

Omsorgens vilkår: Om gaver og tjenester som del av relasjonsdannelse i institusjonspsykiatrien når brukermedvirkning skal vektlegges

Michael 2010;7:218-33.

Brukermedvirkning har de siste årene vært vektlagt som en politisk målsetting i organiseringen av psykiatrihelsetjenestene. Vektlegging av brukermedvirkning har fått konsekvenser for hvordan omsorg organiseres og praktiseres, og der omsorg skal praktiseres etter et servicemønster. Et servicemønster til grunn for organisering av psykiatrihelsetjenestene fordrer jevnbyrdighet og likeverdighet i relasjonsdannelsene mellom personalet og pasientene. Artikkelen bygger på en etnografisk studie fra et psykiatrisk sykehus i Norge, og diskuterer særlig omsorgens vilkår. Med omsorgens vilkår menes her hvilken betydning utveksling av gaver og tjenester har for relasjons- og alliansedannelsene mellom personalet og pasientene i et psykiatrisk sykehus. Artikkelens fremstilling baserer seg på Marcel Mauss' utlegning om «Gaven» og Erving Goffmans fremstilling av servicemønster i den psykiatriske institusjonsomsorgen. Gaven inngår som en del av en service-relasjon; et bytteforhold mellom goder og tjenester basert på det å gi, motta og gi noe tilbake. Vedvarende flyt av gaver binder mennesker sammen i omsorgsrelasjoner, mens stans i flyt av gaver og tjenester symboliserer brudd på relasjonen mennesker imellom. Det å etablere symmetriske jevnbyrdige omsorgsrelasjoner i tråd med brukermedvirkningens prinsipper, synes å by på en del utfordringer i hierarkiske medisinske organisasjoner.

Brukermedvirkning og servicemønster

Siden midten av 1990-tallet har brukermedvirkning vært vektlagt som en politisk målsetting i organiseringen av psykiatriske helsetjenester i Norge (st. meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet), så vel som i store deler av den vestlige verden (Bradshaw 2008; Edgley, Stickley & Masterson 2006). Det hevdes at en slik politisk målsetting med vektlegging av brukermedvirkning har fått konsekvenser for hvordan omsorgen organiseres og har endret selve synet på hvordan omsorg skal praktiseres (Hickey & Kipping 1998, Trnobranski 1994).

En omorganisering av omsorgstjenestene vil innebære at tjenestene forankres i liberalistisk tenkning, der det skal ytes service overfor brukere med psykiske lidelser (Grut 2003). Grunnleggende sett fordrer brukermedvirkning at det ligger et servicemønster til grunn i utformingen av psykiatriske tjenester. Brukermedvirkning har blitt beskrevet som å rukke fundamentalt ved maktforholdet i terapeutiske relasjoner, i betydning av å tilstrebe større grad av jevnbyrdighet og likeverd i relasjonen mellom omsorgssteder og omsorgsmottaker (Hickey & Kipping 1998). I sykepleiefaglig litteratur har det blitt vektlagt at relasjonen mellom sykepleier og pasient må bli mer likeverdig basert på vennskap og gjensidig forståelse (se blant annet McCann & Baker 2001; Olsen 1992).

I denne artikkelen vil jeg diskutere omsorgsrelasjonen i lys av et servicemønster der *utveksling av gaver og tjenester* finner sted som en del av vilkårene og betingelsene for omsorgs- og relasjonsdannelse mellom personalet og pasientene i psykiatriske institusjoner. Jeg vil særlig anskueliggjøre de strukturelle vilkår for omsorgsrelasjoner gjennom å kombinere Mauss' (1925/1995) ideer om «Gaven» med Goffmans (1961/1967) fremstilling av servicemønster i psykiatriske institusjoner.

Omsorgsrelasjonens institusjonelle historiske kontekst

Å knytte bånd og allianser til psykiatriske pasienter for å fremme bedring hos pasientene, er blitt fremstilt som like gammelt som institusjonene selv (Foucault 1973/1999). De første asylene ble etablert for å humanisere behandlingen av sinnssyke, gjennom å befri de gale fra lenkene (Hermundstad 1999; Digby 1985; Foucault 1973/1999). Foucault har trukket frem særlig to ulike institusjoners betydning for etablering av institusjonsomsorgen av de «gale». Den ene er Samuel Tukes Retreat utenfor York i England, og den andre er Philippe Pinels etablering av Bicêtre utenfor Paris.

«Hospitalet» er av Foucault (1973–74/2008; s.101) blitt omtalt som «the curing machine»; hvor relasjonene skulle bygges opp rundt profesjonelle oppdragende omsorgsrelasjoner betegnet som «moral treatment». Samuel

Tuke fremstilte «moral treatment»- tilnærmingen som å utgjøre selve hjørnesteinen og grunnlaget for bedringen av pasientene. Han hadde tro på at menneskesinnet kunne forandres med dens fornuft gjennom kjærlig mellommenneskelig behandling, aktivitet og arbeid. Omsorgen til de «gale» skulle være preget av varme, kjærlighet og ømhet. Mennesket kunne påvirke seg selv i relasjon til andre og gjennom aktivitet. Den «gale» kunne gjennom et forhold til seg selv og sin oppdrager lære selv-beherskelse og selv-kontroll, og derved kontrollere sine utbrudd, sinne, melankoli og mani (Tuke 1813/1964). Personalet skulle lede pasientene gjennom en myk og mild overtalelse, og med et vennlig og lavt stemmeleie. Tuke vektla videre at de pasientene som får omsorgsfull og human behandling knytter seg til sine behandlere. Han skrev: «In such cases, the judicious kindness of others appears generally to excite the gratitude and affection of the patient» (Tuke 1813/1964;136).

Metodiske og analytiske innfallsvinkler

Det empiriske materialet som ligger til grunn for denne artikkelen er hentet fra en etnografisk studie på et ni måneders feltarbeid på et psykiatrisk sykehus i Norge, og er basert på observasjoner av interaksjonen mellom personalet og pasienter. (Øye & Skorpen 2009a).

Studien er tverrfaglig og utført av en sosialantropolog (forfatter) og en sykepleieiviter.

Feltarbeidet foregikk på to ulike lukkede allmennpsykiatriske avdelinger på dag- og kveldstid på en korttidsavdeling og en langtidsavdeling. Etnografisk metode baserer seg på et lengre opphold på forskningsarenaen og innebærer at forskeren deltar i de studertes dagligliv og observerer hva som utspiller seg av samhandlingsaktiviteter (Fangen 2004, Delamont 2004). I denne studien ble en kombinasjon av deltagende observasjon, samtaler og intervju anvendt av innlagte psykiatriske pasienter og personalet.

Pasientinformantene var av begge kjønn i alder mellom 18 og 65 år med ulike lidelser og diagnoser, mens personalinformantene var psykiatere, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere (med og uten spesialutdannelse i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid), aktivitører og hjelpepleiere (med og uten spesialutdanning i psykiatri) og ufaglærte.

Fortrinnsvis baserer denne fremstillingen seg på sykehusets aktører som deltok jevnlig i avdelingenes dagligliv, og som primært innebærer sykepleiere, aktivitører og hjelpepleiere. Sykehusets psykiatere, leger, psykologer og sosionomer deltok ikke daglig i avdelingens dagligliv, men var kun inntatt avdelingens vaktrom på behandlingsmøter og evalueringsmøter, samt av og til på rapportmøter. Dette var møter der beslutninger om pasienters

behandling og opphold på institusjon ble fattet. For enkelhets skyld benyttes begrepet «personalet» som en samlet betegnelse i denne fremstillingen.

Totalt ble 23 medlemmer av personalet og 15 pasienter intervjuet, og det empiriske materialet er innsamlet fra de to ulike avdelingens offentlige rom som var røykerommet, vaktrommet og gangen/dagligstuen. Studiens empiriske materiale er basert på en abduktiv analyseprosess, der analyseprosessen har foregått som en syntese mellom en induktiv analyseprosessen avledet av det empiriske materialet og en teoretisk industert analysemåte (Alvesson & Sköldbberg 2008). Det empiriske materialet og artikkelforfatterens ideer om dette materialet står derfor i dialog med allerede etablerte teoretiske konstruksjoner som Marcel Mauss' (1925/1995) fremstilling av «Gaven» og Erving Goffmans (1961/1967) utlegning om servicemønster i institusjon. Artikkelen fremstilling vil være preget av en slik abduktiv tilnærming med en suksessiv fremstilling av empiri og teori.

Studien fikk tilråding av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), og det ble innhentet individuelt informert samtykke til for intervju. Pasientene måtte i tillegg gi sitt informerte samtykke til å bli observert (se Oeye, Bjelland & Skorpen 2007). Det empiriske materialet er hentet fra to ulike avdelinger for å sikre anonymisering.

Dagliglivet på det psykiatriske sykehuset

Avdelingens dagligliv var organisert etter et fastlagt rutinemessig aktivitets- og husholdsmønster bestemt av personalet. Dagen startet med vekking av pasientene. Deretter ble det servert frokost og arrangert morgenmøte, der deltakelse i ulike planlagte aktiviteter og husholdsgjøremål ble organisert i samarbeid med de fremmøtte pasientene.

Det psykiatriske sykehuset tilbød en rekke aktivitetstilbud til pasientene, slik som sportsaktiviteter, håndarbeidsaktiviteter, fellesturer, arbeidstrening eller skole. I tillegg ble pasienten oppfordret til å delta i vask av rom, matlaging, dekking av bord og lignende. De pasientene som stod tidlig opp og deltok på morgenmøtet, ville enten delta i ulike gjøremål og aktivitetstilbud, gå tilbake til sine rom eller forsvinne inn på røykerommet med en kopp kaffe. Dagens aktiviteter ble avbrutt av middag midt på dagen og avsluttet med servering av ettermiddagskaffe. Etter ettermiddagskaffen var det sjelden et planlagt program, og pasientene var fri til å gjøre hva de ville inne på avdelingen innenfor gjeldene reglement og husregler. På kveldstid var det sjelden planlagte aktiviteter, men mange pasienter ville da samles på røykerommet eller oppholde seg på eget rom.

Pasientene kunne velge å delta eller avvise å delta i aktivitetstilbud som eksempelvis tur i skog og mark, smykkedesign, sløyd, klatring, arbeidstrening

eller liknende. Ingen pasienter ble tvunget til å delta i avdelingenes aktiviteter, men de ble sterkt oppfordret til å delta.

Jevnlig deltakelse i aktiviteter og gjøremål ble av personalet betraktet som positive tegn mot bedring, mens uteblivelse fra daglige aktiviteter over tid ble betraktet som tegn på forverring av pasientens psykiske tilstand. Deltakelse i institusjonens aktivitetstilbud ble av personalet betraktet som en måte for pasienter å lære sosiale og praktiske ferdigheter på, som en forberedelse til livet utenfor institusjon. Avdelingspersonalet hadde spesielt ansvar for å følge opp en eller to pasienter gjennom å være miljøkontakt. Dette var pasienter som de fulgte opp ekstra nøye og hadde et spesielt ansvar for å lære å kjenne, observere og lære opp. Å gjøre noe sammen med pasienten i ulike aktiviteter ga personalet en anledning til å bli kjent med pasienten, for bedre å vite hva slags aktiviteter pasientens burde motiveres for å delta i samt får bedre kjenneskap til hva som plaget de (Øye & Skorpen 2009b). Personalet kunne fortelle at de ofte knyttet spesiell kontakt med de pasienter de gjorde noe sammen med.

Pasientenes deltakelse i aktiviteter og dagliglivet ble brukt som grunnlag av observasjoner av pasientenes symptomatferd. Det som ble observert av pasientenes deltakelse i miljøet ble rapportert til andre personalmedlemmer på vaktrommet, uten at pasientene var tilstedet på dette rommet. På vaktrommet ble hver enkelt pasient gjennomgått tre ganger om dagen i korthet og en gang i uken mer omfattende hvor behandlende psykiater, psykolog og sosionom var tilstede. Bestemmelser knyttet til permisjoner, utgang, skjerming, videre opphold på institusjonen, medisiner og annen behandling ble tatt på grunnlag av den informasjonsoverrekkelse som foregikk på disse rapportene og møtene. Det ble rapportert om hva pasienten hadde gjort i løpet av dagen, hvilke aktiviteter vedkommende hadde deltatt i og ikke minst hvordan pasientens tilstand ble oppfattet. Typiske uttalelser angående gjøremål kunne være: har vært på arbeidsstuen og laget seg et smykke, har ligget i sengen i hele dag, har vært på en kort tur til butikken, var med på fellessturen i skogen, satt på røykerommet i timevis, gjemte seg i dusjen. Typiske uttalelser om tilstander hos pasienten kunne være: er ustabil, noe oppfarende, er aggressiv overfor medpasienter, noe mer samlet nå, kaotisk, lei seg, virker sint. I det hele tatt ble pasientens tilstand vurdert basert på avdelingspersonalets observasjoner av pasientene i løpet av dagen i miljøet. Observasjonen ble basert på kriterier om pasienten ble oppfattet som bedre eller verre, mer eller mindre umoden, mer eller mindre kaotisk, mer eller mindre urolig, mer eller mindre aggressiv, mer eller mindre selvstendig, mer eller mindre aktiv osv. Hva pasienten hadde ytt og hvordan han hadde oppført seg i løpet av et gitt tidsrom i miljøet, ble lagt til grunn for de beslutninger som ble tatt på pasientens vegne.

Service-relasjonen i institusjon

Erving Goffman (1961/1967) har i boken «Anstalt og menneske» (1961/1967) påpekt den betydning et servicemønster har for relasjonsdannelse mellom behandler og pasient i institusjonspsykiatrien. Et servicemønster, hevder Goffman (1961/1967; s.236), er forutsetninger og idealer hentet fra forretningsverden, der den ene betjener og den andre blir betjent, eller der den ene yter service og den andre mottar service. Et serviceytende system bringer med seg et spesifikt sosialt samværsforhold, der pasienter overgir seg i den andre varetekt; serviceyterens. Ideelt sett skal pasienten ha respekt for serviceyterens kompetanse og stole på vedkommende, og serviceyteren utøver denne kompetanse med en viss diskresjon og høflighet. Den serviceytende vil ofte reparere noe, ordne noe, justere noe, gjøre noe med noe eller noen for et honorar. Serviceytelsen kan også være motivert ut fra interessen for arbeidet, samt en opplevelse av at det som ytes er til gagn for vedkommende som tjenes.

Den interaksjon som oppstår mellom klient og serviceyter er av relativt strukturert form, i den forstand at den serviceytende kan engasjere seg i mekaniske og manuelle operasjoner av diagnostisk karakter. Det innebærer at serviceyteren må få opplysninger av teknisk art; det vil si hva som skal repareres eller ordnes opp i. Goffman hevder at det som foregår av interaksjon og relasjonsdannelse partene imellom, kan forstås innenfor denne strukturelle normative ramme for interaksjon.

Dette er en kontrakt som berører to grunnleggende enheter: klienten og klientens defekte objekt. Behandleren og pasientens samværsforhold er preget av denne institusjonelle sammenheng, der behandler må fremby service fra serviceyterens synspunkt, mens denne service-relasjonen varer kun så lenge motparten kan akseptere denne. Begge parter i service-relasjonen er forutbestemt til å tilby motparten noe, så vel som at begge er forutbestemt til å kunne avvise hva motparten kan tilby. Ideelt sett kan pasientene enten akseptere eller avvise det behandleren har å tilby. Avvisningen eller overdrivne akseptering kan få konsekvenser for relasjonen og pasientenes videre opphold i institusjon. Goffman skriver (1961/1967; s.246) med referanse til serviceforholdets karakter:

«Under sådanne omstændigheder kan serviceyderen være uafhængig af hver enkelt klients «gunst» og høflig afvise enhver, som han føler, han ikke kan betjene forsvarlig. På samme måde kan enhver af klienterne trække sig ud af det, hvis service-relasjonen viser sig at være utilfredsstillende. Ideelt set ligger der en tosidet frivillighed i samhørsforholdet – ligesom med mennesker der lever i synd. Der er også en grænse for, hvor meget hver af parterne kan beklage sig over forholdet, så længe de befinder sig i det. Ideelt set giver

ekspertservicen uttryk for gensidig respekt mellom klient og serviceyder og er forudbestemt til at være en gentleman-agtig proces.»

På et psykiatrisk sykehus er pasient og behandler bundet sammen så lenge de befinner seg innenfor institusjonens vegger med mål om endring og bedring hos den av partene som søker hjelp eller blir søkt hjelp for. Pasientene ble tilbudt medisinsk behandling og noen få pasienter fikk tilbud om samtalebehandling med psykolog. Pasienter kunne både akseptere den medisinske behandling i form av å svelge tabletter når de skulle, eller de kunne avvise den medisinske behandling gjennom å stue vekk tablettene i en sokk i skapet, spytte den i do, samle tablettene opp i en eske eller liknende. Å avvise den medisinske behandlingen ble møtt med sanksjoner hvis det ble oppdaget. Som regel ble det iverksatt tvangsmedisineringer gjennom depotinjeksjoner. Av den grunn kunne ikke samværsforholdet betraktes som servicereelasjon i begrepets egentlige forstand. Alle psykiatriske pasienter innlagt på sykehuset over tid måtte ta imot medisinsk behandling, og følgelig kunne ikke pasienter avvise tilbudet om medisinsk behandling. På et psykiatrisk sykehus vil det derfor ikke være snakk om en «ren» servicereelasjon, der pasientene fritt kunne akseptere eller avvise det servicetilbud som ble forelagt.

Dette var også noe av Goffmans (1961/1967) poeng, der han stilte seg tvilende til om man i det hele tatt kunne anvende servicemønsteret som referanseramme i psykiatriske sykehus. Et serviceforhold har sin egen logikk som fortøner seg annerledes innenfor en institusjonell ramme som det psykiatriske sykehuset sammenlignet med andre samhørsforhold utenfor institusjoner (Goffman 1961/1967). På et psykiatrisk sykehus vil frivillighetsprinsippet ikke nødvendigvis gjelde, og pasienten kan være påtvunget inn i samhørsforholdet og relasjonen. Pasientene kunne blant annet ikke velge hvem som skulle være deres miljøkontakt, men ble tilbudt en miljøkontakt de ikke kunne avvise. Innenfor en institusjonell ramme vil også en serviceyters oppgave om å yte god service stå i konflikt med profesjonens mandat til å yte kontroll over pasienten. Mandat til profesjonsutøveren vil være å tilse at samfunnsmessige normer blir opprettholdt, som for eksempel at pasienten ikke skader seg selv eller andre (Jacobsen 2006; Sørensen 2006; Øye & Skorpen 2009b).

Gaven: Å gi og forvente noe tilbake

Marcel Mauss' publikasjon «Gaven» (1925/1995) tematiserte i likhet med Goffman relasjons- og alliansedannelser mennesker imellom. «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 og en allmenn forståelse av sosialt liv.¹

En gave, tjeneste eller ytelse forplikter, og må møtes med gjenytelse (Mauss, 1925/1995). Siden gaven forplikter, fungerer gaven som en symbolsk kontrakt. Den som gir, får et symbolsk tak på mottakeren frem til gaven gjenyttes. Gaven betraktes som en institusjonalisert gavmildhet som innebærer at alle i et sosialt fellesskap står i en vag og udefinert gjeld til hverandre, og der den generaliserte resiprositeten skaper avhengighetsbånd. På den måten ligger det en kraft i tingene og ytelsene; en produktiv kraft. 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. En gaveutvekslingspraksis skaper allianser og nærhet mennesker imellom, heller enn avstand og fiendtlighet (Mauss 1925/1995). 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, og gaveutveksling skaper sosiale forpliktelser og varige bånd mellom partene. Mauss betraktet den sosiale verden som en verden av symbolske relasjoner der individene var uløselig knyttet sammen til hverandre i betydning at individets mentale liv var nært forbundet til gruppens liv. Menneskene er knyttet sammen som en usynlig nøkkel som sørger for at deres gjensidige relasjoner er konstante. Symmetriske bånd etableres bare så lenge partene er skuls, og så lenge en av partene står i gjeld til den andre part vil relasjonen betraktes som asymmetrisk.

Gaven og tjenester som ledd i alliansedannelser i institusjonens underverden

Mauss (1925/1995) beskrev hvordan gaven og gaveutveksling skaper sosiale forpliktelser og bånd mennesker imellom, og der plikten til å gi og motta utgjør selve det normative grunnlaget i det sosiale fellesskapet. På et psykiatrisk sykehus som i andre sosiale fellesskap skjer det relasjonsdannelser og

1 Forskjellen ligger i hva Mauss omtalte som gaveøkonomier i tradisjonelle samfunn. Disse tradisjonelle samfunn er i større grad enn hos oss preget av en dypere integrasjon og tettere fellesskap. Overbringelser av gaver i tradisjonelle samfunn er av total karakter som får implikasjoner for store deler av småskalasamfunnets sosiale liv som kjønnsrelasjoner, slektskap, trosformer, rangforskjeller, næringsveier osv. Begrepet *total* er et nøkkelbegrep i «Gaven» i betydning av at alt i samfunnet henger sammen på en logisk måte; at alle praksiser og institusjoner speiler seg i hverandre og gjensidig forutsetter hverandre.

tilknytninger mennesker imellom gjennom flyt av gaver og tjenester, og som i en hver annen institusjon utvikler det seg en egen underverden som har helt spesifikke karakterer av tilknytning mennesker imellom (Goffman, 1961/1967). Personalet i vår studie kunne under visse omstendigheter tillate seg å yte tjenester eller gi noe utover det forventete. Når pasientene manglet penger til røyk, kunne et personalmedlem ta penger fra personalets felles kaffekasse slik at pasienten fikk penger til røyk. Personalet kunne også ta med en pasient inn på vaktrommet (et rom som var forbeholdt personalet) å gi en kopp kaffe fra personalets egen kaffetrakter, eller sette seg sammen med en pasient for å ta en røyk sammen (noe som ikke var lov etter innføringen av røykeloven). Dette var gaver eller offer hvor personalet bryter med institusjonens offisielle normer for sosial samhandling. I kraft av bruddet av det som forventes skapes også nære bånd og allianser mellom partene. Slike ekstraordinære ytelser var handlinger pasientene la merke til og satte pris på. En pasient sa:

«Hun ble til og med igjen etter at vekten hennes var slutt. Jeg ba henne om å dra hjem siden hun var ferdig for dagen, men hun sa at hun ikke ville forlate meg når jeg var så utafør. Det satte jeg utrolig pris på, for jeg var så redd, så akkurat den pleieren fikk jeg et ekstra godt forhold til.»

Goffman (1961/1967) hevdet i likhet med Mauss at relasjoner konstitueres gjennom tjeneste- og gaveutveksling. Disse ekstraordinære ytelsene og gavene skapte en forventning hos pasientene om en reduksjon av avstanden mellom pasient og personalet med en større grad av likeverdighet, jevnbyrdighet og likefremhet. Denne form for relasjonsdannelse beskriver Goffman som en del av den uoffisielle protektorforhold tilhørende en underverden i et psykiatrisk sykehus i motsetning til det offisielle sosiale dagliglivet. Denne omsorgen gjennom disse ekstraytelsene er ikke fri – det forventes noe tilbake. Det ble forventet i gjengjeld at pasienten skulle forholde seg solidarisk gjennom å gjøre gjenytelser, som å delta i institusjonens aktiviteter og gjøremål som eksempelvis vasking av klær, matlagning, rydding, deltakelse på arbeidsstuen og lignende. Et slikt protektorforhold kunne i neste omgang gi pasienten en del forventning om gjenytelser fra personalet i form av større grad av friheter som innlagt. Pasientene kunne ha forventning om å få permisjon, utgang uten følge, flere røyk, tur til shoppingsenteret eller andre «goder.» Dette kaller Goffman gunstbevisninger og var selvsagt rubrisert som ulovlige og følgelig tilhørende institusjonens underverden. Goffman hevder videre at disse gunstbevisninger lett kunne bli rutinemessig og om-danne seg til en alminnelig forventning som ble tatt for gitt. Han skriver:

«Der indtrådte noget i retning av en tilbagegående proces, så ethvert nyt middel til at udvise omsorg blev til rutine og følgelig ikke mer var effektivt

som tegn på hensyn. Man måtte da til å supplere op med yderligere «gaver». Og når en gunstbevisning først var blevet taget som noget helt selvfølgeligt, kunne dens inndragelse give anledning til åbenlyse bebrejdelser» (Goffman, 1961/1967; s.217).

Gaven og stadige gjenytelser kan binde sammen et personalmedlem og en pasient i en relasjon, og der det dannes en allianse. I den grad vi kan tale om en jevnbyrdighet i relasjonsdannelsen tilhører dette institusjonens underverden eller den uoffisielle delen av institusjonens sosiale liv. Jevnbyrdigheten i relasjonene og alliansene mellom personalet og pasienten i institusjonens underverden var bare øyeblikksbetonet og tilsynelatende (Oeye et al. 2009b), da gaver ikke kunne utveksles gjensidig åpenlyst i institusjonens offisielle liv.

Gaven som brudd på alliansedannelser

I den offisielle verden på det psykiatriske sykehuset kunne personalet gi pasientene noe eller gjøre dem tjenester. Det kunne være alt fra å hente en kopp kaffe til dem, ta en kjøretur med de til et handlesenter, kjøpe noe for pasientene i butikken, vaske klærne deres, sy noe for dem eller liknende. Slike tjenester ble av personalet forklart som en måte å gi omsorg til pasientene på grunnet deres sårbarhet og lidelse (Oeye et al. 2009a). I kontrast kunne ikke pasientene gjøre gjengjeld til slike tjenester. Det ble riktignok forventet at pasientene skulle oppføre seg i tråd med institusjonens offisielle husregler og andre normer og regler, som eksempelvis å delta i dagliglivets aktiviteter og gjøremål. Men det å gi noe tilbake, kunne *ikke* gjengjeldes med en gave i form av en *ting*. Hvis en pasient tilbød en gave til et medlem av personalet, var vedkommende forpliktet til ikke å motta gaven.

En pasient åpnet døren inn til vaktrommet og sa at hun hadde en gave til Britt. Britt var pasientens miljøkontakt. Gaven var en bok som var pakket inn i gavepapir og sammen med boken hadde hun laget et kort der det stod et dikt som hun hadde forfattet selv. Hun fortalte at hun hadde brukt lang tid på å skrive diktet og ville gjerne gi denne boken, siden hun syntes hun hadde fått så god kontakt med Britt. Britt nølte med å motta gaven, og pasientens spurte mens hun stod i døråpningen med gaven utstrakt i hånden: «Vil du ikke ha gaven?» Britt så ned i gulvet, mottok noe reservert gaven og sa med en lav stemme: «Takk.» Da døren til vaktrommet ble lukket, la hun gaven med kortet fort vekk på et bord og spøkte rundt det hele og sa til de andre på vaktrommet: «Dere kjenner henne, den ene dagen er jeg helt fantastisk og den neste dagen er jeg ikke noe å samle på». Alle sammen lo og fortsatte med rapporten.

Det er en vanlig restriksjon i hele helsevesenet at personalet ikke har lov til å motta noen former for gaver av pasientene. Det å vurdere å ta imot

gaven kunne forplikte personalmedlemmet å gi noe tilbake til pasienten. En aksept av gaven kunne favorisere enkeltpasienten på bekostning av andre medpasienter og følgelig gå på bekostning av prinsippet om likebehandling. Gaveoverrekkelse fra en pasient til et personalmedlem ble også betraktet av personalet som en måte for pasientene å utvelge et personalmedlem på bekostning av andre personalmedlemmer. Pasientens gaveoverrekkelse ble således ansett som en mulig manipulerende atferd for å oppnå noen fordeler som kunne føre til splittelse av personalgruppen.

Gaveutveksling og flyt av gaver symboliserer at menneskets handlinger er felleskapshandlinger, der den endelige virkningen er opprettholdelse av sosial orden (Mauss 1925/1995). Det å nekte å ta imot gaven er en fornektelse av en sosial orden og samfunnets grunnverdier. I dette tilfelle blir avvisningen av gaven en fornektelse av en sosial orden tilhørende livet utenfor institusjonen, men ikke en fornektelse av den sosiale orden på institusjonen. Den sosiale orden i institusjonens offisielle dagligliv er ikke skapt for jevnbyrdighet og gjensidige allianser. Dette er en verden som bryter med mulighet for varige alliansedannelser, og i den grad det etableres alliansedannelser, tilhører disse alliansene institusjonens underverden. Når gaven ikke aksepteres, symboliserer det et brudd med en invitasjon til opprettholdelse av en allianse mellom to parter, som eksempelvis når gaven fra pasienten ikke kunne aksepteres av personalmedlemmet i institusjonens offentlige rom. Ved å ikke motta gaven, så setter man giveren i forlegenhet. Avvisning av gaven symboliserer et brudd på relasjonen i det gaven ikke aksepteres eller gjengjeldes (Mauss 1925/1995). I neste omgang symboliserer avvisningen av gaven et fundamentalt brudd med det symmetriske idégrunnlaget i terapeutiske relasjoner, samt bryter med prinsippet i humanistisk allianse ideologi (Hickey & Kipping 1998). Bruddet i gaveutvekslingen bidrar også til å undergrave brukermedvirkning, der maktbalansen skal forskyves fra ekspert til pasient. På et psykiatrisk sykehus kunne ikke pasientene gjengjelde tjenesten direkte, og følgelig blir gjensidigheten og jevnbyrdighet i relasjonen avbrutt. I dette tilfelle understreker brudd av gaveutvekslingen heller ujevnbyrdigheten og skjevheten i omsorgsrelasjonen. Asymmetrien i relasjonen etableres gjennom å avvise gjengjeldelsen av gaven.

Det vi finner på det psykiatriske sykehuset er heller en profesjonell, asymmetrisk relasjonsdannelse. Kari Martinsen (1996) skriver med referanse til Hans Jonas at: «Relasjonen blir en avhengig herre (pasienten som byder) og en mektig tjener. En er knyttet sammen fordi den ene er prisgitt den annen» (Martinsen 1996; s.101). Pasienten er prisgitt sin mektige tjener i kraft av sin posisjon som hjelpetrengende; pasientene søker eller blir søkt hjelp til og for. Det binder en uløselig sammen, men skaper også avstand

og asymmetri i kraft av spesifikke vilkår for denne relasjonsdannelse. Relasjonen er ikke betingelsesløs, men konstitueres i kraft av at noen vil noe med den andre utover det å betjene den andre etter et servicemønster. Det er ikke en betingelsesløs tjeneste eller gave som gis fra personalet til pasienten. Behandleren vil noe med pasienten i betydning å få pasienten til å bli frisk, bedre, mer moden, selvstendig, ansvarsfull, samlet, behersket, mindre aggressiv osv. (Oeye et al. 2009a). Det kan være mål personalet har på vegne av pasienten som pasienten ikke sier seg enig i, vil gjøre noe med eller klarer å gjøre noe med.

Hele det psykiatriske sykehusets offisielle liv er bygget rundt denne asymmetrien, der noen tar bestemmelser på vegne av andre. Vaktrommet var forbeholdt personalet og beslutninger tatt vedrørende pasientenes tilværelse inne på og utenfor institusjonen ble tatt uten at pasientene var tilstedet på dette rommet. I det hele tatt ble det totale dagliglivet organisert slik at personalet kunne observere pasientene i dagliglivets gjøremål og aktiviteter for å få informasjon om symptomutvikling hos pasientene (Øye & Skorpen 2009b). Det er noen som gir omsorg og noen som mottar omsorg, det er noen som hjelper og noen som blir hjulpet, det er noen som gir «noe» og noen som mottar «noe». Pasientene mottar noe som ikke umiddelbart kan gjengjeldes i form av gaver. Det å ha mottatt gaven fra personalets side ville ha rokket ved den grunnleggende asymmetriske relasjonen karakteristisk for en hierarkisk medisinsk institusjon; den som er frisk/normal versus den som er syk/avvikelig (Skorpen et al. 2009). I institusjonens offentlige liv ble omsorgsrelasjoner produsert basert på autoritet og underdanighet, noe som går igjen i hele den offisielle medisinske hospitalstrukturen (Oeye et al. 2009b).

Å gi noe tilbake: Gaven som bindeledd mellom stat og individ

Gavepraksisen som alliansedannende kan ses i lys av en større institusjonell og samfunnsmessig ramme. Det å tilby noe kan betraktes som en del av en nasjonal serviceytelse til den delen av befolkningen som lider av psykiske lidelser. Mauss (1925/1995) omtalte hvordan velferdsstaten griper inn i borgernes liv gjennom total omsorg og sosiale ytelser, men vektla samtidig hvordan ytelsene måtte tilbakebetales av borgerne. Mauss skriver (1925/1995; s.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 man må yte, er på vei tilbake, slik et tema som har vært glemt for lenge, dukker opp igjen.»

Mauss var opptatt av hvordan gaven, plikten og friheten hang sammen, og herunder hvordan gaver og invitasjoner skulle gjengjeldes. Gaven kan med dette forstås som ledd i en statlig styring, hva Mauss omtalte som en total omsorg. Gaven i form av total omsorg er ikke fri. Det forventes at borgerne eller pasientene skal yte noe tilbake. Det forventes ikke at pasienten skal yte noe tilbake der og da nødvendigvis, men i form av en langsiktig omforming til produktive borgere slik at de kan gi noe tilbake til storsamfunnet. Det forventes at pasientene skal tilbakeføres som tilnærmelig normaliserte borgere i tråd med psykiatireformen (se St. meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet).

Foucault var i likhet med Mauss påvirket av den franske strukturalisme og belyste sammenhengen mellom styring og individers dannelse. 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).²

Iver B. Neumann (2002) bygger på Foucault når han hevder at de norske myndighetene prøver gjennom en liberal styringsform og implementering av brukermedvirkning eller serviceinstitusjoner i offentlig omsorg 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). Omsorgen og ytelsene blir ikke å betrakte som uselviske, nettopp fordi de ikke er frie. Det forventes mottelser i form av subjektiv omdannelse til produktive borgere på sikt.

Siden etablering av de første psykiatriske institusjonene har hensikten vært at psykiatriske pasienter skulle læres opp inne på institusjon for å gjenetableres som samfunnsnyttige borgere utenfor institusjonen (Foucault 1961/1999; Tuke 1813/1964). Tuke (1813/1964) førte blant annet regnskap over hvor mange pasienter han hadde tilbakeført pr. år til sine familier og lokalsamfunn etter behandling i hans institusjon. Tuke Retreats opprettholdelse og legitimitet lå i et slikt samfunnsoppdrag. I dag som den gang tilrettelegges institusjonsomsorgen for at pasientens skal læres opp og behandles innenfor for et liv utenfor institusjon (Sørensen 2006; Oeye et al. 2009a). Pasientene skulle blant annet læres praktiske og sosiale ferdigheter i samhandling med andre. Denne treningen kunne skje i interaksjon med

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

personalet gjennom å gjøre noe sammen som eksempelvis å bake noe sammen, sy noe sammen, gå tur sammen eller liknende. Slikt sett kan et totalt omsorgsforhold vedlikeholdes av en lønnsom allianse mellom stat og psykiatriske pasienter etablert i institusjonelle omsorgs- og servicerelasjoner. Omsorgen og relasjonsdannelsene blir å betrakte som ledd i omforming av dysfunksjonelle borgere i institusjonsomsorgen.

Gaven, og gjengjeldelse av gaven kan således fungere som bindeleddet mellom stat og individ. Staten yter omsorg via dets institusjoner og dets personalet, og i disse omsorgsytelsene forventes noe tilbake; gjenytelse i form av subjektets omdannelse til normaliserte borgere. Gavens gjengjeldelse blir ikke forventet gjengjeldt i form av en gave der og da, men i form av pasientens endring og omdanning over tid. Pasienter som ikke klarer denne omdannelsesprosessen kan stå i en udefinert gjeld til den store yter; staten. I kraft av å ikke kunne yte noe tilbake til fellesskapet, kan pasientene risikere langvarig marginalisering.

Gavens rolle

Omsorgens vilkår i institusjonsomsorgen kan belyses gjennom å anskueliggjøre *gaven* som symbol på relasjonsdannelsen på den ene siden og brudd i relasjonsdannelsen på den annen side. Gaver kan binde mennesker sammen i omsorgsrelasjoner, mens stans i flyt av gaver og tjenester symboliserer brudd på relasjonen mennesker imellom. Gaven inngår som en del av en servicerelasjon; et bytteforhold mellom goder og tjenester basert på det å gi, motta og gi noe tilbake innenfor institusjonens sosiale liv og rammer. Gaveutveksling symboliserer relasjoner basert på jevnbyrdighet (Mauss, 1925/1995). Jevnbyrdighet i omsorgsrelasjoner etterstrebes som et ideal i organiseringen av psykiatriløstjenestene gjennom målsetting om brukermedvirkning (se st.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet), og inngår også som en sentral målsetting i sykepleiefaglige idealer (McCann & Baker 2001; Olsen 1992).

Brukermedvirkning fordrer jevnbyrdighet i relasjonen mellom personalet og pasientene (Hickey & Kipping 1998). Symbolske gaveutvekslinger partene imellom kan bidra til å opprettholde jevnbyrdighet i relasjonen. En slik symbolsk gaveutveksling finner sted i institusjonens underverden og uoffisielle dagligliv. Det er verken snakk om svære summer eller store gaver, men små symbolske gaver som bidrar til å understreke forholdets betydning og opprettholde alliansen personal og pasient imellom. Brudd på denne gaveutvekslingen skjer i institusjonens offisielle liv, der personalet ikke kan motta symbolske gaver. Det å ikke akseptere gaven skaper et brudd i en etablert alliansedannelse eller avviser en påtenkt alliansedannelse. Slik insti-

tusjonsomsorgen er organisert i dag oppstår det et spenningsfelt mellom relasjonens symmetriske forsøk gjennom gaveutveksling i institusjonens underverden, og asymmetriske relasjoner tilhørende sykehusets offisielle hierarkiske organisering. Det å etablere symmetriske omsorgsrelasjoner i tråd med brukermedvirkningens prinsipper synes derfor å by på en del utfordringer i hierarkiske medisinske organisasjoner der målet er endring av galskapen og normaliserte borgere.

Litteratur

- Alvesson M, Sköldberg K. *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Bradshaw PL. Service user involvement in the NHS in England: Genuine user participation or a dogma-driven folly? *Journal of Nursing Management* 2008; 16(6), 673–681.
- Delamont, S. Ethnography and participant observation. I: Seale C, Gobo G, Gubrium JF, Silverman D. (eds.) *Qualitative research practice*. London: Sage Publications, 2004, s. 217–29.
- Digby A. *Madness, morality and medicine: A study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Edgley A, Stickley T, Masterson S. Whose right? *Journal of Mental Health* 2006; 15(1), 35–42.
- Fangen K. *Deltaagende Observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
- Foucault M. *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal, 1973.
- Foucault M. The subject and power, I: Faubion JD (ed.) *Power. Essential works of Foucault 1954–1984, volume three*. London: Penguin Press, 1982/2001, s. 326–48.
- Foucault M. *Psychiatric Power. Lectures at the college de France 1973–1974*. New York: Palgrave Macmillan, 1973–1974/2008.
- Goffman E. *Anstalt og menneske*. Viborg: Paludans fiol-bibliotek, 1961/1967.
- Grut L. En modell for brukermedvirkning i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003; 6(3), 178–188.
- Hermundstad G. *Psykiatriens Historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
- Hickey G, Kipping C. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 7(1), 83–8.
- Jacobsen CB. *Paradoksal Psykiatri – Etnografiske analyser av samspillet mellom plejepersonale og pasienter i dansk retspsykiatri*. København: København Universitet, Institutt for Antropologi, 2006. Ph.D. Thesis.
- Martinsen K. *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
- Mauss M. *Gaven. Utvekslingens form og årsak i arkaiske samfunn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1925/1995.
- McCann TV, Baker H. Mutual relating: developing interpersonal TV relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 34(4), 530–7.
- Neumann IB. *Michel Foucault Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2002, s. 7–38.

- Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A. Doing participant observation in a psychiatric hospital – Research ethics resumed, *Social Science & Medicine* 2007; 65(11), 2296–306.
- Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Anderssen N. Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway, *Issues in Mental Health Nursing* 2009; 30(3), 151–8. (a)
- Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A, Anderssen N. (2009b). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway – a mission impossible? *Nursing Inquiry* 2009; 16(4), 287–96. (b)
- Olsen DP. Controversies in nursing ethics: a historical review. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17(9), 1020–7.
- Skorpen A, Anderssen N, Øye C, Bjelland AK. 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* 2009; 18(6), 409–16.
- St. meld. nr. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr25_199697.html?id=191086
- Sørensen NØ. *I virkeligheden udenfor. Et dobbeltperspektiv på sygeplejerskers arbejde i en psykiatrisk institution. En analyse af magt, styring – og selvstyringsteknikker*. PhD thesis. Roskilde: Forskerskolen i livslang læring, Roskilde Universitetscenter, 2006.
- Trnobranski PH. Nurse–patient negotiation: assumption or reality? *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19 (1), 733–7.
- Tuke S. *Description of the Retreat*. London: Dawsons of Pall Mall, 1813/1964.
- Øye C, Skorpen A. *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. (PhD-avh.), Bergen: Universitetet i Bergen, 2009. (a)
- Øye C, Skorpen A. Kjennskapens ritus - Fra Tukes te-selskap til fredagskos i et psykiatrisk sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2009; 50(3), 267–92. (b)

Christine Øye
Førsteamanuensis
avdeling for helsefag
Høgskolen Stord/Haugesund
N-5409 Stord
christine.oye@hsh.no