne miljøterapiens tidligere kollektive organisering med deler av studiens empiriske materiale fra to ulike allmennpsykiatriske avdelingers miljøterapi i dag. Fremstillingen pretenderer ikke å være en fullgod historisk analyse, men vi søker heller å belyse noen særtrekk ved dagens miljøterapi slik vi har observert denne sett i lys av tidlige tiders beskrevne miljøterapi (se kapittel 2). Denne sammenligningen baserer seg i hovedsak på litteratur om miljøterapiens demokratiske tradisjon, samt beskrivelser fra avdelingspersonalets erfaringer fra sykehusets tidligere tiders miljøorganisering.

Interessen for den kollektivt forankrede miljøterapien og de terapeutiske samfunnene har avtatt i Europa det siste tiåret (Norton, 2004). For det første har interessen for miljøterapi avtatt i takt med nedbyggingen av de store tunge institusjonene (Norton, 2004, Gutheil 1985).<sup>216</sup> For det andre er det en økende interesse for å forstå psykiske lidelser som biologiske med påfølgende psykofarmakologisk behandling (Bloom & Norton, 2004), og følgelig har terapien i økende grad blitt individualiserende (Gutheil, 1985). For det tredje har det vært en økende skepsis mot terapiformen som effektiv behandlingsmetode (Delaney, 1997, Van Putten & May, 1976).<sup>217</sup> Utover på 1980-tallet ble det påpekt at miljøterapi ble vanskelig å gjennomføre grunnet deinstitutionaliseringens reformen med nedbygging av de store psykiatriske sykehusene (Gutheil, 1985).<sup>218</sup> I denne perioden forsvant noe av grunnlaget for miljøterapeutisk virksomhet, da denne terapiformen var forankret i institusjoner med et langtidsperspektiv (Thomas, Shattell & Martin, 2002). Miljøterapibegrepet levde likevel videre, men det ble stadig vanligere å benytte miljøterapi på korttidsavdelinger, dog med et annet innhold (Boyd

---

<sup>216</sup> Deinstitutionalisering og fokus på kommunepsykiatri er blitt forklart som en av grunnene til at det terapeutiske samfunn og miljøterapeutisk vektlegging mistet terreng allerede på begynnelsen av 1980-tallet i USA (Gutheil, 1985).

<sup>217</sup> Det ble stadig oftere satt spørsmålsteget ved miljøterapiens egnethet når det gjaldt pasienter med alvorlige psykiatriske diagnoser. Det ble påpekt hvordan disse pasientene kunne påvirke miljøet i negativ retning (Adler, 1973, Gralnick, 1979). Det ble til og med hevdet at miljøterapi kunne ha en skadelig og regressiv effekt på alvorlig sinnslidende, så vel som negative konsekvenser for personalet (Johansen, 1983).

<sup>218</sup> Det ble også påpekt at pasientgruppene ble annerledes med deinstitutionalisering, der pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser ble skrevet ut til kommunene sto man igjen med de mer alvorlig sinnslidende og de farlige pasientene. Det hevdtes at dette er en av grunnene til at miljøterapien fikk vanskeligere pasienter å jobbe med totalt sett, og at miljøterapien i sin tidlige form ble mindre anvendbar (Gutheil, 1985).

& Nihart, 1998).<sup>219</sup> Norton (2004) hevder at med deinsituisjonaliseringen og oppbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene har forskningsinteressene for døgnbehandling på de psykiatriske sykehusene avtatt.<sup>220</sup> Det uttrykkes også en bekymring for at institusjonsbehandlingen og miljøterapien har mistet noe av sin kollektive lærende og helende dimensjon (Norton, 2004, Neuhaus, 2006).

Det terapeutiske samfunn vektla en demokratisk og kollektiv organisering knyttet til psykiatriske avdelingers dagliglivsorganisering (Jones & Rapoport, 1957, Jones, 1966, 1968/1971, 1983). I avdelingenes kollektive miljø hadde pasientene en viktig rolle og medansvar for avdelingens terapi gjennom blant annet å gi tilbakemeldinger på medpasienters atferd og tanker under gruppesamlinger. Siktemålet var at pasientene skulle lære å bli selvstendige individer gjennom å ta mer ansvar for egen og medpasienters terapi (se Sørhaug, 1982). I vår studie så vi at miljøterapiens kollektive fenomener i stor grad var begrenset til en fast organisering av dagliglivet gjennom felles rutiner som faste måltider, en fastsatt døgnrytme og felles aktivitetsplaner som for eksempel fellesturer. Vi observerte ingen terapeutiske gruppesamlinger, og miljøterapi ble sjelden diskutert på vaktrommet som et kollektivt fenomen. Vi så derimot at personalet ofte diskuterte tiltak overfor enkeltpasienter, som for eksempel hvor ofte pasienten kunne få gå ut, hvor mange sigaretter pasienten skulle få utdelt i timen, om pasienten burde være med på kjøkkenet for å lære å lage vafler, hvordan man burde gå frem slik at man kunne inngå avtaler med pasienten, og så videre.<sup>221</sup> Dette var primært miljøterapeutiske tiltak rettet mot enkeltpasienter der personalet søkte å etablere dyadiske terapeutiske relasjoner med pasienten i den hensikt å lære opp pasienten eller få kjennskap til og kunnskap om pasienten (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008, Øye & Skorpen, 2008).<sup>222</sup> For det første skulle pasientene lære seg praktiske og sosiale ferdigheter gjennom aktiv deltakelse i institusjonens kollektive dagligliv, og der både medpasienter så vel som personalet var sentrale aktører gjennom dagliglivets konfrontasjoner og tilbakemeldinger (Jones, 1983, Sørhaug, 1982). For det andre var det helt sentralt at

---

<sup>219</sup> Det ble et økende fokus på rehabilitering, der opplæring og opptrening av ulike former for ferdigheter på korttidsopphold i de psykiatriske sykehusene sto sentralt (Neuhaus, 2006).

<sup>220</sup> I tillegg blir nedbygging av de store tunge institusjonene i USA forklart med at psykiatriske tjenester kunne drives langt billigere utenfor institusjon (Gralnick, 1986).

<sup>221</sup> Beskrevet av Sørhaug (1982) som en ansvarsideologi, et ansvar som pålegges pasienten gjennom avtaler.

<sup>222</sup> Det innebærer ikke at den kollektive dimensjon ikke er en sentral dimensjon ved institusjonens organisering i dag (se artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008), men den skiller seg imidlertid fra tidligere tiders kollektive miljøterapi slik den har blitt beskrevet i Norge (se Løchen, 1965/1976, Waal, 1978, Måseide, 1976, Sørhaug, 1982).

pasientene deltok i den kollektive husholdsorganiseringen for å opprettholde avdelingens drift. Hvis ikke husarbeidet ble gjort ville avdelingen forbli skitten og maten ikke servert. I den forbindelse fortalte de eldre av personalet på sykehuset om den gangen da sykehuset var avhengig av at både personalet og pasientene jobbet sammen for å sikre avdelingens drift og opprettholdelse. En pleier fortalte at pasienter som ikke ville delta kunne risikere å bli båret ut i hagen og lagt under et epletre til eplene datt ned i hodet på dem. Hvis ikke pasienten gjorde det arbeidet han eller hun var satt til, ville andre måtte overta arbeidet. En annen pleier kunne fortelle at når både pasientene og personalet tok på seg kjeledressene for å jobbe, ble de ”liksom likeverdige,” og hadde det ganske trivelig sammen spesielt når de tok seg en velfortjent kaffepause og hvil. I dag ser vi at rester av den kollektive organiseringen lever videre i form av avdelingens morgenmøte, der noen husholdsoppgaver søkes å bli fordelt til noen av pasientene. Dette kan være oppgaver som vask, dekking av bord, rydding, tillaging av noe spesielt til lørdagskvelden, og så videre. Deltakelse på disse morgenmøtene var imidlertid frivillig, og det var varierende oppmøte av pasienter på morgenmøtene.

I motsetning til den kollektive fellesskapsorganiseringen fra tidligere tiders drift der sykehuset var avhengig av pasienters bidrag for å holde liv i institusjonen, er pasientenes bidrag i dag ikke nødvendig for sykehusets drift og opprettholdelse. I den grad pasientene i dag deltok i ulike former for aktiviteter var det i form av pasientenes individuelle valg, og ikke av hensyn til sykehusets drift og opprettholdelse. Miljøterapi i form av oppmuntring til aktivitet må i dagens institusjon derfor forstås i lys av aktivitet for egen del og ikke for andres eller kollektivets del. Vi hevder at dagens miljøterapi i stor grad må betraktes som en individualisert transformering og disiplinering av subjektet (jfr. Foucault, 1982/2001). Det vil si at miljøet tilrettelegges gjennom deltakelse i dagliglivets aktiviteter og gjøremål for at pasienten skal regjere eller oppdra seg selv i den hensikt å transformere seg selv til et liv utenfor institusjon (jfr. Foucault, 1980/2001, 1982/1988).

Med endring av de psykiatriske sykehusenes samfunnsoppgave og ideologiske vektlegging har også miljøterapien endret seg (Neuhaus, 2006, Norton, 2004, Gutheil, 1985), eksempelvis er brukermedvirkning og individuell plan rettet mot enkeltpasienter og ikke mot et kollektivt liv.<sup>223</sup> Det samme gjelder de miljøterapeutiske tiltakene i avdelingene som diskuteres, planlegges og iversettes i stor grad som individrettede tiltak knyttet til enkeltpasienter. Med

---

<sup>223</sup> Se Psykisk helsevernloven, § 4-1, 4-2.

dette har selve begrepet *miljøterapi* i betydning endring av individet i et kollektivt miljø mistet noe av sin kraft og berettigelse. Å tenke seg individrettet miljøterapi blir paradoksalt i seg selv, da selve begrepet forutsetter et større kollektivt psykososialt miljø (jfr. Cumming & Cumming, 1962, Gunderson, 1978).

## **Røykerommet som pasientenes kollektive miljøterapi?**

På røykerommet ble miljøterapibegrepet introdusert av forskerne gjennom at vi spurte pasienter om hvilke erfaringer de hadde med avdelingens miljøterapi, og hva denne terapiformen betydde for deres pasientliv. Pasientene var usikre på hva vi mente med spørsmålet om miljøterapi, for de hadde aldri hørt om denne terapien. Noen pasienter sa derimot at de hadde blitt informert om at de hadde en miljøkontakt som de kunne ta kontakt med hvis det var noe de lurt på. Vi observerte imidlertid pasienter som hadde en god relasjon til sin miljøkontakt eller andre av personalet, og noen av pasientene uttrykte at det å ha en god kontakt med en pleier var viktig for dem i deres pasientliv: ”Jeg hadde ikke klart meg uten henne og hennes støtte når jeg er nedfor.”

Pasientenes røykerom er det rommet i avdelingen som synes å være basert på samhold og kollektive idealer pasientene imellom. På røykerommet kunne pasientene gi hverandre umiddelbare tilbakemeldinger på hverandres oppførsel. Når det for eksempel så skittent og uryddig ut, kunne en medpasient be om at det ble ryddet opp. Tok en pasient hele sofaen, ble han bedt om å flytte seg så andre fikk plass. Var en pasient lei seg, satt andre stille og lyttet til pasienten hadde fått snakket ferdig, og skrudde en pasient opp lyden på stereoanlegget, kunne andre be han skru lyden ned. Når en pasient var blakk og ikke hadde penger til røyk, kunne en annen medpasient bla opp penger og låne bort, og så videre. Hva som utspilte seg av samhandlingsaktiviteter på røykerommet, deres utvekslinger av erfaringer må ses i sammenheng med opplevelser utenfor dette rommet (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). Eksempelvis kunne samhandlingsaktivitetene pasientene imellom knyttes til fellesskapsopplevelser om det å være pasienter i underordnede posisjoner i kontrast til det å være personell i overordnede posisjoner. Samhandlingsaktivitetene og samtalene på røykerommet kunne også bli farget av felles erfaringer knyttet til det å ha en psykisk lidelse i det norske samfunnet og stigmaopplevelser knyttet til dette. Pasientene kunne på røykerommet blant annet utveksle historier til hverandre om hvordan de ble tauet inn på institusjon, bare fordi de var litt sinna og folk visste at de hadde vært innlagt før. På den



måten kunne fellesskaperfaringene bli forsterket i kraft av mer eller mindre felles erfaringsdimensjoner basert på opplevelser utenfor institusjonen og innenfor.

Røykerommets panoptiske plassering sammen med pasientenes posisjonering ga pasientene mulighet for å se avdelingens verden gjennom et dobbeltsyn; ”double vision” Begrepet ”double vision” er forankret i feministisk epistemologi<sup>224</sup> og referer til hvordan representanter for undertrykte grupper<sup>225</sup> både tilegner seg kunnskap tilhørende egen gruppe og den dominante gruppen (Narayan, 2004). Nærmere bestemt innebærer det i vår studie at de undertrykte (psykiatriske pasientene) lærte seg å utvikle kunnskaper, ferdigheter og språket til den dominerende gruppen (personalet), samt de regler som tilhørte det samfunnet som den dominerende gruppen forvaltet (institusjonens regler). Det å lære seg kunnskaper fra den dominerende gruppens verden kunne sikre pasientene noen goder og rettigheter mens de var innlagt på avdelingen (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). Den dominerende gruppen trengte derimot ikke å lære seg de undertryktes (pasientenes) språk og røykeromskultur, da det ikke var nødvendig for personalet å ha kunnskaper om og å lære om det sosiale livet på røykerommet i nevneverdig grad. Personalet trengte ikke å lære om røykeromslivet, da dette ikke var nødvendig for å gjennomføre de oppgavene som de var satt til å forvalte.<sup>226</sup> Derimot kunne røykerommets kollektive dimensjon betraktes som et forstyrrende element for pleiepersonalet i betydning av at pasientene lærte hverandre opp og ga hverandre råd om hvordan de kunne takle pasienthverdagen på avdelingen. Det kunne for eksempel være råd om hvilke medisiner man burde ta, hvilke virkninger og bivirkninger medisinen ga, hvordan de kunne få muligheten til å gå på butikken uten følge, og så videre. Noen av personalet kjente til pasientaktiviteten på røykerommet, og det hendte at avdelingspersonalet kunne klage over enkeltpasienters opplæring av medpasienter, og at dette

---

<sup>224</sup> Det refereres her særlig til Sandra Harding (2004) og hennes utlegning om ”Standpoint Theory.” Den intellektuelle feministiske standpunktteorien har sitt opphav i Hegels refleksjon om master/slave-relasjonen, der man tar standpunktet til slavens marginaliserte liv (Harding, 1993). Herrene (masters) representerer et vrangforestillt bilde av virkeligheten, mens de undertrykte representerer en alternativ måte å forstå verden på. Kunnskapsforankring er alltid sosialt situert, og der de dominante grupper bidrar til å reproducere og legitimere ”politiske praksiser” (selv om de som produserer kunnskapen gjør det i beste mening og i en tro på kunnskapen som verdifri) (Harding, 1993, 1999). De dominerende gruppers stemmer er mer begrensende enn de marginaliserte gruppers stemmer (Harding, 1993). I følge Harding betyr det at de undertrykte gir et mer objektivt bilde av kunnskapen og den sosiale verden. I en slik sammenheng blir det å løfte frem de subjektive og de undertryktes stemmer og erfaring fra dagliglivet helt sentralt (Harding, 1999).

<sup>225</sup> Undertrykte grupper kan være kvinner, fattige, etniske minoriteter og så videre (Narayan, 2004).

<sup>226</sup> Vi må understreke at pleiepersonalet i visse situasjoner var avhengig å få tilgang til enkeltpasienters verden, deres tanker og virkelighetsforståelse for å kunne sikre sikkerheten; få kunnskap om hvilke tanker de hadde i forhold til selvskadning eller skading av andre (Jacobsen, 2006, se artikkel 2 Oeye & Skorpen, 2008). Med andre ord, ha kunnskaper om enkeltpasienter i den hensikt å utøve sosial kontroll.

kunne ha negativ innvirkning på pasientenes sykdom og videre behandling på sykehuset (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

Avslutningsvis vil vi hevde at røykerommets plassering og miljø ga pasientene muligheter til å tilegne seg den dominerende gruppens (personalets og institusjonens) kunnskaper, regler og normer.<sup>227</sup> Pasientenes samhandlinger seg imellom i det kollektive miljøet som pasientene sammen bygget opp, ga pasientene noen muligheter til å bedre sine pasientliv, noe som vi kan betegne som pasientenes miljøterapi. Dette innebar ikke nødvendigvis at pasientenes miljøterapi på røykerommet kunne sies å ha en helende terapeutisk effekt. Derimot kan pasientenes miljøterapi fra røykerommet betraktes som strategiske handlinger i den hensikt å bedre sine liv i avdelingen. Samværet på røykerommet kunne være i form av konfrontasjoner gjennom at medpasienter kommenterte hverandres oppførsel, evaluerte hverandre, og lærte hverandre opp. Opplæringen kunne være av både konkret praktisk og sosial art, som for eksempel læring av hva man burde gjøre når man blir tørr i munnen av medisinene, og hvordan man kunne få laget avtaler med medpasienter som var innlagt på andre avdelinger. Vi vil av den grunn hevde at vi på røykerommet finner elementer fra miljøterapiens eldre intensjoner, slik disse intensjonene ble formulert gjennom det terapeutiske samfunns kollektive og demokratiske idealer (jfr. Jones, 1966, 1968/1971, 1983).

---

<sup>227</sup> Se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland (2008) som tar utgangspunkt i pasientenes panoptiske utgangsposisjon.

## Kapittel 7: Oppsummerende diskusjon

Vi vil i dette kapitlet ytterligere belyse noen temaer og problematikker som overskrider artiklenes bidrag, og har i den forbindelse valgt å løfte frem tre hovedtematikker som vi ønsker å utdype og diskutere ytterligere. Først vil vi diskutere innlagte psykiatriske pasienters deltakelse i forskning, deres antatte sårbarhet, og hvordan dette utgjør en utfordring for etnografisk forskning. Dernest vil vi diskutere om dagliglivet i lukkede psykiatriske avdelinger er tilrettelagt for at pasientene kan vende tilbake til dagliglivet utenfor. Til slutt vil vi diskutere om det er mulig å ivareta kravet om brukermedvirkning i en medisinskpsykiatrisk institusjon. Ved å kritisk belyse disse valgte hovedtematikker søker vi å anskueliggjøre og utdype spenningsfelt i psykiatriske avdelingers dagligliv og miljøterapi gjennom å løfte frem paradokser, motsetninger og kongruenser.

### ***Innlagte psykiatriske pasienters deltakelse i forskning og deres antatte sårbarhet – en utfordring for etnografisk forskning?***

Vi har i studiens artikkel 2 (se Skorpen, Anderssen, Øye & Bjelland, 2008) belyst den forskningen som foreligger om innlagte psykiatriske pasienter i Norge. Artikkelen dokumenterer at det finnes overraskende lite forskning som inkluderer innlagte psykiatriske pasienters erfaringer. Dette til tross for at det etterlyses forskning innen psykisk helsevern generelt, noe som er overraskende gitt den sterke vektleggingen av pasienterfaringer når det gjelder behandlingstilbud og brukermedvirkning i psykisk helsevern. I studiens artikkel 1 (Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007) har vi kritisk belyst forskningsetiske retningslinjer knyttet til betraktninger om innlagte psykiatriske pasienter som sårbare, og de konsekvenser disse retningslinjene får for deltagende observasjon som forskningsmetode.

I våre møter med Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) ble det stilt spørsmål ved og ikke minst problematisert studiens intensjoner om å benytte innlagte psykiatriske pasienter som informanter. Observasjoner, intervjuer og samtaler med innlagte psykiatriske pasienter ble av REK definert som et medisinsk anliggende problem. Likevel understreket REK gjennom sin konsulentuttalelse viktigheten av å få tilgang til psykiatriske pasienters institusjonserfaringer, og trakk i den forbindelse frem at sosialantropologisk forskning på

psykiatrifeltet ville være et viktig inntak for å få tak i pasientkunnskap og egne seg til studie av dagligliv. Konsulenten skrev:

*Pasienter som er innlagt i institusjon får dessverre ikke alltid god hjelp. Dagliglivet på avdelingen har stor betydning for denne pasientgruppen, både som midlertidig ramme omkring tilværelsen, og som arena for mer og mindre systematiserte behandlingstiltak. Institusjonelle tradisjoner og kulturer utfordres av idealer om demokrati og brukermedvirkning. I lys av dette er det relevant å utforske hvordan miljøterapeutiske praksiser utspilles til daglig, hvilken mening og symbolsk betydning aktivitetene og samhandlingen tillegges av aktørene, og hvordan profesjonskompetanse kan bidra til å fremme (eventuelt hemme) såvel tilfriskning som demokratiske idealer. Både nasjonalt og internasjonalt finnes det mange viktige eksempler på hvordan samfunnsvitenskapelig forskning har kunnet bidra til sentrale reformer innen denne delen av helsetjenesten .... På bakgrunn av ovenstående stiller jeg meg i utgangspunktet positiv til det foreliggende prosjektet, som er en deskriptiv studie av en vanlig profesjonspraksis av stor betydning for dagliglivet til psykiatriske pasienter. Kvalitative intervjuer av personale og pasienter, samt deltakende observasjon i avdelingens offentlige rom er relevante strategier for utvikling av kunnskap i dette feltet. (REK Vest konsulentrapport).*

Det problematiske med vår forskning slik både REK og konsulenten så det, var imidlertid muligheter til og vanskeligheter med å gjennomføre individuelt informert samtykke av gruppen innlagte psykiatriske pasienter når deltagende observasjon var metoden. Vi delte langt på vei REKs bekymringer, særlig angående prinsippet om frivillighet og sikring av informert samtykke. Konsulenten foreslo å innhente informert samtykke hos et brukerråd tilhørende avdelingene, noe vi stilte oss positive til, og som langt på vei kunne sikre kravet om informert samtykke. Det viste seg imidlertid at avdelingene ikke hadde brukerråd, og at brukerråd vanskelig lot seg opprette. Av den grunn oppfordret vi pasientene på de ulike avdelingene til å skrive anonymisert ned i en bok som lå tilgjengelig på begge avdelingene de innvendinger og synspunkter de måtte ha på vår tilstedeværelse. I tillegg fulgte vi langt på vei REKs anbefaling om å innhente individualisert informert samtykke til å bli observert hos hver enkelt pasient. Det å innhente skriftlig informert samtykke hos hver enkelt pasient viste seg imidlertid å by på en del praktiske utfordringer knyttet til stor gjennomtrekk på

korttidsavdelingen, fare for avbrytelse av aktiviteter, påvirkning av ”naturlige” sosiale situasjoner, med mer (for nærmere beskrivelse se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007).

Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk stilte dessuten spørsmål ved psykiatriske pasienters egnethet som ”forskningsobjekter”, begrunnet i deres antatte sårbarhet, og derav redusert samtykkekompetanse med referanse til forskningsetiske retningslinjer (artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). Medisinske forskningsetiske retningslinjer omhandler blant annet forskningsobjektets kompetanse og frivillighetsmuligheter basert på en hierarkisk inndelt sykdomsbasert gruppetykkning, omtalt som ”nedadstigende rekke av tillatelighe<sup>228</sup>”. Pasientens antatte sårbarhet er begrunnet i tre ulike forhold knyttet til: (1) Sykdommen og symptomene som kan påvirke både pasientens forståelse og vurderingsevne (DuVal, 2004, Lützén & Nordin, 1994), (2) Institusjonelle forhold, som at mange pasienter er innlagt under tvang, og kan av den grunn ikke gi et frivillig og autonomt samtykke (Regher, Edwardh & Bradford, 2000, Radden, 2002), og (3) Psykiatriske pasienter er ofte stigmatiserte og marginaliserte i samfunnet, og av den grunn mer påvirkelige for press utenfra til å delta i forskning (DuVal, 2004, Appelbaum, 1998). Med andre ord betraktes innlagte psykiatriske pasienter som ikke å være mentalt kompetente eller autonome nok til å kunne samtykke til å delta i forskning på selvstendig grunnlag.

Spørsmålet om deltagelse eller ikke-deltagelse i forskning relateres dermed til sykdommen, og på den måten utdefineres eller fratras den psykiatriske pasienten evnen til å ta en selvstendig vurdering og beslutning om å delta i forskning. Betragtningene om psykiatriske pasienters sårbarhet og psykiske sykdom har sin forankring i en dualistisk forståelse av det psykisk syke mennesket, der pasientenes stemmer og utsagn kan atskilles fra mennesket selv; det er ikke de selv som snakker, men sykdommen. Sykdommen blir således den egentlige aktøren (Barrett, 1996). Hvis man betrakter innlagte psykiatriske pasienters vurderinger og stemmer som tilhørende psykisk sykdom, vil også kunnskapen hentet fra psykiatriske pasienters verden måtte forkastes. Av den grunn vil en forskningspraksis som inkluderer innlagte pasienter stå i fare for at det sår tvil om materialets gyldighet med begrunnelse i informantenes pålitelighet og selvstendighet. Denne type vitenskapelige argumentasjon definerer innlagte psykiatriske pasienter som personer som har svekket rasjonalitetsevne, og

---

<sup>228</sup> For nærmere beskrivelse se Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) 2005, og deres retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning <http://www.etikkom.no/retningslinjer/samtykke>

kan følgelig ikke være en kilde til sann vitenskapelig kunnskap. Pasientenes verden og stemmer kommer i skyggen av det medisinske regimets fortolkingsramme. Når de forskningsetiske retningslinjene og den vitenskapelige forskningspraksisen domineres av det medisinske paradigmet, settes pasientkunnskap i tvil (artikkel 2 Skorpen, Anderssen, Øye & Bjelland, 2008).

Foucault (1963/2003) hevdet at vitenskapene om mennesket, som psykologi og psykiatri i seg selv er en innhegning av det menneskelige, et slags fengsel uten mur, skjemaer som tvinger oss til å tenke på bestemte måter, skjemaer som skiller skarpt mellom det rasjonelle og det irrasjonelle, det normale og det unormale, det sunne og det syke.<sup>229</sup> En skjemaviten som kommer til anvendelse i forskningspraksis ved at individet blir kategorisert og dets individuelle kjennetegn fastslått. I følge Foucault er dette en skjemaviten som bidrar til å konstruere en sannhet som gjør seg gjeldende innenfor anerkjent naturvitenskapelig forskningspraksis. Dette kommer til uttrykk i de medisinsketiske retningslinjene der informanter blir forstått og beskrevet som forsøksobjekt, og inndelt i rangerte grupper etter antatt sykkelighets- og sårbarhetskriterier med påfølgende kategoriseringer som frie eller ufrie, kompetente eller ikke-kompetente, gyldige eller ikke gyldig som informanter, og så videre. Personalet er ikke inkludert på samme måte i utforming av de medisinske etiske retningslinjene, da personalet ikke regnes som inkompetente med redusert samtykkekompetanse, ufrie og så videre. De medisinske etiske retningslinjene forankret i et medisinsk paradigme retter således blikket bort fra informanter som grunnleggende sosialt og kontekstuellet konstituert, løsrevet fra de institusjoner og praksiser som definerer og produserer ”forskningsobjektene” (Foucault, 1961/1999).<sup>230</sup>

---

<sup>229</sup> Foucault så på delingen eller bruddet som etablerer avstanden mellom fornuft og ufornuft – fra det punkt fornuften fikk herredømme over ufornuften i kontrast til en tid da galskap og ikke-galskap, fornuft og ufornuft var uklart vevd sammen (Foucault, 1961/1999). Da galskapen ved slutten av 1700-tallet ble konstituert som sykdom gjennom psykiatriens språk, ble fornuftens monolog over ufornuften et faktum, og senere representert ved legen som det fornuftige menneske.

<sup>230</sup> Foucault var opptatt av talen om sykdommen, ikke om sykdommen som essens, noe som innebærer at det er sinnssykdommen som kultur som taler, og ikke sinnssykdommen som sykdom eller natur som taler. Galskap blir ikke noe i seg selv hos Foucault, derfor vil det ikke være et skille mellom galskapen og synet på galskapen (Foucault, 1961/1999). Når man snakker om synet på de gale, forutsetter det galskap som en konstant størrelse, det vil si et skille mellom subjekt og objekt, eller natur og kultur, eller tegnet og det betegned. Derfor snakket Foucault om galskapens erfaring (og ikke om synet på galskap), og dermed ikke som en individuell erfaring, men som en kollektiv erfaring. Dette betyr ikke nødvendigvis at Foucault benektet enhver form for essensialisme som sådan, men det betyr snarere en form for benektning av det essensielle uavhengig av sosiale, historiske og maktfulle konstellasjoner og konstruksjoner.

Vi betrakter ikke de sosiale aktører som essensielt autonome, kompetente og frie på den ene side, eller som sårbare, unormale, irrasjonelle og inkompetente på den annen side. Forståelsesmåter som forutsetter en essensialistisk idé om de sosiale aktører der den psykiatriske pasients potensielle irrasjonalitet og ”galskap” forstås løsrevet fra språket og praksisene om galskapens irrasjonalitet (Foucault, 1961/1999).<sup>231</sup> I kontrast til en essensialistisk forståelse av sårbarhet med et skarpt skille mellom normalitet og avvik, vil vi argumentere for konstruksjonistiske betraktninger om sårbarhet, der sårbarhet må forstås som gradsfenomen. Sørhaug (2006) tar til orde for at distinksjonen mellom det unormale og det normale må forstås bevegelig, gradvis og flytende, og ikke løsrevet fra kontekster og eksterne referanser, og følgelig må normalitet og avvik forstås ikke uavhengig av kontekstuelle, sosiale, kulturelle og historiske forhold (Benedict 1934, Ackerknecht, 1943/2000, Yap, 1951/2000, Devereux, 1956/2000, van Dongen, 2004).<sup>232</sup> Slik vi ser det må begrepet sårbarhet betraktes som et prosessuelt og kontekstuell fenomen, knyttet til institusjonens kontekster, der både pasienter og personale potensielt kan utvise sårbarhet under visse forskningsmessige forhold og situasjoner.<sup>233</sup> I vår studie har vi synliggjort at deltakelsen i studien i større grad var utfordrende for deler av personalet enn for pasientene, i denne type etnografisk forskning der vi skulle granske en terapiform som personalet til dels var stolte av.

Medisinske forskningsetiske retningslinjer er ikke bare forankret i medisinsk tenkning om ”forskningsobjektene,” men er som andre forskningsetiske tradisjoner påvirket av etiske teorier. Vi har nevnt at forskningsetikk er forankret i humanistisk og liberalistisk tenkning gjennom prinsippet om frivillighet. Et annet sentralt prinsipp i forskningsetikken er den hippokratiske ed om ikke å påføre skade. Det å påføre skade på personer som ikke selv er i stand til å vurdere konsekvenser ved deltakelse betraktes som særlig alvorlig (se World Medical Association, Helsinkideklarasjonen, 2004). På den måten skal forskningsetikken

---

<sup>231</sup> Foucault prøver med dette å foreta en kullkasting av essensialistiske forståelsesmåter om mennesket.

<sup>232</sup> Betraktninger om sårbarhet og normalitet og avvik kan også ses i lys av politiske og sosiale maktforhold (Bjelland, 1997, Scheper-Hughes & Lock, 1987), noe som kan tjene profesjonsinteressene til den dominerende medisinske eliten. Ifølge Lone Scocozzas (1994) sosiologiske analyse av medisinske forskningsetiske praksiser syntes de medisinske etiske retningslinjer å reproducere medisinske profesjonsinteresser. Dette er institusjoner som har bestemte roller i samfunnet, og som kan understøtte bestemte klassers og/eller profesjoners interesser og med det etablere og reetablere erfaringer om psykiatriske pasienter (Scocozza, 1994), og følgelig vil ikke-medisinske forskere kunne utfordre bestemte profesjoners interesser. Sykepleieviterens legitimitet og antropologenes illegitimitet i denne studien kan ses i et slikt lys.

<sup>233</sup> Eksempelvis kunne pasienter utvise en sårbarhet i intervjuer med dem, dersom de var usikre på om vi ville sladre til personalet, men ikke nødvendigvis en generell sårbarhet gjennom vår tilstedeværelse på avdelingens røykerom.

bidra til å beskytte enkeltindivider og hindre skade av psykiatriske pasienter.<sup>234</sup> Vi har i artikkel 1 (Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007) påpekt hvordan en sammenblanding av etiske tradisjoner forankret i ulik epistemologisk grunnlagstenkning kan gi opphav til paradoksale etiske retningslinjer. Dette er særlig relatert til paternalisme forankret i den hippokratiske ed; at psykiatriske pasienter har krav på beskyttelse versus prinsippet om frivillighet som er forankret i en liberalistisk tenking, det vil si at deltakelse i forskning skal være absolutt frivillig med minst mulig påvirkning. Prinsippet om beskyttelse undergraver således på mange måter prinsippet om frivillighet, og gjennom å stille krav til særskilt beskyttelse fritas samtidig pasienten til å ta egenvurderte valg. Et slikt paradoks i forskningsetikken kan på den måten vanskeliggjøre tilgangen til psykiatriske pasienters kunnskaper og erfaringer (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007 og artikkel 2 Skorpen, Anderssen, Øye & Bjelland, 2008).

Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) betraktninger om pasienters sårbarhet, bidro også til å legge noen føringer for hva slags type etnografisk forskning som kunne utføres på det psykiatriske sykehuset. Til tross for at vi på flere områder delte og fulgte REKs bekymringer, problematiseringer og tilrådinger, la REK med henvisning til nasjonale og internasjonale forskningsetiske retningslinjer begrensninger og restriksjoner på studiens metodiske tilnærminger. REK argumenterte for at pasientene tålte mindre påkjenninger og stimuleringer enn personalet, og at vår tilstedeværelse som deltagende observatører kunne påvirke og forverre pasientenes sykdom gjennom pasientenes sårbarhet. I lys av denne type argumentasjon ble vi som forskere pålagt en del retningslinjer når vi befant oss blant pasienter, som for eksempel at vi som forskere måtte ha en psykiater i bakhånd dersom pasientene fikk psykiske reaksjoner på vår tilstedeværelse. Vi fikk også begrensninger på hvor ofte vi kunne være til stede på avdelingene, hvor og hvem vi kunne snakke med og observere, og ikke minst hvordan vi skulle gå frem for å få lov til å være sammen med pasientene.<sup>235</sup> Vi kunne heller ikke bevege oss fritt i alle avdelingenes rom, eksempelvis i pasientrom og på skjermingsrommet. Restriksjonene vi var pålagt av REK omfattet ikke vår kontakt med personalet. På den måten stod vi i fare for å kunne bli oppfattet av pasientene som delvis allierte med personalet. Dessuten hadde vi i likhet med personalet og i motsetning til

---

<sup>234</sup> I den hensikt å beskytte enkeltindivider; pasientgrupper som ikke vet sitt eget beste relatert til nedsatt samtykkekompetanse, skånes psykiatriske pasienter fra å være fullverdige informanter i forskning.

<sup>235</sup> Dette var begrensninger som ikke bare REK la på oss med henvisning til pasienters sårbarhet, men som også sykehusets ledelse hadde ønsker om.



pasientene nøkler til dører, og kunne bevege oss fritt i avdelingens offentlige rom og være på vaktrommet når vi ønsket. Vi opplevde av og til at enkelte av pasientene kunne vise en type forsiktighet og endog mistenksomhet knyttet til hva vi snakket med personalet om. Noen av pasientenes skepsis og tilbakeholdenhet står i kontrast til de gruppeintervjuene vi foretok (i fase 3 i etterkant av studiens feltarbeid) med tidligere psykiatriske pasienter på et brukerstyrt hus. Disse intervjuene var ikke filtrert på samme måte, og vi opplevde at disse pasientene var langt mer direkte, kritiske og tydelige på hvordan det var å være innlagt i psykiatriske sykehus.

Denne studien står i motsetning til tidligere studier som Goffman (1961/1967) og Caudill (1958), som fikk større mulighet til å være sammen med pasientene i psykiatriske sykehus. Caudill skrev seg blant annet inn som pasient, og fikk på den måten en helt annen tilgang til pasientens verden enn hva vi hadde anledning til. Vi vil ikke tilbake til skjult feltarbeid slik som Caudill (1958) gjorde, men vil argumentere for å avskaffe predefinerte forståelser av informantkategorier og ”nedadstigende grad av tillatelse” når man driver etnografisk forskning. Vi vil heller argumentere for at forskere skal reflektere rundt hva som står på spill for de ulike informantgruppene som er involvert i de ulike fasene av forskningsprosessen relatert til forskningens tematikk og hensikt. Det gjelder refleksjoner om hva som kan stå på spill for de ulike informantgruppene under feltarbeidet, og ikke minst etiske refleksjoner rundt tilbakeføringen av forskningens empiriske materiale;<sup>236</sup> hvordan ivareta de ulike informantgruppene i tilbakeføringsprosessen (for nærmere diskusjon se metodekapittel)? Avslutningsvis vil vi hevde at forskeren kan stå i fare for å bli en forlenget arm av de medisinske etiske retningslinjene, og følgelig medkonstruktør av de sosiale aktørenes konstruksjon av seg selv, ikke upåvirket av den medisinske forskningsetikkens språk og praksiser. Vi som forskere kunne for eksempel stå i fare for å ytterligere stigmatisere gruppen psykiatriske pasienter ved å forholde oss mer forsiktig overfor disse enn overfor personalet (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). I det hele tatt bidrar det dominerende medisinske blikket til å styre forskningen bort fra psykiatriens sosiale kollektive hverdag og mot pasientene som enkeltaktører. De medisinske forskningsetiske retningslinjene betrakter ikke ”forskingsobjektene” som sosiale aktører påvirket av kontekstuelle forhold, men heller som individualiserte objekter som innehar bestemte trekk og disposisjoner.

---

<sup>236</sup> I vår studie gjelder dette særlig den ene informantgruppen; personalet.

Vi har erfart at prosedyrene for tilgang til psykiatriske pasienter som informantgruppe innen rammen av et medisinsk forskningsetisk regelverk var både lang og omstendelig (se artikkel 1 Oeye, Bjelland & Skorpen, 2007). Dette til tross for at nasjonale føringer etterlyser pasientkunnskap i psykiatrisk forskning (se artikkel 2 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008), der etterspurt kunnskap om pasientverden kan stå i fare for å bli tilsidesatt gjennom standardiserte medisinske forskningsetiske retningslinjer. Dette kan føre til at det blir utfordrende og vanskelig å innfri statlige føringer og målsettinger om å gjennomføre forskning som inkluderer innlagte pasienters erfaringer og synspunkt fra dagliglivets psykiatriske verden. Etnografiske studier kan bidra til å utvikle denne type kunnskap. Pasientkunnskapen kan stå i fare for å bli værende hos pasientene, og i verste fall ikke bli videreformidlet til de som planlegger og bestemmer hvordan et institusjonsliv bør organiseres. På den ene side legger de norske myndighetene opp til en målsetting som inkluderer både sosialpsykiatrisk forskning og brukervedvirkning (se artikkel 2 Skorpen, Anderssen, Øye & Bjelland, 2008), og på den annen side har vi forskningsetiske retningslinjer (forankret i det medisinske paradigmet), som i stor grad regulerer tilgangen til innlagte psykiatriske pasienter som informanter. Nasjonale føringer om brukervedvirkning og inkludering av psykiatriske pasienter i forskning kan således hindres av medisinsk etiske retningslinjer og betraktninger om psykiatriske pasienter som sårbare og lite pålitelige som kilder til kunnskap. Vi vil derfor hevde at de norske myndigheter taler med to tunger, noe som kan føre til utilsiktede og uintenderte paradoksale konsekvenser. Psykiatriens medisinske verden vanskeliggjør på flere måter ikke bare etnografisk forskning, men også sårt etterspurt fagutvikling i psykisk helsevern der pasienters stemmer inngår. Vi stiller derfor spørsmålet om etnografisk forskning i psykiatrilivstjenesten bør prøves for Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) sine etiske retningslinjer,<sup>237</sup> og ikke prøves for en av de regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk. NESH skal ha større forutsetninger for å vurdere samfunnsvitenskapelig forskning enn de regionale komiteene for medisinsk forskningsetikk. En forutsetning for vurdering av forskning i psykiatriske institusjoner bør være at predefinerte kategoriseringer av sårbarhet settes til side, og erstattes med ikke

---

<sup>237</sup> Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har retningslinjer der det står at man skal ta hensyn til utsatte og svakstilte grupper, men disse gruppene er ikke på samme måte predefinert som i de medisinske forskningsetiske retningslinjene (se punkt 22). Hensynet til utsatte grupper under Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/grupper/22>).

predefinerte oppfatninger av hvilke grupper som kan inkluderes i forskning. Det innebærer at forhåndsinnfattede oppfatninger av hvem som regnes som sårbare (jfr. REK) eller utsatte og/eller svakstilte grupper (jfr. NESH) må ses i lys av studiens siktemål og metodiske innretninger. Vi vil derfor til slutt konkludere med at medisinsk forskningsetiske retningslinjer som definerer innlagte psykiatriske pasienter som en spesielt sårbar gruppe, må redefineres når det gjøres etnografisk forskning i psykiatriske sykehus.

### ***Er dagliglivet i lukkede psykiatriske avdelinger tilrettelagt for at pasientene kan vende tilbake til dagliglivet utenfor?***

Vi vil i det følgende utdype to psykiatriske avdelingers hverdagsliv og miljøterapeutisk tilrettelegging i lys av verden innenfor og dagliglivet utenfor (det øvrige samfunn). Et av siktemålene med de psykiatriske sykehus sine virksomheter er at innlagte pasienter skal kunne føres tilbake til livet utenfor og integreres i lokalsamfunnet (St. meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet). Statens styringsintensjoner om å tilbakeføre pasienter til livet utenfor institusjoner omtales som normaliseringsstrategier (Sanvin, 1992).

Normalisering har siden 1980 tallet vært en nasjonal strategi for de psykiatriske helsetjenestene (Sandvin, 1992), og der en sentral målsetting er å tilbakeføre psykiatriske pasienter til de lokalsamfunnene de kom fra (St. meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet). For å nå denne målsettingen er det en intensjon om å nedbygge de store psykiatriske sykehusene innbefattet det å redusere liggetiden. Dette innebærer at sykehusene skal behandle, drive opplæring og trening over et kortere tidsrom enn før. De psykiatriske sykehusenes behandling skal gjenspeile nasjonale målsettinger om normalisering, og der siktemålet er å fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte, og derved evnen til å mestre eget liv. Avdelingens miljøterapi er basert på ideen om å drive opplæring, utvikling og modning, samtidig som at denne terapiformen skal bidra til å fremme et bedre liv utenfor institusjonen, og således kan vi si at miljøterapi gjenspeiler et overordnet mål om normalisering (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008).

Dette psykiatriske sykehuset (tidligere asyl) er plassert på landet i naturskjønne omgivelser.<sup>238</sup> Sykehusets steds plassering innebærer fremdeles en skjerming fra storsamfunnet, og mulighetene for pasientene til å komme i kontakt med og oppleve livet i byene eller tettstedene er derfor begrenset.<sup>239</sup> Opplæring og opptrening av pasientene foregikk primært inne på avdelingen eller på sykehusets nærområde. Avdelingens dagliglivsorganisering var delvis organisert rundt den miljøterapeutiske ideen om opptrening og opplæring av både praktiske og sosiale ferdigheter.<sup>240</sup> Dagliglivsorganiseringen inne på sykehuset etterlignet dagliglivsorganiseringen i verden utenfor gjennom for eksempel et forsøk på å ligne husholdsorganisering og familieoppbygging fra dagliglivet utenfor (artikkel 2 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008).<sup>241</sup> Til tross for at avdelingens dagliglivstilrettelegging kan sies å søke å etterligne husholdsorganiseringen på noen områder, var verken personalets eller pasientenes liv innenfor av samme slag som deres dagligliv utenfor. Sykehuset var hierarkisk oppbygd med to klart definerte og adskilte lag eller grupper; personalet versus pasientene – de som hjalp versus de som mottok hjelp, de som var friske versus de som var syke og så videre. Denne todelingen av gruppen viste seg i sykehusets rutinemessige organisering og romlige inndeling. Pasientene hadde for eksempel ikke tilgang til vaktrommet eller til verden utenfor avdelingen uten tillatelse, mens personalet hadde tilgang til pasientenes private rom, røykerom,<sup>242</sup> sykehusets øvrige bygninger, areal og verden utenfor gjennom for eksempel egne nøkler. I det hele tatt hadde pasientene store og gjennomgripende begrensninger i forhold til å holde kontakt med omverdenen, da eksempelvis personlige mobiltelefoner ble rutinemessig inndratt, besøk utenfra ble stort sett ikke tillatt i avdelingen, og muligheter til turer utenfor sykehusets områder ble regulert etter pasientenes mentale form og avdelingens bemanningssituasjon og så videre. Når pasientene ble fratatt egne eiendeler og fratatt friheter (med for eksempel begrensninger i utgang), ble de også samtidig fratatt en del muligheter til å vise seg frem som ”voksne” med det ansvaret som følger voksenlivet (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Frarøvelse av rettigheter og eiendeler var ofte

---

<sup>238</sup> De norske asylene skulle fungere som et fristed, der pasientene skulle skjermes fra samfunnet og samfunnet skjermes fra de mentalt lidende (Ericsson, 1974, Ludvigsen, 2002).

<sup>239</sup> Man må benytte bil eller offentlig transport for å komme til nærmeste tettsted i regionen for vanlig shopping.

<sup>240</sup> Opplæringen var derfor i stor grad begrenset til trening inne på institusjonen i form av husarbeid, håndarbeidsaktiviteter på arbeidsstuen, matlaging på treningskjøkkenet, sportslige aktiviteter i gymsalen eller på sportsfasilitetene utendørs, samt korte turer i sykehusets nærområde.

<sup>241</sup> For nærmere beskrivelse av dagliglivsorganiseringen og rutineene se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen 2008 og artikkel 8 Oeye & Skorpen, 2008.

<sup>242</sup> Til tross for at personalet hadde formell tilgang til pasientenes røykerom, respekterte de pasientenes rom og var sjelden til stede i røykerommet lenge av gangen (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

begrunnet i sikkerhetsvurderinger (se artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008). Institusjonen og personalet var således fanget i et paradoks knyttet til to ulike samfunnsoppgaver og ansvar. På den ene side skulle de lære pasientene til selvstendighet i den hensikt å kunne skrive dem ut til egne boliger, og på den annen side var de pålagt å sikre pasienten selv, medpasienter og pårørende for potensielle farer.

Avdelingenes faste dagliglivsrutiner ble begrunnet i ideen om at det var viktig å få orden på pasientenes døgnrytme og regelmessighet i livet. En klar organisert avdelingsstruktur var ifølge Gunderson (1978) og Delaney (1997) en av hjørnesteinene i miljøterapi, og skulle bidra til å gi psykiatriske pasienter noen faste holdepunkter i livet. Miljøterapi i en medisinskpsykiatrisk avdeling, definert som dagliglivsorganisering, kan ha som siktemål at pasienter skal søke å gjenvinne indre kontroll ved hjelp av ytre struktur og organisering, der tanken er at faste rutiner skal påvirke pasientenes indre mentale tilstand.<sup>243</sup> Avdelingenes dagliglivsorganisering skulle bidra til å påvirke uønskede atferdsmønstre til mer egnede og normale atferdsformer. Denne tilretteleggelsen av dagliglivet skulle dessuten samvirke med det medisinske behandlingsopplegget. Medisinering skulle for eksempel dempe symptomer og indre uro, og således kan vi si at miljøterapiens målsetting om fast ytre struktur gjennom faste dagliglivsrutiner kan forstås som en støttefunksjon til avdelingenes medisinske behandlingsregime. Dagliglivsorganiseringen gjennom fast struktur og rutiner skulle også bidra til å lette observasjoner og få kunnskap om pasienten, noe som var viktig for avdelingens medisinske oppgaver (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008 og artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).

Dagliglivet i avdelingene innenfor var ikke bare en lukket tilværelse, men det var også andre regler og normer for samhandling mennesker imellom enn det er i dagliglivet utenfor sykehuset. I avdelingene var det eksempelvis regler og restriksjoner om hva pasientene kunne snakke om. Temaer som lidelse, sykdom, politikk eller religion var forbudt å snakke om. Hvis pleiepersonalet oppdaget at pasientene snakket om forbudte temaer på røykerommet, kom de med sterke oppfordringer eller påbud om å skifte samtaleemne. Personalet kunne heller ikke snakke med pasienter om deres lidelse og indre liv, og de ville da henvise pasienten til å snakke med avdelingens psykiater eller psykolog.<sup>244</sup>

---

<sup>243</sup> På den måten tematiseres forholdet mellom avdelingenes kollektive organisering og pasientens individuelle patologi; eller mellom ytre organisering og pasientenes indre atferdsmessige heling.

<sup>244</sup> Dette gjaldt særlig på akuttavdelingen, og ikke på langtidsavdelingen.

Avdelingspersonalets samhandlinger med pasientene var preget av at personalet var ”skolert” og målbevisste i kontakten med pasientene. Eksempelvis var personalet utdannet i hvordan de skulle forholde seg til pasienter som var diagnostisert som schizofrene. Personalet skulle i samhandlingen med disse pasientene ikke vise aggresjon, sinne og ikke heve røsten til denne gruppen pasienter (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). For å klare denne faglige utfordringen skjedde det ofte at personalet hadde behov for å oppmuntre hverandre gjennom å gi hverandre råd om hvordan de skulle holde ut og tåle ufin og aggressiv atferd fra pasientene.<sup>245</sup> På den måten var samhandlingsaktivitetene med pasientene i stor grad planlagt, og skilte seg vesentlig fra vanlige samhandlingsformer utenfor sykehuset. Personalets samhandling med pasienter i verden innenfor var ofte begrunnet i pasientenes sykdom. I følge David Clark (1999) har psykiatriske avdelingers miljøterapeutiske virksomheter en forankring i en medisinsk modell, det vil si at miljøets sosiale samhandlingsformer ble tilpasset pasientenes diagnoser og symptomatisk atferd. Det innebærer at miljøterapiens samhandlingsformer kunne bli etablert i tråd med pasientenes sykdom (jfr. Friis, 1984). Slik vi ser det forblir derfor avdelingenes miljø og samhandlingsformer konstruert og avvikende sammenlignet med vanlige samhandlingsformer i verden utenfor.

Samhandlingsformene mellom pleiepersonalet og pasientene skilte seg fra samhandlingsformene pasientene imellom. I pasientenes røykerom snakket pasienter sammen om hverdagslige ting som skjedde både inne i avdelingen og ute i samfunnet. En pasient kunne fortelle om sine problemer hjemme eller i livet ellers, og de andre pasientene ville lytte og eventuelt komme med noen kommentarer relatert til egne erfaringer fra livet innenfor eller utenfor institusjonen. Røykerommets samhandlingsformer skilte seg fra samhandlingsformene i avdelingenes andre offentlige rom der personalet og pasientene samhandlet, eksempelvis i korridoren der personalet ga beskjeder og pasientene mottok beskjeder (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). I avdelingenes offentlige rom som korridor og dagligstue hadde samhandlingsformene en oppdragende hensikt,<sup>246</sup> og en uttalt målsetting var at

---

<sup>245</sup> I den forbindelse kom det også frem at det kunne være svært vanskelig for personalet selv å forholde seg rolig og behersket i alle situasjoner, og de kunne uttrykke at de fikk dårlig samvittighet hvis de ble sinte på pasientene. En pleier sa også at hvis hun var hjemme og ble behandlet slik av egne barn, ville hun ha handlet annerledes hvis de var frekke med henne. Noe hun ikke kunne gjøre her på avdelingen, siden unge schizofrene ble sagt å tåle dårlig sint atferd.

<sup>246</sup> Den oppdragende hensikten ble særlig eksplisitt på dagtid, og kunne skille seg fra samhandlingsformene på kveldstid. Da slappet ofte både pleiepersonalet og pasientene av, med mindre grad av forhandlinger.

relasjonsarbeid skulle virke sosialiserende og helende. Pasientene skulle transformeres fra en tilstand til en annen tilstand gjennom inngåelse i terapeutiske relasjoner, jfr. miljøterapeutiske prinsipper (se bl.a. Gunderson, 1978, Delaney, 1997, Vatne, 2006). På røykerommet kunne også samværsformene pasientene imellom bære preg av sosialisering og oppdragelse. Erfarne pasienter kunne for eksempel lære opp uerfarne pasienter i form av å gi råd om hvordan de burde forholde seg til livet på avdelingen og livet for øvrig (se artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008). På røykerommet var samhandlingsformene ikke ”skolert” og regissert slik som i avdelingenes korridor og dagligstue. Slik vi ser det var røykeromssosialiseringen mer i tråd med livet utenfor enn den terapeutiske sosialiseringen som foregikk i avdelingenes andre offentlige rom. Vi vil hevde at samhandlingsformene på røykerommet ligner mer på samhandlingsformene utenfor institusjonen. Til tross for at også en del av pasientenes samhandlingsformer på røykerommet bar preg av strategier og tilpasningsformer tilpasset livet i avdelingene (se Goffman, 1961/1967, artikkel 4 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

Samhandlingene og samtalene i korridoren og i dagligstuen (eller overgangen mellom vaktrom og korridor) kunne også bære preg av å være forsøk på forhandlinger personalet og pasientene imellom. Eksempelvis kunne pasienten spørre om tillatelse til noe, og personalet ville svare. Pasienten kunne godta svaret, kunne argumentere imot, eller pasienten kunne spørre om det samme på en annen måte. Avslutningen på denne typen samtaler ble ofte at personalet måtte si at det er slik vi har bestemt det. På den måten var relasjonene mellom personalet og pasientene synlig asymmetriske; noen spurte om tillatelse og andre svarte / ga eller ikke ga tillatelse.<sup>247</sup> Samhandlingsformer og forhandlinger basert på resiprositet (jfr. Mauss, 1925/1995) fant sted kun unntaksvis og glimtvis mellom personalet og pasientene (se artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Forhandlingene og pasientenes respons på disse forhandlingene i møte med personalet ble ofte satt inn i en fortolkningsramme knyttet til tegn på sykdom og symptomer, på bekostning av pasientenes livshistorier som sådan (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).<sup>248</sup> Situasjoner der pasientenes ønsker og synspunkter ble satt til side oppstod ofte til tross for personalets uttalte ønske om å legge pasientenes historier, perspektiver og synspunkter til

---

<sup>247</sup> Personalet kunne også søke å inngå avtaler med pasienten om å delta i aktiviteter; hva Sørhaug (1982) omtalte som ansvars- og avtaleideologi.

<sup>248</sup> Pasientenes historier og ønsker ble satt til side, da det var sykdommen som handlet og talte, og ikke personen selv (se også Barrett, 1996).

grunn for den behandlingen pasientene skulle få. Van Dongen (2004) setter den unormale samhandlingsformen på psykiatriske institusjoner inn i en normaliseringsfortolkningsramme. Hun skriver:

*Patients experience this intrusion as a suppression of meaningful `messages` and they can barely cope with it. They feel like a book judged only by its cover, and this makes the style of exchange all the more important, because the therapist represent the reality to which patients must conform in order to become acceptable members of society again. It is the presence of the other – in this case, the therapist, who imposes structure, rules and restrictions on the topics and content of the conversation – that gives rise to problems. For psychotic people, the rules of conversation – taking turns, repairs, overlaps, and so on – are not problematic. The problem is that these rules are imposed by mental health care professionals, who represent the abstract power of the state (van Dongen, 2004;224).*

På den måten kan vi si at samhandlingsaktiviteten og konversasjonene personalet og pasientene imellom bar preg av det overordnede samfunnsansvaret personalet var ilagt, et mål om resosialisering til ”normale samhandlings- og livsformer.” Det ville innebære at pasientenes stemmer, deres ønsker og mål ble tilsidesatt så lenge de ikke passet inn i personalets normalitets- og konformitetsnormer (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008).

Studien viser tilrettelegging av to avdelingsmiljøer som skal ligne og være i samsvar med dagliglivet utenfor sykehuset. Avdelingenes dagliglivsorganisering med rutiner og samhandlingsformer skulle bidra til å utvikle normale atferdsformer som er tilpasset normalitetskrav til livet utenfor. Avdelingenes miljøterapeutiske organisering ligger i skjæringspunktet mellom å resosialisere pasientene til et liv i avdelingen og til et liv utenfor avdelingen. Når pasienten kommer til sykehuset møter pasienten en verden som skiller seg fra den verden pasienten kom fra. For det første er stedet plassert i regionens ytterkant, og bygningene er store og massive. For det andre er avdelingene lukket, og det er kun personalet som har nøkler til sykehusets mange dører. Avdelingene er innredet med tanke på å ha et hjemlig preg, men samtidig innredet med den hensikt at pasientene skal kunne passes på og observeres slik at riktig behandling blir iverksatt og sikkerheten ivaretatt. For det tredje ønsket mange av pasientene selv ikke å være på dette stedet, og var ofte ikke enig i personalets begrunnelser for at de var innlagt. For det fjerde hadde avdelingene klart definerte lag der det



ene laget (personalet) var skolert til å hjelpe det andre laget (pasientene) til et bedre liv utenfor institusjon. Vi vil derfor hevde at institusjonen med sin utforming og plassering og avdelingenes dagliglivsorganisering, skilte seg i stor grad fra dagliglivet slik pasientene var vant til det og ville møte det når de ble skrevet ut til livet utenfor.

Dagliglivet i avdelingene var organisert som en kollektiv tilrettelegging i den hensikt at hverdagen skulle fungere inne i avdelingene, men samtidig var også dagliglivet organisert etter noen rutiner og samhandlingsformer i den hensikt å resosialisere den enkelte pasienten for livet utenfor institusjon. Det ble forventet at pasientene skulle tilpasse seg tilværelsen for livet inne på institusjon styrt av et sett av regler (husregler) (se artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Livet utenfor er derimot ofte et individuelt liv der pasientene skrives ut til en tilværelse i egen leilighet.<sup>249</sup> Av den grunn kreves det noe annet av sosialiseringen og tilpasningsformene til livet innenfor i avdelingen enn i livet utenfor. På den måten er institusjonen og personalet fanget i et paradoks, der de både skal sosialisere pasienten til et liv tilpasset en kollektiv institusjonstilværelse innenfor, og samtidig tilrettelegge for et miljø som skal forberede pasienten til et individuelt og selvstendig liv utenfor. I mange tilfeller ville dette innebærer å gjøre pasientene i stand til å klare seg selv for et liv der de skal bo alene. Når pasientene befinner seg i et miljø som skiller seg fra og er så annerledes enn miljøet utenfor institusjonen, fremstår ”normalitetsformene” innenfor i kontrast til ”normalitetsformene” utenfor. Vi vil derfor hevde at dagliglivsorganiseringen og den miljøterapeutiske praksis i liten grad er i tråd med statlige styringsintensjoner om normalisering. Avslutningsvis konkluderer vi også med at det oppstår et spenningsfelt mellom avdelingenes forsøk på å sosialisere og normalisere pasientene til dagliglivet i avdelingene og til et dagligliv i lokalsamfunnet utenfor. Dagliglivet i avdelingene er av en annen art enn dagliglivet utenfor sykehuset, og den sosialiseringen og læringen som pasientene får som innlagt gjennom deltakelse i miljøets aktiviteter og gjøremål kan ikke nødvendigvis anvendes i livet utenfor.

---

<sup>249</sup> I vår feltarbeidsperiode ble de aller fleste pasientene som skulle skrives ut planlagt til en utskrivelse for å bo alene i egen bolig.

## ***Er det mulig å ivareta kravet om brukermedvirkning i en medisinskpsykiatrisk institusjon?***

I det følgende vil vi belyse spenningsfeltet mellom å være på tilbudssiden og gi medisinskpsykiatrisk behandling. Brukermedvirkning skal legges til grunn for utformingen av psykiatrilsetjenestene (St. meld. nr. 25 (1966-97) Åpenhet og helhet), noe som innebærer at psykiatriske pasienter skal få mulighet til selv å påvirke sin pasienthverdag og sitt behandlingstilbud mens de er innlagt. Det står blant annet i Psykisk helsevernloven at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på ulike tiltak mens pasienten er innlagt (Psykisk helsevernloven § 4-2). Det påpekes videre at forholdene skal legges til rette slik at pasientene får mulighet til å delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient. Pasientenes rett på brukermedvirkning er forankret i to ulike ideologier. For det første er brukermedvirkning forankret i en demokratisk ideologi som vektlegger grunnrettigheter som medbestemmelse og aktiv deltagelse for alle borgere i et fellesskap. Denne formen for demokrati ser vi i den miljøterapeutiske tradisjonen omtalt som det terapeutiske samfunn (se bl.a. Jones, 1968/1971, 1983, Rapoport, 1960). For det andre er brukermedvirkning forankret i en konsumideologi der borgere i et samfunn forstås som kunder eller forbrukere, derav navnet brukermedvirkning (Grut, 2003). I kraft av sin kunderolle blir man konsumenter av en tjeneste. I de psykiatriske sykehusene kan pasienten i kraft av sin rolle som konsument stille særlige krav til tjenesten og velge mellom ulike tjenester. I Norge innebærer dette blant annet fritt sykehusvalg.

Brukermedvirkningsideologien viste seg spesielt i denne studien gjennom avdelingenes tilrettelegging av aktivitetstilbud. Dette omtalte personalet som ”å være på tilbudssiden.” Det ble forventet at pasientene skulle benytte seg av institusjonens ulike aktivitetstilbud, og de fleste pasienter ble anmodet til å delta i minst ett av disse aktivitetstilbudene. Pasienter som derimot viste en sterk iver etter å delta i avdelingens aktiviteter kunne bli vurdert og fortolket av personalet gjennom medisinskpsykiatriske termer. Dersom en pasient deltok i for mange aktiviteter, kunne hans eller hennes atferd stå i fare for å bli fortolket som tegn på mani. Andre pasienter som over tid ikke deltok i noen aktivitetstilbud kunne også bli fortolket inn i en medisinskpsykiatrisk fortolkningsramme, som for eksempel tegn på depresjon.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern fremhever at forholdene skal legges til rette slik at pasientene skal ha mulighet til å delta i utformingen av institusjonens daglige liv. Avdelingene prøvde gjennom dagliglivsorganiseringen å tilrettelegge for pasientenes deltakelse i utformingen av livet sitt på avdelingen og sine ønsker om fremtiden utenfor avdelingen. Eksempelvis hadde en pasient i samarbeid med et personalmedlem skrevet en individuell plan<sup>250</sup> som blant annet inneholdt pasientens ønsker og planer for livet etter utskrivning fra avdelingen. Pasientens planer var å bli kunstner, og han ville gjerne søke om å bli elev ved en kunsthøgskole i Danmark. Pleieren som hadde vært sammen med pasienten og hadde ansvaret for utformingen av den individuelle planen, tok dette opp med de andre på vaktrommet og uttrykte bekymringsfullt: ”Jeg vil helst ikke ta fra ham drømmen om å bli kunstner, men det er jo helt utenkelig at han kan bli det. Han har jo diagnosen schizofreni og er for syk til å klare noe sånt.” Med bakgrunn i vurdering av pasientens tilstand ble pasientens rett til å velge underkjent med begrunnelse i hans mentale tilstand og psykiatriske diagnose. Det å la pasienten velge (selv i et begrenset omfang), kunne neglisjeres med referanse til en medisinspsykiatrisk fortolkningsramme. Dersom pasientenes valg overskred eller utfordret personalets ideer om for eksempel et normalt aktivitetsnivå og realistiske ønsker, kunne (i verste fall) pasientens egne valg ikke bare underkjennes, men også føre til strengere miljøterapeutiske tiltak gjennom inndragelse av friheter, grensesetting eller skjerming.<sup>251</sup> Tiltak som skjerming og grensesetting<sup>252</sup> innebar at pasienten i perioder på ulike måter ble fratatt kontrollen over eget liv gjennom tett oppfølging av personalet (som f.eks fotfølging) eller flytting til skjermingsrommet.<sup>253</sup> Skjermingstiltak ble av personalet blant annet forstått som tiltak som skulle hindre pasienten fra å blamere og utlevere seg selv til medpasienter, og videre forklart som en måte å beskytte pasienten fra seg selv.<sup>254</sup> Skjermingsprosedyrene har sin forankring i en medisinsk ideologi, der personalet tar kontroll og regi over pasientenes kaotiske sinn gjennom å redusere pasientens sanseinntrykk fra omverdenen (Norvoll,

---

<sup>250</sup> Individuell plan er lovfestet i Psykisk helsevernloven, § 4-1.

<sup>251</sup> Det kunne også føre til økt dosering av psykofarmaka.

<sup>252</sup> Grensesetting utgjør en sentral del av de psykiatriske sykehusenes medisinske og miljøterapeutiske praksiser, og innebærer i likhet med skjerming at pasienter skal grensesettes for blant annet å unngå blamering og unødige utlevering av seg selv til andre (Vatne, 2003, Vatne & Holmes, 2006).

<sup>253</sup> Skjermingsrommet er også omtalt som et isolat (se Norvoll, 2007), der pasienten hadde svært liten eller ingen kontakt med resten av avdelingens sosiale liv.

<sup>254</sup> Skjermingspraksisen ble benyttet overfor tilstander som blant annet psykose, mani, selvskading eller mistanke om suicidfare.

2007).<sup>255</sup> Det liberalistiske idegrunnlaget synliggjort gjennom tilbud og valg ble således tilsidesatt gjennom avdelingenes overordnede medisinspsykiatriske fortolkningsramme.<sup>256</sup>

Det å innføre en demokratisk ideologi i en hierarkisk medisinspsykiatrisk fundert institusjon gjennom pålegg om individrettet brukermedvirkning kan skape motstridende og paradoksale situasjoner. Personalet hadde et uttalt ønske om og pålegg om at pasientens ønsker skulle høres, samtidig som utfallet av forhandlingene ofte endte med at personalet bestemte og pasientene adlød. Personalet kunne invitere til dialog om et saksforhold, men hadde allerede bestemt seg på forhånd hva svaret burde være ut fra sin medisinske og terapeutiske ekspertise (se artikkel 6 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). En mulig konsekvens av invitasjonen til dialog og meddeltakelse vil da bli skinndemokrati, og særlig i situasjoner der partene er uenige og har ulike mål med oppholdet på sykehuset. Det å være på tilbudssiden kunne imidlertid også fremstå som kongruent med eller gå hånd i hånd med avdelingenes medisinspsykiatriske forståelsesramme. Dette skjedde i situasjoner der pasientens valg var i samsvar med fagpersonalets faglige forståelse av hva som var fornuftig i forhold til pasientens tilstand og symptomer. I slike situasjoner ville det derfor ikke være en motsetning mellom målet om demokrati, brukermedvirkning og medbestemmelse og den medisinspsykiatriske fortolkningsramme.

Brukermedvirkning har blitt beskrevet som å rokke fundamentalt ved maktforholdet i terapeutiske relasjoner, i betydning av å tilstrebe større grad av likeverdighet i relasjonen mellom sykepleier og pasient (se bl.a. McCann & Baker, 2001, Hickey & Kipping, 1998).<sup>257</sup> Marcel Mauss og "Gaven" (1925/1995)<sup>258</sup> tematiserte alliansedannelser mennesker imellom, noe som også er beskrevet som å utgjøre kjernevirksomheten i miljøterapi (se bl.a. Holmes, 1971, Delaney, 1997, Vatne, 2006). Alliansedannelse gjennom gaver og utvekslinger

---

<sup>255</sup> Skjermingsrommet kan også forstås som et fristed uten uheldige påvirkninger fra et omkringliggende samfunn (Norvoll, 2007).

<sup>256</sup> Pasientenes krav om brukermedvirkning kunne også synes inkongruent med miljøterapiens psykodynamiske grunnforutsetninger, da flere pasienter (særlig på langtidsavdelingen) ble forstått som umodne og ego-svake, og følgelig i liten grad i stand til å vurdere egen situasjon og foreta modne valg (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008).

<sup>257</sup> Miljøterapiens liberalistisk demokratiske og likeverdige relasjonelle ansatser har blitt belyst i artikkel 6 (Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008) i den hensikt å påpeke noen grunnleggende sider ved menneskelig relasjonsdannelse gjennom gaver.

<sup>258</sup> "Gaven" er en komparativ studie, der Mauss sammenligner gaveutvekslingspraksiser i mange ulike primitive og før-moderne samfunn, som han kaller arkaiske. Dette til tross kan boken leses som også å gjelde det moderne samfunn, og som noe grunnleggende menneskelig. Mauss (1925/1995) skriver også avslutningsvis i sin bok at han betrakter disse innsikter om gaven til også å kunne gjelde det moderne samfunn.

mennesker imellom kaster lys over forholdet mellom symmetriske versus asymmetriske relasjoner. En gave, tjeneste eller ytelse forplikter, og må møtes med gjenytelse (Mauss, 1925/1995). Gaven forplikter, og gaven fungerer således som en symbolsk kontrakt. Den som gir, får et symbolsk tak på mottakeren frem til gaven gjenytes. På den måten ligger det en kraft i tingene og ytelsene; en produktiv kraft. Mauss skrev at disse ytelsene ikke er uselviske, nettopp fordi de ikke er frie. Det forventes en motytelse, og da ikke bare som tilbakebetaling for en tjeneste eller ting, men også for å etablere eller vedlikeholde en allianse og relasjon. Gaveutveksling kan således betraktes som fundamentale sider ved mellommenneskelige relasjoner,<sup>259</sup> og gaveutveksling skaper sosiale forpliktelser og varige bånd mellom partene. Plikten til både å gi og motta gaver utgjør selve det normative grunnlaget for det sosiale fellesskap, og på den måten opprettholdes også systemer av forpliktende relasjoner.<sup>260</sup> Når avdelingspersonalet ikke kan motta gaver,<sup>261</sup> bryter dette med prinsippet i humanistisk ideologi (jfr. Hickey & Kipping, 1998) og brukermedvirkning (der makten skal forskyves fra ekspert til klient/pasient). Det å ikke motta eller akseptere gaven eller tjenesten symboliserer således et fundamentalt brudd med det symmetriske idégrunnlaget i terapeutiske relasjoner. Det å vurdere å ta imot gaven forpliktet pleieren til å gi noe tilbake til enkeltpasienten, noe som kunne favorisere enkeltpasienten på bekostning av andre medpasienter. I tillegg ble gaver forstått som en mulig manipulasjon fra pasientenes side for å oppnå noen fordeler. Det å motta gaven ville dermed ha rokket ved den grunnleggende asymmetriske relasjonen karakteristisk for en hierarkisk medisinsk institusjon; den som er frisk/normal versus den som er syk/avvikelig, den som hjelper versus den som blir hjulpet.

Til tross for intensjoner om demokratisering og brukermedvirkning i psykisk helsevern, fremstår praksisene på det psykiatriske sykehuset som lite demokratiske og relasjonene som asymmetriske. Den miljøterapeutiske og institusjonsmessige organiseringen muliggjør i liten grad gjensidig forpliktende allianser mellom personalet og pasientene. Institusjonens kategoriseringer i det medisinske systemet er allerede klarlagt og definert; det er noen som hjelper og noen som mottar, noen som er friske og noen som er syke.

---

<sup>259</sup> Mauss (1925/1995;210) skriver om gaveutveksling som totale sosiale fakta, eller generelle sosiale fakta, da det aktiviserer hele samfunnet og dets institusjoner.

<sup>260</sup> En gaveutvekslingspraksis skaper allianser og nærhet mennesker imellom, heller enn avstand og fiendtlighet (Mauss, 1925/1995).

<sup>261</sup> Det er en vanlig restriksjon i hele helsevesenet at personalet ikke har lov til å motta noen former for gaver av pasientene.

Mauss (1925/1995) var påvirket, i likhet med Foucault, av den franske strukturalistiske tradisjonen. Mens Mauss var opptatt av hvordan gaven, plikten og friheten hang sammen, og herunder hvordan gaver og invitasjoner skulle gjengjeldes, var Foucault opptatt av hvordan friheten og de frie valgene bare var tilsynelatende (Foucault, 1982/2001, 1961/1999). I likhet med Foucault omtalte Mauss hvordan velferdsstaten griper inn i borgernes liv gjennom total omsorg og sosiale ytelser,<sup>262</sup> men vektla samtidig hvordan ytelsene må tilbakebetales av borgerne.<sup>263</sup>

Både Mauss og Foucault tematiserte forholdet mellom styrings- og relasjonsformer. I følge Iver B. Neumann (2002) prøver de norske myndigheter gjennom en liberal styringsform og implementering av brukermedvirkning å introdusere en maktform som kan tjene statlige interesser på lang sikt. Staten er avhengig av produktive individer, og individer som ikke vil individualiseres blir et problem for staten (Neumann, 2002). I følge Neumann (2002) er en liberal maktform der man i prinsippet ikke anvender noen former for tvang og overformynderi, det vil si en maktform som forutsetter individenes frie valg og medvirkning i den organisasjonen de lever i. Brukermedvirkning og det å være på tilbudssiden kan i den forbindelse forstås som en liberal produktiv maktform, der pasienten skal lære å bli selvstyrende gjennom å være medvirkende, vise selvstendighet og ansvarlig livsførsel gjennom hvordan de opptrer i miljøet (se også Sørhaug, 1982). Tilretteleggelse av dagliglivet med ulike former for aktivitetstilbud skulle invitere til valg, og det ble forventet at pasientene skulle velge mellom de ulike tilbudene. Pasienter ble således satt til å styre og forvalte seg selv (selv-teknologier) gjennom å velge, trene og modifiserer seg selv (jfr. Foucault, 1982/1988). Gjennom avdelingenes dagliglivsorganisering og den miljøterapeutiske tilrettelegging av tilbud og aktiviteter skulle pasientene føres i en selvstyrende retning for å bli produktive borgere av det norske samfunnet. Ifølge Foucault (1982/2001) vil den liberale maktform innebære at lenkene ikke er synlige, men usynlige. Friheten til å velge er en forutsetning for denne maktformen. I det psykiatriske sykehuset var det imidlertid begrensede muligheter til å ta valg, selv om pasientene til dels kunne velge mellom ulike aktivitetstilbud

---

<sup>262</sup> Mauss (1925/1995) formidler her i kontrast til Foucault et langt mer optimistisk og positivt syn på velferdsstaten.

<sup>263</sup> Mauss skrev (1925/1995;195-196): "På den annen side ønsker staten å ta vare på individet med sine statlige institusjoner. Samfunnet vil tilbake til den sosiale cellen. Det søker å omfatte individet med en total omsorg, hvor rettsfølelsen blander seg med andre og renere følelser; følelser som har å gjøre med veldedighet, "sosiale ytelser" og solidaritet. Tematikken omkring gaven, friheten og forpliktelsen ved gaven, tematikken omkring gavmildheten og renten må man yte, er på vei tilbake, slik et tema som har vært glemt for lenge, dukker opp igjen."

og delta i noen former for huslige aktiviteter (se artikkel 5 Oeye, Bjelland, Skorpen & Anderssen, 2008). Sykehuset var innrettet slik at man med loven i hånd kunne tvangsinnlegge, tvangsmedisinere, skjerme, isolere eller frata pasienten hans eller hennes personlige eiendeler (som røyk, mobiltelefon, sminke, barbersaker, penger og så videre). Det å styre i detalj er en maktform som Foucault omtaler som den pastorale maktformen (Foucault, 1978/2001). Mennesket eller "den gale" må ledes og styres for ikke å gå seg vill. For å sikre at "flokkene" ikke gikk seg vill og ble villedet, ble det nødvendig å kjenne til "flokkens" tanker og handlinger i detalj. Det "å passe på" og få kjennskap til pasientens tanker og fantasier utgjør således en forutsetning for å styre pasienten og for å unngå farer (se artikkel 8 Øye & Skorpen, 2008).

Avslutningsvis vil vi hevde at dette psykiatriske sykehusets miljøterapeutiske praksiser befinner seg i skjæringspunktet mellom den liberale og den totalitære eller pastorale maktform. På den ene siden fremstår institusjonen med en liberal maktform som inkluderer brukermedvirkning gjennom pasientenes rett til valg og oppfordring til selvstyring. På den annen side fremstår institusjonen med en totalitær maktform som kommer til syne gjennom en tilrettelegging av et miljø som har til hensikt å bedrive overvåkning, kontroll og behandling av de innlagte. De norske myndigheters krav om at de psykiatriske sykehusene skal tilrettelegge for brukermedvirkning og samtidig sikre sikkerheten representerer derved to ulike maktformer som sykehusets ulike fagprofesjoner søker å samvirke til beste for pasienten. I dette psykiatriske sykehuset synes det som om den sist nevnte maktformen, den totalitære maktform, forblir dominerende. Det er en maktform som er nært knyttet til det medisinskpsykiatriske regime, og som er i tråd med tilrettelegging av dagliglivsmiljøet for å kunne stille medisinskpsykiatriske diagnoser (jfr. Moline, 1976, Bursten 1973, Gutheil, 1985). Avdelingene var utformet og tilrettelagt etter et panoptisk mønster som muliggjorde inspeksjon og overvåkning av pasientenes tilstand og symptomer. Dette psykiatriske sykehuset var fundert i medisinskpsykiatriske behandlingsprinsipper noe som kom til syne gjennom det medisinske klassifikasjonssystemet og den medisinske hierarkiske organiseringen. Dette førte til at brukermedvirkningens og miljøterapiens demokratiske prinsipper ble tilsidesatt og spilte en underordnet rolle i det daglige (se artikkel 7 Skorpen, Anderssen, Oeye & Bjelland, 2008), og følgelig vil det være nærmest umulig å ivareta kravet om reell brukermedvirkning på en rekke områder i en medisinskpsykiatrisk lukket institusjon. Med den totalitære maktformen som dominerende kan man også stille spørsmål om det

demokratiske mandatet bare er et skinnmandat som blir legitimert gjennom gode hensikter, men som umuliggjøres i sykehusenes praktiske dagliglivsutforming. Vi vil derfor konkludere med at det oppstår det et spenningsfeltet mellom miljøterapiens demokratiske forankring og sykehusets medisinskpsykiatriske behandlingsregime. Brukermedvirkningens og miljøterapiens demokratiske prinsipper ble tilsidesatt, og spilte en underordnet rolle i avdelingenes daglige medisinskpsykiatriske behandlingsvirksomhet.



## Kapittel 8: Avslutning

Formålet med denne avhandlingen har vært å sette et søkelys på hva som utspilte seg av miljøterapeutiske praksiser, dagliglivets hendelser og samhandlingsaktiviteter mellom avdelingenes ulike sosiale aktører; personalet og pasientene på lukkede psykiatriske avdelinger. Vi har belyst avdelingenes miljøterapeutiske dagliglivspraksiser i lys av de rammer som de psykiatriske sykehusene omgis av. Det har vært å ha et fokus på de psykiatriske sykehusenes byråkratiske rammer så vel som fagideologiske rammer. Det vil si sentrale føringer som for eksempel krav om brukermedvirkning på den ene side, og fagideologier knyttet til miljøterapi og sykehusets dominerende medisinske behandlingssyn på den annen side. Under arbeidet med studien har det utkrystalliserte seg en rekke spenningsfelt, paradokser og kongruenser som vi har belyst i studiens artikler, og som har blitt ytterligere diskutert i sammenbindingens oppsummerende diskusjon.

Vi har søkt å løfte frem vilkårene for etnografisk forskning i psykiatriske sykehus med utgangspunkt i vår studie. Vi erfarte at etnografisk forskning ble vanskeliggjort gjennom forskningsetiske retningslinjer slik disse forvaltes av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Studien ble vurdert som om det skulle være medisinsk forskning, og ikke i tråd med samfunnsvitenskapelig forskning, noe som medførte en svekket tilgang til pasientene som informanter spesielt og feltet generelt. Vi stiller oss kritisk til at de medisinsk funderte forskningsetiske retningslinjene skal ligge til grunn for vurdering av en samfunnsvitenskapelig fundert studie. Det vil derfor være mer rimelig at Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) vurderte denne studie og andre lignende studier. Vi vil hevde at forskningsetiske retningslinjer må vurderes på grunnlag av og reformuleres i tråd med forskningens epistemologiske og metodiske grunnforutsetninger og siktemål. Det vil blant annet innebære at psykiatriske pasienter ikke bør forstås som predefinert sårbare i denne type forskning, men at studien vurderes på bakgrunn av hva som står på spill for de ulike informantkategoriene som inngår i studien.

Vi har også i avhandlingen belyst avdelingenes dagliglivsorganisering med et spesielt fokus på miljøterapien, og sett denne praksisen i lys av sykehusets stedlige plassering, fysiske

(romlige), byråkratiske og fagideologiske rammer. På den ene side var de miljøterapeutiske praksiser forankret i svært ulike ideologiske tradisjoner; demokratisk (terapeutiske samfunn), psykodynamisk, behavioristisk, og ikke minst en ideologi med medisinsk forankring. På den annen side var dagliglivets samhandlingsaktiviteter og tilretteleggelse også påvirket av byråkratiske rammer og politiske pålegg som ”normalisering,” gi medisinsk behandling, ivareta sikkerheten og legge til rette for brukermedvirkning. Sykehusets sosiale aktører, personalet og pasientene, måtte på ulike måter forholde seg til disse rammene. Dette var ulike rammer som påvirket og satte begrensninger og muligheter for de samhandlingsaktivitetene og miljøterapeutiske praksisene som fant sted.

For det første skulle avdelingenes daglige miljøterapeutiske organisering tjene et av miljøterapiens hovedformål, å lære pasientene ulike sosiale og praktiske ferdigheter for å få pasientene tilbake til livet utenfor. Avdelingene var derfor til dels innredet hjemlig og organisert etter et husholdsmønster. Vi har diskutert om pasientene ble sosialisert for livet utenfor eller for livet innenfor. Vi har konkludert med at livet innenfor av en annen art enn livet utenfor, og det er derfor vanskelig å tenke seg at det pasientene lærer inne, kan anvendes i livet ute. Vi har imidlertid også påpekt at den sosialiseringen som foregikk på røykerommet pasientene imellom i noen grad kan betraktes som forberedelser til livet utenfor så vel som innenfor.

For det andre har vi påpekt at dagliglivsorganiseringen og den fysiske utformingen av avdelingene tjente det medisinske behandlingsregimet. Den panoptiske innredningen ga personalet muligheter til å observere pasientene i et dagliglivsmiljø for å kunne diagnostisere og gi medisinsk behandling på bakgrunn av pasientenes atferd og samhandlinger med andre. Avdelingenes miljøterapi og dagliglivstilrettelegging er i stor grad i tråd med statens styringsintensjoner om å diagnostisere og gi medisinsk behandling. Til tross for at deler av miljøorganiseringen synes å være i tråd med institusjonens medisinske oppgaver, har vi synliggjort at avdelingenes daglige organisering og miljøterapi i liten grad imøtekommer pasientenes forventninger til opphold på institusjonen. Vi har i den forbindelse belyst hvordan pasientene seg imellom planlegger og iverksetter ulike motstrategier fra røykerommet for å tilpasse seg institusjonens daglige tilrettelegging og den medisinsk funderte organisering. Dette er strategier som må ses i lys av pasientenes institusjonstilpasning, og påvirker således heller ikke det grunnleggende asymmetriske forholdet mellom personalet og pasientene.

For det tredje er institusjonen pålagt å ta hånd om og behandle potensielt farlige og aggressive pasienter. Vi har beskrevet hvordan kunnskap om og kjennskap til pasientene særlig gjennom observasjoner ble sentralt for å kunne ivareta sykehusets pålagte sikkerhetsoppgaver.

Dagliglivets panoptiske utforming, rutinene og de arrangerte sammenkomstene (bl.a. fredagskosen) skulle muliggjøre overvåkning og sosial kontroll. Vi ser imidlertid at en del pasienter vegret seg for å røpe noe om seg selv til personalet, da dette kunne føre til sanksjoner fra personalets side. Vi vil derfor hevde at det vil være vanskelig for institusjonen og personalet til enhver tid (til tross for iherdige forsøk fra personalets side) å ha den kunnskapen og kjennskapen til pasientene som gjør at de kan hindre ulykker fra å skje.

For det fjerde er institusjonen pålagt gjennom lovverk at pasientene skal medvirke til utformingen av institusjonens daglige liv, og det skal tas hensyn til pasientens syn på ulike tiltak og forhold som berører den enkelte pasient. Vi har beskrevet hvordan institusjonen har vanskeligheter med å oppfylle et slikt krav, til tross for at personalet ønsker å få pasientenes synspunkt på ulike forhold som berører den enkelte pasient. Personalets utfordringer med å få pasientenes stemmer frem har vi sett i lys av avdelingenes komplekse og sammensatte oppgaver og ideologier. Dette er oppgaver og ideologier som går på tvers av pålegg om brukermedvirkning og demokrati. I den forbindelse har vi i flere av avhandlingens artikler og sammenbindingens oppsummering påpekt en rekke paradokser knyttet til de miljøterapeutiske praksisene og dagliglivets organisering. Særlig har vi trukket frem hvordan det kan være vanskelig å få til brukermedvirkning der pasientene skal lyttes til, tas på alvor og være medbestemmende i dagliglivets utforming når institusjonen er medisinsk fundert, og når pasientenes atferd og uttrykk i stor grad betraktes som følge av deres sykdom; det er sykdommen som taler. Vi har beskrevet hvordan personalet kunne prøve å tilrettelegge for å få til mer demokrati og brukermedvirkning gjennom individuell plan og avtaler der pasienter ble invitert til å medvirke. Pasientenes manglende vilje til medvirkning og engasjement til personalets forslag ble i stor grad tolket som uttrykk for pasientens sykdom, sårbarhet og umodenhet.

Ut fra et miljøterapeutisk behandlingsperspektiv var intensjonen at pasientene skulle kunne velge mellom ulike aktiviteter; noe personalet omtalte som ”å være på tilbudssiden.”

Pasientene skulle gjennom valg og deltagelse i dagliglivet, dets aktiviteter og gjøremål potensielt fremvise selvstendighet, selvansvarlighet og modenhet. Vi har satt spørsmålsteget ved disse valgene, om dette kunne betraktes som reelle valg siden pasientene samtidig ble

fratatt en del muligheter til å ta ulike valg, for eksempel var dørene lukket, de ble fratatt personlige eiendeler, de hadde begrenset mulighet til å komme og gå når de ville, og de hadde liten kontakt med verden utenfor (mobiltelefoner ble inndratt) og så videre. Vi har konkludert med at invitasjon til medvirkning og forhandlinger ikke nødvendigvis var en invitasjon basert på reelle forhandlinger og valg, men en invitasjon til å godta det som allerede var bestemt, noe som kan tolkes som tegn på skinndemokrati.

Vi har påpekt at statlige styringsintensjoner om brukermedvirkning synes paradoksalt relatert til mål om at psykiatriske pasienter skal behandles til arbeids- og funksjonsdyktige borgere. På den måten kan statlige pålegg om normalisering komme på kollisjonskurs med statlige krav om brukermedvirkning og miljøterapiens ideologi om demokrati. Pasientenes ideer og mål om en ønsket og normal tilværelse kan dessuten avvike fra personalets ideer om hva som skal være et ”godt liv.”

Vi har også påpekt at miljøterapiens demokratiske idealer og brukermedvirkning kompliseres av enda et forhold. De psykiatriske institusjonene skal ivareta ”samfunnets sikkerhet”, og av den grunn overvåkes pasientene både gjennom dagliglivsrutiner, lukkede dører, fotfølging, og de fratas farlige gjenstander for å ikke skade seg selv eller andre. På den måten kommuniseres potensielt mistillit til pasientene rundt deres potensielle egne selvstendige vurderinger og valg. Personalet hadde et ønske om det vi har betegnet som en terapeutisk ”symmetrisk allianse”, jfr. miljøterapiens siktemål, noe som inkluderte at pasienten skulle fortelle personalet om sine tanker og fantasier. Disse tankene og fantasiene kunne av personalet fortolkes som farlige og uforståelige, noe som i neste omgang kunne føre til innstramminger og restriksjoner i form av tiltak som fotfølging og skjerming i den hensikt å sikre pasienten selv, medpasientene og omgivelsene for potensielle farer. Av den grunn kunne en terapeutisk allianse eller relasjon anvendes for å minimere risiko, og ikke primært for å bidra til anerkjennelse hos pasientene eller høre pasientenes synspunkt på ulike forhold slik pasientene kunne oppfatte dette. Pasientene ville kunne unngå slike allianser, da de kunne risikere å miste goder.

Vi har konkludert med at avdelingenes miljøterapi fremstod som usystematisk og til dels uklar i sin ideologi og sine begrunnelser. Vi har beskrevet at miljøterapien på avdelingene var basert på individrettete tiltak og i mindre grad på demokratiske kollektive samhandlingsformer og organisering. Det vi derimot så var at pleiepersonalet ofte fungerte

som observatører og informasjonsformidlere til det medisinske behandlingspersonalet, og ble følgelig støttefunksjonærer til det medisinske regimets organisering. I den grad vi kan omtale dagliglivstilretteleggingen som miljøterapi, fremstår denne terapiformen som forankret i den medisinskpsykiatriske modellen og tilpasset det medisinske regimet. Av den grunn konkluderer vi med at miljøterapien må forstås som et supplement til det psykiatriske sykehusets medisinskpsykiatriske virksomhet.

Studien om avdelingenes miljøterapi som dagliglivsorganisering viser at det er et behov for revurdering av miljøterapi generelt og psykiatriske avdelingers dagliglivstilrettelegging spesielt. Vi vil i det følgende løfte frem noen forslag til videre diskusjon om miljøterapiens relevans i vår tids psykiatriske sykehus, samt de psykiatriske sykehusenes organisering og dagliglivstilrettelegging.

Vi er kritiske til om dagens miljøterapeutiske virksomhet kan betegnes som et optimalt terapeutisk tilbud til dagens innlagte psykiatriske pasienter sett i lys av statlige krav om kvalitativt bedre behandling og brukermedvirkning. Miljøterapien fremstår som en praktisk dagliglivsorganisering for å få et dagligliv på institusjon til å fungere uten for mange åpne konflikter og for mye støy. Flere av pasientene uttrykker at de ikke fikk den behandlingen de ønsket og hadde behov for, og at oppholdet ikke var i tråd med deres forventninger. Pasientene hadde blant annet ikke hørt om avdelingens miljøterapeutisk tilbud, og kunne av den grunn ikke si hva dette tilbudet hadde å si for dem. Vi vil hevde at miljøterapi som praksisform har mistet sin verdi og sin berettigelse, da denne terapiformen i dag fremstår som individrettet og i svært liten grad som kollektiv rettet.

Med dagens fokus på individrettet behandling og tilpasninger vil det være nærliggende å invitere til en diskusjon om alternative måter å organisere behandlingstilbud til psykisk lidende. Et nærliggende forslag til diskusjon vil kunne for eksempel være innføring av en type sykehotell med tilgang til behandlingspersonale, som man har sett somatisk lidende har blitt tilbudt. Det vil da være et sted der pasientene kan trekke seg tilbake, komme og gå som de vil, bli utredet hos behandlingspersonalet, få sine medisiner hvis de ønsker det, og individualterapi av ymse slag basert på egne valg. Med innføring av for eksempel sykehotell vil den tradisjonelle betydningen av miljøterapi miste sin kraft, da det sosiale og kollektive miljøet rundt pasienten vil bli borte. Pasienter som har behov for og ønsker et sosialt omsorgsfullt miljø innbefattet støtte og trygghet vil ha behov for et alternativt døgnbasert

kollektivt miljø. Røykerommet var et slikt sosialt miljø der pasientene fikk både omsorg, støtte og råd av hverandre, og en utfordring i tiden fremover vil være å organisere et tilbud for pasienter som kan imøtekomme pasientenes behov og ønsker. For pasienter som blir vurdert som potensielt til fare for seg selv eller andre, vil det være en utfordring å organisere et institusjonsmiljø som kan ivareta sikkerheten i vid forstand. Ved å organisere tilbudet til psykiatriske pasienter som for eksempel et sykehotell med tilhørende behandlingstilbud, kan man unngå uklarheter mellom behandling og sikkerhetstiltak, slik at pasientene vet hva de har å forholde seg til; om de er der for å bli behandlet eller å bli passet på. Det kunne vært interessant å utforske andre alternative organiseringsmåter der psykisk lidendes erfaringer og ønsker legges mer til grunn enn hva denne studien har belyst. Det vil være nødvendig å se nærmere på organisering og innhold i de psykiatriske sykehusene, som ikke bidrar til å sette personalet i unødige mange faglige dilemmaer. I tiden som kommer bør det utredes andre alternative måter å tilrettelegge pasienttilværelsen på, som er mer i tråd med psykisk lidendes erfaringer og perspektiver, og personalets faglighet og humanistiske idealer om å ivareta pasientene og deres behov.

## Referanseliste:

- Ackerknecht, E.H. (1943/2000). Psychopathology, primitive medicine and primitive culture. In R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural psychiatry and medical anthropology* (pp.129-162). London: Athlone Press.
- Abram, S. & Vike, H (2003). Introduksjon: Antropologi, styring og forvaltning. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 14(2-3), 53-69.
- Abroms, G.M. & Greenfield, N.S. (1971). The new hospital psychiatry: A prologue. In G.M. Abroms & N.S. Greenfield (Eds.), *The new hospital psychiatry* (pp. 1-7). New York: Academic Press.
- Abroms, G.M. (1969). Defining milieu therapy. *Archives of General Psychiatry*, 21, 553-561.
- Ad-Dab`bagh, Y., Greenfield, B., Milne-Smith, J. & Freedman, H. (2000). Inpatient treatment of severe disruptive behavior disorders with risperidone and milieu therapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(4), 376-382.
- Adler, G. (1973). Hospital treatment for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 130, 32-35.
- Album, D. (1996). *Nære fremmede: Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 543-553.
- Allen, C. & Jones, J. (2002). Acute wards: Problems and solutions. Nursing matters in acute care. *Psychiatric Bulletin*, 26, 458-459.
- Almond, R. (1983). Concepts and new developments in milieu treatment. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 127-141). New York: Jason Arons.
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2005). At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner i teoriutvikling. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (pp. 121-144). København: Hans Reitzels Forlag.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Altheide, D.L. & Johnson, J.M. (1998). Criteria for assessing interpretative validity in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 283-312). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ammon, G. (1993). *Milieu therapy*. Paper presented at the 9th World Congress of the World

- Psychiatric Association (WPA), Rio de Janeiro, Brazil, (pp. 24-30).
- Ammon, G. (1959). Theoretical aspects of milieu therapy. *Bulletin of the Menninger School of Psychiatry*, 282-312.
- Andersen, A.J.W. (Ed.) (1997). *Uten fasit: Perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Appelbaum, P.S. (1998). Missing the boat: Competence and consent in psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, 155(11), 1486.
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge Press.
- Atkinson, P. & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.83-99). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Aubry, T., Bradley, L., Siddique, C.M. & Leblanc, A. (1996). Program development on an acute in-patient psychiatric unit. *Journal of Mental Health*, 5(5), 507-514.
- Barnes, L. (2000). The social production of an enterprise clinic: Nurses, clinical pathway guidelines and contemporary healthcare practices. *Nursing Inquiry*, 7(3), 200-208.
- Barrett, R.J. (1996). *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia. An anthropological study of person and illness*. New York: Cambridge University Press.
- Barth, F. (1994). *Manifestasjon og prosess*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. London: Guilford Press.
- Behar, R. (1996). *The vulnerable observer: Anthropology that breaks your heart*. Boston: Beacon Press.
- Benedict, R. (1934). *Patterns of culture*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966/1992). *Den samfundsskabte virkelighed: En videnssociologisk afhandling*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Berglas, S. & Levendusky, P.G. (1985). The therapeutic contact program: An individual-oriented psychological treatment community. *Psychotherapy*, 22(1), 36-45.
- Bjelland, A.K. (2006). Selje Spa Thalasso – en helse- og velværekatedral? *Tidsskrift for Kulturforskning*, 5(2), 43-59.
- Bjelland, A.K. (1997). *Psykiatrisk sykdomsdefinering i sosialantropologisk perspektiv* (Rapportserie nr. 1). Universitetet i Bergen, Institutt for sosialantropologi.
- Bjork, D., Steinberg, M. & Lindenmayer, J.P. et al. (1977). Mania and milieu: Treatment of



- manics in a therapeutic community. *Hospital and Community Psychiatry*, 28(6), 431-436.
- Bjørnå, H. (2007). Vilkår for samarbeid på tvers av samfunnsvitenskapene. In Nyseth, S. Jentoft, A. Førde & J.O. Bærenholdt (Eds.), *I disiplinenes grenseland. Tverrfaglighet i teori og praksis* (pp. 35-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bloom, S.L. & Norton, K. (2004). The therapeutic community in the 21<sup>st</sup> century. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 229-231.
- Bloom, S.L., Bennington-Davis, M., Farragher, B., McCorkle, D., Nice-Martini, K. & Wellbank, K. (2003). Multiple opportunities for creating sanctuary. *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 173-190.
- Bloor, M., McKeganey, N. & Fonkert, D. (1988). *One foot in Eden*. London: Routledge.
- Bola, J.R. & Mosher, L.R. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(4), 219-229.
- BootsMiller, B.J., Davidson, W.S., Luke, D.A., Mowbray, C.T., Ribisl, K.M. & Herman, S.E. (1997). Social climate differences in a large psychiatric hospital: Staff and client observations. *Journal of Community Psychology*, 25(4), 325-336.
- Bowers, W. & Ansher, L. (2008). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on changing eating disorder symptoms and psychopathology of 32 anorexia nervosa patients at hospital discharge and one year follow-up. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 79-86.
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Brathetland, O., Haaland, T. & Thorsen, G-R.B. (2004). *Miljøterapi: En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond.
- Brataas, H.V. (2001). *Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatninger og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse*. Ph.D. Thesis, NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse.
- Brunt, D. & Rask, M. (2005). Patient and staff perceptions of the ward atmosphere in a Swedish maximum-security forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), 263-276.
- Burbiel, I. (1999). Inpatient psychotherapy of schizophrenia and borderline disorders in the dynamic-psychiatric hospital Mengerschwaige. *Dynamische Psychiatrie*, 32(1-2), 37-54.
- Bursten, B. (1973). Decision-making in the hospital community. *Archives of General*

*Psychiatry*, 29, 732-735.

- Buus, N. (2005). *Communication among mental health nurses: A field study of mental health nursing practices*. Ph.D. Thesis, University of Southern Denmark, Faculty of Health Sciences.
- Campbell, M. & Manicom, A. (Eds.) (1995). *Knowledge, experience and ruling relations: Studies in social organization of knowledge*. Toronto: University of Toronto Press.
- Caplan, P. (2003). Introduction: Anthropology and ethics. In P. Caplan (Ed.), *The ethics of anthropology: Debates and dilemmas* (pp. 1–35). London: Routledge.
- Carleton, E.I. & Johnson, J.C. (1961). A therapeutic milieu for borderline patients. *The American Journal of Nursing*, 61(1), 64-67.
- Caudill, W. (1957). Social processes in a collective disturbance on a psychiatric ward. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 438-471). Glencoe, Illinois: The Free press.
- Caudill, W. (1958). *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Caudill, W., Redlich, F.C., Gilmore, H.R. & Brody, E.B. (1952). Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. *American Journal of Orthopsychiatry*, 22, 314-334.
- Ceci, C. (2006). What she says she needs doesn't make a lot of sense: Seeing and knowing in a field study of home-care case management. *Nursing Philosophy*, 7(2), 90-99.
- Chiesa, M. (2000). Hospital adjustment in personality disorder patients admitted to a therapeutic community milieu. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 259-267.
- Chiesa, M., Fonagy, P. & Holmes, J. (2003). When less is more: An exploration of psychoanalytically hospital-based treatment for severe personality disorder. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 637-650.
- Ciampi, L. (2006). Soteria Berne – 22 years of experience with an innovative milieu-therapeutic approach to acute schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 3.
- Clark, D. (1999). Social psychiatry: The therapeutic community approach. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities. Past, present and future* (pp. 32-39). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clarke, R.G.V. & Sinclair, I. (1973). *Towards more effective evaluation*. Strasbourg: Council of Europe.
- Clifford, J. & Marcus, G.E. (1986). *Writing culture. The poetics and politics of ethnography*. Berkeley: University of California Press.

- Coombe, P. (1995). Glimpses of a Cassell Hospital outpatient group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(2), 309-315.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London: Tavistock Publications.
- Cooper, D. (1971). *Psykiatri og anti-psykiatri*. Oslo: Gyldendal.
- Corradi, C. (1990). The metaphoric structure of sociological explanation. *Philosophy & Social Criticism*, 16(3), 161-178.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1962). *Ego & milieu. Theory and practice of environmental therapy*. Chicago: Atherton Press.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1957). Social equilibrium and social change in the large mental hospital. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 49-71). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Dahl, A., Rasmussen, I. & Garde, K. (1991). Miljøterapi af unge psykotiske på Sct. Hans Hospital. Behandling og resultater. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 45(4), 271-276.
- Dahl, G. (1999). Comments to P. Pels: Professions of duplexity: A prehistory of ethical codes in anthropology. *Current Anthropology*, 40(2), 118-119.
- Daniel, E.V. (1987). *Fluid signs. Being a person the Tamil way*. Berkeley: University of California.
- Delamont, S. (2004). Ethnography and participant observation. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 217-229). London: Sage Publications.
- Delaney, K.R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28.
- Deleuze, G. (1986/2004). *Foucault*. København: Det lille Forlag.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) (2005). Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. <http://www.etikkom.no/retningslinjer/samtykke>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Retrieved from <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/grupper/22>
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1998). The art of interpretation, evaluation and presentation. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 275-281). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Devereux, G. (1956/2000). Normal and abnormal. In R. Littlewood & S. Dein. (Eds.), *Cultural psychiatry & medical anthropology* (pp. 213-290). London: Athlone Press.

- Digby, A. (1985). *Madness, morality and medicine: A study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DuVal, G. (2004). Ethics in psychiatric research: Study design issues. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 55-59.
- Dworschak, M. (1994). Inpatient humanstructural milieu therapy: Historical roots and essential aspects of today's practice. Paper presented at *The 10th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)*, St.Petersburg, Russia (pp. 27-34).
- Døving, R. (2003). Et antropologisk stadium av konsum. In M. Rugkåsa & K.T. Thorsen (Eds.), *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge* (pp.163-187). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Echternacht, M.R. (2001). Fluid group: Concept and clinical application in the therapeutic milieu. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(2), 39-44.
- Eide, A.K. (2005). Uutholdelig letthet. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, (1), 18-33.
- Ekecrantz, L.S. (1995). *Patienternas psykiatri – en studie av institutionella erfarenheter*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Eldred, S.H. (1983). Evaluating research on milieus. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 49-57). New York: Jason Arons.
- Ellsworth, R.B. (1983). Characteristics of effective treatment milieus. An overview of modern milieu therapy. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 87-119). New York: Jason Arons.
- Ericsson, K. (1974). *Den tvetydige omsorgen: Sinnssykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Esmark, A. Laustsen, C.B. & Andersen, N.Å. (2005). Sosialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion. In A. Esmark, C.B. Laustsen & N.Å. Andersen (Eds.), *Sosialkonstruktivistiske analysestrategier* (pp. 7-30). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Fabian, E. & Fabian, U. (1996). Inpatient psychotherapy of schizophrenia in the dynamic psychiatric hospital Mengerschwaige (with a case history). *Dynamische Psychiatri*, 29 (3-4), 227-233.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende Observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Federn, E. (2001). Milieutherapy as group work. *Dynamische Psychiatrie*, 34(1-2), 31-34.
- Federn, E. (1999). Therapist–patient-relationship within single-, group- and milieutherapy.

*Dynamische Psychiatrie*, 32(1-2), 78-84.

- Fluehr-Lobban, C. (2003a). Darkness in El Dorado: Research ethics, then and now. In C. Fluehr-Lobban (Ed.), *Ethics and the profession of anthropology: Dialogue for ethically conscious practice* (pp. 85-106). Walnut Creek: AltaMira.
- Fluehr-Lobban, C. (2003b). Informed consent in anthropological research: We are not exempt. In C. Fluehr-Lobban (Ed.), *Ethics and the profession of anthropology: Dialogue for ethically conscious practice* (pp. 159-177). Walnut Creek: AltaMira.
- Fog, J. (1987). *Intervju som forskningsmetode* (Psykologisk skriftserie. nr. 7). Århus: Universitet, Psykologisk Institut.
- Foucault, M. (2001). Power/Knowledge. In S. Seidman & J.C. Alexander (Eds.), *The new social theory reader: Contemporary debates* (pp. 67-76). London: Routledge.
- Foucault, M. (1978/2001). Governmentality. In J.D. Faubion (Ed.), *Power. Essential works of Foucault 1954-1984, volume three* (pp. 201-222). London: Penguin Press.
- Foucault, M. (1982/2001). The subject and power, In J.D. Faubion (Ed.), *Power. Essential works of Foucault 1954-1984, volume three* (pp. 326-348). London: Penguin Press.
- Foucault, M. (1980/2001). Questions of method. In Faubion, J.D. (Ed.). *Power. Essential works of Foucault 1954-1984, volume three* (pp. 221-238). London: Penguin Press.
- Foucault, M. (1970/1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus forlag.
- Foucault, M. (1982/1988). Technologies of the self. In L.H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (Eds.), *Technologies of the self* (pp. 16-50). London: Tavistock Publications.
- Foucault, M. (1977/1984). Panopticism. In P. Rabinow (Ed.), *The Foucault reader* (pp. 206-213). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1995). Discipline. In J.D. Faubion (Ed.), *Rethinking the subject: An anthology of contemporary European social thought* (pp. 60-69). Boulder: Westview Press.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality. An introduction, vol. 1*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. London: Allen Lane.
- Foucault, M. (1961/1999). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1969/2005). *Vidensarkæologien*. Århus: Forlaget Philosophia.
- Foucault, M. (1963/1989). *The Birth of the clinic. An archeology of medical perception*. London: Routledge.
- Friis, S. (1984). *The ward atmosphere; a crucial dimension of inpatient settings:*

*Measurement, clinical relevance and some influencing factors: An empirical study.*  
Oslo: University of Oslo.

Frøystad, K. (2003). Forestillingen om det "ordentlige" feltarbeid og dets umulighet i Norge, In M. Rugkåsa & K.T. Thorsen (Eds.), *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge* (pp. 32-63). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Garsjø, O. (1997). *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse- og sosialarbeidere.*  
Oslo: Universitetsforlaget.

Geanellos, R. (2000). The milieu and milieu therapy in adolescent mental health nursing. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 5(3), 638-648.

Gergen, K.J. (1994/2005). *Virkeligheter og relationer. Tanker om sociale konstruktioner.*  
Viborg: Dansk Psykologisk Forlag.

Giacomini, M. (2004). Interdisciplinarity in health services research: Dreams and nightmares, maladies and remedies. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(3), 177-183.

Gilbert, D.C. & Levinson, D.J. (1957). "Custodialism" and "humanism" in mental hospital structure and in staff ideology. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 20-35). Glencoe, Illinois: The Free Press.

Goffman, E. (1981). A reply to Denzin & Keller. *Contemporary Sociology*, 10(1), 60-68.

Goffman, E. (1974). *Frame analysis. An essay of the organization of experience.* Boston: Northeastern University Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes of management of spoiled identity.* New York: Penguin Books.

Goffman, E. (1961/1967). *Anstalt og menneske.* Viborg: Paludan.

Gordan, K. & Palmgren, L. (2001). *Miljöterapi: Personal och patienter i samspel.*  
Stockholm: Svenska fören. för psykisk hälsa.

Gordon, C. (2001). Introduction. In J.D. Faubion (Ed.), *Power. Essential works of Foucault 1954-1984, volume three* (pp. xi-xii). London: Penguin Press.

Gralnick, A. (1986). Caution Against 'The Asylum'. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 11(3), 150-152.

Gralnick, A. (1979). Management of character disorders in a hospital setting. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1), 54-66.

Grant, R.L. & Saslow, G. (1971). Maximizing Responsible Decision Making, or How Do We Get Out of Here? In G.M. Abrams & N.S. Greenfield (Eds.), *The New Hospital Psychiatry* (pp. 27-56). New York: Academic Press.

- Greenblatt, M., Levinson, D.J. & Williams, R.H. (Eds.) (1957). *The patient and the mental hospital*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Grigg, M., Endacott, R., Herrman, H. & Harvey, C. (2004). An ethnographic study of three mental health triage programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 146-151.
- Grills, S. (1998). An invitation to the field. Fieldwork and the pragmatists' lesson. In S. Grills (Ed.), *Doing ethnographic research* (pp. 3-18). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Grut, L. (2003). En modell for brukervedvirkning i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6(3), 178-188.
- Grønvold, E. (2000). Teorier for miljøterapeutisk praksis gjennom 50 år. In A. Hagqvist & B. Widinghoff (Eds.), *Miljøterapi: I dag, igår och imorgon* (pp. 97-122). Lund: Studentlitteratur.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2000). Analyzing interpretive practice. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 487-508). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.
- Gullestad, M. (2003). Kunnskap for hvem? Refleksjoner over antropologisk tekstproduksjon, formidling og tilbakeføring. In M. Rugkåsa & K.T. Thorsen (Eds.), *Nære Steder, Nye Rom. Utfordringer i Antropologiske Studier i Norge* (pp. 233-262). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gullestad, M. (1984). *Kitchen-table society: A case study of the family life and friendships of young working-class mothers in urban Norway*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gunderson, J.G. (1983a). An overview of modern milieu therapy. In J.G. Gundersen, O.A. Wii & L.R. Moster (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 1-14). New York: Jason Arons.
- Gunderson, J.G. (1983b). If and when milieu therapy is therapeutic for schizophrenics. In J.G. Gundersen, O.A. Wii & L.R. Moster (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 57-66). New York: Jason Arons.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.
- Gutheil, T.G. (1985). The therapeutic milieu: Changing themes and theories. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(12), 1279-1285.

- Guzek, A. (1998). Günter Ammon`s human-structural milieutherapy and the ethical attitude towards work as a method of therapy. *Dynamische Psychiatrie*, (3-4), 251-256.
- Hacking, I. (2000). *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hagqvist, A. & Widinghoff, B. (Eds.) (2000). *Miljöterapi: I dag, igår och imorgon*. Lund: Studentlitteratur.
- Haigh, R. (2002). Acute wards: Problems and solutions. *Psychiatric Bulletin*, 26, 380-382.
- Hamilton, B. & Mania, E. (2006). "She`s manipulative and he`s right off": A critical analysis of psychiatric nurses` oral written language in the acute inpatient setting. *International Journal of mental Health Nursing*, 15, 84-92.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hansen, J.T. & Slevin, C. (1996). The implementation of therapeutic community principles in acute care psychiatric hospital settings: An empirical analysis and recommendations to clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 673-678.
- Harding, S. (2004). Introduction: Standpoint theory as a site of political, philosophic, and scientific debate. In S. Harding (Ed.), *The feminist standpoint theory reader. Intellectual & political controversies* (pp. 1-15). New York: Routledge.
- Harding, S. (1999). After the neutrality ideal: Science, politics and 'strong objectivity', In E. C. Polifroni & M. Welch (Eds.), *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology* (pp. 451-461). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Harding, S. (1993). Rethinking standpoint epistemology: What is strong objectivity? In L. Alcoff & E. Potter (Eds.), *Feminist epistemologie* (pp. 49-81). New York: Routledge.
- Hastrup, K. (1988). Etnografiens udfordring. Fortællingen om det annerledes. In K. Hastrup & K. Ramløv (Eds.), *Feltarbejde. Opplevelse og metode i etnografien* (pp. 11-18). Viborg: Akademisk Forlag.
- Hastrup, K. (1991). Antropologiske studier af egen kultur. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, (1), 10-14.
- Hastrup, K. (1992). *Det antropologiske prosjekt. Om forbløffelse*. Copenhagen: Gyldendal Intro.
- Hastrup, K. & Hervik, P. (Eds.) (1994). *Social experience and anthropological knowledge*. London: Routledge.
- Haug, K. (2005). Et fristed – Pasienters opplevelse av miljøet på et distriktpsikiatrisk senter. *Vård i Norden*, 77(25), 8-12.
- Heede, D. (2007). *Det tomme menneske. Introduktion til Foucault*. København: Museum



- Hem, M.H. & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: One nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101-108.
- Hem, M.H., & Heggen, K. (2004). Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 55-63.
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens Historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hickey, G. & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 83-8.
- Higgins, R., Hurst, K. & Wistow, G. (1999). Nursing acute psychiatric patients: a quantitative and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 52-63.
- Hinshelwood, R.D. (1999). Psychoanalytic origins and today's work. The Cassel heritage. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities. Past, present and future* (pp. 39-50). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Holm, L. & Oestrich, I.H. (Eds.) (2006). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Holmes, J. (2002). Acute wards: Problems and solutions. Creating a psychotherapeutic culture in acute psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin*, 26, 383-385.
- Holmes, M.J. (1971). Influences of the New Hospital Psychiatry on Nursing. In G.M. Abrams & N.S. Greenfield (Eds.), *The New Hospital Psychiatry* (pp. 83-101). New York: Academic Press.
- Howell, S. (2001). Feltarbeid i vår egen bakgård: Noen refleksjoner rundt nyere tendenser i norsk antropologi. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 12(1-2), 16-24.
- Hummelvoll, J.K. (2003). De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien. In J.K. Hummelvoll (Ed.), *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (pp. 51-87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J.K. (1998). *Internasjonalt utsyn. Resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie* (Rapport nr. 10). Hamar: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J.K. (1992). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Hummelvoll, J.K. & Dahl, T.E. (1997). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J.K. & Røsset, O. (1999). *De nødvendige idealer og slitsomme realiteter – Fokus på akuttpsykiatrien* (Rapport nr. 17). Hamar: Høgskolen i Hedmark.

- Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. (2001a). Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 17-24.
- Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. (2001b). Coping with everyday reality: Mental health professionals? Reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(3), 156-166.
- Hunt, R.G. (1983). Design of Psychiatric Milieus. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 159-177). New York: Jason Arons.
- Husum, T.J. Pedersen, P.B. Ø. & Hatling, T. (2006). *Analyser av tvang i psykisk helsevern*. Trondheim: Sintef. Retrieved from <http://www.sintef.no/Helse/Psykisk-helse/Tvang-i-psykisk-helsevern/Analyse-av-tvang-i-psykisk-helsevern/>
- Hutton, P.H. (1988). Foucault, Freud and the technologies of the self. In L-H. Martin, H. Gutman & P.H. Hutton, *Technologies of the self* (pp. 121-144). London: Tavistock Publications.
- Hviding, E. (1998). "Tilbakeføring": Om antropologiens relasjoner i tid og rom. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 9, 3-4.
- Hylland-Eriksen, T. & Breivik, J-K. (Eds.) (2006). *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Islam, A. & Turner, D.L. (1982). The therapeutic community: A critical reappraisal. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(8), 651-653.
- Ivezic, S., Skocic, P., Bagaric, A. & Oruc, L. (2004). Importance of an interpersonal approach and object relation theories for the organization of treatment at the psychiatric hospital. *Medicinski Arhiv.*, 58(4), 241-243.
- Jacobsen, C.B. (2006). *Paradoksal Psykiatri – Etnografiske analyser av samspillet mellom plejepersonale og pasienter i dansk retspsykiatri*. Ph.D. Thesis, København Universitet, Institutt for Antropologi.
- James, I., Milne, D.L. & Firth, H. (1990). A systematic comparison of feedback and staff discussion in schanging the ward atmosphere. *Journal of Advanced Nursing*, 329-336.
- Järvinen, M. (2005). Interview i en interaksjonistisk begrepsramme. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv* (pp. 27-48). København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005). Observationer i en interaksjonistisk begrepsramme. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv* (pp. 97-120). København: Hans Reitzels Forlag.
- Johansen, K.H. (1983). The impact of patients with chronic character pathology on a hospital

- inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(9), 842-846.
- Johansson, I.M., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2007). Encounters in a locked psychiatric ward environment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 366-372.
- Johansson, I.M., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2006). The health-care environment on a locked psychiatric ward: An ethnographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 242-259.
- Johansson, I.M. Lundman, B. (2002). Patients experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 639-647.
- Jones, M. (1983). Therapeutic community as a system for change. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 177-185). New York: Jason Arons.
- Jones, M. (1973). From the therapeutic community to self-sufficient community. *Hospital & Community Psychiatry*, 24(10), 675-679.
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry. A study of therapeutic communities*. London: Tavistock Publications Limited.
- Jones, M. (1966). Therapeutic community practice. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1275-1279.
- Jones, M. (1968/1971). *Det terapeutiske samfunn – I sykehuset og utenfor*. Oslo: Gyldendal.
- Jones, M. & Bonn, E.M. (1973). From the therapeutic community to self-sufficient community. *Hospital & Community Psychiatry*, 24(10), 675-679.
- Jones, M. & Rapoport, R. (1957). The absorption of new doctors into a therapeutic community. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 248-262). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Jørstad, J. (1984). Avdeling 6B, Ullevål sykehus, en kompleks, moderne psykiatrisk organisasjon. In P. Vaglum, S. Karterud & J. Jørstad (Eds.), *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn* (pp. 71-81). Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse: Pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
- Karlsson, B. (1997). Miljøterapi – begrep og innhold – en kritisk drøftelse. In A.J.W. Andersen (Ed.), *Uten fasit: Perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Katz, S.E. & Levendusky, P.G. (1990). Cognitive-behavioral approaches to treating

- borderline and self-mutilating patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 398-408.
- Kendall, G. & Wickham, G. (2004). The Foucaultian framework. In C. Seale, C., G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 141-151). London: Sage Publications.
- Kennard, E.A. (1957). Psychiatry, administrative psychiatry, administration: A study of veterans hospital. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 36-45). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Kipp, J. (2006). Looking for therapeutic community in contemporary psychiatric milieu settings in the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 58-58.
- Klee, R. (1997). *Introduction to the philosophy of science: Cutting nature at its seams*. New York: Oxford University Press.
- Kornerup, H. (Ed.) (1999). *Børn på behandlingshjem år 1999: En artikelsamling om miljøterapi*. Lejre: Forlaget Perikon.
- Kramer, M. (1957). Problems of research on the population dynamics and therapeutic effectiveness of mental hospitals. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 145-169). Glencoe, Illinois: The Free press.
- Kristiansen, S. & Mortensen, N. (2005). Sociologiske analyser af hverdagslivet. In A. Esmark, C.B. Laustsen & N.Å. Andersen (Eds.), *Socialkonstruktivistiske analysestrategier* (pp. 31-60). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Krueger, R.A (1994). *Focus groups. A practical guide for applied research*. London: Sage Publications Inc.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvaran, I. (1996). *Miljøterapi. Institusjonsarbeid med barn og ungdom*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kværna, E. & Lund, B. (2004). *Biter av liv. Miljøterapi – fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laing, R.D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Laing, R.D. (1967). *The politics of experience and the bird of paradise*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Lammers, J. & Happell, B. (2003). Consumer participation in mental health services: Looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 385-392.

- Lees, J. (1999). Research: The importance of asking questions. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities. Past, present and future* (pp. 207-223). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lees, J., Manning, N. & Rawlings, B. (2004). A Culture of enquiry: Research evidence and the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 279-295.
- Levendusky, P.G., Berglas, S., Dooley, C.P. & Landau, R.J. (1982). Therapeutic contract program: Preliminary report on behavioural alternative to the token economy. *Behaviour Research and Therapy*, 21(2), 137-142.
- Levander, S. (1979). Jag-stärkande psykoterapi – det kanske mest använda och minst definierade förhållningssättet i psykiatrin. *Läkartidningen*, 76(5), 299-301.
- Levinson, D.J. (1957). The mental hospital as a research setting: A critical appraisal. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 633-649). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Liberman, R.P. (1976). Behavior therapy for schizophrenia. In L.J. West & D.E. Flinn (Eds.), *Treatment of schizophrenia, progress and prospects* (pp. 175-206). New York: Grune & Stratton.
- Liberman, R.P. (1983). Research on the psychiatric milieu. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 67-86). New York: Jason Arons.
- Lien, M.E. (1997). *Marketing and modernity*. Oxford: Berg.
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Littlewood, R. & Dein, S. (Eds.) (2000) *Cultural psychiatry & medical anthropology*. London: Athlone Press.
- Lofland, J., Snow, D., Anderson, L. & Lofland, L.H. (2006). *Analyzing social settings – A guide to qualitative observation and analysis*. Belmont, California: Thomson Wadsworth.
- Lorem, G. (2005). *Withdrawal and exclusion: A study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients*. Institute of Community Medicine & Institute of Philosophy, University of Tromsø.
- Ludvigsen, K. (2002). Forståelse og praksis knyttet til psykiske lidelser 1850-1920. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykiske lidelser* (pp.163-186). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lütznén, K. & Nordin, C. (1994). Modifying autonomy – a concept grounded in nurses' experiences of moral decision-making in psychiatric practice. *Journal of Medical Ethics*, 20(2), 101-107.

- Løchen, Y. (1965/1976). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Main, T.F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, (10), 66-70.
- Malt, U.F., Retterstøl, N. & Dahl, A.A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martin, R., Gutman, H. & Hutton, P.H. (1988). Introduction. In L.H Martin, H. Gutman & P.H. Hutton (Eds.) *Technologies of the self* (pp. 3-8). London: Tavistock Publications.
- Martinsen, K. (2001). Huset, sangen, gråten og skammen. In T. Wyller (Ed.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet* (pp.167-189). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). Hospitalet, mennesket og verdigheten. In E. Benum E., P. Haave, H. Ibsen H., A. Schiøtz & E. Schrupf (Eds.), *Den mangfoldige velferden*. (pp. 159-173). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mauss, M. (1926/2000). The physical effect on the individual of the idea of death suggested by the collectivity, In R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural psychiatry & medical anthropology* (pp.79-97). London: Athlone Press.
- Mauss, M. (1925/1995). *Gaven. Utvekslingens form og årsak i arkaiske samfunn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- McCann, T.V. & Baker, H. (2001). Mutual relating: Developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 530-537.
- Mellow, J. (1968). The experiential order of nursing therapy in acute schizophrenia and its discussions. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(6), 249-252.
- Melnick, G., De Leon, G., Hiller, M.L. & Knight, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Substance Use & Misuse*, 35(12-14), 1819-1847.
- Menninger, W.C. (1936). Psychiatric hospital therapy designed to meet unconscious needs. *American Journal of Psychiatry*, 93, 347-360.
- Mertz, H. (1968). How the nurse helps the patient in his experience with psychiatric care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(6), 260-263.
- Middelboe, T. Schjødt, T., Byrting, K. & Gjerris, A. (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: Patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 212-219.
- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (pp. 9-24). København: Hans Reitzels Forlag.

- Mitteneess, L.S. & Barker, J.C. (2004). Collaborative and team research. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 276-294). London: Sage Publications.
- Moline, R.A. (1976). Hospital psychiatry in transition. *Archives of General Psychiatry*, 33(19), 1234-1238.
- Moos, R.H. & Lemke, S. (1996). *Evaluating residential facilities. The multiphasic environmental assessment procedure*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(3), 142-149.
- Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up. *Hospital & Community Psychiatry*, 29(11), 715-723.
- Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1976). Dinosaur or astronaut? One-year follow-up data from the Soteria project. *American Journal of Psychiatry*, 133(8), 919-921.
- Mosher, L.R., Menn, A.Z. & Matthews, S.M. (1975). Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(3), 455-467.
- Mosher, L.R., Reifman, A. & Menn, A. (1973). Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. *Hospital & Community Psychiatry*, 24(6), 391-396.
- Munroe, R.L. & Munroe, R.H. (1986). Fieldwork in cross-cultural psychology. In W.J. Lonner & J.W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 111-136). Beverly Hills: Sage Publications.
- Murphy, H.B.M. (1971/2000). History and the evolution of syndromes: The striking case of latah and amok, In R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural psychiatry & medical anthropology* (pp. 371-392). London: Athlone Press.
- Måseide, P. (1975). *Paradoksal kommunikasjon i eit terapeutisk miljø*. Universitetet i Tromsø.
- Narayan, U. (2004). The project of feminist epistemology: Perspectives from a nonwestern feminist. In S. Harding (Ed.), *The feminist standpoint theory reader. Intellectual & political controversies* (pp. 213-224). New York: Routledge.
- Neuhaus, E.C. (2006). Fixed values and a flexible partial hospital program model. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(1), 1-14.
- Neumann, I.B. (2002). Forord. In I.B. Neumann (Ed.), *Michel Foucault Forelesninger om regjering og styringskunst* (pp. 7-38). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Norton, K., & Bloom, S.L. (2004). The art and challenges of long-term and short-term

- democratic therapeutic communities. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 249-262.
- Norton, K. (2004). Re-thinking acute psychiatric inpatient care. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 276-284.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Ph.D. Thesis, Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.
- Norvoll, R. (Ed.) (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 1997:2 (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2.html?id=140689>
- Nyseth, T. (2007). Introduksjon. In T. Nyseth, S. Jentoft, A. Førde & J.O. Bærenholdt (Eds.), *I disiplinenes grenseland. Tverrfaglighet i teori og praksis* (pp. 15-31). Bergen: Fagbokforlaget.
- Obeyesekere, G. (1981). *Medusa`s Hair. An essay on personal symbols and religious experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- O`Brian A.J. (2001). The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 129-137.
- O`Brian, L. & Cole, R. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 89-99.
- O`Reilly, K. (2005). *Ethnographic methods*. New York: Routledge.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2008). Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway, Unpublished manuscript, in print, *Issues in Mental Health Nursing*.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2008). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway – A mission impossible? Unpublished manuscript.
- Oeye, C., Bjelland, A.K. & Skorpen, A. (2007). Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2296-2306.
- Parsons, T. (1957). The mental hospital as a type of organization. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 108-129). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: Innenfra, utefra eller begge deler? In E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad & T.H. Aase (Eds.), *Metodisk feltarbeid: Produksjon og*



*tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Pedersen, G. & Karterud, S. (2007). Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(4), 271-279.
- Pejlert, A., Asplund, K., Gilje, F. & Norberg, A. (1998). The meaning of caring for patients on a long-term psychiatric ward as narrated by formal care providers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(4), 255-264.
- Pejlert, A., Asplund, K. & Norberg, A. (1995) Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 269-277.
- Pels, P. (1999). Professions of duplexity: A prehistory of ethical codes in anthropology. *Current Anthropology*, 40(2), 101-136.
- Peplau, H. E. (1985/1994). The history of milieu as a treatment modality. In A.W. O'Toole & S.R. Welt (Eds.), *Hildegard E. Peplau, selected works. Interpersonal theory in nursing* (pp. 75-80). New York: MacMillan.
- Peplau, H.E. (1968). Psychotherapeutic strategies and its discussion. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(6), 264-286.
- Peplau, H. E. (1964/1994). General application of theory and techniques of psychotherapy in nursing situations. In A.W. O'Toole & S. R. Welt (Eds.), *Hildegard E. Peplau, selected works. Interpersonal theory in nursing* (pp. 99-108). New York: MacMillan.
- Perrow, C. (1965). Hospitals: Technology, structures and goals. In March, J. (Ed.), *Handbook of Organizations* (pp. 910-971). New York: Rand McNally & Company.
- Petersen, L.A. (2005). Videnssociologien. In A. Esmark, C.B. Laustsen & N.Å. Andersen (Eds.), *Socialkonstruktivistiske analysestrategier* (pp. 61-83). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Polansky, N.A., White, R.B. & Miller, S.C. (1957). Determinants of the role-image of the patient in a psychiatric hospital. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 380-401). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Prus, R. (1996). *Symbolic interaction and ethnographic research. Intersubjectivity and the study of human lived experience*. Albany: State University of New York Press.
- Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (Lov nr. 1999-07-02-62). Retrieved from [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
- Quirk, A., Lelliott, P. & Seale, C. (2006). The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2105-2117.

- Quirk, A., Lelliott, P. & Seale, C. (2004). Service users' for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science & Medicine*, 59(12), 2573-2583.
- Rabinow, P. & Rose, N. (2003). Introduction. Foucault today. In P. Rabinow & N. Rose (Eds.), *The essential Foucault. Selections from essential works of Foucault, 1954-1984* (pp. vii-xxxv). New York: The New Press.
- Radden, J. (2002). Psychiatric ethics. *Bioethics*. 16(5), 397-411.
- Rapoport, R.N. (1960). *Community as doctor*. London: Tavistock.
- Rappaport, M., Hopkins, H.K., Hall, K., Belleza, T. & Silverman, J. (1978). Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated? *International Pharmacopsychiatry*, 13(13), 100-111.
- Räsänen, S., Nieminen, P., & Isohanni, M. (1999). Gender differences in treatment and outcome in a therapeutic community ward, with special reference to schizophrenic patients. *Psychiatry*, 62(3), 235-249.
- Rasborg, L. (2007). *Miljøterapi med børn og unge*, København: Akademisk Forlag.
- Rawlinson, D. (1999). Group analytic ideas. Extending the group matrix into TCs. In P. Campling & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities. Past, present and future* (pp. 50-63). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Regehr, C., Edwardh, M. & Bradford, J. (2000). Research ethics and forensic patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(10), 892-899.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Retrieved from <http://www.etikkom.no/REK>
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1979). *Fortolkningsteori*. København: Vinten.
- Rigby, A., Leach, C. & Greasley, P. (2001). Primary nursing: Staff perception of changes in ward atmosphere and role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 525-532.
- Rivers, W.H.R. (1924/2000). Medicine, magic and religion. In R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural psychiatry & medical anthropology* (pp. 43-58). London: Athlone Press.
- Rugkåsa, M. & Thorsen, K.T. (2003). Udfordringer i antropologiske studier i Norge. In M. Rugkåsa & K.T. Thorsen (Eds.), *Nære steder, nye rom. Udfordringer i antropologiske studier i Norge* (pp. 11-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rustand, B. (2007). *Psykiatriciens samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandin, B. (1986). *Den zebrarandiga pudelkärnan*. Dr. philos avhandling, Universitetet i Tromsø.
- Sandvin, J.T. (1992). Fra normalisering til sosial integrasjon. In J.T. Sandvin (Ed.), *Mot normalt? Omsorgsideologier i forandring* (pp. 165-203). Oslo: Kommuneforlaget.
- Schaanning, E. (2000). *Fortiden i våre hender. Foucault som vitenhåndtør. Bind 2. Historiske praksiser*. Oslo: Unipub Forlag.
- Schaanning, E. (1999). Etterord. In *Seksualitetens historie I. Vilje til viten*. Oslo: Pax forlag.
- Schaanning, E. (1997). *Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M.M. (1987). The mindful body: A Prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, (1)1, 6-41.
- Schjødt, T. & Heinskou, T. (Eds.) (2007). *Miljøterapi på Dynamisk Grundlag*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schjødt, T. (2000). Miljøterapi på lukket psykiatrisk modtageafsnit? *Agrippa – Psykiatriske tekster*, 20(1-2), 42-54.
- Schwandt, T.A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry. In N.K. Denzin & Y. S. Loncoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 189-213). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schwartz, C.G. (1957). Problems for psychiatric nurses in playing a new role on a mental hospital ward. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 402-426). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Schwartz, M.S. (1957). What is a therapeutic milieu? In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 130-144). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Scocozza, L. (1994). *Forskning for livet. Den medicinske forskningsetiks forudsætninger og praktikker – En sociologisk analyse*. København: Akademisk Forlag.
- Simonsen, I. (2007a). Psykologer og miljøterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (11), 1338-1339.
- Simonsen, I. (2007b). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (11), 1340-1349.

- Skorpen, A. Anderssen, N. Oeye, C. & Bjelland, A. K. (2008). Treatment regimes in a psychiatric hospital: Apparent contradictions? Report from a fieldwork in a locked-up ward illustrated with a constructed case. Unpublished manuscript, in print, *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Skorpen, A. Anderssen, N. Oeye, C. & Bjelland, A. K. (2008). The smoking room as psychiatric patients' sanctuary: A place for resistance. In print, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), startpage 728.
- Skorpen, A. Anderssen, N. Øye, C. & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. Unpublished manuscript, in print, *Vård i Norden*.
- Skorpen, A. & Øye, C. (2008). Den mangfoldige miljøterapien i psykiatriske sykehus – En oppsummering av miljøterapiens røtter, retninger og modeller, Unpublished manuscript.
- Smith, D.E. (2005). *Institutional ethnography. A sociology for people*. Oxford: Alta Mira Press.
- Smith, D. E. (1988). *The everyday world as problematic – A feminist sociology*. Milton Keynes: Open University Press.
- Smith, J. & Gross, C. (1996). The evolution of a therapeutic environment for patients with long-term mental illness as measured by the Ward Atmosphere Scale. *Journal of Mental Health*, 5(4), 349-361.
- Smith, M. (2002). *Social science in question*. London: Sage Publications.
- Solheim, J. (2004). Kommentar og debatt. Jorunn Solheims reaksjoner på Berit Moltus betraktninger omkring etnografi og kunnskapsproduksjon. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 15(4), 257-259.
- Song, H. (2006). Seeing oneself seeing oneself: White nihilism in ethnography and theory. *Ethnos*, 71(4), 470-488.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. (IS-1370). Retrieved from [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/Tiltaksplan\\_for\\_redu\\_10902a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/Tiltaksplan_for_redu_10902a.pdf)
- Spadoni, A.J. & Smith, J.A. (1969). Milieu therapy in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 20, 547-551.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Stanton, A.H. (1962). Foreword. In J. Cumming & E. Cumming, *Ego & milieu. Theory and practice of environmental therapy* (pp. v-xiii). Chicago: Atherton Press.

- Stanton, A.H. & Schwartz, M.S. (1954). *The mental hospital*. New York: Basic Books.
- Statens helsetilsyn (2001). *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prosessforbedring i klinisk virksomhet* (Utredningsserie nr. 5). Retrieved from [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/prosessforbedring\\_klinisk\\_virksomhet\\_kvalitetsforbedring\\_psykisk\\_helsevern\\_ik-2756.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/prosessforbedring_klinisk_virksomhet_kvalitetsforbedring_psykisk_helsevern_ik-2756.pdf)
- St. meld. nr. 27 (2000-2001). *Gjør din plikt – krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/20002001/Stmeld-nr-27-2000-2001-.html?id=194247>
- St. meld. nr. 39 (1998-99). *Forskning ved et tidsskille*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/19981999/Stmeld-nr-39-1999-.html?id=192405>
- St. meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086)
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Strauss, A., Schatzman, L, Bucher, R., Ehrlich, D. & Sabshin, M. (1964/1981). *Psychiatric Ideologies and Institutions*. London: Transaction Books.
- Sullivan, H.S. (1931a). Socio-Psychiatric research. Its implications for the schizophrenia problem and for mental hygiene. *American Journal of Psychiatry*, 88, 977-991.
- Sullivan, H.S. (1931b). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 88, 519-540.
- Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A. & Linehan, M.M. (2001). The application of dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307-325.
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.
- Sørensen, N-Ø. (2006). *I virkeligheden udenfor. Et dobbeltperspektiv på sygeplejerskers arbejde i en psykiatrisk institution. En analyse af magt, styring – og selvstyringsteknikker*. Ph.D. Thesis, Roskilde Universitetscenter, Forskerskolen i

livslang læring.

- Sørgaard, K.W. (2005). "I videnskapens kys og kjærlighet" – Asylens fremvekst i Europas sentrum og periferi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 14-23.
- Sørhaug, T. (2006). Gull, arbeid og galskap. Om normalitet og modernitet. In T. Hylland-Eriksen & J-K. Breivik (Eds.), *Normalitet* (pp. 275-316). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørhaug, H.C. (1982). *Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus: Makt, gjensidighet og ansvar* (Oslo Occasional papers in Social anthropology). University of Oslo, Department of Social Anthropology.
- Terkelsen, T. Blystad, A. & Hydle, I. (2005). Transforming extraordinary experiences into the concept of schizophrenia: A case study of a Norwegian psychiatric unit. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(3), 229-252.
- Thomas, S.P., Shattell, M. & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI (3), 99-107.
- Thorgaard, L. (2006). *Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Thune, G.H. (2008). *Overgrep: Søkelys på Psykiatrien*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Tillgren, P. & Wallin, E. (1999). Fokusgrupper – historikk, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 76(4), 312-321.
- Trnobranski P.H. (1994). Nurse-patient negotiation: assumption or reality? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 733-737.
- Tuck, I. & Keels, M.C. (1992). Milieu therapy: A review of development of this concept and its implications for psychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 51-58.
- Tucker, G.J. (1983). Therapeutic communities. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 35-47). New York: Jason Arons.
- Turner, B.S. (1996). *Medical power and social knowledge*. London: Sage Publications.
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H. & Bøe, T. (2007). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling: forståelse, forankring, forandring*. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond.
- Vaglun, P., Karterud, S. & Jørstad, J. (Eds.) (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vaglun, P., Karterud, S. & Friis, S. (1984). Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn for psykotiske pasienter: Bakgrunn for forandringene. Målsetting

- og prinsipper for det nye behandlingsprogram. In P. Vaglun, S. Karterud & J. Jørstad (Eds.) *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri: Fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn* (pp. 87-96). Oslo: Universitetsforlaget.
- Van Dongen, E. (2007). Anthropology on beds: The bed as the field of research. *Anthropology Today*, 23(6), 23-26.
- Van Dongen, E. (2004). *Worlds of psychotic people. Wanderers, 'bricoleurs' and strategists*. London: Routledge.
- Van Dongen, E. (1998). Strangers on terra cognita: authors of the Other in a mental hospital. *Anthropology & Medicine*, 5(3), 279-304.
- Van Putten, T. & May, P.R.A. (1976). Milieu therapies of the schizophrenias. In L.J. West & D.E. Flinn (Eds.), *Treatment of schizophrenia, progress and prospects* (pp. 217-143). New York: Grune & Stratton.
- Vatne, S. & Fagermoen, M.S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 41-48.
- Vatne, S. & Holmes, C. (2006). Limit setting in mental health: Historical factors and suggestions as to its rationale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 588-597.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne: Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Ph.D. Thesis, Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.
- Vedeler, G.H. (1974). *Prinsipper for miljøterapi*. Foredrag for Norsk Psykologforeningsmøte 15. feb.
- Vittersø, J. (1994). Depresjoner - Kulturbundet syndrome eller universelt fenomen? *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 2, 96-104.
- Waal, H. (1978). *Psykiatriske sykehus, utviklingsmuligheter og begrensninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Weingart, P. & Stehr, N. (2000). Introduction. In P. Weingart & N. Stehr (Eds.), *Practising interdisciplinarity* (pp. xi-xvi). Toronto: University of Toronto Press.
- Weir, R.J. (1992). An experimental course of lectures on moral treatment for mentally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 390-395.

- Werbart, A. (1997). Separation, termination process and long-term outcome in psychotherapy with severely disturbed patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(1), 16-43.
- Werbart, A. (1992). Exploration and support in psychotherapeutic environments for psychotic-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86(1), 12-22.
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Widinghoff, B. (2000). Pedagogik – ett självklart men oförlöst perspektiv inom miljöterapi. In A. Hagqvist & B. Widinghoff (Eds.) *Miljöterapi: I dag, igår och imorgon* (pp. 297-317). Lund: Studentlitteratur.
- Will, G.T. (1957). Psychiatric Nursing Administration and Its Implications for Patient Care. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The Patient and the Mental Hospital* (pp. 237-247). Glencoe, Illinois: The Free press.
- Williams, R.H. (1957). Implications for theory. In M. Greenblatt, D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.), *The Patient and the Mental Hospital* (pp. 620-632). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- World Medical Association (2004). *Helsinkideklarasjonen*. Retrieved from <http://www.etikk.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
- Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T. & Ludgate, J.W. (Eds.) (1993). *Cognitive therapy with inpatients. Developing a cognitive milieu*. New York: The Guilford Press.
- Yap, P.M. (1951/2000). Mental diseases åeculiar to certain cultures: A survey of comparative psychiatry. In R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural psychiatry & medical anthropology* (pp.179-197). London: Athlone Press.
- Øye, C. & Skorpen, A. (2008). Kjennskapens ritus – Fra Tukes te-selskap til fredagkosen i et psykiatrisk sykehus, Unpublished manuscript.
- Øye, C. (2005). Kropp, kjønn og problemet med å definere en psykisk lidelse - En kulturell fortelling om moderne menns ulykksalige erfaringer og hvordan de blir møtt av terapeuter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (1), 4-17.



## **Vedlegg:**

Vedlegg 1. Intensjonsavtale Høgskolen og helseforetaket/sykehuset

Vedlegg 2. Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Vedlegg 3. Tilrådning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk

Vedlegg 4. Taushetserklæring

Vedlegg 5. Informasjonsskriv til pasienter og personalet

Vedlegg 6. Forespørsel til pasientene om å bli observert med samtykkeerklæring

Vedlegg 7. Forespørsel til pasientene om å delta i intervju/samtale med samtykke erklæring

Vedlegg 8. Forespørsel til personalet om å delta i undersøkelse med samtykke erklæring

Vedlegg 9. Spørreskjema fase 1

Vedlegg 10. Intervjuguide personalet

Vedlegg 11. Intervjuguide pasientene

Vedlegg 12. Observasjonsguide personalet

Vedlegg 13. Observasjonsguide pasientene

Vedlegg 14. Romlig koding (eksempler på analyse)

Vedlegg 15. Intervju koding (eksempler på analyse)

Vedlegg 1

**Rektor**  
Vår ref. : 2003/00797-GF  
Deres ref. : /  
Saksbehandler : Georg Førland  
Direkte tlf. : 53 49 14 06  
E-post : georg.forland@hsh.no

**BEKREFTELSE PÅ FORSKNINGSSAMARBEID MELLOM [REDACTED] OG [REDACTED]**

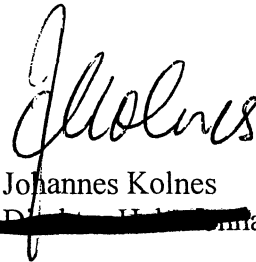
Forskningsprosjektet med tittel: *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - an analyse av miljøterapeutiske praksiser*, som utføres av høskolelektorene Christine Øye og Aina Skorpen er i tråd med intensjonsavtalen om samarbeid om forskning og utvikling mellom Høgskolen S[REDACTED] og U[REDACTED]. Viser for øvrig til egen samarbeidsavtale mellom Valen psykiatriske sykehus og avdeling for forebyggjande helsearbeid.

Haugesund, 13. mai - 2003



Georg Førland

Rektor H[REDACTED]



Johannes Kolnes

De[REDACTED]



Hans Holmboesgt. 22  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47/ 55 58 21 11  
Fax: +47/ 55 58 96 50  
E-mail: nsd@nsd.uib.no  
http://www.uib.no/nsd

Christine Øye

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Vår dato: 20.08.2002

Vår ref: 200200668 GHA/RH

Deres dato:

Deres ref:

## VEDR. MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.08.2002. Meldingen gjelder prosjektet:

9332 *Galskapens hus: Dagliglivet i en psykiatrisk totalinstitusjon - en analyse av samhandlingsaktiviteter*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjema og dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører behandling av personopplysninger i henhold til Lov om behandling av personopplysninger (POL) §§ 1 til 3, og følgelig ikke utløser meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

Formålet med prosjektet er å få innblikk i ansatte og pasienters livsverdener avgrenset til deres opplevelse av livet og virke på institusjonen. Det vil blant annet være et fokus på pasientenes brukermedvirkning.

Utvalget omfatter rundt 20-30 ansatte og 15-25 pasienter på en eller flere avdelinger på psykiatriske sykehus i Norge. Førstegangskontakt med institusjonene opprettes av prosjektlederne. Førstegangskontakt med pasientene opprettes av avdelingsoverlege/avdelingssykepleier muntlig og ved overlevering av informasjonsskriv utarbeidet av prosjektlederne.

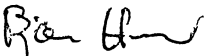
Opplysningene samles inn gjennom deltakende observasjon og kvalitative intervju/samtaler. Opplysningene vil omhandle pasientenes opplevelser av brukermedvirkningen på avdelingene, ansattes erfaringer med dagligliv samt aktiviteter, reglement, maktstrukturer. Opplysningene vil være anonyme i at det ikke registreres opplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere den

enkelte i utvalgene.

Dersom undersøkelsesopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55583542

Vennlig hilsen  
Datafaglig sekretariat

  
Bjørn Henrichsen

  
Grethe Halvorsen

**Subject:** Vedr. "Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; en analyse av miljøterapeutiske praksiser"  
**From:** Grethe Halvorsen <Grethe.Halvorsen@nsd.uib.no>  
**Date:** Wed, 03 Dec 2003 08:56:43 +0100  
**To:** christine.oye@hsh.no

Viser til brev mottatt 01.12.2003 om små endringer i prosjektet.

Så lenge prosjektet ellers skal gjennomføres om det ble meldt til oss først gang og som det er beskrevet i vårt svarbrev til dere, datert 20.08.2002, er det ikke nødvendig å sende inn ny melding.

Vennlig hilsen  
Grethe Halvorsen

Grethe Halvorsen  
*Fagkonsulent*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Hans Holmboesgate 22, 5007 BERGEN

Tlf.: + 55583542 / 55582117  
Faks: + 55589650  
Email: Grethe.Halvorsen@nsd.uib.no  
Internettadresse: nsd.uib.no

**UNIVERSITETET I BERGEN***Det medisinske fakultet*

Harald Hårfagsgt. 1, 5020 BERGEN

Tlf: 55 58 20 84/86

Fax: 55 58 96 82

E-post: Rck-3@uib.no

**UNIVERSITY OF BERGEN***Faculty of Medicine*

Harald Hårfagsgt. 1, N-5020 BERGEN

Ph. +47 55 58 20 84/86

Fax: +47 55 58 96 82

E-mail: Rck-3@uib.no

<http://www.etikkom.no/REK>

*Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Vest-Norge (REK Vest)*

Bergen, 07.10.03

Sak nr. 03/08494

Professor Anne Karen Bjelland  
Institutt for sosialantropologi, UiB  
Fosswinckels gt. 6  
5007 BERGEN

**Ad. prosjekt: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser (REK Vest nr. 119.02)**


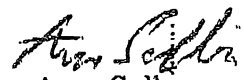
Det vises til ditt brev datert 18.09.03 med svar på komiteens merknader i vårt brev av 09.09.03.

REK Vest v/leder har vurdert saken. En ser at designet nå er justert og at en har tatt hensyn til komiteens merknader. Komiteen har da kun én mindre merknad: Til forespørselen om informasjon bør det knyttes en samtykkeerklæring med omtrent følgende ordlyd: "Jeg har mottatt informasjon om studien og sier meg villig til å bli observert. Jeg er klar over at jeg når som helst og uten å oppgi grunn kan trekke tilbake dette samtykket. Jeg vil da få plass i en annen avdeling hvor jeg ikke blir observert. Dette vil heller ikke ha negativ betydning for den behandling jeg får". Bruk "Samtykkeerklæring" som overskrift på samtykkedelen av skrevet.

Da vi antar dette blir tatt til følge er studien endelig klarert fra denne komité sin side, men vi ber om å få tilsendt rettet skriv for vårt arkiv.

Vi ønsker dere lykke til med gjennomføringen og minner om at komiteen setter pris på en sluttrapport, eventuelt en kopi av trykt publikasjon når studien er ferdig.

Vennlig hilsen

  
Grethe Seppola Tell  
leder  
Arne Salbu  
sekretær

## UNIVERSITETET I BERGEN

*Det medisinske fakultet*

Harald Hårfagresgt. 1, 5020 BERGEN

Tlf: 55 58 20 84/86

Fax: 55 58 96 82

E-post: Rek-3@uib.no



## UNIVERSITY OF BERGEN

*Faculty of Medicine*

Harald Hårfagresgt. 1, N-5020 BERGEN

Ph. +47 55 58 20 84/86

Fax: +47 55 58 96 82

E-mail: Rek-3@uib.no

<http://www.etikkom.no/REK>

*Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Vest-Norge (REK Vest)*

Bergen, 09.01.04  
Sak nr. 03/08494

Professor Anne Karen Bjelland  
Institutt for sosialantropologi, UiB  
Fosswinckels gt. 6  
5007 BERGEN


### **Ad. prosjekt: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser (REK Vest nr. 119.02)**


Det vises til ditt e-brev datert 18.12.03 med revidert forespørsel som følge av etisk overveieelse i forbindelse med spørsmålet om flytting av pasienter dersom en ikke ønsker delta.

REK Vest v/leder har vurdert saken. En har ingen merknader og mener at den foreslåtte endring kan gjennomføres.

Tidligere klarering opprettholdes.

Vennlig hilsen

  
Grethe Seppola Tell  
leder

  
Arne Salbu  
sekretær

## TAUSHETSERKLÆRING

### PROSJEKTITTEL: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; en analyse av miljøterapeutiske praksiser

#### FORMÅL:

Studien har til *formål* å belyse miljøterapeutiske praksiser slik de utspilles og oppleves av såvel pasienter som pleiepersonell på en allmennpsykiatrisk avdeling. Dette for å få mer kunnskap om hvordan ulike miljøterapeutiske praksiser utøves, erfares og oppleves med det mål for øye å utvikle det miljøterapeutiske helsetjenestetilbudet. Med bakgrunn i praksisnær viten skal vårt forskningsprosjekt ha som mål å bidra til større forståelse av og utvikling av det kliniske fagfeltet miljøterapi relatert til psykisk helsearbeid og sykepleie.

#### PROSJEKTMEDARBEIDERE:

Prosjektleder og hovedveileder Profesor, Dr. Polit Anne Karen Bjelland  
Stipendiat og sykepleieviter Bengt Karlson, biveileder  
Christine Øye, sosialantropolog og prosjektmedarbeider  
Aina Skorpen, sykepleiviter og prosjektmedarbeider

Personopplysninger som samles inn gjennom dette prosjektet skal behandles etter bestemmelser fra Datatilsynet jfr. § 9 i Lov om personregister m.m.

Undertegnede prosjektmedarbeider(e) vel være de(n) eneste som vil ha tilgang til de opplysninger som samles inn i forbindelse med prosjektet, og som kan tilbakeføres til enkeltpersoner.

Jeg/vi erklærer med dette at ingen personopplysninger som kommer meg/oss i hende i forbindelse med prosjektarbeidet vil være tilgjengelig for andre. I forbindelse med utgivelse av publikasjoner eller lignende vil kun anonymiserte opplysninger bli gitt ut.

Sted:                      Dato:

Underskrift:

Prosjektmedarbeider



## **Informasjonsskriv**

### **Informasjon om forskningsprosjektet: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser**

**Til dere som miljøpersonell og pasienter på avdeling/post .....**

#### **Studiens hensikt**

Hensikten med studien er å finne ut hvordan avdelingens miljøterapeutiske tiltak begrunnes, praktiseres og erfares av avdelingens pasienter og miljøpersonell. For å gjennomføre studien må vi være tilstede i avdelingen og utvikle et nært samarbeid med dere som fagpersoner og pasienter for å ta del i den erfaringen dere besitter. Denne studien har som mål å videreutvikle det miljøterapeutiske tjenestetilbudet i samarbeid med avdelingens personalet og pasienter. For å utvikle kunnskap og forståelse om den "virkeligheten" som miljøpersonell og pasienter står i til daglig, vil vi være til stede i avdelingen. Det innebærer at vi som forskere vil være til stede i avdelingen og snakke med/intervjue miljøpersonell og pasienter om dagliglivets miljøterapeutiske praksiser.

#### **Informasjon om forskerne**

Christine Øye er sosialantropolog og er ansatt ved Høgskolen .....og tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid. I den tiden vi er på avdelingen vil du også møte Aina Skorpen som er psykiatrisk sykepleier og sykepleieviter også ansatt på Høgskolen..... Vi arbeider sammen om forskningsprosjektet og har i den anledning søkt om opptak til doktorgradsstudie. Forskningsprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Valen psykiatriske sykehus og Høgskolen..... Aina Skorpen skal primært være sammen med pasientene i avdelingen, mens Christine Øye skal primært ha kontakt med miljøpersonalet.

#### **Gjennomføring**

Undersøkelsen vil bestå av både deltagende observasjon og intervju/samtaler. Det innebærer at vi som forskere vil være til stede noen dager i uken over en tidsperiode på ca. 6 måneder. Miljøterapeutiske samhandlingsaktiviteter vil bli beskrevet og nedtegnet i anonymisert form. Det innebærer at man som person ikke vil bli beskrevet ved navn eller trekk som gjør at man kan kjennes igjen. I tillegg vil vi gjerne intervju og samtale med både miljøpersonell og pasienter om miljøterapi. Vi vil selvsagt ta hensyn til eventuelle innvendinger både pasienter og miljøpersonell har på vår tilstedeværelse i avdelingen, og trekke oss tilbake i perioder hvis vår tilstedeværelse blir problematisk. Dette vil gjøres i samarbeid med avdelingens ledelse.

#### **Prosjektets datainnsamling er delt inn i tre ulike faser:**

**Første fase** er å bli kjent. Miljøpersonalet vil bli spurt om å delta i en meget kortfattet spørreundersøkelse og samtale med oss. Hensikten med denne første fasen er å teste ut prosjektets relevans og eventuelt fange opp tilgrensende temaer som man som pleiepersonell er opptatt av. Varigheten vil være ca. 2 uker. Den er allerede gjennomført.

**Andre fase:** I denne fasen vil hoveddelen av datainnsamlingen foregå. Vi vil i denne tiden være tilstede på avdelingen, samt forespørre både pasienter og miljøpersonalet om deres samtykke til samtaler/intervju knyttet til prosjektets tema. Tidsperioden vil strekke seg over ca. 6 måneder.

**Tredje fase:** Fokusgruppeintervju med miljøpersonell på avdelingen. Denne delstudie innebærer å tilbakeføre erfaringer, temaer og perspektiver (fra studiens fase en og to via vårt foreløpige analysearbeid) for å undersøke hvordan denne kunnskapen kan bidra til ytterligere omsorg og miljøterapeutisk behandling til pasienter i avdelingen.

#### **Praktiske følger av deltagelse**

Denne studie er basert på frivillighet, dvs. at du som miljøpersonell eller pasient kan bli spurt om du vil ha samtale/intervju med en av oss. Dersom du ikke ønsker dette, vil dette blir respektert, og ikke ha noen konsekvenser for ditt videre arbeid, opphold eller behandling på avdelingen. Samtalene/intervjuene kan variere alt fra en halv til en time. Alle opplysninger og det du måtte finne hensiktsmessig å samtale om vil bli behandlet konfidensielt. Det skal ikke være mulig for andre å kjenne igjen verken utsagn eller personer. Hvis du som miljøpersonell eller pasient skulle trekke deg etter at samtalen har funnet sted, vil intervjuet ikke bli brukt og umiddelbart makulert. Det er utarbeidet et informasjonsbrev med erklæring om informert samtykke som man som miljøpersonell og pasient vil bli bedt om å lese og vurdere for undertegnelse.

Vi har utarbeidet en utfyllende prosjektplan for hele studien som omfatter studiens siktemål, hensikt, problemstillinger, metode, teoretiske referanser, etiske betraktninger og formidling. Denne prosjektplanen vil selvsagt være tilgjengelig for alle som skulle være interessert i studien og være gjenstand for samtale, diskusjoner og synspunkter. Prosjektet er vurdert og anbefalt av regional komitè for medisinsk forskningsetikk.

#### **Intervjuere/forskere og prosjektleder**

Prosjektleder for studien er Professor Anne Karen Bjelland ved Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen. Hvis det er noe du lurer på kan du ta kontakt med Aina Skorpen, tlf....., Christine Øye tlf. ....eller avdelingssykepleier på post .....eller avdelingssykepleier på post .....

Forsker Aina Skorpen

&

Forsker Christine Øye

## Vedlegg 6

### **Til deg som pasient ved avdeling .....**

#### **Informasjon om forskernes (Aina skorpen & Christine Øye) tilstedeværelse i avdelingen**

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

I forbindelse med vår undersøkelse skal vi som forskere (Aina skorpen & Christine Øye) være til stede i avdelingen der du er pasient i den hensikt å se hvordan miljøterapeutiske praksiser iverksettes i avdelingens felles oppholdsrom. Noen av de miljøterapeutiske handlinger og samhandlingsaktiviteter pasienter deltar vil bli skrevet ned i den hensikt å bruke disse observasjonene til studiens formål. Vi ber i den forbindelse om å få samtykke til å nedtegne (skrive ned) observasjoner av episoder der du er involvert. Observasjonene vil bli nedtegnet i anonymisert form. Du kan på hvilket som helst tidspunkt be om at nedtegnede observasjoner der du er involvert slettes uten å oppgi noen grunn. Om du takker nei til å la deg observere for nedtegnelse vil det ikke ha noen konsekvenser for din videre kontakt med sykehuset eller din videre behandling.

Dersom vår tilstedeværelse som forskere anses av oss selv, pasientene eller av avdelingens medisinske og sykepleiefaglige ledelse som foruroligende på miljøet og pasientenes tilstand, vil vi ta hensyn til dette og drøfte alternativer med avdelingens ledelse og brukergruppen.

#### **Vi vil observere miljøterapeutiske samhandlingsaktiviteter i følgende rom:**

- Avdelingens felles oppholdsrom som: Dagligstue, kjøkken, gang, røykerom, spiserom

#### **Vi vil i observasjoner av miljøterapeutiske praksiser se etter følgende:**

- Miljøterapeutiske samhandlingsaktiviteter som inkluderer pasienter imellom, pasienter i samhandling med pleiepersonalet, pleiepersonalet imellom
- Handlinger – sammenhengende handlinger personer deltar i og utfører –håndtering av miljøterapeutiske tiltak. Sekvens av handlinger over tid (repeterende mønster)
- Kommunikasjon – det som kommer til uttrykk via nonverbal og verbal kommunikasjon gjennom samhandlinger, hendelser og gjøremål
- Miljøkultur ("klimatek")

Til  
Aina Skorpen & Christine Øye

## ERKLÆRING OM INFORMERT SAMTYKKE

Prosjektmedarbeider Aina Skorpen har gjort en henvendelse om tillatelse til å nedtegne observasjoner i forbindelse med undersøkelsen: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser.

Undersøkelsen inngår i et samarbeidsprosjekt mellom .....psykiatriske sykehus og Høgskolen .....og i et doktorgradsstudie ved.....

Hensikten i undersøkelsen er å beskrive hvordan miljøterapeutiske praksiser foregår på den avdeling der du er pasient. Hensikten med din deltagelse er å få kunnskap om hvordan du som pasient forholder deg til ulike former for miljøterapeutiske tiltak.

Jeg har fått forespørsel til å delta i den ovennevnte undersøkelsen og jeg vil med dette si meg villig til å bli observert for nedtegnelse. Jeg er inneforstått med følgende:

1. Forskningen skal gjennomføres slik det står i informasjonsskrivet jeg har fått
2. Jeg kan trekke meg på hvilket som helst tidspunkt fra å inngå i undersøkelsen, og jeg trenger ikke å oppgi noen grunn for ikke å delta i undersøkelsen
3. Jeg er inneforstått med at de opplysninger jeg bidrar med skal behandles konfidensielt og at min anonymitet er strengt ivaretatt
4. Jeg har lest informasjonsskrivet og mottatt muntlig informasjon og jeg har fått tilfredstillende svar på de spørsmål som jeg hadde

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien og sier med dette villig til å delta i undersøkelsen

**Sted:** .....**Dato:** .....

Navn: .....

Signatur .....

## Vedlegg 7

### **Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser**

**Til deg som pasient som er innlagt ved post .....**

#### **Forespørsel**

Dette er en forespørsel om å delta i en undersøkelse med tittel: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser. Hensikten med undersøkelsen er bidra til å videreutvikle det miljøterapeutiske tjenestetilbudet. Din deltakelse i undersøkelsen innebærer at du vil bli spurt om de erfaringer og de tanker du har som pasient på din avdeling på Valen sykehus. Hvis du ønsker å delta innebærer det å si ja til å samtale med meg gjennom intervju. Du må da skrive under på en erklæring om informert samtykke. Du vil bli intervjuet av Aina Skorpen. Jeg er psykiatrisk sykepleier og er ansatt ved Høgskolen .....og tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid. I forbindelse med undersøkelsen har jeg søkt opptak ved doktorgradsstudie. I den tiden vi er på avdelingen vil du også møte Christine Øye som er sosialantropolog. Vi arbeider sammen om dette forskningsprosjektet og vil over en periode på opptil 6 måneder vær tilstede på avdelingen der du er pasient. Forskningsprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom .....psykiatriske sykehus og Høgskolen.....

#### **Undersøkelsens formål**

I forbindelse med forskningsprosjektet skal vi gjennomføre en undersøkelse om miljøterapi på den avdeling der du er pasient. Miljøterapiens formål er å tilrettelegge for et avdelingsmiljø som skal virke lindrende, bedrende og utviklende for den enkeltes pasients helse. Formålet med å samtale med deg gjennom intervju er å finne ut hvordan din hverdagsvirkelighet som pasient er; hvordan de ulike pleie og omsorgstiltak erfares av deg som pasient. Det å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser du har gjort deg under innleggelsen på avdelingen er viktig for undersøkelsen, og vil være et vesentlig bidrag i videreutvikling av det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Undersøkelsen vil kunne gi ny kunnskap som pleiepersonalet på avdelingen kan bruke med henblikk på at dette skal komme fremtidige pasienter til gode gjennom å fremme helse og lindre lidelse hos pasientene.

#### **Fremgangsmåte/metode**

Undersøkelsen vil bestå av både deltagende observasjon og intervju/samtaler. Det innebærer at de vi to som forskere vil være til stede noen dager i uken over en tidsperiode på ca. 6 måneder og observere hvordan miljøterapi organiseres og utføres. Observasjoner av både pleiepersonell og pasienter og deres samhandlingsaktiviteter vil beskrives og nedtegnes på papir i anonymisert form. Det innebærer at du som person ikke vil bli beskrevet ved navn eller trekk som gjør at du kan kjennes igjen. Vi skal intervju/samtale med både avdelingens pleiepersonell og pasienter.

#### **Hva deltagelse innebærer**

Et informert samtykke om deltakelse innebærer spørsmål om opplevelse av og erfaring med avdelingens miljøterapeutiske behandlingstilbud, som f.eks spørsmål om ulike omsorgs- og pleietiltak, rutiner og reglement. I tillegg vil jeg stille deg spørsmål om hvordan du opplever å bli møtt og hørt av personalet, om dine ønsker på ulike felt blir ivarettatt, samt hvilke forventninger du har til oppholdet. Det innebærer også at du vil bli spurt om hvordan du opplever avdelingens organisering via reglement, rutiner og informasjon på den ene side og hvordan du opplever å bli møtt, hjulpet, imøtekommet og bli hørt på den annen side.

Dine fortellinger vil være sentrale i vårt prosjekt, og du kan selv prioritere hva du synes er viktig og mindre viktig av det jeg spør om. Det du forteller oss vil bli anonymisert, noe som innebærer at ingen vil kunne identifisere dine fortellinger med deg som person. Jeg vil også være tilgjengelig en stund etter samtalen, dersom du har behov for det.

### **Informert samtykke**

Hvis du ønsker å la deg intervjuet vil jeg be deg fylle ut skjema for informert samtykke. Når du har sagt ja til å delta vil jeg ta kontakt med deg for avtale om tidspunkt for intervju.

Du står helt fritt til å delta eller ikke delta i undersøkelsen via samtaler og intervju. Du kan trekke deg fra undersøkelsen på et hvilket som helst tidspunkt og uten å oppgi noen grunn. Om du trekker deg fra undersøkelsen før den er gjennomført vil alt du har fortalt bli slettet. Om du takker nei til å la deg intervjuet vil det ikke ha noen konsekvenser for din videre kontakt med sykehusets avdeling eller din videre behandling. Et slikt intervju kan gjenkalle både gode og dårlige opplevelser eller følelser hos deg. Det er viktig at du tenker gjennom dette før du bestemmer deg. Hvis du ønsker å snakke med noen etter intervjuet kan du henvende deg til avdelingspsykepleier på avdelingen.

### **Praktiske følger av deltagelse**

Samtalene/intervjuenes varighet kan variere alt fra 15 minutter opptil en time. Jeg vil i samarbeid med avdelingen disponere et eget rom til våre samtaler. Jeg vil ta notater under samtalen. Alle opplysninger og det du måtte finne hensiktsmessig å samtale om vil bli behandlet konfidensielt. Det skal ikke være mulig for andre å kjenne igjen verken utsagn eller personer. Hvis du skulle trekke deg etter at samtale har funnet sted, vil intervjuet ikke bli benyttet og umiddelbart makulert.

### **Intervjuer/forsker og prosjektleder**

Jeg som skal gjennomføre intervju/samtaler heter Aina Skorpen og er utdannet som psykiatrisk sykepleier. Jeg har jobbet i mange år i ulike deler av voksenpsykiatrien, for det meste på psykiatrisk sykehus. I de senere årene har jeg vært dekan, studieleder og veileder/lærer ved grunnutdanning i sykepleie og videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen.....

Prosjektleder for undersøkelsen er Professor Anne Karen Bjelland ved Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen. Hvis det er noe du lurer på i forbindelse med denne henvendelsen, kan du ta kontakt med Anne Karen Bjelland på tlf. ....eller med Aina Skorpen, tlf. ....

Med vennlig hilsen

Stord.....

Aina Skorpen

## Informasjonsbrev

### Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

#### Til deg som miljøpersonal som arbeider på post .....

#### Forespørsel og studiens formål:

Dette er en forespørsel om å delta i studiet: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser. Formålet med studien er å finne ut hvordan miljøterapeutiske tiltak begrunnes, praktiseres og erfares av såvel avdelingens pasienter som miljøpersonell. For å gjennomføre studien må vi være tilstedet i praksisfeltet og utvikle et nært samarbeid med dere som fagpersoner og ta del i den fagkunnskapen dere besitter. Denne forskningsprosessen har som mål å videreutvikle det miljøterapeutiske tjenestetilbudet.

Prosjektet har dessuten til formål å utvikle et forskningssamarbeid som skal synliggjøres i felles seminarer og publiseringer. For å utvikle kunnskap og forståelse om den "virkeligheten" du som miljøpersonal står i til daglig har vi ønske om å få være til stede i den avdelingen der hvor du jobber. Det innebærer at vi som forskere vil være til sted der hvor du og dine kollegaer diskuterer miljøterapeutiske begrunnelser, tanker og tiltak knyttet til pasienter, samt der hvor de miljøterapeutiske praksisene utspiller seg i interaksjon med pasienter. Vi vil være til stede som deltagende observatører i de rom som dere gir oss tillatelse til å delta i. I løpet av den tiden vi er tilstede i avdelingen for å se, lære og lytte vil det svært nyttig for oss at du samtykker i å delta i intervju/samtale med en av oss (Christine Øye). Det innebærer å sette av ca. en time når det passer for deg, for å utdype dine erfaringer med og forståelse knyttet til avdelingens miljøterapeutiske praksiser. Du prioriterer selv hva du synes er viktig og mindre viktig. Hvis du ønsker å delta innebærer det å si ja til å samtale med Christine Øye gjennom intervju. Du må da skrive under på en erklæring om informert samtykke. Christine Øye er sosialantropolog og er ansatt ved Høgskolen .....og tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid. I den tiden vi er på avdelingen vil du også møte Aina Skorpen som er psykiatrisk sykepleier og sykepleieviter også ansatt på Høgskolen..... Vi arbeider sammen om forskningsprosjektet og har i den anledning søkt om opptak til doktorgradsstudie. Forskningsprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom .....psykiatriske sykehus og Høgskolen .....

#### Gjennomføring/metode

Prosjektets datainnsamling er delt inn i tre ulike faser:

**Første fase** – "En bli kjent fase"/kartleggingsfase og diskusjonsfase. Du som pleiepersonal vil bli spurt om du kan delta i en meget kortfattet spørreundersøkelse og samtale med oss. Hensikten med denne første fasen er å teste ut prosjektets relevans og eventuelt fange opp tilgrensende temaer som dere som arbeider på avdelingen er opptatt av.

**Andre fase** – I denne fasen vil hoveddelen av datainnsamlingen foregå. Vi vil i denne tiden være tilstede på avdelingen (deltagende observasjon), samt forespørre både pasienter og miljøpersonalet om deres samtykke til samtaler/intervju knyttet til prosjektets tema. Tidsperioden vil strekke seg over ca. 6 måneder, anslagsvis tre dager/kvelder i uken.

**Tredje fase** – Fokusgruppeintervju med dere som miljøpersonell på avdelingen. Denne delstudie innebærer å tilbakeføre erfaringer, temaer og perspektiver (fra studiens fase en og to via vårt analysearbeid) for å undersøke hvordan denne kunnskapen kan bidra til ytterligere omsorg og miljøterapeutisk behandling til pasienter i avdelingen. Hovedelementene i delstudie 3 vil være undervisning og fokusgrupper. Det sentrale vil være å løfte frem kunnskap fra både pasienter og personalet i lys av faglig kunnskap og arbeide med hvordan møte mellom disse to formene for kunnskap kan forstås og beskrives, og hvordan dette kan bidra til utvikling av det kliniske arbeidet på posten.

## **Hva deltagelse innebære**

Et informert samtykke om deltagelse innebærer spørsmål om dine opplevelser, erfaringer og synspunkt knyttet til avdelingens miljøterapeutiske behandlingstilbud. Det kan være avdelingens organisering, rutiner, reglement, kunnskapsyn, ulike omsorgs- og pleietiltak i relasjon til pasienter, begrunnelser og utførelse av dine funksjoner i ditt daglige virke eller kliniske hverdag på avdelingen. Dine erfaringer vil være sentrale i studien og du prioriterer selv det du anser som viktig og mindre viktig i forhold til det vi spør om. Det du forteller oss vil bli anonymisert, noe som innebærer at ingen vil kunne identifiserer dine fortellinger med deg som person.

## **Informert samtykke**

Hvis du ønsker å la deg intervjuet vil jeg be deg fylle ut skjema for informert samtykke. Når du har sagt ja til å delta vil jeg ta kontakt med deg for avtale om tid og sted for intervjuet. Du står fritt til å delta eller ikke delta i studien via samtaler og intervjuet. Du kan trekke deg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi noen grunn. Om du trekker deg fra studien før den er gjennomført vil alt du har snakket om bli slettet. Om du takker nei til å la deg intervjuet vil dette ikke ha noen konsekvenser for ditt videre arbeid på avdelingen eller sykehuset.

## **Praktiske følger av deltagelse**

Samtalene/intervjuene kan variere alt fra en halv til en time. Vi vil i samarbeid med avdelingen om å få disponere et eget rom til samtale. Hvis du er enig vil våre samtaler bli tatt opp på bånd, hvis du føler deg mer komfortabel uten lydband vil jeg ta notater under samtalen. Eventuelt lydband vil bli bevart på et sikkert og avlåst sted, og båndene vil bli makulert når studiet er avsluttet. Alle opplysninger og det du måtte finne hensiktsmessig å samtale om vil bli behandlet konfidensielt. Det skal ikke være mulig for andre å kjenne igjen verken utsagn eller personer. Hvis du skulle trekke deg etter at samtalen har funnet sted, vil intervjuet ikke bli brukt og umiddelbart makulert. Vi har utarbeidet en utfyllende prosjektplan for hele studiet som omfatter prosjektets siktemål, hensikt, metode, teoretiske referanser og formidling. Denne prosjektplanen vil selvsagt være tilgjengelig for alle som skulle være interessert i studien og være gjenstand for samtale, diskusjoner og synspunkter.

## **Intervjuer og prosjektleder**

Jeg som primært skal gjennomføre intervju/samtaler med deg heter Christine Øye. I de senere årene har jeg vært tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen..... Prosjektleder for studien er Professor Anne Karen Bjelland ved Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen. Hvis det er noe du lurer på i forbindelse med denne forespørselen kan du ta kontakt med Anne Karen Bjelland på tlf....., eller Aina Skorpen, tlf....., eller Christine Øye tlf. ....

Med vennlig hilsen

Stord.....

Aina Skorpen

og

Christine Øye



Til  
Christine Øye

## **ERKLÆRING OM INFORMERT SAMTYKKE PERSONALET**

Prosjektmedarbeider Christine Øye har gjort en henvendelse om intervju/samtale i forbindelse med undersøkelsen: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser.

Undersøkelsen inngår i et samarbeidsprosjekt mellom .....psykiatriske sykehus og Høgskolen .....og i et doktorgradsstudie ved.....

Hensikten med din deltagelse i undersøkelsen er å beskrive miljøpersonalets tanker og erfaringer knyttet til avdelingens daglige virksomhet via miljøterapeutiske praksiser.

Jeg har fått forespørsel til å delta i den ovennevnte undersøkelsen og jeg vil med dette si meg villig til å bli intervjuet. Jeg er inneforstått med følgende:

1. Forskningen skal gjennomføres slik det står i informasjonsskrivet jeg har fått
2. Jeg kan trekke meg på hvilket som helst tidspunkt i samtale/intervjuearbeidet, og jeg trenger ikke å oppgi noen grunn for ikke å delta i undersøkelsen
3. Jeg er inneforstått med at de opplysninger jeg bidrar med skal behandles konfidensielt og at min anonymitet er strengt ivaretatt
4. Jeg har lest informasjonsskrivet og mottatt muntlig informasjon og jeg har fått tilfredstillende svar på de spørsmål som jeg hadde

**Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien og sier med dette villig til å delta i undersøkelsen**

**Sted:** .....**Dato:** .....

Navn: .....

Signatur .....

## Pilotstudie – fase 1

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

### Hensikten med pilotstudien – fase 1

Vi (Aina Skorpen og Christine Øye) vil være tilstede i avdelingen i en tidsperiode på ca. 2 uker. Vi vil ha vår oppmerksomhet vendt mot personalet for å teste ut hvilken områder og temaer innen miljøterapien pleiepersonalet på avdelingen er opptatt av. Gi informasjon og samtale om studiet, diskutere vår tilstedeværelse i avdelingens ulike rom og etablerer et begynnende samarbeidsforhold. Vi vil også i denne første perioden forespørre pleiepersonalet om deltagelse i en kortfattet spørreundersøkelse. En spørreundersøkelse som har til hensikt å innhente bakgrunnsdata om sammensetningen av pleiepersonalets formelle yrkesbakgrunn, arbeidserfaring o.l, samt en forenklet oversikt over pleiepersonalets ulike funksjoner i avdelingen. Opplysningene fra denne datainnsamlingsfasen vil gi oss innblikk i personalsammensetningen, fagbakgrunn og aktuelle funksjonsområder knyttet til arbeidet som gjøres på avdelingen. Dataene fra spørreskjemaene skal benyttes som bakgrunnsmateriale for intervjuer/samtaler med pleiepersonalet i studiets andre fase (hovedstudie). Alle som positivt samtykker til vår forespørsel om å delta i spørreundersøkelsen skal underskrive erklæring om informativt samtykke.

## Spørreskjema – avdelingens pleiepersonale

### A. Bakgrunnsdata

- 1) Kjønn
- 2) ca. alder (20-29, 30-39, 40-49, osv.)
- 3) Yrkestittel
- 4) Ansettelsesforhold
- 5) Utdanningsbakgrunn
- 6) Arbeidsbakgrunn
- 7) Funksjoner på avdelingen

Sett kryss:

1) **Kjønn:**            kvinne                                mann

2) **Alder:**        20-29  30-39  40-49  50-59  60-69

3) **Yrkestittel:**

vernepleier  sosionom psykiatrisk hjelpepleier  hjelpepleier

psykisk helsearbeider  psykiatrisk sykepleier sykepleier

pleiemedhjelper

Annet: .....

**4) Ansettelsesforhold:**

Fast ansatt  Vikar  Engasjement

*Fyll inn:*

**5) Utdanningsbakgrunn:**.....

.....

**6) Arbeidsbakgrunn:**.....

.....

**7) Funksjon(er) på avdelingen:**

Beskriv dine viktigste funksjoner på avdelingen: .....

.....

.....

.....

Beskriv dine viktigste funksjoner på avdelingen relatert til miljøterapeutiske arbeidsoppgaver:

.....

.....

.....

.....

## **Hovedstudie –fase 2**

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

### **Intervjuguide – miljøpersonalet**

Rammene for intervju er studiets tema. Guiden betraktes som foreløpig. Fokus innen temaet som stilles endres etter hvert som forsker erverver større kunnskap og bredere forståelse av det som skjer i miljøterapeutiske settinger. Det siktes mot utdypning av studiets sentrale temaer og kategorier. Ut fra studiets kvalitative metode vil det bli benyttet en tematisert intervjuguide i intervjuer/samtaler med miljøpersonalet. Intervjuenes samtaletemaer skal sees i sammenheng med deltagende observasjoner i miljøterapeutiske praksiser. Personalet oppfordres til å snakke fritt om sine erfaringer og synspunkter knyttet til hovedtemaet; miljøterapi.

Intervjusubjektene vil være avdelingens miljøpersonal som deltar i miljøterapeutisk arbeid, fortrinnsvis sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, psykisk helsearbeidere, vernepleiere og ergoterapeuter. Det kan også være sosionomer, hjelpepleiere med grunn- og etterutdanning, aktivtører og ufaglærte.

Varigheten på intervjuet er beregnet til ikke å overskride 1 time. I den grad informanten tillater det vil det bli benyttet lydbånd ved intervjuer med miljøpersonalet. Ved mer uformelle samtaler vil forskeren benytte notater. Mer uformelle samtaler skiller seg fra intervjuer ut fra dets varighet, struktur og kontekst. Slike samtaler med personalet er av en mer uformell karakter og kan ha en varighet fra ca. 5-10 minutter til en halv time, både miljøpersonal og forsker kan ta initiativ til samtalen. Miljøpersonalet kan henvende seg til forskeren for å stille utdypende spørsmål om selve studiet, formidle utfyllende synspunkt knyttet til tidligere samtaler mellom forsker og informant og lignende. Forskeren på sin side kan ta initiativ til samtale for å få kommentarer til tidligere felles samtaletema, få korte forklaringer eller utdyping knyttet til observerte miljøterapeutiske tiltak/settinger.

#### **Bakgrunnsdata og demografiske forhold:**

Alder, kjønn, yrkestittel, arbeidsbakgrunn, utdanningsbakgrunn, funksjon på avdelingen (se studiets første fase – spørreskjema).

#### **Relevante temaer:**

**Miljøpersonalets erfaringer og forståelse av sin(e) funksjon(er) i forhold til avdelingens miljøterapeutiske opplegg og pleiepersonalets ”hverdag” med hensyn til:**

- Arbeidsoppgaver, gjøremål, rutiner
- Pasient/pleier - relasjonen, dialog, samhandling
- Miljøterapiens faglige forankringer, ideologier og diskursive grunnlag
- Kjønnenes rolle og betydning i miljøterapeutiske praksiser
- Miljøterapiens juridiske, etiske aspekter, vurderinger og evt. dilemmaer

**Miljøpersonalets erfaringer og refleksjon av hvordan miljøterapi virker inn på:**

- Pasientens individuelle eller generelle behov for relevant behandling og pleie

### **Miljøpersonalets kunnskapsgrunnlag og vurderinger med hensyn til:**

- Avdelingens ideologiske, faglige tradisjoner, faglige målsetning
- Avdelingens miljøterapeutiske målsetning knyttet til faglige begrunnelser
- Avdelingens andre terapiformer, forholdet terapi – miljøterapi (defineringer, avgrensninger og hierarkier)
- Integrering av nytt lovverk, brukermedvirkning (ny lov om psykisk helsevern) knyttet til avdelingens miljøterapeutiske tilbud og praksiser

### **Miljøpersonalets erfaringer og refleksjoner med hensyn til :**

- Egen praksis knyttet til faglig forståelse og selvforståelse
- Samarbeidsformer, tverrfaglighet relatert til miljøterapeutisk tilrettelegging og utøvelse
- Faglig oppdatering og opplæring knyttet til personalets daglige virke, i denne anledning miljøterapeutiske praksiser

## Hovedstudie – fase 2

### Intervjuguide - Pasienter

#### **Tittel: Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser**

Rammene for intervju/samtale er studiens tema. Guiden betraktes som forløpig. Guiden vil bli gjenstand for revisjon og endring i takt med fortløpende analysearbeid. Temaene vil bli beholdt – fokus og retning ved de ulike spørsmål vil kunne endre seg. Pasienten oppfordres til å snakke fritt om sine pasientopplevelser og erfaringer knyttet til tematiserte rammer for samtaler. Erfaringsmessig kan samtaler med pasienter vare fra ca. 15 minutter opp til en time. Samtalens varighet kan for eksempel være avhengig av pasientens ”dagsform.” Det være seg alt fra mer ”uformelle samtaler” (hvor pasienten tar kontakt med forsker for å stille noen spørsmål om studien, eller ønsker om å formidle noen synspunkt knyttet til tidligere samtale), til samtaler som forsker har tatt initiativ til for å utdype tidligere samtaletema eller for å snakke om nye tema.

Innledningsvis i intervjuet vil jeg bruke tid på presentasjon, hensikt med intervjuet, hvilke tema jeg vil introdusere og med hvilken hensikt, samt pasientens rettigheter og mulig overlast og mine forpliktelser med informert samtykke. Det vil ikke bli benyttet lydbånd under intervjuene/samtalene.

Konkret forespørsel til pasienter om eventuelt deltagelse i undersøkelsen/intervju vil bli utført av avdelingssykepleier. Hvis pasienten samtykker til samtale/intervju vil jeg (Aina Skorpen) ta kontakt med pasienten for videre informasjon og forsikre meg om at pasienten positivt ønsker å delta i intervjuet, samt avtale tidspunkt og sted for samtalen (se for øvrig utvalgsriterier og etiske overveielser).

Pasienter som deltar i undersøkelsen har anledning til å trekke seg uten å oppgi begrunnelse gjennom hele prosessen. Det vil også være anledning for pasienten å få samtale med avdelingens psykiater etter at intervju/samtale er avsluttet, hvis pasienten uttrykker ønske/behov for dette. Det kan også være aktuelt at jeg ut fra mine faglige vurderinger anmoder og begrunner nytten av en slik samtale ovenfor pasienten, og eventuelt tar initiativ til at en slik samtale blir gjennomført.

#### **Relevante temaer:**

Demografiske forhold:

Alder ( 20-29, 30- 39, 40- 49, 50-59, osv)

Kjønn

Innleggelsestid på avdeling

#### **Pasienter av begge kjønn; erfaringer/betraktninger fra sin ”hverdag” som innlagt pasient på avdelingen med hensyn til:**

- Avdelingens daglige organisering, reglement, rutiner , informasjon knyttet til avdelingens miljøterapeutiske i begrunnelser og praksiser slik du som pasienten erfarer og forstår dette.

- Hvordan opplever/erfarer du miljøet på avdelingen?
- Hvordan er din motivasjon for å være på avdelingen og få behandling?
  
- På hvilken måte opplever du at pleiepersonalet imøtekommer dine forventninger om faglig omsorg og behandling gjennom avdelingens miljøterapeutiske tilbud og tiltak?
- Har avdelingens tilbud knyttet til pleie og behandling endret seg gjennom den tiden du har vært innlagt (på avdelingen)?
- Andre behandlingstilbud du har fått tilbud om, evt har takket ”ja” til i løpet av oppholdet i avdelingen?
- På hvilken måte deltar du i planleggingen, evalueringen av eget behandlingsopplegg, og hvordan samarbeider du med avdelingens personalet (brukermedvirkning)?
  
- Hvordan erfarer og opplever du å være pasient på avdelingen med hensyn til livskvalitet, syn på fremtiden?
  
- Kvinner versus menns (pasienters) erfaringer knyttet til miljøterapeutiske tiltak/behandling, pleie og omsorg

## Hovedstudie – fase 2

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

### Observasjonsguide - Miljøpersonalet

Rammene for observasjon er studiets tema. Guiden betraktes som foreløpig. Fokus endres etter hver som vi erverver større kunnskap og forståelse av det som skjer i miljøterapeutiske settinger. Guiden vil bli gjenstand for revisjon og endring i takt med det løpende analysearbeide. Temaene vil bli beholdt – fokus og retning vil kunne endres. Deltagende observasjon skal i prinsippet utføres ”ved å være tilstede” i avdelingens offentlige rom; der hvor personalet møtes, vurderer, diskuterer og tar beslutninger knyttet til avdelingens miljøterapeutiske opplegg og miljøterapeutiske tiltak ovenfor pasienter. I tillegg vil vi bevege oss i de rom hvor miljøterapeutiske praksiser og tiltak utøves i inntraksjon med pasienten.

Vi som forskere vil være tilstede i avdelingen og observere de handlinger og samhandlingsaktiviteter som finner sted i avdelingens offentlige rom. Noen av disse handlinger og samhandlingsaktiviteter vil bli skrevet ned i den hensikt å bruke disse observasjonene til studiens formål. Dersom vår tilstedeværelse som forskere anses av oss selv og/eller av avdelingens medisinske og sykepleiefaglige ledelse som foruroligende på miljøet og pasientenes tilstand, vil vi ta hensyn til dette og drøfte alternativer med avdelingens ledelse. På bakgrunn av en slik vurdering er det fra institusjonens side gitt oss to avdelinger/poster, slik at vi kan dele oss eller forflytte oss begge for å kunne praktisk ta hensyn til slike etiske vurderinger.

#### **Miljøterapeutiske praksiser:**

- Sted/rom/kontekster – avdelingens møterom, kontorer, personalets oppholdsrom og andre rom der hvor miljøpersonalet møtes for å diskutere, vurdere og ta beslutninger knyttet til behandling og pleie av pasienter.
- I avdelingens andre offentlige rom som; dagligstue, kjøkken, gang o.l der hvor miljøpersonalet samhandler med pasienter.
- Personer – inkluderer avdelingens miljøpersonale (se utvalgsriterier), personalet imellom, miljøpersonal i samhandling med pasienter.
- Tid/varighet – Sekvenser av handlinger over tid (repeterende mønster)
- Handlinger – sammenhengende handlinger personer deltar i og utfører – symbolske handlinger, ritualer og strategier
- Hendelser – og samhandlinger
- Kommunikasjon det som kommer til uttrykk via nonverbal og verbal kommunikasjon gjennom samhandlinger, hendelser og gjøremål



## Hovedstudie – fase 2

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

### Observasjonsguide - Miljøpersonalet

Rammene for observasjon er studiets tema. Guiden betraktes som foreløpig. Fokus endres etter hver som vi erverver større kunnskap og forståelse av det som skjer i miljøterapeutiske settinger. Guiden vil bli gjenstand for revisjon og endring i takt med det løpende analysearbeide. Temaene vil bli beholdt – fokus og retning vil kunne endres. Deltagende observasjon skal i prinsippet utføres ”ved å være tilstede” i avdelingens offentlige rom; der hvor personalet møtes, vurderer, diskuterer og tar beslutninger knyttet til avdelingens miljøterapeutiske opplegg og miljøterapeutiske tiltak ovenfor pasienter. I tillegg vil vi bevege oss i de rom hvor miljøterapeutiske praksiser og tiltak utøves i inntraksjon med pasienten.

Vi som forskere vil være tilstede i avdelingen og observere de handlinger og samhandlingsaktiviteter som finner sted i avdelingens offentlige rom. Noen av disse handlinger og samhandlingsaktiviteter vil bli skrevet ned i den hensikt å bruke disse observasjonene til studiens formål. Dersom vår tilstedeværelse som forskere anses av oss selv og/eller av avdelingens medisinske og sykepleiefaglige ledelse som foruroligende på miljøet og pasientenes tilstand, vil vi ta hensyn til dette og drøfte alternativer med avdelingens ledelse. På bakgrunn av en slik vurdering er det fra institusjonens side gitt oss to avdelinger/poster, slik at vi kan dele oss eller forflytte oss begge for å kunne praktisk ta hensyn til slike etiske vurderinger.

#### **Miljøterapeutiske praksiser:**

- Sted/rom/kontekster – avdelingens møterom, kontorer, personalets oppholdsrom og andre rom der hvor miljøpersonalet møtes for å diskutere, vurdere og ta beslutninger knyttet til behandling og pleie av pasienter.
- I avdelingens andre offentlige rom som; dagligstue, kjøkken, gang o.l der hvor miljøpersonalet samhandler med pasienter.
- Personer – inkluderer avdelingens miljøpersonale (se utvalgsriterier), personalet imellom, miljøpersonal i samhandling med pasienter.
- Tid/varighet – Sekvenser av handlinger over tid (repeterende mønster)
- Handlinger – sammenhengende handlinger personer deltar i og utfører – symbolske handlinger, ritualer og strategier
- Hendelser – og samhandlinger
- Kommunikasjon det som kommer til uttrykk via nonverbal og verbal kommunikasjon gjennom samhandlinger, hendelser og gjøremål

## Hovedstudie – fase 2

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

### OBSERVASJONSGUIDE – PASIENTER

Rammene for observasjoner er studiets tema. Guiden betraktes som foreløpig. Fokus endres etter hvert som vi erverver større kunnskap og forståelse av det som skjer i miljøterapeutiske settinger. Guiden vil bli gjenstand for revisjon og endring i takt med det løpende analysearbeide. Temaene vil bli beholdt – fokus og retning vil kunne endres.

Deltagende observasjoner skal i prinsippet utføres ”ved å være tilstede ” i avdelingens offentlige rom; i de rom hvor pasienter oppholder seg i sine daglige gjøremål, og der hvor miljøterapiens organisering og tiltak (praksiser) utspiller seg i samhandling mellom pleiepersonalet og pasienter og pasienter imellom. Vi vil opphold oss i de offentlige rom som avdelingen ønsker oss velkommen i.

Vi som forskere vil være tilstede i avdelingen og observere de handlinger og samhandlingsaktiviteter som finner sted i avdelingens offentlige rom. Noen av disse handlinger og samhandlingsaktiviteter vil bli skrevet ned i den hensikt å bruke disse observasjonene til studiens formål. Dersom vår tilstedeværelse som forskere anses av oss selv og/eller av avdelingens medisinske og sykepleiefaglige ledelse som foruroligende på miljøet og pasientenes tilstand, vil vi ta hensyn til dette og drøfte alternativer med avdelingens ledelse. På bakgrunn av en slik vurdering er det fra institusjonens side gitt oss to avdelinger/poster, slik at vi kan dele oss eller forflytte oss begge for å kunne praktisk ta hensyn til slike etiske vurderinger.

#### MILJØTERAPEUTISKE PRAKSISER

- Sted/rom – I avdelingens fysiske offentlige rom som; Dagligstue, kjøkken, gang, røykerom
- Tid/varighet – sekvens av handlinger over tid (repeterende mønster)
- Personer – inkluderer pasienter, pasienter imellom, pasienter i samhandling med pleiepersonalet
- Handlinger – sammenhengende handlinger personer deltar i og utfører – symbolske handlinger, ritualer og strategier
- Hendelser – og samhandlinger med pleiepersonalet
- Kommunikasjon – det som kommer til uttrykk via nonverbal og verbal kommunikasjon gjennom samhandlinger, hendelser og gjøremål
- Miljøkultur (”klima”)

## Hovedstudie – fase 2

**Tittel:** Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon; - en analyse av miljøterapeutiske praksiser

### OBSERVASJONSGUIDE – PASIENTER

Rammene for observasjoner er studiets tema. Guiden betraktes som foreløpig. Fokus endres etter hvert som vi erverver større kunnskap og forståelse av det som skjer i miljøterapeutiske settinger. Guiden vil bli gjenstand for revisjon og endring i takt med det løpende analysearbeide. Temaene vil bli beholdt – fokus og retning vil kunne endres.

Deltagende observasjoner skal i prinsippet utføres ”ved å være tilstede” i avdelingens offentlige rom; i de rom hvor pasienter oppholder seg i sine daglige gjøremål, og der hvor miljøterapiens organisering og tiltak (praksiser) utspiller seg i samhandling mellom pleiepersonalet og pasienter og pasienter imellom. Vi vil opphold oss i de offentlige rom som avdelingen ønsker oss velkommen i.

Vi som forskere vil være tilstede i avdelingen og observere de handlinger og samhandlingsaktiviteter som finner sted i avdelingens offentlige rom. Noen av disse handlinger og samhandlingsaktiviteter vil bli skrevet ned i den hensikt å bruke disse observasjonene til studiens formål. Dersom vår tilstedeværelse som forskere anses av oss selv og/eller av avdelingens medisinske og sykepleiefaglige ledelse som foruroligende på miljøet og pasientenes tilstand, vil vi ta hensyn til dette og drøfte alternativer med avdelingens ledelse. På bakgrunn av en slik vurdering er det fra institusjonens side gitt oss to avdelinger/poster, slik at vi kan dele oss eller forflytte oss begge for å kunne praktisk ta hensyn til slike etiske vurderinger.

### MILJØTERAPEUTISKE PRAKSISER

- Sted/rom – I avdelingens fysiske offentlige rom som; Dagligstue, kjøkken, gang, røykerom
- Tid/varighet – sekvens av handlinger over tid (repeterende mønster)
- Personer – inkluderer pasienter, pasienter imellom, pasienter i samhandling med pleiepersonalet
- Handlinger – sammenhengende handlinger personer deltar i og utfører – symbolske handlinger, ritualer og strategier
- Hendelser – og samhandlinger med pleiepersonalet
- Kommunikasjon – det som kommer til uttrykk via nonverbal og verbal kommunikasjon gjennom samhandlinger, hendelser og gjøremål
- Miljøkultur (“klima”)

Vedlegg 14

Eksempel på denne romlige kategoriseringen:

**I overgang dagligstue/gang:**

<b>Pasient-forsker samhandling</b>	<b>Pasient-pasient samhandling</b>	<b>Pasient-pleier samhandling</b>	<b>Pleier-pleier samhandling</b>	<b>Aktiviteter - flere</b>
<p>Mannlig pasient spør om vi er fra kontroll-kommisjonen, han vil bare ut og har hyret en advokat.</p>	<p>En pasient kommer fra kjøkkenet og har med seg nylaget ostesmørbrød. Han setter seg ned i sofaen ved siden av en annen pasient. Han begynner og spise ser opp på den andre pasienten og spør om han skal lage ostesmørbrød til han også. Det tar tid før pasienten svarer. Han svarer nei. De sitter der en stund sammen uten å si noe til hverandre.</p>	<p>Pleier forteller pasient om restriksjoner, går med lutet rygg inn og ber en annen pleier om å gjøre det. Sykepleier spør om hun virkelig har levert skrevet, har armen delvis hengende igjen på utsiden av døren når hun leverer skrevet.</p>	<p>Noen pleiere snakket om hvor fint det var tidligere når pleier og pasient samhandlet, når man trakk på seg kjeledressen sammen og gjorde noe i lag. Da satte man seg ned sammen i pausene og tok en kaffe og røyk sammen. Dette mente de var gått tapt og var reell opptrening til arbeidslivet og hindret passivitet. Ingen pasienter tilstede i stuen i dag.</p>	<p><b>Fredagskos</b> Pleier blir sittende og snakke. Aktivitør og pasient har bakt sammen. Flere pasienter kommer og henter kake som de tar med inn på rommet, et par pasienter blir sittende med de andre uten å si noe.</p>

**På vaktrommet (uformelle møter):**

<b>Forsker-pleier samhandling</b>	<b>Pleier-pleier samhandling</b>	<b>Pasient-pleier samhandling</b>	<b>Forsker-pasient samhandling</b>
Avdelingsleder orienterer forskerne, benytter begrep som sykdom, syke, psykotisk, her jobbes med postatmosfære gjennom begreper som trygging, tydelighet, trygge, kontakt, tillitsforhold "få tak i den lille gutten"	Kvinnelig pleier fortalte hun hadde gratulert rastløs ung mann på gangen med dagen, mens han stod og røykte der han ikke hadde lov. Hun syntes ikke hun kunne kjeft på han samtidig som hun skulle gratulerer ham.	Pasient banket på døren, ble stående i døråpningen, ville ut og røyke, men da trengte man en pleier til. Så han fikk beskjed om å vente, til to pleiere kunne frigjøres samtidig	Forskerne satt og spiste matpakke på vaktrommet. En pasient kom inn og spurte om han kunne sitte ned sammen med oss. Han fikk også litt mat. Avdelingsleder kom inn så litt overrasket ut over at han satt der, men applauderte det.

## Vedlegg 15

Eksempel på temainndelinger i kodingsprosessen av intervjuene:<sup>1</sup>

<b>Miljøkontakt/ ivaretagelse</b>	<b>Bruker- medvirkning/ Individuell plan</b>	<b>Grensesetting</b>	<b>Samtale</b>	<b>Skjerming/ beskyttelse</b>
Ved å prate litt får en vite litt og hvor mye en skal pushe på for å få de til å ivareta seg selv, noen er tandre, en må føle seg litt frem	Lager IP til alle, men det er noen som ikke vil noe. Noen liker ikke å bli konfrontert med virkeligheten	Grensesetter alt ettersom hva slags sykdomsbilde de har, særlig de som er maniske	Det hender de sier mer til personalet, vi er <i>containere</i> , vi får alt det negative, må ta imot. De må få det ut.	Når pasienter forteller sin lidelseshistorie (andre tilstede) bør stoppes, beskyttes. Ikke lever seg ut slik. Folk vil ikke høre om slikt.

<sup>1</sup> Dette er et utdrag av kun noen tematikker; tematikker som både var forhåndsbestemt, som kom opp basert på observasjoner eller i intervjusituasjonen.