



Denne artikkelen er fagfellevurdert

«Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet»

Hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt?^{1,2}

Inger Beate Larsen & Anders Johan W. Andersen

inger.b.larsen@uia.no
anders.j.w.andersen@uia.no

Denne artikkelen tar utgangspunkt i 12 skandinaviske selvbiografier skrevet i tidsrommet 1918 til 2008 av mennesker som av seg selv eller andre har blitt betegnet som psykisk lidende. Studien analyserer hvilke erfaringer forfattere har med offentlige helsetjenester, og diskuterer funnene relatert til godt psykisk helsearbeid. Funnene viser store likhetstrekk på tvers av tid og geografiske forhold når det gjelder hjelpen som ble tilbudt. Forfatterne oppgir at hjelperne som personer, og de materielle forholdene rundt hjelpesituasjonene, hadde stor betydning. Hjelperne som var personlige, ble beskrevet som gode hjelpere, og de materielle omgivelsene som var hjemlige, bidro med respekt. Forfatterne reiser derimot kritikk av medisinerings mot psykiske lidelser. Funnene indikerer at for å få til et godt, psykisk helsearbeid bør hjelperne ha fokus på relasjoner samt integrere kunnskaper om omgivelsenes betydning. Artikkelen diskuterer også om medisinerings skal inngå i betegnelsen «godt psykisk helsearbeid».

Når brukerstemmer blir tekst

Helt siden asylene ble bygget for over 150 år siden har psykisk lidende mennesker gjort seg erfaringer med et offentlig helsevesen. Noen har skrevet om dette. På den måten har opplevelser og praksis blitt skrevet fram av andre enn fagpersoner. Denne studien analyserer 12 selvbiografier skrevet av mennesker med personlige erfaringer som brukere av psykisk helsevern fra Sverige, Norge og Danmark i perioden 1918 til 2008.

Ved å studere tekster skrevet i forskjellige land og til forskjellige tider har vi fått kunnskap om skandinaviske helsetjenester. Dette gir unik innsikt til viten med utgangspunkt i det vi i dag kaller et brukerperspektiv. Studien belyser følgende problemstilling:

Hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt?

«Godt psykisk helsearbeid» – teoretiske perspektiv

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Andersen et. al., 2008, s. 102).

Definisjonen bygger på ulike perspektiver og teorier, og kan kobles opp mot teorier om salutogenese og hva som fremmer helse (Antonovsky, 1987). Den rommer også perspektiver på hvordan folk blir bedre av psykiske helseproblemer (Topor, 2003; Jensen, 2006; Borg, 2007) og påpeker nødvendigheten av brukerinnflytelse i behandlingssammenheng (Volden, 2010). Definisjonene har også et samfunnsvitenskapelig fokus, inspirert av sosiologi og sosialt arbeid (Goffman, 1986). Her finnes teorier som viser at et sterkt fokus på menneskers sykdommer reduserer opplevelser av egenverd og livskraft, og bidrar til at folk blir sykere (Kolstad & Kogstad, 2011). Flere viser til hvordan denne type medikalisering ikke bare gjelder innen helsevesenet, men er å finne i hele befolkningen. Dette innebærer at godt psykisk helsearbeid handler om å motvirke medikaliseringen i samfunnet. En fokusforflytting fra sykdom til helse innebærer en forståelse av den syke som noe mer enn bare «syk». Profesjonelle hjelpere blir derved ikke sykdomsekspert,

men en type ekspert hvor fokuset er flyttet fra profesjon til person. Det medmenneskelige aspektet forsterkes og likeverdigheten føyer seg naturlig inn når man forstår helse og uhelse som noe som angår alle.

Definisjonen av psykisk helsearbeid kan kritiseres for at den ikke klart nok vektlegger betydningen av de materielle omgivelsene som brukerne omgir seg med. Den norske arkitekten Christian Norberg-Schulz' stedsfenomenologi er et bidrag i så måte. Han viser hvordan mennesker og bygde steder (forstått som bygninger, rom og gjenstander) er uløselig forbundet (Norberg-Schulz, 1980). Mennesker som inngår i en sammenheng med sine omgivelser vil føle seg hjemme. Teorien viser at når mennesker vet *hvor* de er, vet de også *hvem* de er. Å oppleve sammenheng i tilværelsen bidrar til god helse, hevder Norberg-Schulz (1980).

Om å studere brukertekster

Det er gjort en kvalitativ tekstanalyse av selvbiografiene. Vi har vært opptatt av hvordan tekstenes opphavspersoner beskriver den hjelpen de har fått (Kjeldstadli, 1999). Metoden har hatt til hensikt å få frem forfatternes meninger, tanker, erfaringer og opplevelser. På den måten benytter vi tekstanalytiske prinsipper hentet fra fenomenologi og hermeneutikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Derfor skiller ikke denne metoden seg fra hvordan man kan analysere tekster basert på transkriberte intervjuer, feltnotater eller dokumenter. For å underbygge studiens pålitelighet blir det først nødvendig å redegjøre for kartleggingsprosedyren som førte fram til de valgte selvbiografiene. Videre redegjør vi for utvalget og dernest presenteres analysen og metodiske overveielser.

Kartlegging av litteratur

For å få tak i litteratur som var egnet for prosjektet, søkte vi på den norske, svenske og danske biblioteksentral. Det viste seg at disse nettstedene ikke ga tilgang til relevante bøker skrevet før 1950. Av den grunn gikk vi til den skandinaviske søkebasen *www.antikvariat.net/*, som også hadde aktuelle selvbiografier.³

Utvalg

Utvalget er systematisert etter tre karakteristiske, historiske perioder fordi det kan tenkes at erfaringene vil variere avhengig av om forfatterne var innlagt i asyltiden når nevroleptika gjorde sitt inntog eller når desentraliseringen av helsetjenestene ble et faktum.⁴ Vi foretok både et strategisk og tilfeldig utvalg av aktuell litteratur. Vi valgte en svensk, en dansk og to norske selvbiografier fra de tre periodene, fordi vi i den andre perioden kun hadde denne muligheten. Blant bøkene fra tredje periode ble utvalget forholdsvis tilfeldig da det var mer enn 6000⁵ treff å velge mellom. Følgende bøker inngår i studien:

Periode A: Asylene bygges (1850–1950)

Minna Holck (1918), C. S. Dahlin (1919), Haakon Bergh (1925) og Johan Sedevard Jacobsen (1932). Holck (1918) er den eneste av forfatterne som har dedikert boka til en bestemt person: til sin onkel som var lege. Dahlins (1919) bok er ikke selvbiografisk, men inneholder selvbiografiske elementer i form av dagboksnotater og brev skrevet av pasienter som henvendte seg til ham.

Periode B: Nevroleptika gir håp (1950–1980)

Stella Danner (pseudonym, for Merethe Wiger) (1955), Helene Reeder (1975), Erna Storfjord (1977) og Robert Henningsen Jensen (1986, skrevet i 1979).

Periode C: Desentralisering og utbygging av lokale tjenester (1980-td)

Espen B. Jaer (1995), Lars Jensen (2003), Arnhild Lauveng (2005) og Ann Heberlein (2009).

Perioden for studien strekker seg derfor fra den første boka ble publisert i 1918 og fram til den sist valgte i 2008. Boka til Jensen (1986) består kun av 89 sider, mens boka til Lauveng (2005) er på 199 sider. De øvrige bøkene har et sidetall mellom 103 og 174 sider. Til sammen representerer selvbiografiene 1819 sider med tekst.

Vi har studert tekster skrevet av mennesker som er skriveføre. Det er de som har hatt overskudd og mot til å gå ut i offentligheten og forholde seg til den publisiteten det måtte medføre. Det kan innebære at de som ikke skriver, ville ha fortalt andre historier. Blant annet kan det tenkes at behovet for å skrive ned sine erfaringer er sterkere blant kritikerne, enn blant de som kan formidle gode erfaringer. Samlet sett representerer utvalget bøker hvor forfatterne opplyser at de skriver av tre grunner: a) å hjelpe andre, b) å hjelpe seg selv og c) å informere om kritikkverdige forhold (Larsen & Andersen, 2011).

Analyse

Det ble gjort en kvalitativ tekstanalyse. Vi valgte først å lese hver bok grundig for å få klarhet i hvilke erfaringer den enkelte forfatter hadde med hjelpen han eller hun hadde fått. Vi fant fram til meningsdannende enheter som vi tematiserte, og sammenliknet deretter temaene fra de ulike bøkene (Kjeldstadli, 1999; Kvale & Brinkmann, 2009). Hva var felles i ulike perioder og land, og hva var forskjellig? Ved denne fremgangs-

måten fikk vi kunnskap om erfaringer med hjelpetilbudene knyttet til tid og geografi.

Metodiske og etiske overveielser

For å styrke validiteten blir forfatterens budskap gjengitt empirinært, ved hjelp av direkte sitater. Slik viser vi hva de selv har vært opptatt av å formidle. På samme tid er det vi som forskere som har valgt sitatene og andre kunne ha prioritert annerledes. En styrke har vært at begge har lest alle bøkene, reflektert omkring innholdet og kommet fram til temaene. En mulig svakhet kan være at bøkene tidvis skapte et sterkt følelsesmessig engasjement. Lesingen gjorde oss både triste, sinte og oppgitte, samtidig som beskrivelsene av å være lidende var så intense at de gjorde kroppslige inntrykk på oss. Dette kan selvsagt ha bidratt til at den nødvendige distansen alt forskningsarbeid innebærer, har blitt forstyrret.

Forfatterens hensikt har ikke vært å skrive for forskningens skyld. Dermed står vi som forskere i fare for å rive i stykker sterkt følelsesmessige beretninger om vanskelige liv. På den måten kan vi ruske opp i følelser som er et tilbaketog stadium hos de av forfatterne som lever i dag. Dette har selvsagt ikke vært hensikten. Derfor har vi tilstrebet å gi et variert bilde. Det er likevel åpenbart at vi har analysert fram mange negative forhold ved behandlingssystemet, men så er det også kritikken som har vært dominerende.

Hjelpen

Gjennom analysen har vi identifisert tre hovedgrupper som sammenfatter hva forfatterne skriver om den hjelpen de har fått: a) Menneskelig hjelp, b) Materiell hjelp, c) Medikamentell hjelp.

Menneskelig hjelp

De gode hjelperne kontrasteres av de mindre gode, og gir derved et variert bilde av ansatte i helsevesenet. Noen ansatte beskrives som kjærlige og ærlige, andre som udannede og lite samarbeidsvillige. Holck (1918) beskriver hvor betydningsfullt det var å bli møtt som en kjær og velkommen gjest da hun ble innlagt. Å bli vist kjærlighet går ikke uventet igjen i beskrivelser av de gode hjelperne. For å bli frisk sier Storfjord (1977) at hun trenger kjærlighet og noen å snakke med slik at det blir mulig å fortelle om lidelsen til andre. Å åpne seg for familie og venner beskrives som medisin. For henne er de gode hjelperne nødvendigvis ikke å finne blant ansatte i helsevesenet. Det samme gjelder for Lauveng (2005), som viser den sterke betydningen familien hadde nettopp fordi de hele tiden trodde på at hun skulle bli bedre.

Lauveng (2005) henviser til en lege som hun nevner flere ganger. Han hadde i en spesiell situasjon brukt makt uten å prøve andre muligheter først. Han ba om unnskyldning. Hun husker også ansatte som tok seg tid til å høre henne deklamere dikt. Det var i slike situasjoner at hun opplevde respekt og likeverd.

Jeg hadde et par terapeuter som våget å sikte til verdens ende, og som gjorde det med den mest naturlige selvfølgelighet, som om det var det minste vi skulle gjøre. Jeg møtte også enkelte andre, pleiere, støttekontakter, ansatte på offentlig kontorer, legen min, som rettet ryggen, løftet hodet og siktet langt, mye lenger enn vanlig, når jeg ba dem om det. Det var viktig. Men først og fremst hadde jeg familien min. Mamma og søsteren min,

som nektet å ta inn over seg hvor dårlig jeg var, og som uansett hvor ille de erfarte at tilstanden var, fortsatte å sikte fremover (Lauveng, 2005, 156–157).

Gode fagpersoner trenger med andre ord å vise at de tror på bedring, men de trenger ikke å være perfekte. Å innrømme feil skaper tillit. Dette har også en av pasientene i Dahlins (1919) bok erfart. Han opplevde å ikke bli trodd i forhold til en dårlig behandlingen han var utsatt for. Men da en lege undersøkte saken nærmere og ga ham rett, og en pleier som var involvert ba om unnskyldning, hjalp det. Begge disse ansatte hørte på pasienten og tok ham på alvor.

Men gode ansatte syntes å være mangelvare i de institusjonene Bergh (1925) var i kontakt med tidlig på 1900-tallet:

Behandlingen var, som man senere av mine optegnelser vil erfare, i det store og hele langt fra kjærlig, neppe nok vennlig, og hva disiplinen angaar, saa er det nok ikke saa rart bevendt med den, ti næsten samtlige oppassere mangler den allernødvendigste dannelse, utdannelse og selvbeherskelse (s. XXXVI).

Også Jensen (2003) forteller at da han ble innlagt, ble han møtt av en likeglad mannlig ansatt som ga ham en beroligende tablett og en seng. Legen han møtte, var nedlatende og ga han skyldfølelse for at han var blitt syk. Senere, da han ble henvist til lokalpsykiatrien, opplevde han i enda større grad enn på hospitalet å bli sviaket av det han kaller «kvinder i 50-års alderen», som jobbet der: «Det kan fandeme ikke passe, at en sammenspist junta af kyniske kvinder i overgangsalderen, eller ældre, skal skalte og

valte med noget så skrøbeligt som psykisk syge menneskers sinn» (s. 56).

Det er ikke sjelden at forfatterne forteller at det som blir oppfattet som unormalt «oversettes» til sykdom av ansatte. I boka til Dahlin (1919) skriver Maria Johansson om dette. Hun var ung, enslig og formuende og valgte å gifte seg med en fra et annet sosialt lag enn henne. Av den grunn ble hun innlagt på grunn av «bristande omdömesgillhet»:

[...]det är alltid samma historia, – en betalad läkare, som ställar några proforma-frågor till «patienten», ofta anonyma «vittnen»... och så en bil med två handfasta vaktare att föra den «tokia» ut till hospitalet! Gör han «motsånd», tydes detta såsom just det säkraste tecknet på att han är verkligen, svårt «tokig» (Dahlin, 1919, s. 102).

Lauveng (2005) forteller også om ansatte som så «sykdommen» fremfor henne. Dette førte til et nedsatt funksjonsnivå, hevder hun.

Funnene viser at ansatte som er til god hjelp må være ærlige og kjærlige. Samtidig evner de å samarbeide med de som trenger hjelp. Funnene viser også at pårørende som bryr seg har stor betydning for at brukerne får det bedre. I tillegg ser man at ansatte som fokuserer for mye på pasientens sykdom, ikke blir forstått som gode hjelpere.

Materiell hjelp

Selvbiografiene inneholder beskrivelser av omgivelser som er gode å være i. Men vel så mange av forfatterne har erfaring med tvangssituasjoner som de relaterer til rommene hvor tvangen fant sted. Deler av institusjoners materialitet får således negativ omtale.

Holck (1918) beskriver den første avdelingen hun kom til som hjemlig. Her var det blomstervaser, klaver og bokskap. Slike omgivelser var for henne gode å være i. Hun feiret julaften i institusjonen: «[...], vi hadde det saa hyggelig og hjemlig, at hvis nogen ude fra Verden kunde have kikket ind til os, vilde de vist næsten have tænkt det umulig, at det var et Interiør eller en Scene i et Sindssygehospital de betragtede.» (s. 145). Hun forteller også om betydningsfulle detaljer: «Ikke desto mindre *nød* jeg til min Frokost at blive trakteret med en Kop Kaffe, især dog fordi den blev serveret i et Par nydelige smaa Kopper [...]» (s. 152)

Lauveng (2005) understreker at gjenstander bidrar til de gode opplevelsene. Hun forteller om en permisjon hjem:

Så da jeg kom hjem den dagen i mai, fant jeg rommet mitt ryddet, og med friske blomster på nattbordet, selv om jeg bare skulle være der noen timer. Jeg slengte meg ned på vannsengen og merket at den fortsatt var varm. Ett år etter at jeg hadde vært hjemom sist, og uten håp om overnattingsperm innen over-skuelig fremtid, hadde mamma likevel ikke skrudd av varmen. Den sto klar og ventet på meg til jeg kom hjem. Og i stuen sto kaffebordet dekket. Friske blomster, brodert duk – og rosekoppene. Arvegodset (s. 88).

Andre typer rom og interiør fremmet ikke god helse. Holck (1918) forteller at hun ble flyttet til en sal på kommunehospitalet i København som ikke hadde gardiner for vinduene og som kun var møblert med åtte senger. Hun beskriver denne institusjonen som lite inspirerende, og foreslår også noen forbedringer både på eksteriør og interiør:

Hospitalets skumle, graa Mure af de kedsommelige kommunale Mursten ombyttede med hvidkalkede Mure, halvt dækkede af Slyngplanter, og jeg ønskede, at f. eks Kopperne, vi drak af, havde været lidt mindre og lidt kønnere (s. 134).

Kommunehospitalet i København er, for Holck, som et «Helvede» eller «De fordømtes opholdssted». Men hun presiserer at det var sykdommen som førte til en slik oppfattelse. Hun stiler sin selvbiografi til onkelen sin som var lege, og kanskje hun av den grunn rosebilder institusjonen i ettertid siden han er å betrakte som en representant for «systemet».

Flere skriver om rommene hvor tvangshandlingene foregikk. På Ullevål hospital ble Danner (1955) ved innleggelsen lagt til sengs og bundet: «På isolatet lå jeg i noen måneder. I sannhet isolert. Innestengt, utestengt, avstengt fra verden» (s. 28). Hun beskriver stedet slik:

Når jeg tenker etter, var denne tiden som en eneste sammenhengende rekke av netter. Ensomme netter i tvangstrøye, bak dobbelte jernbeslåtte dører med kikkehull i. Rommet, sengen og jeg. Nakne, skittengrå vegger. Skittengult tak og mørkebrunt gulv. Den grå sengen, de hvite sykehusklærne og jeg, det var alt som fantes der inne (s. 31).

Døren til isolatet ble stengt kl 19 om kvelden og åpnet igjen seks neste morgen. Det fantes ingen ringeklokke til å påkalle personalet med, noe Danner (1955) naturlig nok opplevde som skremmende. Hun beskriver også at tvangstrøyen økte uroen.

Reeder (1975) understøtter hvordan isolatet med kikkehullet forsterket ensomheten. Hun havnet også i tvangstrøye, fastbundet i en jernseng – innelåst. En liknende, skremmende erfaring hadde også Henningsen Jensen (1986) på Risskov hospital:

Så kom vi til hospitalet, hvordan vi kom ind, husker jeg ikke. Men pludselig lå jeg i en seng på en stue. Der var 2 senge, i den anden lå en mand. Jeg kunne nu merke, at jeg var spændt fast med et stort stærkt bælte, der var spændt under min seng. Der var hængelås på bæltet (s. 26).

Funnene viser at materialitet kan bidra til en opplevelse av å bli respektert og i tillegg støtte opp om kjærlige handlinger i møte med den som har problemer. Funnene viser også at materielle forhold kan ha negativ effekt og fremme ensomhetsfølelse og mangel på innflytelse og samarbeid.

Medikamentell hjelp

Medisineringen i institusjonene blir kritisert i alle periodene, og er det hjelpetilbudet som oftest blir beskrevet. Kritikken er sammenfallende, uavhengig av om pasientene fikk forordnet beroligende medikamenter på 1910-tallet, eller om de brukte nevroleptika eller antidepressiva fra 1950 og framover. Holck (1918) minnes med gru det beroligende medikamentet *kloral*. Opplevelsen av å bli fratatt kontrollen på denne måten var skremmende.

Isak Sandberg, som er en av pasientene Dahlin (1919) skriver om, gir denne beskrivelsen:

Efter denna «vård» om «en sinnessjuk» lämnade man mig för en stund naken

och ensam. Men tortyren hade ännu en akt. Jag skulle bedövas med «lugnande» (!) medel, emedan en tillstådeskommande biträdande läkarekandidat i min själs bitterhet beklagat mig över skurkarna och därvid varit nog djärv att även ifrågasätta herr kandidatens kompetens! Ånyo omhändertogs jag av de fyro djävlarne, till vilka nu också sällatsig «uppsyningsmannen» och en s.k. syster. Jag placerades nu på rygg i sängen och fastbands där, varpå «syster» gav mig två injektioner. Mitt tillstånd därefter under denna natt – jag lämnades omsider ensam – vaken och utpinad, kan jag ej beskrivas; varken förr eller senare har jag uthärdat något sådant (s. 79).

Ulike tvangstiltak hvor medisinerer inngikk opplevde også Danner (1955): «Det hendte at fem sykesøstre holdt meg mens den sjettede tvangsforet meg med vitaminpiller» (s. 29). Hun ble i tillegg tvangsforet med melk og tvangsmedisinert med insulinsprøyter.

Reeder (1977) fikk nevroleptika. Av den grunn forsvant mange detaljer fra hennes opplevelser. Medisinene tok derimot ikke bort stemmene, eller overbevisningen om at hun var grunnleggeren av en ny religion. Flere beskriver at jo mer de prøvde å overbevise legen om sannhetsgehalten i det de opplevde, jo mer medisiner fikk de. Alt ble bevis på at de ble sykere. Medisinering betrakter Reeder som noe som gjør mennesker til «veltilpassede automater». Jaer (1995) uttrykker det slik:

Noen sier til og med at de blir dårlige av medisiner. Hva er verst, fengselsstraff eller tvangsinnleggelse på psykiatrisk

sykehus med tvungen medisinerer? Helt klart det sistnevnte. I begge tilfeller er man bak låste dører, men de som blir tvangsmedisinert, må godta et kjemisk inngrep i hjernen – det vi pasienter kaller kjemisk lobotomi. Det er som å skjære bort deler av sinnet som man ikke godtar som normale (s. 56).

Selv om alle forfatterne er bekymret for kjemiske inngrep i hjernen, forteller tre av dem at medikamenter likevel er til hjelp. Henningsen Jensen (1986) skriver: «Hvis jeg ikke får medicin er min sykdom dødelig, og det er min personlige overbevisning» (s. 29). «Så begynte jeg regelmæssigt med Trilafon medicin, eller rettere, jeg tog dem selv, for jeg havde sygdomserkendelse» (s. 18), understreker han. Jensen (2003) sier han trenger anti-psykotisk medisin, og i samarbeid med legen har han funnet en dosering han er fornøyd med. Likevel er han kritisk til nevroleptika: «[...] den rene gift, et stof der hed Cisordinol, og som hurtigt viste sig at have ganske graverende bivirkninger.» (s. 10–11). Heberlein (2009) takker de antidepressive medikamentene for at hun fortsatt er i live. At legen betrakter pasientene som meningsberettiget i forhold til medisinerer har stor betydning.

Funnene viser at selve det kjemiske inngrepet som medisinerer mot psykiske lidelser innebærer, oppleves smertefullt uavhengig av hvilke type medikamenter det dreier seg om. Dette fordi bivirkningene er store, selvkontrollen reduseres og andre overtar styringen. Til tross for dette ønsker tre av forfatterne medikamenter fordi virkningen er å foretrekke.

Diskusjon

Hjelpen som beskrives har mange fellestrekk på tvers av geografi og tidsepoker. Dette

kan bety at hjelpesystemene i Skandinavia ikke har endret sin grunnforståelse i løpet av den mer enn 90 år lange perioden som studien retter seg mot. Det kan se ut som om folks erfaringer ikke har blitt tatt hensyn til når tjenestene skulle utvikles. De samme beskrivelsene går igjen. I selvbiografiene er det enighet om hvem som er gode og mindre gode hjelpere, og det er også enighet om at hjemlige omgivelser har positiv virkning.

Disse funnene blir nå diskutert i forhold til psykisk helsearbeid. Da forfatterne beskriver mange kritikkverdige forhold relatert til medisinerer, blir det også viktig med en diskusjon om medisiner og psykisk helsearbeid.

Godt psykisk helsearbeid og hjelperne

De gode hjelperne forbindes ikke med spesielle profesjoner, men med personer som viser medmenneskelighet, gir oppmerksomhet samt er i stand til å vise sine svake sider: Det dreier seg som vist om de kjærlige, de ærlige og de samarbeidsvillige. Slike fagfolk representerer en annen profesjonalitet enn den som bygger på ekspertkunnskap. Derfor blir familie og venner i nettverket rundt pasientene også til uvurderlig hjelp. Hvilke kvalifikasjoner må da offentlige hjelpere være i besittelse av for å utøve godt psykisk helsearbeid?

Dette samsvarer med funn fra Topor (2003) som viser at de gode hjelperne er de som strekker seg litt lenger for å hjelpe. Personorienteringen og nettverksperspektivet indikerer at allmennmenneskelige forhold må få stor betydning og at fagfolk derved må være medmennesker med evne til innlevelse og forståelse på samme måte som hvem som helst som bryr seg. Dette er ikke nytt. Derfor er det underlig at denne fokusforflytningen

har problemer med å finne fotfeste. De fagfolkene som kritiseres av forfatterne, er nettopp de som representerer «vi som vet best» og som synes fastlåst i eksperttenkningen. Godt psykisk helsearbeid må derfor, som et overordnet prinsipp, utføres av mennesker som «ikke vet best,» men som evner å ta hensyn til brukernes erfaringer med hva som hjelper.

Godt psykisk helsearbeid og materialitet

Forfatterne beskriver hvordan materialiteten fikk betydning på godt og vondt. De gode rommene, var de hjemlige rommene med vakre detaljer hvor pasientene opplevde seg respektert og ivaretatt. Materialiteten passet slik sett sammen med de kjærlige ansatte og forsterket bedringsprosessen. I andre rom ble pasientene fratatt kontrollen. Her var samarbeid utelukket og kalde vegger og kikkeshull i døren skapte en ytterligere avstand til personalet og understreket sykdommen og ensomheten.

Materialitet og mennesker inngår i et samspill (Norberg-Schulz, 1980). Forhold mellom mennesker er avhengig av kontekst. Topor (2003) understreker at dagligdags samvær bidrar til at mennesker kommer seg. Et slikt samvær innebærer likeverd og synes lettere å oppnå i en hjemlig atmosfære (Larsen, 2009).

Funnene tyder derimot på at en atmosfære preget av upersonlige rom «konstruerer» distanserte hjelpere med blikket rettet mot symptomer. Det kan derfor bety at arbeidet med å fremme helse, må innebære å skape rom for dagligdags væremåter selv i de situasjonene hvor tvang blir siste utvei. Slik får man en mulighet og en rommelig hjelp

til å ha fokus på bedringsprosesser og håp også i de mest utfordrende situasjonene. Ved å integrere kunnskap om materialitetens betydning, vil man få et utvidet helhetsperspektiv på samhandlingen med psykisk lidende (Larsen, 2009). Forståelsen for ansattes og pasienters væremåter vil dermed inngå i en rommelig samhandling. Kunnskapen tilsier da at rom kan endres slik at den som trenger hjelp lettere kan møtes som et meningsberettiget subjekt.

Godt psykisk helsearbeid og medisinerer

Medisinering er det behandlingstilbudet som oftest beskrives i vårt materiale. Det blir derfor tankevekkende at det er denne hjelpen som samtlige er svært kritiske til. Kan vi da si at medisinerer er godt, psykisk helsearbeid?

I følge Topor (2003) handler bedringsprosesser om kompleksitet og mangfold. I denne sammenheng synes det derfor underlig at medisinerer har vært et ufravikelig tiltak overfor de menneskene som studien dreier seg om. Når medisinerer erfarer som en kjemisk lobotomering hvor mennesker blir fratatt kontrollen for å gjøres til veltilpassede automater, er dette en indikasjon på det motsatte av helsefremmende tiltak. Kontrollen blir fratatt den det gjelder og hindrer bedringsprosessen. Om det protesteres mot medisinerer, blir dette ikke oppfattet som et budskap man skal lytte til. Tvert i mot er risikoen for å bli ytterligere medisinerer stor. Psykiske helsearbeidere må la brukernes egne erfaringer stå i høysetet. Dette innebærer å støtte pasienter som ikke opplever å ha nytte av medikamenter, til å finne andre alternativer i nært samarbeid med dem selv.

Oppsummering

På bakgrunn av selvbiografiene kan vi si at godt psykisk helsearbeid handler om et samarbeid mellom brukere, ansatte og pårørende i hverdagslige situasjoner i hjemlige rom. Også medisinerer skal være et samarbeidsprosjekt mellom brukeren og legen. Disse funnene er ikke oppsiktsvekkende og understøttes av funn gjort av recovery- eller bedringsforskere (Topor, 2003; Jensen, 2006; Borg, 2007). Det som imidlertid er oppsiktsvekkende er at endring tilsynelatende ikke har skjedd til tross for at dette har blitt beskrevet over en 90 år lang tidsperiode i ulike land. Derfor er tiden kanskje inne for at denne kunnskapen nå resulterer i aksjonsforskningsprogrammer hvor det iverksettes og forskes på medikamentfrie hjelpetilbud i rom som fremmer ærlighet, kjærlighet og samarbeid. Slik forskning innebærer selvsagt at brukere også er med i hele forskningsprosessen.

Noter

1. Denne artikkelen er den andre av tre artikler som inngår i en større studie av 12 skandinaviske selvbiografier utgitt i perioden 1918 til 2008 (Larsen & Ulland, 2010).
2. Takk til Nasjonalt Senter for Erfaringskompetanse innen Psykisk Helse som har bidratt økonomisk til dette prosjektet.
3. Se Larsen & Andersen (2011), med en utdyping av kartleggingsprosedyren, presentasjon av søkeordene, innholdsanalyse som metode og redegjørelse for studiens validitet.
4. I denne studien er disse periodene nedtonet, men en utdypende beskrivelse av disse er å finne i Larsen & Andersen, 2011.
5. Mange av disse var fra land utenfor Skandinavia, men oversatt til et av de skandinaviske språk.

Litteratur

Andersen, A. J. W., Bøe, T. D., Fodstad, H., Ibabao, V. A., Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98–103.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Bergh, H. (1925). *Levende begravet. Indesperret paa galehuser i 11 – elleve – aar*. Oslo: Eget Forlag.
- Borg, M., & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. PhD Thesis, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.
- Dahlin, C. S. (1919). *Svenska helveten. Sveriges hospital såsom helvetets förgårdar. Ett tjog psykiatriska inspäringsfall*. Fäderneslandets Tryckeri.
- Danner, S. (1955). *Jeg var sinnssyk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Stockholm: Weyler Bokförlag.
- Holck, M. (1918). *Erindringer fra sindssyge-hospitalet*. København/Kristiania: E. Jespersens Forlag.
- Jacobsen, J. S. (1932). *I kamp med myndighetene. Tvangsinnlagt på Rønvik asyl i over syv måneder*. Tromsø: Tromsø Stiftstidenes Boktrykkeri.
- Jaer, E. B. J. (1995). *Englehierarkiet. Et personlig dokument om schizoffeni*. Oslo: Galehuset forlag.
- Jensen, L. (2003). *Patient. Mit møde med det psykiatriske behandlingssystem*. København: Lindhart og Ringhof.
- Jensen, P. (2006). *En helt anden hjælp: Recovery i bruger- og pårørendeperspektiv*. København: Akademisk Forlag.
- Jensen, R. H. (1986, skrevet i 1979). *Mine psykiatriske bekendelser og filosofiske hypoteser*. København: Robert Henningsen Jensen.
- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kolstad, A., & Kogstad, R. (red.) (2011). *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Larsen, I. B. (2009). *Det sitter i veggene. Om materielitet og mennesker i distriktpsykiatriske sentra*. Avhandling for graden philosophiae doctor. Bergen: Universitet i Bergen.
- Larsen, I. B., & Ulland, E. (2010). *Brukerstemmer i tekst og film*. Prosjektbeskrivelse. Institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder.
- Larsen, I. B., & Andersen, A. J. W. (2011). En hellig plikt. Hvem skriver om sine erfaringer med psykiske

- lidelser og hvilke motiver oppgir de som grunn for dette? *Klinisk Sygepleje*, 25 (i), 38–47.
- Norberg-Schulz, C. (1980). *Genius Loci. Towards a phenomenology of architecture*. London: Academy Editions.
- Reeder, H. (1975). *Jag är Lucifers alfa. Schizofreni – eller högre medvetande?* Kungsbacka: H. Reeder.
- St. prp. nr. 63 (1997–98). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Storfjord, E. (1977). *Tornekrattet, syv år med angsten*. Oslo: Cappelen.
- Topor, A. (2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reizel.
- Volden, O. (2010). *Mellom fag og erfaring. Noen tanker langs veien mot det systematiske brukerperspektivet på psykisk helse*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Summary

Inger Beate Larsen & Anders Johan W. Andersen

«Straitjackets and Loneliness, Flowerpots and Tenderness»

– A description from the users' perspective of the help given to persons suffering from mental health problems, seen in the perspective of quality mental health work.

The article is based on twelve Scandinavian autobiographies published during the period 1918 to 2008. The autobiographies are all written by persons who by themselves or by others were seen as having mental health problems. This study describes and analyzes the authors' experiences with the public health care system. Significant similarities are identified in these experiences across periods and geography. The authors' state that the staff as individuals, and the material conditions where the treatment takes place, have great significance. The staff that offered more than a purely professional approach were described as good helpers, and homely surroundings contributed to create a sense of respect. However, with respect to medication, the authors are all critical. The findings indicate that quality mental health care should include professionals focusing on human relations and the interaction between people and materiality. At the same time we have to address the question of whether medication ought to be included in the definition of quality mental health care.