

Inden for rammerne af tvang

En systemteoretisk analyse af *ligeværd* som medicin i psykiatrisk behandling

Framed by coercion

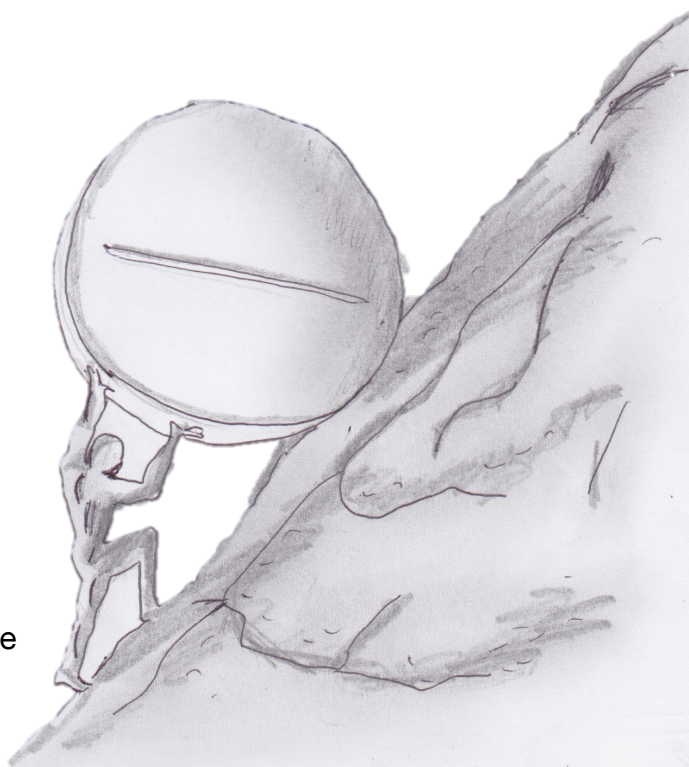
A systems theoretical analysis of *equality* as a drug in psychiatric treatment

Kandidatafhandling af
Anne Mette Thurøe Nielsen
Anne Iburg

Vejledt af
Niels Åkerstrøm Andersen

Dato for aflevering: 10.03.2016
Antal anslag/sider: 272.948/120

Cand.soc. i Politisk Kommunikation & Ledelse
Institut for Ledelse, Politik og Filosofi
Copenhagen Business School



ABSTRACT

This thesis sets out to investigate how *equality* (*ligeværd*) as a communicative construct has become a kind of drug, challenging the use of coercion, and paving the way for a new approach to managing psychiatric patients. Our interest in equality is driven by the seemingly opposite directed nature of the drug, aiming for the *freedom* of the psychiatric patient while recognizing *coercion* as a potential necessary means. With a systems theoretical approach we investigate the semantics of coercion and equality respectively, and show how coercion over time has become a problem rather than a matter of course in psychiatric treatment. Equality, on the other hand, has become a new treatment solution since it is capable of addressing both psychiatric illness and the need for reducing coercion. The solution lies within the observation that equality does not claim to be either freedom or coercion, but a paradoxical mix of the two. As such, equality seems to be more than a conventional drug. Moreover, it has come to play a part in the very operation of the medical system, distinguishing between *ill* and *not ill*, and given the ambiguity of the drug - the observation of freedom in the frames of coercion - the medical system thereby puts itself at stake. Equality as a drug is prescribed regardless of a diagnosis and without reference to a given standard. It is prescribed to both patient *and* practitioner, and the right dosage is never ascertained. The ground rules of the relation between patient and practitioner have perished, as the practitioner's way of reasoning has come to encompass the unreasonableness of the patient. As such, equality questions every aspect of psychiatric treatment, but has nevertheless become paramount to the medical system and is no longer a mere matter of alternative treatment. This new medicine thus installs a considerable uncertainty within psychiatric treatment. Our exploratory study of patient management in three psychiatric hospitals shows that equality calls for a *hybrid reflexivity* among the practitioners, striving towards the freedom of the patient while recognizing the potential of coercion.

INDHOLDSFORTEGNELSE

ABSTRACT	1
KAPITEL 1: INDLEDNING	4
1.1. TVANG	4
1.2. LIGEVÆRD	5
1.3. EN NY MEDICIN	6
1.4. PATIENTLEDELSE	7
1.5. PROBLEMFORMULERING.....	8
KAPITEL 2: ANALYSESTRATEGI	9
2.1. HVAD ER EN ANALYSESTRATEGI?.....	9
2.2. DET KONSTRUKTIVISTISKE UDGANGSPUNKT	10
2.3. SYSTEMTEORIEN SOM TEORETISK RAMME	11
Iagttagelse og paradoks.....	11
Sociale systemer.....	13
Kommunikation og mening	15
Tvang, magt og ledelse	15
Ligeværd	17
2.4. ANALYSERNES IAGTTAGELSESPROGRAMMER	18
Iagttagelsespunkter	18
Ledeforskelle.....	19
2.5. SPECIALETS PROGRESSION.....	22
2.6. KONSTRUKTION OG AFGRÆNSNING AF EMPIRI	25
KAPITEL 3: PROBLEMATISERINGEN AF TVANG OG TILBLIVELSEN AF LIGEVÆRD	27
3.1. DELANALYSE 1: TVANGENS PROBLEMATISERING.....	27
Perioden før 1938: Sikkerhed og sygdom.....	28
Perioden 1938-1989: Sindssyge- og psykiatrilovgivning.....	34
Perioden 1989-frem: Moderne psykiatrilovgivning	40
Perioden 1970'erne-frem: En mangfoldighed af iagttagelser af behandling	44
Opsamling på delanalyse 1: Tvangens problematisering.....	48
3.2. DELANALYSE 2: TILBLIVELSEN AF LIGEVÆRD	53
Ligeværd i den juridiske kommunikation.....	54
Ligeværd i den medicinske kommunikation.....	61
3.3. DELANALYSE 3: KARAKTEREN AF LIGEVÆRD SOM MEDICIN	66
3.4. KONKLUSION – KAPITEL 3	68
KAPITEL 4: LIGEVÆRD SOM MEDICINSK MEDIE	70
4.1. HVAD ER MEDICIN?	71

4.2. LIGEVED SOM DET MEDICINSKE SYSTEMS MEDIE	73
4.3. LIGEVED SOM PHARMAKON.....	75
4.4. KONKLUSION – KAPITEL 4	77
KAPITEL 5: PATIENTLEDELSE.....	79
5.1. DELANALYSE 1: ROLLEN SOM PATIENT.....	80
Fra masse til individ	80
Patienten som præsterende publikum	81
Galskabens historie	83
Den ufornuftige patient.....	84
Den tavse patient	85
Den strategiske patient	87
5.2. DELANALYSE 2: ROLLEN SOM BEHANDLER.....	88
Den autentiske autoritet	88
Tvang og troværdighed	90
5.3. KONKLUSION – KAPITEL 5	91
KAPITEL 6: INTERAKTION	93
6.1. UDFORDRING I: UKENDTE OG USYNLIGE BEHOV.....	93
Differentierede behov.....	94
Usynlige behov	95
6.2. UDFORDRING II: UFORNUFT OG FARE	96
Aflæring af patientrollen.....	97
Fare og tavshed	99
6.3. UDFORDRING III: PERSONLIG PROFESSIONALISME	100
Fra personlig til privat: forskellen fordobles	100
Personlig professionalisme: det hele menneske	101
6.4. UDFORDRING IV: TROVÆRDIGHED OG TVANG.....	103
6.5. DEN HYBRIDE BEHANDLER.....	104
Afparadoksing gennem ikke-medicinsk kommunikation	105
Hybriden	106
6.6. KONKLUSION – KAPITEL 6	108
KAPITEL 7: KONKLUSION OG SAMTIDSDIAGNOSTIK.....	109
7.1. Opsamling på specialets analyser	109
7.2. Samtidsdiagnose - det medicinske system på spil	112
EFTERREFLEKSION	115
LITTERATUR.....	117

KAPITEL 1: INDLEDNING

“En læge informerede mig om, at hvis jeg ikke ville tage medicinen, ville det foregå med tvang. Der gik nærmest bare ét sekund, så stod der 18 mennesker inde på mit værelse, og så blev jeg injiceret med stesolid. Jeg sad bare og græd. To politibetjente kom til, og jeg skulle nu åbenbart over på en anden afdeling. Ingen fortalte mig, hvad der skete. Jeg fik ikke tid til at tage tøj på, og de tog mig i armene og hev mig op på den nye stue. (...) hun hørte, de sagde: “Hent bæltet”. (...) Det var så ydmygende (...)” (outsideren.dk).

Psykiatriske patienters oplevelser af at være underlagt tvang har gennem tiden givet anledning til skarpe anklager af psykiatrien og dens behandlingsmetoder. Tortur, overgreb og kompromittering af menneskerettighederne er blot nogle af sammenligningerne. Ikke desto mindre er tvang stadig et vilkår i moderne psykiatrisk behandling i Danmark.

1.1. TVANG

Den første lovgivning om anvendelse af tvang i Danmark bliver til allerede omkring år 1250 for at beskytte samfundet mod *galskaben*. Truslen mod samfundets orden udgør gennem flere århundreder et centralt argument for at ekskludere de gale. I løbet af 1800-tallet begynder lægevidenskaben at interessere sig for sindssygdomme og i den forbindelse at betragte tvang som en selvfølgelig forudsætning for helbredelse. Tvang ses som en præmis for det at gøre syge folk raske. Efterhånden rettes dog stigende kritik mod det at underlægge frie individer tvang. Kritikken kommer blandt andet fra den antipsykiatriske bevægelse, som både henviser til magtforholdene i psykiatrien og de skadelige implikationer af tvang for patienterne (Kelstrup 1983:202,299). I starten af 1900-tallet begynder lægevidenskaben desuden selv at problematisere anvendelsen af tvang. Medicinske undersøgelser viser en sammenhæng mellem tvangsindlæggelse og øget selvmordsrisiko (Engberg 1994:46), og i dag advokerer enkelte læger sågar for, at anvendelse af tvang i psykiatrien helt bør forbydes (politiken.dk1, politiken.dk2).

Fratagelse af patientens frihed udgør et omdrejningspunkt i kritikken af anvendelse af tvang i psykiatrien. Ifølge Institut for Menneskerettigheder berører tvangsanvendelse “(...)nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder: retten til personlig frihed og til respekt for den fysiske og

psykiske integritet.” (menneskeret.dk). Tvang og magtanvendelse iagttages på lignende vis af den tidligere SR-regering som “(...)voldsomme indgreb i den enkeltes frihedsrettigheder og selvbestemmelsesret(...)” (Regeringen 2014:30). Og rettes blikket mod lovgivningen, finder vi også den dikotome forståelse af tvang som “(...)foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke(...)” fra patienten (retsinfo.dk0). Således ophører patientens frihed - muligheden for at øve indflydelse på egen behandling - når tvang tager over.

Kritikken af tvangsanvendelse har over tid medvirket til at kvalificere og rekonstruere, hvad vi forstår ved tvang i psykiatrisk behandling. Tvang er i dag udfordret på sin tidligere berettigelse som en nødvendig foranstaltning. Fra nærmest at være givet på forhånd er tvang i dag snarere et *nødvendigt onde*, man i stigende grad søger at styre udenom (information.dk, etiskraad.dka). Jævnfør ovenstående synes denne udvikling at være anført af tvangens modsætning: frihed. Der er dog ikke tale om, at kravene om frihed har gjort tvang unødvendig, men snarere at psykiatrien i dag præges af kommunikation, der gør brug af frihedens ressourcer *inden for rammerne af tvang*. Vi ser blandt andet dette i det stigende fokus på udvidelse af psykiatriske patienters rettigheder, opmærksomhed på patientinddragelse og samarbejde mellem åbne og lukkede psykiatriske institutioner - sideløbende med, at den psykiatriske patient stadig kan underlægges tvang.

Tvang er altså gået fra at være en løsning *for* behandlingen til at opstå som et problem *i* behandlingen. Ikke desto mindre er der stadig behov for effektiv psykiatrisk behandling. Denne behandling skal desuden kunne imødegå tvang som nødvendigt onde. Hvad bliver psykiatriens løsning?

1.2. LIGEVÆRD

Begreber som inddragelse, anerkendelse og respekt præger i stigende grad kommunikationen om psykiatrisk behandling. Også i den politiske kommunikation finder vi dette. Regeringsudspillet *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser* (herefter Ligeværd) søger at forbedre en lang række forhold gennem en kulturændring med ligeværdighed som omdrejningspunkt. Et centralt mål for udspillet består i at nedbringe anvendelsen af tvang, hvilket *ligeværd* også iagttages som en løsning på. Det politiske fokus på ligeværd afstedkommer desuden juridisk kommunikation, hvilket vi eksempelvis ser i revisionen af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, som SR-regeringens *Ligeværd* i 2015 udmønter. Af § 2 fremgår det, at ”Formålet med denne lov er at sikre, at tvangsanvendelse efter reglerne i denne lov i videst muligt omfang tager udgangspunkt i

patientens behov og udføres med respekt for patienten og dennes værdighed.”, og at patienten skal ”(...)inddrages og høres.”(retsinfo.dk0). Den juridiske kommunikation præges således også af fokus på ligeværd, hvilket kommer til udtryk i flere patientrettigheder og målsætninger om større grad af patientinddragelse gennem dialog med det psykiatriske personale i behandlingen. Desuden betragtes ligeværd som en indsats, der kan iværksættes for at forebygge og nedbringe tvang, skønt tvang forbliver en legitim og nødvendig mulighed i behandlingen. Men hvordan går det til, at ligeværd ikke opstår som en slags *sisyfosarbejde*, når målet er at holde noget borte fra behandlingen, som per definition er til stede som en mulighed?

1.3. EN NY MEDICIN

Det er vores tese, at ligeværd er blevet en integreret del af den psykiatriske behandling - en form for medicin - som *både* kan sameksistere med tvang som et nødvendigt onde og nedbringe eller kvalificere anvendelsen af tvang. Dette lykkes kun, idet ligeværd er forskellig fra frihed, udfordrer det klassiske modsætningsforhold mellem frihed og tvang, og således skaber et produktivt rum for psykiatrisk behandling inden for rammerne af tvang. Tvang og ligeværd opstår som gensidigt *påvirkende* frem for *udelukkende* elementer i den psykiatriske behandling. Med andre ord kan ligeværd, ved netop *ikke* at kræve den psykiatriske patients frihed, både gøre patienterne mindre syge og medvirke til, at de ikke udsættes for tvang. Det betyder, at den psykiatriske behandling også er blevet behandling af tvang - sin egen tidligere selvfølgelige præmis. Men det betyder også, at tvang på en ny måde har bevæget sig ind i behandlingen, hvilket åbner op for en rekonstruktion af både tvang og behandling. Præmisserne for psykiatrisk behandling bliver genstand for konstant omskabelse, når blandt andet patienten selv inviteres til at bidrage til behandlingen.

På denne baggrund vil vi i specialet vise, at modsætningen mellem tvang og frihed er forældet og i bedste fald udgør en unuanceret referenceramme for kommunikationen om tvang i psykiatrisk behandling. Vi skal i stedet se, hvordan ligeværd har bevæget sig ind i kommunikationen og doseres som en form for medicin i den psykiatriske behandling - og mod tvang. Lige værd er således mere end en funktionsækvivalent til tvang som præmis for behandlingen. Noget tyder dermed på, at betingelserne for måden at bedrive psykiatrisk behandling er under transformation.

1.4. PATIENTLEDELSE

Sameksistensen af tvang og ligeværd synes ikke blot at udgøre en udfordring i kommunikationen om, hvad vi kan forstå ved psykiatrisk behandling. De to elementer i behandlingen stiller desuden krav til de relationer behandlingen etablerer og foregår i - særligt relationen mellem patient og behandler. Mens tvang giver anledning til at iagttage denne relation som en repressiv form for magt: behandlerens magt *over* patienten, giver ligeværd snarere anledning til at iagttage gensidigheden i relationen: hvordan de to parter *magter hinanden*. Dette ikke mindst fordi både patient og behandler opstår i nye roller, når der kommunikeres i og om ligeværd. Patienten bliver sin egen vigtigste vejviser mod et bedre liv, og dermed også en ressource behandleren må bringe i spil, for at kunne udføre sit arbejde. Til forskel fra tidligere må behandleren søge at få patienten i dialog for overhovedet at kunne påbegynde behandling. Disse roller i kommunikationen ansporer os til at betragte relationen som et spørgsmål om *ledelse*.

Ledelse handler om gensidig påvirkning mellem parter i kommunikationen. Ledelse er altså en form for magt, men er ikke tvang. Begrebet om *shared decision making* er et godt eksempel på, at der er ledelse på spil i den psykiatriske behandling (Korsbek 2014:1275). Den delte beslutningstagning mellem behandler og patient opstår dog på en særlig måde i psykiatrien i lyset af de karakteristika, som tilskrives den psykiatriske patient. Der viser sig eksempelvis en problematik, når patienten ikke deler samme opfattelse af sin sygdom som behandleren, hvilket udfordrer de to parter i samarbejdet om behandlingen af netop denne sygdom. Desuden må den delte beslutningstagning til tider vige for det særlige vilkår, at lægen har bemyndigelse til at fratage patienten sin selvbestemmelsesret i en vurdering af, at vedkommende er ude af stand til at varetage egne interesser. Tvangen trænger sig på. Samtidig med, at behandleren forventes at behandle den psykiatriske patient med ligeværdighed, forventes behandleren på den måde at opstå som forvalter af ligeværdigheden i deres indbyrdes relation. Dette vilkår giver os anledning til at undres over, hvilke udfordringer ligeværd som medicin i den psykiatriske behandling producerer, når vi betragter *ledelse* som behandlerens *ledelse* af patientens *selvledelse*.

Det er for det første vores ærinde med dette speciale at undersøge *ligeværd i psykiatrisk behandling*, dels gennem en kortlægning af historien om den stigende problematisering af tvang som præmis for behandlingen, dels gennem analyse af ligeværds tilblivelse som en løsning i behandlingen. Det er for det andet specialets ambition, gennem iagttagelser af patientledelse, at vise, hvordan ligeværd

skaber nye betingelser for det at bedrive psykiatrisk behandling. Ovenstående leder frem til specialets problemformulering.

1.5. PROBLEMFORMULERING

Hvordan opstår ligeværd som medicin og udfordrer tvang som præmis for psykiatrisk behandling, og hvordan skaber det betingelser for patientledelse samt sætter den medicinske kommunikation på spil?

Vi operationaliserer problemformuleringen gennem nedenstående fire analysespørgsmål. Med de tre første spørgsmål spørger vi til, hvad der er tale om, når der er tale om *ligeværd*. Ligeværd er med andre ord den *sag*, specialet drejer sig om. Vi ser på betydningen af ligeværd, hvad angår tvang, og hvad angår behandlingen som en form for patientledelse.

På bagkant af specialets tre første delanalyser bliver det interessant for os at se nærmere på, hvordan ligeværd *sætter noget på spil* i den medicinske kommunikation om psykiatrisk behandling. Specialets konklusion vil derfor udfolde sig som en kort opsamling på de tre første analysespørgsmål for derefter at skifte blik på *sagen ligeværd* og med en samtidsdiagnostisk ambition spørge: *hvad sætter sagen på spil?*

Besvarelsen af følgende fire analysespørgsmål skal realisere denne ambition:

1. Hvordan kan vi iagttage problematiseringen af tvang som præmis for psykiatrisk behandling samt tilblivelsen af ligeværd som medicin?
2. Hvilke udfordringer for patientledelse opstår som følge af ligeværd som medicin i psykiatrisk behandling?
3. Hvordan håndteres udfordringerne for patientledelse i praksis?
4. Hvordan sætter ligeværd det medicinske system på spil?

KAPITEL 2: ANALYSESTRATEGI

"Distinguishing between sick and nonstick with respect to particular corporeal reactions and the construction of "disease entities" hence is not determined biologically but socially. The distinction is a feature of observation (of the "map") but not of the phenomena observed (not of the "landscape")." (Simon 1999:186).

I dette kapitel præsenterer vi specialets analysestrategi, som danner grundlag for, hvordan vi tilgår besvarelsen af specialets problemformulering og dermed, hvilken viden vi gør os i stand til at producere. Til at begynde med indkredser vi, hvad vi forstår ved en analysestrategi, og hvordan vi forvalter strategien for dette speciale med et videnskabsteoretisk udgangspunkt i konstruktivismen. Vi vender os derefter mod specialets teoretiske ramme i Niklas Luhmanns systemteori. Efter udfoldelsen af centrale systemteoretiske greb samt et systemteoretisk blik på specialets centrale begreber: tvang, magt, ledelse og ligeværd, er vi i stand til at præsentere iagttagelsesprogrammerne for specialets fire analyser. Afslutningsvis beskriver vi kort konstruktionen af specialets empiriske grundlag.

2.1. HVAD ER EN ANALYSESTRATEGI?

En analysestrategi er bestræbelsen på at eksplicitere de valg, der fastlægger genstanden for analyse og dermed sætter rammerne for, hvad vi kan få øje på (Knudsen 2009:9). Analysestrategien er dermed også beskrivelsen af, hvad vi gør os blinde for gennem valg af teori og afgrænsning af empiri (Esmark, Laustsen, Andersen 2005:26). Måden vi forvalter vores analysestrategi på tager udgangspunkt i de tre valg, Andersen (1999) opstiller som en mulig tilgang til analysestrategiens udformning og som er nært beslægtede med den systemteoretiske forståelsesramme (Andersen 1999:115,152).

Det første valg består i at udpege en analyses *iagttagelsespunkt* eller med andre ord: *systemreferencen* (Andersen 1999:117, Andersen 2014a:44). Dette valg indkredser, hvilke iagttagelser vi iagttager som iagttagelser og dermed, hvilket system de givne iagttagelser opstår som selvfølgelige for. Når vi eksempelvis, i analysen af problematisering og rekonstruktion af tvang, sætter fire systemers forskellige kommunikation om anvendelse af tvang som vores iagttagelsespunkt, får vi blik for, hvordan systemerne udgør hinandens omverden. Vi bliver også i stand til at iagttage, hvordan sy-

stemernes kommunikation kan irritere hinanden og sætte systemernes egen kommunikation om tvang på nye måder.

Det andet valg handler om analysens *ledeforskel*: “(...) *den forskel, der styrer anden ordens iagttagelsen i en systemteoretisk analyse.*” (Andersen 2014a:43-44) Ledeforskellen styrer, hvad vores analyser markerer, og hvad de dermed også udelukker. Gennem specialets fire analyser arbejder vi med to gennemgående ledeforskelle, der supplerer hinanden: *system/omverden* og *problem/løsning*. De to ledeforskelle konditioneres forskelligt i de fire analyser, hvilket vi udfolder nærmere nedenfor i afsnit XX om analysernes iagttagelsesprogram.

Det tredje valg består i *konditionering* af det valgte iagttagelsespunkt og ledeforskel (Andersen 1999:116, Andersen 2014a:44). Konditionering af iagttagelsespunktet handler om at eksplicitere, hvornår og hvordan vi lader noget indgå i vores iagttagelsesfelt og gør det til genstand for analyse, samt hvornår og hvordan vi tilskriver iagttagelser at være iagttagelser inden for vores ledeforskels blik. Vi kunne vælge at gøre *psykiatrisk behandling* til specialets overordnede iagttagelsespunkt. Dette er ikke decideret forkert, men dog ukonkret. Vi er nødt til at beskrive, på hvilken måde den psykiatriske behandling kan være punkt for iagttagelse - er der tale om *systemers* iagttagelse af behandling? Iagttager vi *et enkelt* eller *flere* elementer i behandlingen eller måske behandlingens *udvikling*? På samme måde må vi søge at gøre vores ledeforskelle empirifølsomme ved eksempelvis at vise, hvilke kriterier vi i den pågældende analyse opstiller for at skelne mellem system og omverden.

I dette analysestrategiske kapitel beskriver vi overordnet specialets teoretiske ramme, ledeforskelle og iagttagelsespunkter, men konditionerer løbende disse gennem hele specialet. Denne tilgang har vi valgt for at sikre analysestrategiens empiriske følsomhed og for at imødekomme læserens behov for retning gennem specialet.

2.2. DET KONSTRUKTIVISTISKE UDGANGSPUNKT

Vi positionerer os inden for den konstruktivistiske tradition. Det betyder, at vi arbejder ud fra en grundlæggende antagelse om tingenes kontingens: vi anerkender, at både måden vi iagttager og analyserer på, samt det vi iagttager og analyserer kunne være anderledes. Vores analytiske blik er hverken selvfølgeligt eller umuligt, hvormed viden og de konklusioner vi drager heller ikke er det

(Kneer & Nassehi 1997:107). Specialets analysestrategi er derimod udtryk for fiksering af kontingens, der tillader vores iagttagelser af tvang, ligeværd og ledelse at emergere på særlige måder.

Med udgangspunkt i tingenes kontingens afholder vi os fra at iagttage *væren*, men flytter i stedet blikket mod, hvordan mening *bliver til* i kommunikationen. Vores blik bliver med andre ord epistemologisk frem for ontologisk (Andersen 1999:12). Som Fritz B. Simon beskriver i kapitlets indledende citat er vores analyser udtryk for én social kortlægning - ikke selve det sociales landskab. Gennem besvarelsen af specialet forudsætter vi altså hverken tvang, ligeværd eller ledelse, men åbner vores blik for, *hvordan* disse konstruktioner bliver til og afstedkommer tilsyneladende selvfølgeligheder i kommunikationen (Andersen 1999:15). Specialets systemteoretiske ramme opstår som et grundlæggende valg, der konditionerer vores blik og gør en forskel i konstruktionen af den sociale virkelighed, vi iagttager (Esmark, Laustsen, Andersen 2005:11).

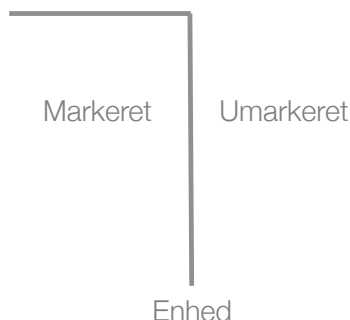
2.3. SYSTEMTEORIEN SOM TEORETISK RAMME

Vi har valgt at tage udgangspunkt i Niklas Luhmanns systemteori, fordi den tilbyder et teoretisk apparat, der for det første tillader os at se bort fra tingenes væren og dernæst giver os forskellige analytiske greb til iagttagelse af iagttagelser. Når vi spørger til tilblivelsen af ligeværd som medicin i kommunikationen, giver systemteorien os mulighed for ikke blot at afsøge, *hvordan* ligeværd opstår, men som led heri også at adressere, i *hvilken form* konstruktionen forekommer og med hvilken *funktion*. Vi anvender en række af systemteoriens grundbegreber og kombinerer dem med enkelte andre teoretiske indsigter. De mest centrale begreber beskrives kort i det følgende.

Iagttagelse og paradoks

Iagttagelsesbegrebet er et af de mest centrale i Luhmanns systemteori og danner et frugtbart udgangspunkt for at forstå specialets teoretiske grundlag. En iagttagelse udgør en operation, der splitter verden i to og markerer den ene frem for den anden side. En iagttagelse er dermed en asymmetrisk fiksering af kontingens, der aktualiserer noget i kommunikationen og samtidig sætter noget andet “udenfor”. Enheden af forskellen adskiller de to sider, men holder dem sammen som en forskel, se figur 1.

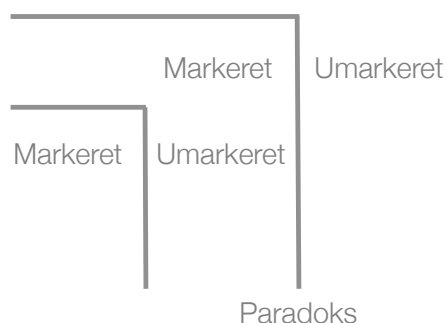
Figur 1. Iagttagelse



Når vi analyserer kommunikation, iagttager vi iagttagelser - eller med andre ord: vi ser, gennem *andenordensagttagelser* på vores empiri som *førsteordensagttagelser*, der skaber mening ved at fiksere noget frem for noget andet. Dette *andet* samt enheden af forskellen forbliver blindt for førsteordensagttageren og er et udtryk for, at denne iagttager “(...)ikke kan se, at den ikke kan se, hvad den ikke kan se.” (Andersen 1999:111). Når vi gør førsteordensagttagelser til genstand for iagttagelser af andenorden, kan vi imidlertid få øje på hele iagttagelsen: at enheden af forskellen oscillerer mellem den markerede og den umarkerede side og er paradoksalt funderet.

Vi kan ifølge Luhmann forstå et paradoks som en genindtrædelse af en forskel på forskellens egen markerede side. Forskellen bliver således en del af sin egen helhed, se figur 2 (Luhmann 1993:485, Andersen 2014a:56). Paradokset indebærer et modsætningspar, og den paradoksale iagttagelse må da oscillere mellem værdi og modværdi, hvilket udfordrer kommunikationens forsøg på at fiksere mening. Vi anvender denne teoretiske forståelse af paradokser i kommunikationen til blandt andet at iagttage, hvordan ligeværd skaber en tilsyneladende umulighed i kommunikationen.

Figur 2. Paradoks



På den ene side kan vi altså forstå paradokser som umuligheder, der truer med at lamme kommunikationen. På den anden side skaber paradokset sin egen mulighed, idet truslen om lammelse kalder på mere kommunikation og således kommer til at udgøre en motor i kommunikationen. Denne proces, hvor paradokset skubbes i baggrunden og skjules af videre kommunikation, kalder Luhmann *afparadoksering*. Kommunikationen forsøger at fikser det uafgørbare og således muliggøre videre kommunikation. Andenordensagttageren kan få øje på afparadoksering i kommunikationen ved at: “(...)iagttage, hvorledes iagttageren af første orden forholder sig, hvordan han gør sit paradoks usynligt, (...)og dermed kommer frem til de endelige informationsomkostninger.” (Luhmann oversat i Kneer & Nassehi 1997:111).

Når vi undersøger ligeværd, kan vi ikke undgå at blive interesseret i kommunikationen, dette paradoks kaster af sig. I den forbindelse vælger vi at supplere Luhmanns forståelse af paradoks og afparadoksering med Günther Teubners teori om den kommunikative hybrid (Teubner 1994, Teubner 1996). Luhmann og Teubner iagttager begge paradokset som det, der muliggør kommunikationen frem for at forhindre den, men hvor Luhmann beskæftiger sig med, at kommunikationen fortsætter, når paradokset *gemmes væk*, peger Teubner på det produktive i at hive paradokset *frem* i kommunikationen: “Under særlige forhold kan hybride arrangementer tilvejebringe et institutionelt miljø, hvor paradoksal kommunikation ikke undertrykkes, ikke blot tolereres, men bliver inviteret, institutionelt faciliteret og bliver gjort produktiv.” (frit oversat fra Teubner 1996:59). Med Teubners begreb om hybriden bliver vi i stand til at iagttage, hvordan ligeværd emergerer som en kommunikativ mulighed for behandleren som *patientleder*. Gennem refleksion over sin egen dobbelte attribution bliver behandleren i stand til at håndtere modsatrettede forventninger og krav i kommunikationen. Hybriden udfoldes teoretisk og konditioneres empirisk i kapitel 6.

Sociale systemer

I systemteorien skelnes mellem forskellige typer systemer, blandt andet sociale, psykiske, og organiske (Seidl & Becker 2006:16). I nærværende sammenhæng beskæftiger vi os med *sociale systemer*, som udgøres af kommunikation. Luhmanns systembegreb er funderet i en distinktion mellem system og omverden (Andersen 1999:132). Systemet sætter selv forskellen og kan kun genkende sig selv som system ved *som en del af sig selv* at være *forskellig fra sig selv*. Systemet emergerer således ved at skabe kommunikation med reference til sig selv og sin forskellighed fra omverdenen. Denne mekanisme kaldes i systemteorien *autopoiesis*, selvskabelse, og foregår gennem systemets

operationer i en særlig binær kode (Andersen 1999:124, Kneer & Nassehi 1997:69). Gennem specialet beskæftiger vi os med en række forskellige systemer, som identificeres ud fra deres forskellige koder i kommunikationen. Vi retter særlig opmærksomhed mod det medicinske system, hvis kode er *syg/ikke-syg*, og hvis funktion således består i operationen: at gøre syge patienter ikke-syge.

Når systemet kommunikerer former dets binære kode et kommunikationsmedie: “*Ved medier forstå Luhmann løst koblede elementer. Medier er kendetegnet ved en høj grad af opløsningsevne og er modtagelige for gestaltfikseringer.*” (Andersen 1999:138, Luhmann 2000:189). Mediet har betydning for systemets kommunikation: det kan siges at udgøre det stof, den enkelte iagttagelse præges ind i. Når vi i kapitel 4 iagttager det medicinske systems medie, får vi således blik for, hvad systemet *kommunikerer i*, når det opererer i koden *syg/ikke-syg*. I denne analyse bliver mediet altså måden, hvorpå vi genkender systemet.

Det er ikke kun via identifikation af kommunikationens medier, at vi kan skelne mellem forskellige sociale systemer. Luhmann har beskæftiget sig med systemernes differentiering som en selvstændig analysestrategi, der gør andenordensagttageren i stand til at spørge til måden, hvorpå systemerne adskiller sig fra hinanden (Andersen 1999:134). I specialet iagttager vi systemerne med udgangspunkt i Luhmanns teori om *funktionel differentiering*, hvor han peger på det medicinske systems funktion som *behandling*, det politiske systems funktion som *styring*, omsorgssystemets funktion som *hjælp*, og sådan kunne vi blive ved. Systemerne kan ikke kommunikere *med* hinanden, men kun *om* hinanden; de er hinandens omverden (Andersen 1999:125,133). Implikationen af dette er, at vi kan iagttage henholdsvis tvang og ligeværd i relation til forskellige systemers funktioner og få blik for, hvordan konstruktioner af disse begreber opstår forskelligt på tværs af systemer og over tid. Vi kan endvidere iagttage, hvordan systemernes fremmedreferencer - iagttagelser af hinanden - får betydning for deres selvreferencer - iagttagelser af sig selv, det vil sige deres autopoiesis.

Som nævnt beskæftiger vi os udelukkende med sociale systemer, som er den type systemer, der producerer *kommunikation* og derved skaber *mening* - to centrale systemteoretiske begreber, som udfoldes nedenfor.

Kommunikation og mening

Vi iagttager sociale systemer som kommunikation, der former mediet mening gennem en proces bestående af selektioner: til- og fravalg af, hvad der bringes frem i kommunikationen. Når *noget* selekteres eller aktualiseres, sker det på bekostning af *noget andet*, som dog er til rådighed for kommunikationen og udgør alternative potentialer til det, der aktualiseres. Mening er den simultane præsentation af de to sider af forskellen mellem det aktuelle og det potentielle (Kneer & Nassehi 1997:79-80, Andersen 1999:121). At skabe mening er således et udtryk for et forsøg på at fikser kontingens. Endelig fiksering er dog umulig, idet kommunikationens potentialer altid vil trænge sig på og tilbyde anden mulig mening. Mening er derfor ustabil og dynamisk i sin karakter (Andersen 1999:123).

Vi kan iagttage enhver meningsskabende operation med blik for, hvordan den sætter kommunikationens tre *meningsdimensioner* (Kneer & Nassehi 1997:124, Andersen 2001:14). Luhmann beskæftiger sig, med stor inspiration fra Kosellecks førsproglige grunddistinktioner, med en *saglig*, en *social* og en *temporal* meningsdimension og med tilsvarende tre strategier for afparadoksering (Andersen 1999:82, Andersen 2001:14-16). I den saglige dimension sættes kommunikationens genstand: *det* kommunikationen kommunikerer om til forskel fra *alt andet*. Den sociale dimension indeholder generaliserede former af forskelle mellem identiteter i kommunikationen, og vi kan iagttage denne dimension med blik for forskellen mellem *os* og *dem*. Den temporale meningsdimension er struktureret af forskellen mellem *fortid* og *fremtid*, der sætter nutiden på en særlig måde (Andersen 2001:14-15). Kommunikationen kan ikke “komme udenom” de tre meningsdimensioner, men kan sætte dem forskelligt og på den måde anvende dimensionerne som afparadokserings- eller håndteringsstrategier. Dette kan eksempelvis handle om at skyde en aktuell problematik ud i fremtiden eller at konstruere en ny tematik som enten løsning eller problem i kommunikationen. I specialet anvender vi meningsdimensionerne som et analytisk greb til at begribe, hvordan paradokser tilsyneladende afparadokseres i kommunikationen.

Tvang, magt og ledelse

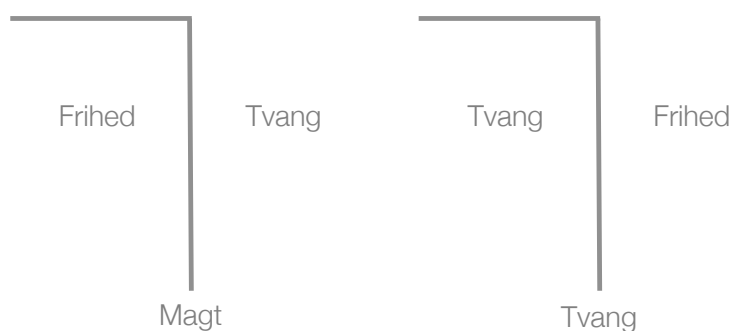
Med et epistemologisk udgangspunkt må vi forholde os åbne for, at tvang kan opstå i forskellige former, foranstaltninger og forståelser afhængig af, hvilke iagttagelser vi gør til genstand for iagttagelse. Tvang er altid tvang for en iagttager. Tvang i den juridiske kommunikation opstår eksempelvis som spørgsmål om hjemmelskriterier og tildeling af autoritet til at træffe afgørelser om tvang. I

den medicinske kommunikation opstår tvang derimod som forskellige former for behandling og som vilkår for de relationer, systemet kan iagttage mellem behandler og patient.

Selvom vi er åbne for, hvordan tvang dukker op, finder vi det imidlertid væsentlig at konditionere vores udgangspunkt for at genkende og analysere tvang ved at tilføje en grundlæggelse teoretisk forståelse af begrebet og placere det i forhold til det associerede begreb om *magt*. Vores forståelse af tvang og magt samt deres indbyrdes forhold bygger på Luhmanns teoretisering, men vækker desuden genklang i Michel Foucaults forståelse af begreberne, hvorfor vi finder det uproblematisk at anvende de to teoretikers sprogbrug om tvang og magt supplerende. Særligt Foucaults blik for magts *relationelle* karakter viser sig nyttigt i forhold til specialets empiri (Foucault 1995:170, Villadsen 2013:314).

Luhmann forstår tvang som magts konstitutive yderside og bruger således begrebet om tvang til at indkredse magts form: forskellen mellem tvang og frihed. Magt er forskellig fra tvang og forudsætter fraværet af tvang for netop at kunne være magt. Med andre ord markerer magt frihed, hvorimod tvang fortrænger og aflyser frihed. Figur 3 viser, at magt sætter tvang uden for iagttagelsen, men at vi markerer tvang på forskellens inderside, når vi iagttager tvang.

Figur 3. Forskellen mellem magt og tvang



Magt består i relationen mellem to parter: magtoverlegen og magtunderlegen, som begge er frie til at vælge mellem alternativer i kommunikationen. Luhmann beskriver dette med henvisning til begrebet om dobbeltkontingens: både den magtoverlegne og den magtunderlegne må, for at der er tale om magt, have mulighed for at træffe flere forskellige valg i situationen (Luhmann 1979:113-114, Andersen 2008:167). Den magtoverlegne kan med andre ord aldrig være sikker på at magte den magtunderlegne på den ønskede måde. Udfaldet af magtsituationen er kontingent, hvorimod udfal-

det af en situation karakteriseret ved tvang er forudsigelig. Den tvungne kan per definition kun følge den tvingendes vilje.

På linje med Luhmann definerer Foucault magt som relationel og produktiv. Magt kan ikke besiddes, er anti-substantiel og opstår som et produktivt rum af relationer mellem parter, der alle har frihed til at handle (Foucault 1995:170, Villadsen 2013:314). Ligesom Luhmann opstiller Foucault altså magt som en forskel til tvang: den produktive over for den repressive eller dominerende magt (Bernauer & Rasmussen 1994:3).

I kapitel 5 og 6 spørger vi til betingelser for patientledelse forstået som henholdsvis udfordringer og måder at håndtere disse udfordringer på og blikker i den forbindelse magt som ledelse. Magt og ledelse kan iagttages som to udtryk for den samme relation. Vi har dog valgt at spørge til *ledelse* frem for at spørge til *magt*, idet vi anvender magt som et teoretisk begreb, der kan tilbyde os et begrebsreservoir at tilgå det empiriske spørgsmål om ledelse med. Vi har desuden iagttaget, at der i vores indsamlede empiri markeres ledelse frem for magt i kommunikationen om psykiatrisk behandling. Vores ærinde bliver således *empirisk* at undersøge, hvordan patientledelse emergerer, når ligeværd opstår som medicin i kommunikationen. Når dette er sagt, finder vi dog, at magtrelationen mellem den magtoverlegne og magtunderlegne svarer til ledelsesrelationen mellem lederen og den ledte. I og med at lederen aldrig kan tvinge den ledte, iagttager vi grundlæggende ledelse som *ledelse af selvledelse* (Andersen & Pors 2014:70). Selvledelse er således udtryk for et valg truffet ud fra en række alternativer, som søges påvirket og positioneret på særlige måder i relationen mellem parter - i denne sammenhæng behandler og patient.

Ligeværd

Når vi spørger til tilblivelsen af ligeværd i kommunikationen, kan vi ikke vide, hvad vi leder efter. Jævnfør specialets indledning kan vi iagttage begrebet *ligeværd* i politiske programmer, lovgivning og kommunikation om god psykiatrisk behandling, men ved altså ikke på forhånd, hvordan det emergerer. Samme konstruktivistiske udgangspunkt gør sig gældende, når vi benævner ligeværd som *medicin* uden på forhånd at tage stilling til, om der er tale om medicin som et medikament eller en form for ramme om behandlingen. I løbet af specialet sammenholder vi i stedet ligeværd med forskellige forståelser af medicin, som kan hjælpe os til at få blik for, hvilken mening vi kan tilskrive denne medicin.

Vi betragter kommunikationen om ligeværd som semantik. Forholder vi os imidlertid stringent til Luhmanns begreb om semantik som *plejet semantik*, kan denne betragtning udfordres (Andersen 2014a:59). Vi kan ikke hævde at iagttage tilblivelsen af et fuldstændig veletableret begrebsreservoir, som vi kan iagttage i samtiden. I overensstemmelse med Andersen (2014a) vælger vi i stedet at anlægge et blik på ligeværdssemantikken *i sin tilblivelse*. Med andre ord forholder vi os åbne for, hvilken status ligeværd kan indtage i kommunikationen.

Analysen af ligeværd i kommunikationen adskiller sig fra analysen af tvang ved ikke på forhånd at sætte en teoretisk forskel op som pejlemærke for vores iagttagelser. Ikke desto mindre byder vores systemteoretiske udgangspunkt os at iagttage ligeværd som et begreb, der former en forskel i kommunikationen. Vi fremanalyserer ligeværd som *form* i kapitel 3. I kapitel 4 supplerer og nuancerer vi iagttagelsen af ligeværd som en *form* for *medicin* og blikker i stedet ligeværd som *medicinsk medie*.

2.4. ANALYSERNES IAGTTAGELSESPROGRAMMER

I dette afsnit bringer vi de ovenstående teoretiske indsigter og valg om måden at bedrive analysestrategi på i spil i forhold til specialets fire analytiske kapitler. Når vi arbejder med fire analyser, der overleverer stafetter til hinanden inden for et relativt begrænset antal sider, finder vi det fordelagtigt at holde beskrivelsen af analysernes forskellige iagttagelsesprogrammer særdeles stram. Vi udfolder derfor først analysernes iagttagelsespunkter, og vender os derefter mod analysernes på én gang gennemgående og forskelligt konditionerede ledeforskelle. Kapitlet rundes af med en beskrivelse af analysernes progression, og hvordan denne gør specialet i stand til at bidrage til en samtidsdiagnose om det medicinske systems kommunikation.

Iagttagelsespunkter

Vi skelner mellem, hvad vi *interessere* os for i de enkelte analyser, og hvad vi gør til vores *iagttagelsespunkt* for at imødekomme denne interesse. Mens vi i kapitel 3 interesserer os for semantik om tvang og ligeværd, er det fire forskellige systemers iagttagelser, som udgør vores iagttagelsespunkt. Fra og med kapitel 4 zoomer vi i stedet ind på det medicinske system, som udgør vores systemreference i kapitel 4, 5 og 6, omend vores interesse for og måden at iagttage systemet på skifter mellem

kapitlernes analyser. I det følgende konditioneres ledeforskellen system/omverden og klarlægger disse skift.

Ledeforskelle

Gennem specialets fire analytiske kapitler fastholder vi to overordnede ledeforskelle: *system/omverden* og den funktionelle metodes *problem/løsning*. I kombination gør disse to ledeforskelle os i stand til at udpege, hvordan forskellige systemer iagttager temaer i kommunikationen som havende betydning for systemernes kommunikation.

System/omverden

Ledeforskellen system/omverden gør os i stand til at iagttage, “(...)hvordan et socialt system skaber sig selv, når det konstruerer sin omverden gennem kommunikative beskrivelser.” (Andersen 1999:133). I kapitel 3’s semantiske analyser af tvangens rekonstruktion og problematisering samt tilblivelsen af ligeværd som medicin anvender vi ledeforskellen til at få øje på en mangfoldighed af systemers iagttagelser af henholdsvis tvang og ligeværd. Fordi vi gør kommunikationen til genstand for iagttagelser af andenorden, kan vi få øje på, at der skabes forskellig mening om den - for os - samme tematik i forskellige systemer. Dette bliver produktivt, når vi ønsker at belyse, hvilke forskellige konstruktioner af tvang og ligeværd, der er med til at skabe nye problemer og løsninger i kommunikationen. Vi skal se, hvordan et sikkerhedssystem, et juridisk system, et medicinsk system og et omsorgssystem over tid begynder at kommunikere om den psykiatriske patient, psykiatriens væsentlige opgaver og forskellige former for behandling.

Ledeforskellen system/omverden er vores udgangspunkt for at iagttage semantik om henholdsvis tvang og ligeværd. Når vi iagttager semantik, er det endvidere oplagt at betragte ledeforskellen *markeret/umarkeret* og den formanalytiske tilgang som fødende ind i analysen. Denne tilgang er grundlæggende i systemteorien, idet den gør andenordensiagttageren i stand til at se, hvordan systemer *former* de iagttagelser, der giver anledning til bevaringsværdig *semantik* (Andersen 1999:146). Det er således det formanalytiske blik, der ved analysens afslutning lader os iagttage, hvilken forskel ligeværd emergerer henover, og hvordan denne er paradoksalt sat. Vi iagttager dermed først semantikken om ligeværd og spørger dernæst til, hvad der afstedkommer denne semantik (Andersen 2014b:62).

Når vi introducerer et nyt system i kapitel 3, indleder vi med at konkretisere, hvordan systemets kode opstår i vores empiri. Vi konditionerer med andre ord løbende, hvordan vi kan få øje på det enkelte system. Med ledeforskellen system/omverden kan vi desuden få blik for, hvordan systemerne iagttager hinanden som omverden, og hvordan disse iagttagelser på forskellige måder og i forskelligt omfang over tid så at sige *irriterer* det iagttagende systems iagttagelser af tvang og ligeværd.

I kapitel 4 zoomer vi ind på det medicinske system og dets operation. I denne analyse konditionerer ledeforskellen system/omverden gennem en iagttagelse af netop dette systems *medie*. Med andre ord genkender vi det medicinske system, når vi iagttager kommunikation om behandling, der former et særligt medie - i dette tilfælde *ligeværd som medicin*.

I kapitel 5 og besvarelsen af spørgsmålet om udfordringer for patientledelse som følge af ligeværd som medicin i den psykiatriske behandling skelner vi mellem system og omverden med blik for *roller*. Vi tager udgangspunkt i den systemteoretiske indsigt om henholdsvis præstations- og publikumsroller og fremanalyserer, hvordan disse roller og deres interaktion sættes på ny og udfordrer såvel patient som behandler i lyset af ligeværd.

I kapitel 6, hvor vi besøger praksis for at undersøge *om* og i så fald *hvordan* de fremanalyserede udfordringer kan håndteres, fastholder vi iagttagelsen af kommunikationens roller. I dette kapitel inddrager vi desuden den kommunikative hybrid og viser, hvordan aktiv refleksion over problematikken i at opretholde skellet mellem system og omverden *netop* bliver behandlerens og dermed det medicinske systems mulighed for at fortsætte sin operation - den psykiatriske behandling.

Funktionel metode - problem/løsning

Udover at iagttage empirien med ledeforskellen system/omverden anvender vi gennem hele specialet *den funktionelle metode* og ledeforskellen *problem/løsning*. En funktion kan forstås som enheden af forskellen mellem et problem og dets ækvivalente løsninger, og funktionel metode kan således ses som et "(...)*fortolkningsskema, som organiserer et felt for sammenligning af ækvivalente løsninger*(...)" (Knudsen 2014:23). Med ækvivalente løsninger mener vi løsninger, der tilbyder samme problem forskellige alternativer.

I specialet undersøger vi, hvordan ligeværd dukker op som medicin (løsning) og udfordrer tvang (problem) i den psykiatriske behandling. Det er ikke hensigten med den funktionelle metode at konstruere et kausalt forhold mellem problem (årsag) og løsning (virkning) eller at undersøge, hvorvidt tvang eller ligeværd resulterer i en *bedre* psykiatrisk behandling. Funktionel metode er snarere udtryk for, at løsninger undersøges i lyset af andre løsninger på samme problem (Luhmann 2000:50-51, Knudsen 2014:24). Vi ser altså ligeværd som løsning i den psykiatriske behandling i lyset af, hvordan tvang problematiseres og opstår som et nødvendigt onde i behandlingen.

Funktionel metode tager ikke sit udgangspunkt for givet, men er i stedet kendetegnet ved den cirkularitet som vi kender fra systemteoriens begreber om autopoiesis og det kommunikationsproduktive paradoks. Sikkerheden i denne kybernetiske, cirkulære tilgang består i selve undersøgelsesprocessen, idet udgangspunktet kan revideres, hvis analysen kalder på det (Knudsen 2014:29). Vi gør os altså følsomme over for, at kommunikationen til forskellige tider eksempelvis kan markere tvang som henholdsvis en løsning og et problem.

Funktionel metoder sikrer, modsat ledeforskellen system/omverden og andre ledeforskelle, en rastløshed, som bevæger analyserne videre (Knudsen 2014:29). I kapitel 3 og 4 besvarer vi spørgsmålet om, hvordan ligeværd dukker op som medicin og alternativ til tvang i den psykiatriske behandling. Det er den funktionelle metode, der herefter leder os videre til analysen i kapitel 5, hvor vi spørger, hvordan ligeværd som en løsning betinger og nærmere bestemt skaber udfordringer (problemer) for patientledelse. Udfordringerne iagttager vi som kommunikative paradokser. Det skaber videre nysgerrighed efter at belyse, hvordan man i praksis kan håndtere disse paradokser, hvilket driver specialets analyse i kapitel 6. Her skal vi se, hvordan en konditionering af problem/løsning - eller løsning/problem - som *re-entry/forskel* bliver produktiv.

Den funktionelle metode giver os således anledning til løbende at gøre vores egne analyser til genstand for videre analyse, hvormed vi sikrer et kritisk modus gennem specialet. Metoden kan desuden imødekomme kompleksiteten i vores empiri, hvor en løsning aldrig bare markeres som en løsning. I det følgende afslutter vi specialets analysestrategi med en beskrivelse af, hvordan de fire analysers progression samlet set gør os i stand til at bidrage med en samtdiagnose angående det medicinske systems kommunikation om psykiatrisk behandling.

2.5. SPECIALET'S PROGRESSION

Specialet har tre forskellige erkendelsesinteresser, som alle føder ind i besvarelsen af den overordnede problemformulering. De tre erkendelsesinteresser bygger ovenpå hinanden og leder os til en samtididiagnostisk erkendelse i specialets konkluderende kapitel 7 (Andersen 2014a:69). Samtididiagnosen drives af ledeforskellen *hvad er sagen/hvad sætter den på spil*. Vores overordnede tese er, at *sagen ligeværd* sætter hele det medicinske system, og hvad vi kan forstå ved psykiatrisk behandling, *på spil*.

I kapitel 3 som undersøger problematiseringen af tvang samt tilblivelsen af ligeværd, arbejder vi med en erkendelsesinteresse, der søger at synliggøre kontingens. Tilgangen til kommunikationen som semantik hjælper os med at opløse de selvfølgeligheder, som er indlejret i nutidens kommunikation om tvang og ligeværd. Den semantiske analyse sikrer ifølge Andersen (2014b), at den samtididiagnostiske analyse ikke bliver udtryk for arbitrære spekulationer (Andersen 2014b:63).

Når vi har vist, hvordan kommunikationen om psykiatrisk behandling er kontingent, bevæger vi os videre til kapitel 4 med en erkendelsesinteresse, vi kan forstå som fænomenologisk konkretisme - iagttagelser af konkrete former i kommunikationen (Andersen 2014b:58). I denne analyse iagttager vi det medicinske systems iagttagelser af ligeværd som en særlig form, der endvidere udgør systemets medie. Dette giver os blik for de umulighedsbetingelser, som indlejres i kommunikationssystemets operationer. Vi viser for det første umuligheden, der opstår, når den psykiatriske behandling doserer ligeværdsmedicinen, som indeholder tvang som et giftigt stof, men ikke desto mindre virker helende. For det andet viser vi, hvordan dette paradoksale præparat installerer usikkerhed i kommunikationen, som vanskeliggør doseringen af medicinen og nødvendiggør en konstant refleksion hos den psykiatriske behandler.

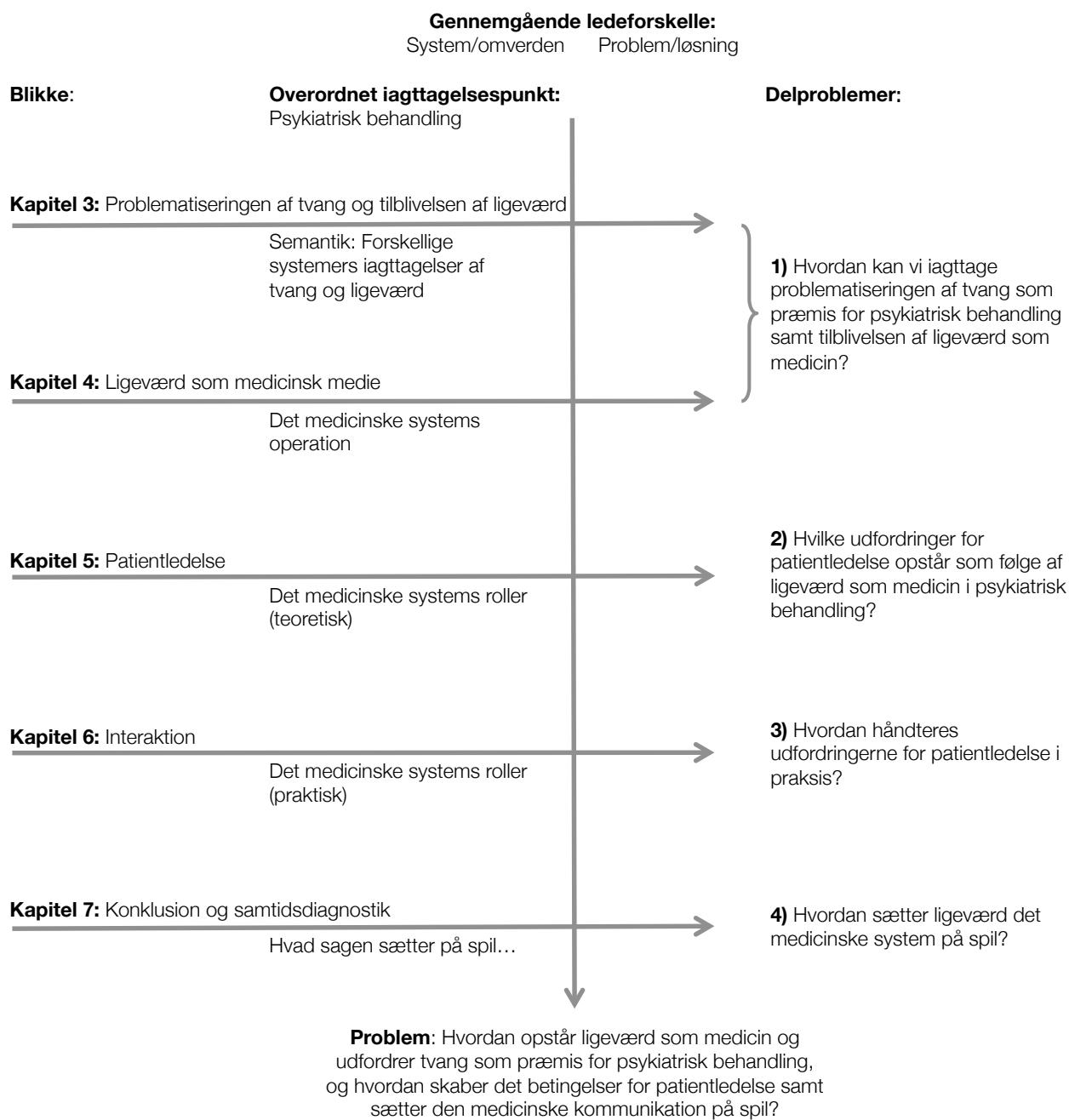
Analyserne i kapitel 5 og 6 tager den konkretistiske stafet videre og ser på, hvordan kommunikationens umulighedsbetingelser ligeledes kan iagttages som dens mulighedsbetingelser. Vi iagttager kommunikationens betingelser ved at iagttage patientledelse. I kapitel 5 viser vi, hvordan ligeværd fordrer, at behandleren som patientleder må suspendere sin rolle for at skabe differentierede tilknytningsmuligheder for patienten til behandlingen. I kapitel 6 viser vi, med udgangspunkt i Günther Teubners begreb om den kommunikative hybrid, hvordan behandleren kan gøre den uafgørbarhed,

som er indlejret i arbejdet, til *en del af sit arbejde* for på den måde at suspendere suspensionen og bruge sin paradoksale identitet produktivt.

Specialets konklusion tager form af dels en opsamling, dels en afsluttende samtidsdiagnostisk analyse af, hvordan ligeværd sætter det medicinske system på spil og således gør mere, end hvad der loves, når vi umiddelbart iagttager begrebet i kommunikationen. Frem for blot at producere kontingens på det semantiske felt og beskrive, hvordan kommunikationen struktureres i særlige paradoksale former, iagttager vi i den samtidsdiagnostiske analyse, hvordan semantikken om tvang og ligeværd sætter forholdene i det medicinske operationsrum på spil (Andersen 2014a:66-71 , Andersen 2014b:63).

Med samtidsdiagnosen er det ikke vores ambition at dømme, vurdere eller foreslå bestemte alternativer til den psykiatriske behandlings praksis. Vi er i højere grad interesserede i at bidrage til den psykiatriske behandlings egen-iagttagelse eller med andre ord: at facilitere, at behandleren kan iagttage sig selv på andenorden. Figur 4 viser iagttagelsesprogrammerne for specialets fire analyser.

Figur 4. Specialets progression – iagttagelsesprogrammerne for de fire analyser



2.6. KONSTRUKTION OG AFGRÆNSNING AF EMPIRI

I specialets indledende, eksplorative fase foretog vi en række pilotinterviews med personale på psykiatriske afdelinger, ligesom vi deltog i flere faglige konferencer¹. Vi har brugt vores viden fra den indledende fase til at kvalificere vores øvrige dataindsamling og konstruktion af det historiske arkiv.

Specialets empiri består af to dele. Analyserne i kapitel 3 bygger på et arkiv af historiske dokumenter, hvori vi kan iagttage semantikken om henholdsvis tvang og ligeværd. Analyserne i de øvrige kapitler tager udgangspunkt i kapitel 3's indsigter og dermed ligeledes det historiske arkiv. Arkivet er konstrueret i takt med, at vi har opbygget viden om det psykiatriske område, og vi er i denne proces desuden blevet i stand til at afgrænse vores blik for de systemer, der er på spil i kommunikationen om tvang og ligeværd. Arkivet er blevet til gennem en rekursiv proces, hvor vi har forfulgt kilders henvisninger til hinanden og således optrevlet semantiske net. Analysen af tvang tager primært udgangspunkt i et arkiv sammensat af lovgivning om såvel anvendelse af tvang som organisering af den danske psykiatri, hvilket ligeledes har givet os blik for interessenter og kritiske stemmer i debatten herom. Hvad angår analysen af ligeværd har tvangsarkivet dannet udgangspunkt, idet vi også her ser aftegninger af dette nyere begreb i kommunikationen.

Den anden del af specialets empiri består af data fra en række interviews og observationer på tre psykiatriske afdelinger i tre af landets regioner. I analyserne benævner vi de tre afdelinger *P1*, *P2* og *P3*. Under besøgene har vi dels observeret personalets interaktion med hinanden, dels gennemført fokusgruppeinterviews og enkeltinterviews med personalet. Vi har ligeledes gennemført opfølgende telefoninterviews. Det har været målet at komme i kontakt med så bred en faglig skare på de psykiatriske afdelinger som muligt, og specialet inddrager således citater fra både sundhedsfagligt og administrativt personale, ligesom vi inddrager citater fra et interview med en medarbejder med brugererfaring fra psykiatrien.

Interviewpersonerne og de psykiatriske afdelinger som helhed har haft eksplicitte ønsker om anonymitet af hensyn til regler om personfølsomme oplysninger. Alle de fremstillede citater er godkendt af pågældende interviewperson. Interviewpersonerne har endvidere ikke ønsket, at vi optog

¹ Åbent hus på Psykiatrisygehus Slagelse aug. 2015, Sikker Psykiatri læringsseminar om nedbringelse af tvang okt. 2015, Psykiatri-Netværkets psykiatritopmøde okt. 2015, Nordisk Psykiatritopmøde nov. 2015.

samtalerne med dem, eller at vi vedlægger specialet referater af vores samtaler. Vi har valgt at acceptere dette for at undgå at gøre specialet konfidentielt.

Vi ønsker, at analysen i kapitel 6 iagttages som praktiske eksempler på håndtering af de udfordringer, vi i kapitel 5 udpeger teoretisk. Analysen af praksis tjener således et eksplorativt formål og skal ikke give et fuldkommen udtømmende billede af psykiatrisk behandling i praksis landet over. Analysen har endvidere ikke en komparativ ambition.

Afgrænsning af empiri - behandlingspsykiatrien

Dansk psykiatri er organiseret i flere områder. Man skelner ofte mellem *behandlingspsykiatrien*, også kaldet hospitals- eller sygehuspsykiatrien, som i dag hører til i regionalt regi, og *socialpsykiatrien*, som tilhører det kommunale område. Til behandlingspsykiatrien hører endvidere *distriktspsykiatrien*, som udgør den ambulante del af den regionale psykiatri. For overskuelighedens skyld benævner vi både socialpsykiatri og distriktspsykiatri *ambulant psykiatri*. Det er væsentligt at påpege, at psykiatrien i Danmark ikke lader sig iagttage uden i noget omfang at adressere samspil, modstillinger og grænsetilfælde på tværs det samlede psykiatriske område. Behovet herfor opstår ikke mindst, fordi den psykiatriske patient som oftest vil være i parallel kontakt med flere dele af psykiatrien (KORA 2012:6, Petersen 2013:92). I specialet beskæftiger vi os dog kun med den del af behandlingspsykiatrien, som udfolder sig på eller i relation til de psykiatriske hospitaler, da det udelukkende er inden for dette organisatoriske område, at patienter kan indlægges og behandles med tvang (retsinfo.dk0).

Når vi i kapitel 3 behandler lovgivning om psykiatrisk behandling og tvang beskæftiger vi os udelukkende med psykiatrilovgivning. Vi ser altså bort fra straffe- og anden lovgivning med potentiel betydning for psykiatriske patienter og behandling.

KAPITEL 3: PROBLEMATISERINGEN AF TVANG OG TILBLIVELSEN AF LIGEVÆRD

”Regeringen vil modernisere loven, så den i højere grad sikrer ligeværdighed for mennesker med psykiske lidelser – også når tvang er nødvendig.” (Regeringen 2014:34)

Dette kapitel besvarer specialets første analysespørgsmål: Hvordan kan vi iagttage problematiseringen af tvang som præmis for psykiatrisk behandling samt tilblivelsen af ligeværd som medicin? Kapitlet består af tre delanalyser: Den første analyse iagttager den historiske udvikling i semantikken omkring tvang og den psykiatriske patient og fokuserer på, hvordan tvang problematiseres og rekonstrueres over tid. Den anden analyse skifter blik og ser på tilblivelsen af ligeværd som en udfordrer til tvang, og den tredje analyse spørger til karakteren af ligeværd som en form i kommunikationen om psykiatrisk behandling. De tre delanalyser afrundes af en samlet konklusion.

En kommentar om vores sprogbrug: da vi begiver os ud i en historisk analyse, vil vi gennem specialet anvende ord og begreber, som ikke længere anses for etisk korrekte eller tidssvarende. Vi anvender eksempelvis betegnelserne *gale*, *sindssyge* og *afsindige* om psykiatriske patienter, der i dag som oftest benævnes *mennesker med en psykisk lidelse*. Vi har valgt at lade vores sprog afspejle af historiens sprog, for at fremstille semantikken så tydeligt som muligt.

3.1. DELANALYSE 1: TVANGENS PROBLEMATISERING

I denne første delanalyse følger vi udviklingen i semantikken om tvang ved at lade to ledeforskelle guide vores blik. For det første iagttager vi med ledeforskellen system/omverden, hvordan forskellige systemer gør tvang til genstand for deres iagttagelser af psykiatrisk behandling. Vi beskæftiger os med et sikkerhedssystem, et medicinsk system, et juridisk system og et omsorgssystem. De fire systemers meningstilskrivning til begrebet om tvang udgør vores iagttagelsespunkt i analysen. Systemerne introduceres i fire på hinanden følgende afsnit, som hver indledes med en konditionering af, hvordan vi genkender det enkelte system. I analysens overgang mellem de forskellige systemer slipper vi ikke det ene system til fordel for det andet, men behandler løbende, hvordan de forskellige systemers kommunikation om tvang skaber den samlede fortælling. Vi iagttager, hvordan de i stigende grad iagttager hinandens iagttagelser af tvang, gør sig afhængige af hinanden og dermed

gør tvang til en flydende frem for en fast præmis i kommunikationen om psykiatrisk behandling. For det andet strukturerer ledeforskellen problem/løsning vores analytiske blik og imødekommer vores indledende undren vedrørende den aktuelle problematisering af tvang. Med de fire systemers kommunikation som vores iagttagelsespunkt kombinerer vi således ledeforskellene system/omverden og problem/løsning ved at iagttage, hvordan de forskellige systemers iagttagelser konstruerer tvang som et problem. Vi skal se, hvordan problematiseringen foregår med henvisning til tvangens modsætning: frihed, men hvordan frihed dog *ikke* byder sig til som en løsning på problemet. Dette skaber i stedet et behov for en ny løsning, som vi adresserer i kapitlets anden delanalyse om tilblivelsen af ligeværd.

Perioden før 1938: Sikkerhed og sygdom

”Findis nogen rasende, eller galind, da maa hvem der vil hannem binde(...)” (Citat fra Chr. d. V’s Danske Lov af 1683 gengivet fra Adserballe 2000:14)

I det følgende afsnit iagttager vi, hvordan galskaben begynder at opstå som et problem med faretræende konsekvenser for samfundets sikkerhed, og hvordan tvang bliver måden at imødegå problemet. Tvang fratager de gale friheden til at gøre skade på sig selv og andre. Vi ser tvang som sikkerhed, når kommunikationen markerer de foranstaltninger, der nødvendiggøres for at opretholde ro, orden og normalitet, og iagttager i den forbindelse sikkerhedskommunikation som kommunikation, der gør brug af koden: sikkerhed/fare. Senere, frem mod vedtagelsen af den første danske sindssygelov i 1938, begynder det medicinske system imidlertid at gøre galskab og tvang til genstand for iagttagelser. Systemet iagttager afsindighed som en sygdom, der adresseres gennem systemets funktion: behandling i koden syg/ikke-syg. Dette system sætter sig tungt på det psykiatriske område og iagttager tvang som en præmis for behandling og med reference til den vedvarende sikkerhedsproblematik. Systemets iagttagelser af tvang udfordres dog løbende af den stadig tiltagende differentiering, hvad angår behandling.

Sikkerhed gennem forvaring

Den første omtale af galskaben i dansk lovgivning findes i Eriks Sjællandske Lov fra ca. **1250**. Under overskriften *”Om Mand bliver gal”* gøres det gældende, at det er familien, som må tage ansvar for at umyndiggøre og forvare den afsindige. Umyndiggørelsen er primært et spørgsmål om at fratage den afsindige varetagelsen af de interesser, vedkommende måtte have såsom jord eller formue.

Har familien ikke kapacitet til at forvare den afsindige, må vedkommende i stedet leve umyndiggjort på må og få, side om side med andre af samfundets udstødte - fattige, forældreløse, invalide og folk med kønssygdomme (Adserballe 2000:13-14).

Først med vedtagelsen af Chr. Den Femtes Danske Lov i **1683** bliver håndtering og forvaring af afsindige i højere grad et samfundsmæssigt anliggende. Af loven fremgår det: *"Findis nogen rassende, eller galind, da maa hvem der vil hannem binde, og føre hannem til Tinge, og tilbyde hans Frænder hannem, og de ere pligtige at forvare hannem, saa fremt de have Middel dertil; Hvis ikke, da bør Øvrigheden at sette hannem i Forvaring."* (Chr. d. V's Danske Lov af 1683, Adserballe 2000:14). Det er således myndighedernes ansvar at tage over for familien, hvis familien ikke har mulighed for at forvare den gale i hjemmet, ved eksempelvis at *beplanke* vedkommende til en pæl et sted på ejendommen (Adserballe 2000:17, etiskraad.dkb). Den gale placeres i så fald i en forvaringsanstalt eller et fattighus, stadig sammen med andre anormale skæbner.

Indtil begyndelsen af 1800-tallet betragtes mennesker med psykiske lidelser som gale, dyriske, farlige, ufornuftige og moralsk ansvarlige for deres egen situation. Foucault har blandt andre belyst denne periode i *Galskabens Historie i den Klassiske Periode (Histoire de la folie à l'âge classique, 2001)* og påpeger, at motivationen for *den store indespærring* i 1700-tallet netop skal findes i frygten for galskabens ufornuft og iboende farlighed samt ønsket om at opretholde samfundsorden og sikkerhed (Krause-Jensen 1978:27). I **1793** tilføjes et reskript til Danske Lov, som forpligter stiftamtmandene til at sikre farlige sindssyge ved indespærring i *dårekister*: små, aflåste rum eller kasser uden plads til at ligge udstrakt (Adserballe 2000:14)². Det såkaldte *dårevæsen* ser således dagens lys, repræsenterende en beskyttende funktion ved at ekskludere afsindigheden fra samfundet uden at iagttage et behov for videre handling, adressering eller påvirkning af afsindigheden. I løbet af 1800-tallet opstår imidlertid forsøg på at ændre dårernes skæbner via såkaldte kurmetoder bestående eksempelvis i sult, piskning med brændenælder, brækmidler, kolde chokbade og indpodning af fnat (middelfart-museum.dk).

Anvendelse af tvang og fratagelse af frihed er et vilkår i sikkerhedssystemets kommunikation om behovet for at opretholde samfundets orden. Tvang får ikke særlig opmærksomhed eller er genstand for problematisering i den lange periode fra 1200 til midten af 1800-tallet. Iagttager vi kommunika-

² En dåre er en samlebetegnelse for personer, man anså for at være tåbelige, gale og ufornuftige (Zalewski 2008:33)

tionen om håndteringen af afsindige, kommunikerer der altså ikke eksplicit om tvang, men til gengæld om behovet for fraværet af afsindighedens frihed, idet denne kan føre til fare.

I sikkerhedssystemets logik må afsindigheden ekskluderes fra samfundet, for ikke at udgøre en fare eller trussel mod det moralsk gode og ikke mindst fornuftige. Hvor systemets iagttagelse af dårerne til at begynde med udmønter sig i internering og isolation, markerer fremkomsten af kurmetoderne dog et nyt syn på afsindighed: man begynder at behandle. I det følgende ser vi nærmere på, hvordan *behandling* i stigende grad tematiseres i relation til afsindige, når et medicinsk system begynder at kommunikere om sindssygdom. Vi skal endvidere se en spirende skepsis over for anvendelsen af tvang som præmis for behandling af afsindige.

Afsindighed som sygdom

I starten af 1800-tallet begynder flere danske læger, på bagkant af udviklingen andre steder i Europa, at interessere sig for afsindighedens karakteristika. Særligt to læger, Jens Rasmussen Hübertz (1794-1855) og Harald Selmer (1814-1879), får indflydelse på, hvordan afsindighed i stigende grad anskues som psykisk sygdom og ligeledes på, hvordan denne sygdomstype organiseres og behandles. *Lægen*, frem for familien eller myndighederne generelt, bliver en autoritet på området i løbet af 1800-tallet (Nielsen 2008:60), og det medicinske system begynder at iagttage den sindssyge og gøre sygdommen til genstand for systemets funktion: behandling. Vi skal i det følgende se, hvordan det medicinske system kommunikerer om tvang som en præmis for denne behandling, stadig med henvisning til sikkerhedskommunikationen, men desuden med et kurativt fokus.

I første halvdel af 1800-tallet studerer Hübertz og Selmer hver især dårevæsenets håndtering af sindssyge og rejser kritik af det danske system og den manglende, eller i bedste fald forældede, lovgivning på området (Adserballe 2000:19-22, Nielsen 2008:70). De to læger kritiserer kurmetoderne og tager afstand fra forståelsen af psykisk sygdom som et uforudsigeligt og moralsk onde. I stedet taler de begge for en biologisk sygdomsforståelse: sindssygdom som en legemlig lidelse. Selmer fremfører eksempelvis i sit anerkendte værk, *Almindelige Grundsætninger for Daarevæsenets Indretning*, at "(...) *De Afsindige hverken ere mere eller mindre end Syge.*" (Nielsen 2008:73). Den biologiske sygdomsforståelse kommer til at kendetegne det medicinske systems tilgang til sindssygdom og medfører et øget fokus på behandling og i noget omfang helbredelse af de sindssyge. Man begynder i den forbindelse også at skelne mellem sindssyge, fattige og åndssvage

(etiskraad.dkb, Petersen 2013:81). En ny form for organisering efterspørges, hvor de uhelbredelige, herunder fattige og åndssvage, kan ekskluderes fra de sindssyge.

Med inspiration fra blandt andet Frankrig og Tyskland er Hübertz og Selmer begge fortalere for anstalts- eller asyltankegangen, som gør op med det eksisterende psykiatriske systems unuancerede indespærring og inhumane behandlingsmetoder (Nielsen 2008:71). St. Hans hospital bliver den første sindssygeanstalt under dårevæsenet i Danmark, men fra **midten af 1800-tallet** opretter man helbredelsesanstalter landet over. På de store anstalter får danske psykiatere nye muligheder for at studere sindssygdomme og den stigende forskningsaktivitet bidrager til at etablere psykiatrien som et lægevidenskabeligt speciale. Det medicinske system gør altså i stigende grad psykiatrien til sit genstandsfelt og tvang til en præmis for at kunne operere på dette felt. Tvang bliver med andre ord psykiatriens mekanisme til at inkludere ufrivillige patienter i sin behandling, hvilket ikke i første omgang problematiseres i den medicinske kommunikation.

På anstalterne udvikles en række nye behandlingsmetoder. For det første anvender man i stigende grad medicinering, ikke blot med et helbredende sigte, men også til tvangsmæssigt at håndtere urolige patienter (Reiter 1926:35, Møllerhøj 2008:102). For det andet anvendes moralske behandlingsmetoder af disciplinerende karakter med henblik på at opdrage eller genopdrage de sindssyge, så de kan udsluses i samfundet igen. Målet er normalisering. Psykiatrien begynder i den sammenhæng at abonnere på den terapeutiske tilgang til behandling og at interessere sig for dialogen med den sindssyge; en tendens, der senere forstærkes med psykoanalysens indtog i **1920erne** (Petersen 2013:83-84, Krause-Jensen 1979:37). For det tredje argumenterer Hübertz og Selmer blandt andre for, at selve behandlingsstedet - anstalten - har stor betydning som fysisk og miljømæssigt behandlingsmiddel (Petersen 2013:81). Det betragtes som væsentligt at afsondre, skabe ro og isolation omkring den sindssyge, for at lindre sygdommens symptomer, og tvang er en måde at afstedkomme dette på (Møllerhøj 2008:100-101, etiskraad.dkb).

I løbet af **1930erne og 1940erne** styrkes optimismen omkring helbredelse af de sindssyge blandt andet som følge af et nyt syn på behandling og de nye behandlingsmetoder, og iagttagelsen af helbredelse som en mulighed anvendes som støtte til argumentet for tvangsindlæggelse- og tilbageholdelse af patienter (Petersen 2013:81). Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomiteé (1943:6) skriver i den forbindelse, at *"(...) man ikke sjældent [ser, red.], at en sindssygs Tilstand forværrer*

sig i Hjemmet, selv om han er under den kærligste Pleje af sine nærmeste, medens han hurtigt kommer sig paa et Sindssygehospital.”. Sindssygehospitalerne understøtter altså, til forskel fra verden udenfor, patientens helbredelse. Den medicinske behandling opstår derved som nøglen til helbredelse, hvilket styrker lægevidenskabens legitimitet samt den biologiske og i stigende grad biomedicinske sygdomsforståelse.

På sindssygehospitalerne anvendes en række forskellige former for tvang i behandlingen af sindssyge. De mest kendte og anerkendte tvangsmidler er bæltter og handsker, men der stilles i stigende grad spørgsmål ved dem, også i lægekredse: *”Bæltter og Handsker betragtes af den moderne Sindssygelæge med absolut Uvilje, men maa af og til anvendes som foreløbig Nødhjælp, når en beroligende Indsprøjtning ikke slår til.”* (Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité 1943:8-9). Blandt andet på grund af den kritiske stillingtagen til de traditionelle tvangsmidler, hilser mange læger fremkomsten af nye psykokirurgiske behandlingsmetoder velkommen, herunder “det hvide snit” og i Danmark afgår der i 1940'erne og 1950'erne fast transport fra sindssygehospitalerne til de neurokirurgiske afdelinger (Kelstrup 1983:232).

Foruden konkrete behandlingsmetoder, som giver det medicinske system vind i sejlene med argumentet om helbredelse, begynder systemet i stigende grad at kvalificere indholdet af patienternes hverdag og at tematisere omsorg gennem adspredelse og afledning. Beskæftigelsesterapi opstår som et centralt element i hospitalernes hverdag under antagelsen om, at patienterne må holdes beskæftiget, men at beskæftigelsen skal foregå under beskyttelse fra både omverdenen og patientens egen selvindsigt og sygdomsforståelse. Man søger *”(...)at aflede de syge Tanker ved at beskæftige Patienterne; lidt efter lidt lister man dem til at give sig af med Haandarbejde, Sytøj, Strikketøj, Bastfletning, Baandvævning etc. (...)”* (Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité 1943:7). Det anses endvidere som fordelagtigt, at patienten ikke har indsigt i det arbejde, der ligger i driften af et sindssygehospital: *”Patienterne er maaske ikke altid i Stand til at forstaa, hvilken Opofrelse, hvilken Sum af Taalmodighed og Forstaaelse, der kræves af Sygeplejersker og Plejere, (...) saa disse [patienterne, red.] i Virkeligheden kan tro, at de er havnet i en lykkeligere Verden, hvor intet nogen-sinde gaar galt.”* (Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité 1943:27).

Selvom patienten iagttages som potentielt ikke-syg i kraft af de gode behandlingsmuligheder, er der tale om en opfattelse af en meget skrøbelig patient ude af stand til at tage stilling til den omkring-

liggende virkelighed - og sig selv. Det er sindssygehospitalets opgave at skærme og beskytte patienten. En skarp distinktion mellem hospital og omverden iagttages altså på trods af, at en række hverdagsaktiviteter flytter ind på hospitalerne. Hospitalets grænse markerer desuden grænsen mellem tvangens og frihedens område; grænsen hvormed det medicinske system slipper taget om patienten, når denne overgår fra syg til ikke-syg. Det medicinske system, anvendelsen af tvang og psykiatrien som lægefagligt område for behandling er altså stadig meget tæt forbundne og afgrænset udadtil.

Afrunding af perioden før 1938

Fra at være et spørgsmål om sikkerhed og beskyttelse af samfundet har vi set, hvordan **1800-tallets** opfattelse af afsindighed som sygdom skaber og skabes af den medicinske kommunikation om psykiatrien. Lægevidenskaben etablerer sig som den centrale autoritet på området, og sindssygdom bliver dermed gjort til et spørgsmål om operationen *fra syg til ikke-syg*. Tvang iagttages som et redskab til at inkludere patienten i det medicinske system. Det er en naturlig og fast præmis for den psykiatriske behandling, blandt andet med reference til den fare sindssyge stadig repræsenterer. Kompromittering af sindssyges frihed iagttages ikke som problematisk.

Fra **1930erne** begynder kritikken af anvendelse af tvang, hvilket fordrer, at tvang må legitimeres med henvisning til behandling. De nye behandlingsmetoder, psykoterapien og psykokirurgien, står i kontrast til den mekaniske tvang og kurmetoderne, idet de iagttages som mere humane alternativer. Tvang som frihedsberøvelse accepteres altså i mindre grad som en måde blot at håndtere patienterne på, og må i stedet opstå som en nødvendig forudsætning for behandling (Møllerhøj 2008:103-104). Uden at fratage lægen den altoverskyggende autoritet i behandlingen og ikke mindst i anvendelsen af tvang, skaber udviklingen fokus på lægens beslutningskompetence, idet der eksisterer alternativer i den psykiatriske behandling, som i noget omfang stiller spørgsmålstejn ved anvendelsen af tvang.

Vi skal i det følgende se nærmere på, hvordan psykiatrien og anvendelsen af tvang fra starten af 1900-tallet gøres til genstand for det juridiske system og dermed opstår som et retligt reguleret område. Vi retter altså blikket mod den juridiske kommunikation om tvang og stiller spørgsmålene: hvordan kommunikerer det juridiske og det medicinske system sideløbende om anvendelsen af tvang? Og hvordan udfordrer det den lægefaglige autoritet på området samt iagttagelsen af tvang som en behandlingspræmis?

Perioden 1938-1989: Sindssyge- og psykiatrilovgivning

“Gennem denne Lov har man altså Sikkerhed for, at Indlæggelse og Behandling af en sindssyg mod hans Vilje kun finder Sted i de Tilfælde, hvor Samfundet virkelig finder Hospitalsbehandling uomgængelig nødvendig” (Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité 1943:10)

I dette og næste afsnit om moderne psykiatrilovgivning vender vi blikket mod det juridiske systems kommunikation om tvang. Vi har valgt at inddele udviklingen i den juridiske kommunikation i to perioder, for at afstedkomme et løbende overblik over den lange tidsperiode. Perioderne er henholdsvis 1938-1989 og 1989-i dag.

Fra **1920erne** begynder det juridiske system at gøre tvangsanvendelse til et spørgsmål om psykiatriens ret til at forvalte det i udgangspunkt frie individs frihedsrettigheder. Vi iagttager den retlige kommunikation med blik for, hvordan systemet sætter grænser for gældende ret, hvad angår forskellen mellem tvang og frihed. Vi skal imidlertid se, hvordan det juridiske system ikke selv dømmer, hvorvidt en patient kan underlægges tvang, men i stedet udliciterer afgørelser herom til det medicinske system. På den måde bliver det juridiske system afhængig af det medicinske systems operation, og understøtter således konstruktionen af tvang som en præmis for den psykiatriske behandling.

Før vedtagelsen af sindssygeloven argumenterer lægen F.C. Howitz (1789-1826) i 1824 for, at lægevidenskabens indsigter i sindssygdomme bør inddrages i juridiske afgørelser. Med udgangspunkt i den biologiske sygdomsforståelse: at den sindssyges ulovlige handlinger kan tilskrives sygdom i organerne, er det Howitz' ærinde at give sindssygelægerne en stemme i juridiske spørgsmål. Denne argumentation tager til op gennem 1800-tallet, hvor det medicinske system iagttager det juridiske systems anknytning til det psykiatriske område i form af et forsøg på at betinge juridiske afgørelser med lægefaglige vurderinger. Det medicinske system iagttager med andre ord potentielle begrænsninger for sin egen autoritet på det psykiatriske område og søger at imødegå disse begrænsninger ved at irritere det juridiske systems kommunikation om betingelserne for gældende ret. Fra Howitz iagttager en ønskværdig sammenhæng mellem medicinske vurderinger og juridiske afgørelser, går der over 100 år før den første sindssygelov vedtages og det juridiske system gør lægen til primær autoritet på det psykiatriske område.

Ønsket i det medicinske system om inddragelse i juridiske anliggender kommer til udtryk som en efterspørgsel efter lovgivning op gennem 1800-tallet (Adserballe 1977:112-122, Kelstrup 1983:151, Adserballe 2000:20-22). Samtidig efterspørges lovgivning blandt kritikere af psykiatrien, der i stigende grad organiserer sig og udfordrer sindssygelægernes autoritet samt psykiatriens udbredte anvendelse af tvang og magt (Kelstrup 1983:190). I 1936 stiftes Nervøse og Sindslidendes Værn som den første sammenslutning af patienter og pårørende. Foreningen får en stemme i den offentlige debat og indgår i det forberedende arbejde forud for, at Lov nr. 118 om sindssyge personers hospitalsophold vedtages d. 13. april 1938 under den almene betegnelse *sindssygeloven*.

Sindssygeloven: farlighed, behandling eller ulempe

Sindssygeloven omtaler hverken konkrete behandlingsmetoder eller tvangsmidler, men fastsætter i stedet regler for anvendelse af tvang i forbindelse med indlæggelse og tilbageholdelse på stats- eller kommunale hospitaler eller på private helbredelsesanstalter. Det gøres gældende, at hvis lægen skønner, at patienten må anses for at være sindssyg, kan patienten indlægges mod sin vilje (retsinfo.dk1). Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité skriver om loven: *“Gennem denne Lov har man altså Sikkerhed for, at Indlæggelse og Behandling af en sindssyg mod hans Vilje kun finder Sted i de Tilfælde, hvor Samfundet virkelig finder Hospitalsbehandling uomgængelig nødvendig.”* (1943:10). Ifølge lægeforeningen sikrer loven, at behandlingen kun iværksættes, når *samfundet* finder det nødvendigt. Samfundets vurdering ligger dog udelukkende på lægens bord og i den henseende styrker retliggørelsen af spørgsmålet om tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse lægens autoritet. Loven opstiller dog tre formelle hjemmelskriterier for, hvornår lægen kan tvangsindlægge eller -tilbageholde en patient: et *farlighedskriterium*, et *behandlingskriterium* og et *ulempekriterium*.

Lægen kan med henvisning til farlighedskriteriet indlægge den sindssyge, hvis fravær af indlæggelse skønnes at være uforsvarligt, fordi vedkommende er til fare for sig selv eller for andre. Farlighedskriteriet kommunikerer på den måde den form for sikkerhed og beskyttelse, som helt fra middelalderen har udgjort et centralt hensyn i håndteringen af sindssyge (retsinfo.dk1).

I årene op til vedtagelsen af sindssygeloven kommer tvangsindlæggelse af ikke-farlige og ikke-kriminelle sindssyge også på tale, hvilket er med til at afføde de øvrige kriterier for anvendelse af tvang. Efter behandlingskriteriet kan lægen tvangsindlægge, hvis udsigterne til den sindssyges helbredelse ellers forventes at blive forringet. Lægevidenskaben iagttager optimisme angående helbre-

delse af sindssyge, og i lovbehandlingen forud for sindssygeloven nævner justitsminister Zahle, *“(...)at det måtte betragtes som et meget stort kulturelt fremskridt, at man nu ikke blot kunne tvangsindlægge på grund af fare, men også af kurative hensyn(...)”* (Adserballe 1977:218). Ifølge Zahle er sindssygehospitalerne bygget med henblik på at helbrede patienter, ikke blot at opbevare dem. Justitsministerens udtalelser kan således ses som et udtryk for en juridisk vurdering af det medicinske systems primat i psykiatrien, og at det medicinske argument nu udgør et legitimt alternativ til det sikkerhedsbaserede argument for anvendelse af tvang.

Det sidste kriterium lægen kan hente hjemmel i ved tvangstilbageholdelse er ulempekriteriet. Sindssygeloven fastslår, at lægen må afvise patientens anmodning om udskrivning, hvis udskrivningen må *”(...)antages at ville medføre væsentlige ulemper for Patienten selv.”* (retsinfo.dk1). Ulempekriteriet anvendes som begrundelse for at tilbageholde psykiatriske patienter mod deres vilje, hvis man er bekymret for patienternes helbred og sikkerhed i deres færd på egen hånd uden for anstalten (Adserballe 2000:48). I 1943 skriver Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomiteé desuden om behandlingen af uhelbredeligt sindssyge, at *”(...)omsorgen for saadanne sindssyge maa tillige ses som en Forsorgsopgave, og de sidestilles i vor sociale Lovgivning med Invalidere af anden Art.”* (52). Det iagttages altså i stigende grad at være hospitalernes opgave at drage omsorg for patienter som behandling ikke kan helbrede, og den juridiske kommunikation byder således det medicinske system at se patienten i et omsorgsbillede frem for udelukkende et behandlingsbillede. Til trods for at denne gruppe af patienter altså hverken er farlige for sig selv eller andre, eller vurderes sindssyge, iagttager det medicinske system, at hospitalerne har et ansvar for dem.

Den første patientrettighed

Med de tre ovenstående kriterier kan vi iagttage, hvordan lægens autoritet og vurderinger legitimeres gennem det juridiske system. Sindssygeloven indeholder dog også en bestemmelse angående patientens egen mulighed for at give sin mening til kende. Loven foreskriver, at hvis patienten udtrykker et ønske om at blive udskrevet, og *”(...)for saa vidt en saadan Begæring afslaas, skal den behandlende Læge paa Forlangende af den, der har fremsat Begæring om Udskrivning, forelægge Sagen for Justitsministeren, der da afgør, om Udskrivning skal finde Sted.”* (retsinfo.dk1). At sagen bliver forelagt for justitsministeren betyder i praksis, at lægen fremsender en redegørelse til ministeren og at redegørelsen ekspederes videre til Retslægerådet bestående af en gruppe psykiatriske overlæger. Denne juridiske foranstaltning er altså reelt en yderligere legitimering af det medicinske sy-

stems afgørelser om behandling og helbredelse. Fra psykiatriens kritikeres perspektiv er der tale om lægelig selvjustits og det er genstand for stor kritik, at patienten ikke selv har ret til at blive hørt i sagen om begæring om udskrivning (Adserballe 1977:239, Kelstrup 1983:201-202). Sammenlignet med tiden før 1938 bringer bestemmelsen om begæring om udskrivning dog noget nyt med sig i form af en taleposition for patienten i forbindelse med tvang. Det juridiske system anerkender patientens modstand mod en tvangssituation og forpligter sig på at kaste et mere eller mindre kritisk blik på den enkelte læges vurdering, mens den endelige afgørelse stadig udliciteres til det medicinske system. Ikke desto mindre kan den spæde patientrettighed i sindssygeloven iagttages som et tidligt udtryk for den intensivering af fokuset på rettigheder, der tegner sig i årene efter sindssyglovens vedtagelse. Klageretten kan med andre ord siges at knytte an til friheden som tvangens modsætning.

Først i **1954** udvides den formelle klageadgang på baggrund en grundlovsrevision, så patienten gives ret til at få sin klage prøvet ved domstolene i stedet for ved retslægerådet og justitsministeren (Adserballe 1977:246, Kelstrup 1983:253). Desuden skal patienten gøres bekendt med rettigheden hertil (Adserballe 1977:246). Dette informationskrav er genstand for debat under lovbehandlingen, hvor udvalget rejser spørgsmålet om, *hvor meget* man fra myndighedernes side skal gøre for at underrette indlagte patienter om deres klagemuligheder. Justitsministeren fastslår dog, at formkrav om underretning ikke bør være en del af lovens forskrifter. Argumentet er, at unødigt fokus på mulighederne for at klage og dermed modsætte sig den situation man befinder sig i, vil kunne skabe upåkrævet uro hos den syge. Desuden fremføres argumentet, at det "(...) *næppe* [er, red.] *gavnligt for hospitalernes formål, at patienternes opmærksomhed i særlig grad henledes på hospitalernes funktion som forvaringssted for farlige personer.*" (Adserballe 1977:246). Opretholdelse af den psykiatriske behandling prioriteres og kan siges at være beskyttet fra patientens indsigt og indflydelse (Kelstrup 1983:254).

Mens klagerettighederne er en måde, hvorpå patienten med rettens ord kan rejse mistillid til det medicinske system, er justitsministerens udtalelse samtidig udtryk for mistillid til den psykiatriske patient. I kommunikationen viser sig en manglende tro på, at patienten kan agere som et fattet, rationelt menneske og håndtere foruroligende information, hvilket i dette tilfælde ironisk nok består i patientens egne rettigheder. Ligesom vi så det i relation til brugen af beskæftigelsesterapi er argumentationen altså, at patienten må skærmes fra virkeligheden og sine egne handlemuligheder.

I **sidste halvdel af 1900-tallet** institutionaliseres den psykiatrikritiske og i noget omfang anti-psykiatriske bevægelse, hvilket er med til at intensivere en generel efterspørgsel efter en gennemgribende revision af sindssygeloven og rammerne for anvendelse af tvang (Adserballe 1977:239-258). I 1960 oprettes Landsforeningen Sindslidendes Vel – senere forkortet til SIND – som arbejder for at styrke patienters og pårørendes stemme i den offentlige debat. I 1979 stiftes Galebevægelsen, som på radikal vis udfordrer opfattelsen af sindssygdom og i særdeleshed kritiserer den forældede lovgivning, der medfører uværdig og umenneskelig behandling af sindslidende. Fra antipsykiatriens side drejer en fremherskende kritik af den i 1954 indførte klageadgang sig om, at klageproceduren ikke styrker sindssyges retsstilling, fordi retslægerådets vurdering stadig vejer tungt - og måske tungest - i afgørelsen af sagerne om tvang: *”Reelt er det retslægerådet, der afgør sagerne, og dette sker udelukkende på grundlag af de oplysninger om patienten, som er produceret af den overlæge, hvis afgørelse er indbragt til efterprøvelse.”* (Kelstrup 1983:254). Endvidere lyder der kritik af patienters *reelle* versus *formelle* mulighed for at klage samt beskyldninger om planlagt uvidenhed (Kelstrup 1983:253-254). Samlet tegner der sig altså en kritik af lovgivningen som proforma.

Instrukser for behandling under tvang

Som før nævnt er tvangsbehandling ikke reguleret af sindssygeloven. Efterspørgslen efter rammer og regler for behandlingen stiger dog i løbet af den sidste halvdel af 1900-tallet (Adserballe 1977:239-258). Det medvirker til, at det psykiatriske område reguleres, også i perioden mellem vedtagelsen af sindssygeloven og den senere psykiatrilov i 1989. Blandt andet udsendes i **1975**, på Folketingets Ombudsmands foranledning, en Fællesinstruks om tvangsmidlers anvendelse på statshospitalerne, som skærper kravene til anvendelsen af tvang. I fællesinstruksen hedder det, at: *”Tvangsmidler (bælter, handsker og fodremme) kan anvendes for at forhindre meget voldsomme og/eller urolige patienter i at tilføje sig selv eller andre korporlig skade, når andre muligheder for at bringe patienten til ro viser sig utilstrækkelige.”* (Folketingets ombudsmands beretning for 1974 i Adserballe 1977:307). I Fællesinstruksen iagttages tvang som den sidste udvej, og en problematisering af tvangsindgrebet med henblik på behandling begynder dermed at tegne sig i den juridiske kommunikation. Fællesinstruksen indfører desuden udvidede regler om dokumentation af tvang i patientens journal; et tegn på, at tvang lægges frem til iagttagelse for såvel andre myndigheder som offentligheden. Der er ikke tale om en eksplicit kritik af det medicinske system, men Fællesinstruksen kan ses som et udtryk for en stigende interesse for både at præcisere den korrekte anvendelse af tvang (som sidste udvej), og for at få indsigt i det medicinske systems funktion og omfanget af an-

vendelsen af tvang. Det medicinske system har med andre ord ikke længere carte blanche til at operere med henvisning til tvang som en selvfølgelig præmis for psykiatrisk behandling.

Afrunding af perioden 1938-1989

Den første sindssygelov er på den ene side et udtryk for, at anvendelse af tvang som præmis for den psykiatriske behandling bliver et formelt juridisk spørgsmål. På den anden side er den et udtryk for, at det juridiske system lader det være op til det medicinske system at vurdere præmissens aktualisering. Lægen opstår som den altoverskyggende autoritet på det psykiatriske område og kan bestemme, om en patient skal inkluderes i psykiatrien og gøres til genstand for behandling, samt hvorvidt denne behandling kræver anvendelse af tvang. Lægen bliver med andre ord samfundets advokat og kan stadig hente rygdækning i argumentet om sikkerhed og iagttagelsen af den sindssyge patient som potentielt farlig og upålidelig. Retliggørelsen af tvangsspørgsmålet skaber imidlertid også patienten som et retssubjekt, der i udgangspunktet er frit og har ret til at rejse kritik i relation til sin egen behandling.

Vi kan iagttage en tiltagende skepsis over for lægens vidtgående autoritet i henhold til anvendelse af tvang i takt med udbredelsen af alternative behandlingsmetoder og i form af indførelsen både af klagerettigheder og Fællesinstruksen for anvendelse af tvang. Frihedsrettighederne trænger sig på, og tvang som behandlingens præmis opstår som et muligt problem for behandlingen. Dette imødegår i den juridiske kommunikation med mere regulering, og således betinges det medicinske systems udøvelse af sin funktion yderligere. Med andre ord problematiseres tvang med henvisning til tvangens modsætning: frihed. Retliggørelsen af tvang sætter imidlertid ikke patienten fri, men regulerer i stedet potentialet for tvangsanvendelse og fokuserer således på skellet mellem tvang og frihed.

Det medicinske system begynder desuden selv at problematisere anvendelsen af tvang. I **1982** henvender 28 psykiatere sig til Folketingets retsudvalg med en række anbefalinger til en ny lov på området. Anbefalingerne bærer præg af generelle ønsker om styrkede rettigheder til sindslidende. Psykiaterne mener, at betingelserne for anvendelse af tvang må præciseres i loven, og at autoriteter med både lægelig og juridisk kompetence skal føre tilsyn med tvangsudøvelse på hospitalernes afdelinger (statensnet.dk1). I tråd med ovenstående Fællesinstruks efterspørges en større grad af åbenhed samt at dokumentation af anvendelsen af tvang reguleres ved lov. De 28 psykiatere iagttager på den

måde behovet for et juridisk tilsyn af det medicinske system og således det medicinske systems afhængighed af det juridiske system. Samtidig iagttager det juridiske system sin egen afhængighed af det medicinske system i form af et ønske om, at det første klageorgan bør have psykiatrisk sagkundskab i forbindelse med revisionen af sindssygeloven (statensnet.dk1, Adserballe 2000:35). Således iagttager både det medicinske og det juridiske system hinandens betydning for den samlede håndtering af patienten og gør sig afhængige af hinanden.

Psykiatrilovens vedtagelse i 1989 er med til at afstedkomme yderligere kommunikation om anvendelse af tvang på de psykiatriske hospitaler, og stiller spørgsmålstejn ved tvang som præmis for den psykiatriske behandling. Hvordan omskabes og konstrueres tvang som *en del af* den psykiatriske behandlings problem? Og hvilke implikationer får dette for den medicinske kommunikation om, hvad behandling som en løsning på sindssygdom *også* skal kunne?

Perioden 1989-frem: Moderne psykiatrilovgivning

“(...)Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig.”
(retsinfo.dk2)

D. 24. maj **1989** vedtages Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, almindeligvis omtalt *psykiatriloven*. Den nye lov adskiller sig fra sindssygeloven, ikke blot med sin titel, der indikerer et mere koncentreret fokus på tvangsanvendelse frem for regulering af de samlede forhold angående patientens hospitalsophold. Den er tillige mere omfattende og indeholder 47 paragraffer sammenlignet med sindssygelovens 14. Vi beskæftiger os i det følgende på de af paragrafferne samt de senere revisioner af psykiatriloven, som er centrale i forhold til problematiseringen og rekonstruktionen af tvang. Vi fortsætter således med at iagttage det juridiske systems kommunikation om tvang, herunder dets iagttagelser af det medicinske system.

Hvad er tvang?

Psykiatriloven indfører den første juridiske definition af tvang og foreskriver, at ***“(...)Ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig.”*** (retsinfo.dk2). Med udgangspunkt i patientens modvilje afhænger det altså af patienten, om en foranstaltning kan karakteriseres som tvang og dermed får patienten en stemme i forbindelse med sin behandling. I **2006** ændres tvangsdefinition til, at der er tale om tvang, når der fra patienten ***“(...)ikke foreligger et in-***

formeret samtykke(...)” (retsinfo.dk3). Informeret samtykke kræver, at patienten har modtaget fyldestgørende information om den pågældende foranstaltning og har haft tilstrækkelig mulighed for at afgive sit samtykke på baggrund af denne information. Patientens eksplicite tilkendegivelser i modsætning til det stiltiende samtykke, der gjaldt efter den første tvangsdefinition, er altså nu et krav, og kan iagttages som en skærpelse af kravene til processen forud for et tvangsindgreb. Men den ændrede tvangsdefinition kan også, på et mere generelt plan, iagttages som et eksempel på juridiske betingelser for den lægefaglige autoritet, der opstår i perioden fra 1989 og frem til i dag.

Foruden den formelle definition af tvang kvalificeres forståelsen af tvang yderligere, da man i løbet af **1990erne** begynder at interessere sig for *skjult* og *oplevet tvang*. Disse former for tvang, hvor patienten i forskellige situationer kan have følt sig presset til at afgive samtykke behandles blandt andet i en undersøgelse, der gennemføres af psykiatriloven mellem 1998 og 2006 (Hybel 2005). Det Ethiske Råd anbefaler sågar, at oplevet tvang indarbejdes i lovens tvangsdefinition for at differentiere den overordnede betydning af tvang. Dette bliver imidlertid ikke tilfældet (etiskraad.dk).

Fokusset på skjult og oplevet tvang problematiserer dog anvendelsen af tvang og øger kompleksiteten i kommunikationen herom, ved at gøre skellet mellem tvang og frihed til et spørgsmål om patientens egen oplevelse og dermed usynligt for den professionelle behandling. Tvang og frihed er ikke længere blot et spørgsmål om gældende ret og lægens vurdering, men om patientens subjektive opfattelse eller følelse. Dette er med til at nuancere distinktionen mellem tvang og frihed, idet patienten kan opleve at være underlagt tvang, omend vedkommende iagttages af behandleren som værende frit stillet.

Patientrådgiverordningen

Et andet nyt tiltag i psykiatriloven er indførelsen af en ordning, der tildeler alle patienter en patientrådgiver, som skal vejlede og rådgive i forbindelse med tvangsindlæggelse og -behandling (retsinfo.dk2). Patientrådgiveren kan for det første ses som et udtryk for, at man begynder at iagttage det som nødvendigt at informere patienten og dermed sikre patientens mulighed for at benytte sig af sine rettigheder, eventuelt i forbindelse med at klage. Dette står i kontrast til tidligere praksis, hvor man decideret undlod at oplyse patienten om vedkommendes rettigheder i behandlingsforløbet. For det andet er indførslen af patientrådgiverordningen udtryk for, at en ekstern instans tildeles autoritet i relation til patientens behandling. Patientrådgiverne er personer uden nødvendig tilknytning til

psykiatrien, som frivilligt skriver sig på en liste og kontaktes af den psykiatriske afdeling, når en patient indlægges. Patientrådgiveren skal ikke besidde en særlig faglighed, men i stedet fungere som en kritisk udenforstående til psykiatrien. Den juridiske kommunikation begynder således at iagttage patientens behandling som et anliggende, der ikke længere begrænser sig til det medicinske system. Systemet afkræver samtidig det medicinske system at genkende patientrådgiveren - og dermed en del af sin omverden - som en del af den psykiatriske behandling, der tilmed kan rejse tvivl om præmisserne for samme.

Forebyggelse af tvang via god sygehusstandard

Forebyggelse bidrager, som et tredje element i psykiatriloven vi her vælger at fremhæve, til at skærpe kravene til det medicinske system og til at problematisere iagttagelsen af tvang. Fokuset på forebyggelse styrkes op gennem **1980erne**, både som følge af antipsykiatriens generelle kritik og som følge af større viden om risici og konsekvenser af tvangsanvendelse. Man begynder i stigende grad at interessere sig for, hvordan man kan forebygge, at tilspidsede situationer ender i tvang. I den forstand løsriver den psykiatriske behandling sig fra sin tidligere præmis. Psykiatriloven knytter an til denne problematisering af tvang og gør det til gældende ret, at god sygehusstandard skal forebygge “(...)situationer, som erfaringsmæssigt let udløser tvang, f.eks. meget nyt eller skiftende personale, overbelægning af en afdeling, høj koncentration af et sengeafsnit af mange svært belastede patienter, ringe pladsforhold, for lav normering og for få tilbud til patienterne om beskæftigelse (...)” (statensnet.dk1).

Forebyggelse af tvang iagttages altså som en opgave, der handler om at sikre gode rammer for patientens hverdag. Med lovrevisionen i **2006** konkretiseres det yderligere, hvad man mener med god sygehusstandard. Sygehusmyndigheden skal nu, udover at tilbyde behandling og pleje, også tilbyde omsorg og sikre personalets kompetencer og politikker i relation til patienter og pårørende (retsinfo.dk10). I lovrevisionen markeres det altså, at personalet som helhed, ikke kun den medicinske faglighed, spiller en rolle i såvel behandlingen som i forebyggelsen af tvang. Det juridiske system begynder i den forstand at kræve af det medicinske system, at omsorg bliver en integreret del af behandlingen. Som vi så det med beskæftigelsesterapien, må det medicinske system orientere sig mod at sikre et miljø for patienten, som kan fremme behandlingen, hvilket på samme tid stiller nye krav til lægens egen faglighed.

Mere frihed - mere tvang

Samtidig med, at interessen for forebyggelse af tvang stiger og bliver en del af lovgivningen, ser vi en række udvidede muligheder for at anvende tvang efter psykiatriloven og de følgende lovrevisio-
ner. Tvungen tilbageførsel og tvungen opfølgning efter udskrivning, som henholdsvis indføres i psykiatriloven i **1989** og **2006**, er eksempler herpå. Mens den psykiatriske patient på den ene side begynder at kunne få tilladelse til at tage på weekend derhjemme samt fortsætte sin behandling i den ambulante psykiatri, forstærkes på den anden side behandlingspsykiatriens mulighed for at tilbageføre patienten til afdelingen, hvis de aftaler, der indgås ikke overholdes. Patientens øgede frihedsgrader iagttages på den måde på tvangens forudsætninger og tvang opstår som en sikkerhed for, at behandlingspsykiatrien kan holde fast i patienten og således opretholde den medicinske operation: fra syg til ikke-syg samt den omsorg, der afkræves systemet. Tvangsforanstaltningerne er således både sikkerhedens, behandlingens og omsorgens nødvendighed, fordi patientens evne til at forvalte sin egen frihed og samtidig fortsætte behandlingen uden for psykiatriens grænser betvivles. Således kommunikerer det juridiske system både om tvang som problem og som løsning i form af henholdsvis behovet for forebyggelse og en vedvarende præmis for sikkerhed, behandling og omsorg.

Afrunding af perioden 1989-frem: Moderne psykiatrilovgivning

Det juridiske system problematiserer i stigende grad anvendelsen af tvang. Dette sker dels med henvisning til individets frihedsrettigheder, dels på baggrund af iagttagelser af kritik af tvangsanvendelse i systemets omverden - herunder i det medicinske system. Patientens egen oplevelse af tvang bliver desuden genstand for iagttagelse. Tvang opstår som gældende ret med henvisning til såvel sikkerheds- som behandlingsargumenter og i stigende grad desuden med henvisning omsorg. Med andre ord ulovliggøres problemet ikke. I stedet håndterer den juridiske kommunikation tvang som problem, ved at gøre det til et spørgsmål om forebyggelse.

Tvangsdefinitionen, patientrådgiveren og fokus på god sygehusstandard opstår som forebyggende indsatser mod tvang og understreger, at den præmis, som tidligere var fast og selvfølgelig for den psykiatriske behandling, nu iagttages som problematisk og dermed bliver mere flydende. I dag udgør forebyggelse af tvang et omdrejningspunkt i kommunikationen om psykiatrisk behandling og genkendes desuden på tværs af kommunikationssystemer, hvilket vi i det følgende ser nærmere på. Vi skal blandt andet se, hvordan en tiltagende individualisering af patienten iagttager patienten som

fri til at vælge mellem de forskellige kommunikationssystemers alternative bud på behandling. Hvilken betydning får denne udvikling for patientens rolle i sin egen behandling, og hvordan udfordrer det iagttagelser af tvang i relation til behandlingen?

Perioden 1970'erne-frem: En mangfoldighed af iagttagelser af behandling

“Psykiatrisk behandling og pleje er baseret på en høj grad af tværfagligt samarbejde med inddragelse ikke alene af speciallæger, men også af psykologer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, ergoterapeuter og fysioterapeuter samt pædagoger.” (sundhedsstyrelsen.dk1).

Omsorg udgør i stigende grad et element i kommunikationen om psykiatrisk behandling. Vi iagttager omsorg, når kommunikationen kommunikerer om hensynsfuldhed, hjælp og støtte til patienten, og særligt i lyset af udviklingen mod at anerkende patientens egen forståelse af sin sygdom og muligheden for at komme sig fra denne. Vi lægger os derfor ikke fast på iagttagelsen af én kode for omsorgssystemet. Formålet med dette afsnit er snarere at vise, hvordan systemernes - særligt det medicinske - egen grænsedragning brydes med behovet for at internalisere omverdenen i kommunikationen om behandling, og hvordan krav og forventninger om omsorg for patienten spiller en væsentlig rolle heri. Vi skal desuden se, hvordan systemerne tematiserer nye forhold i den psykiatriske behandling, der på mærkværdige måder lader noget, der minder om frihed, dukke op inden for rammerne af tvang. Det efterlader os med spørgsmålet om, hvorvidt forskellen mellem tvang og frihed både kan være strukturerende for problematiseringen af tvang samt for løsningen af dette problem, og om denne forskel dermed fortsat kan sætte kommunikationen om psykiatrisk behandling. Spørgsmålet leder os ind i delkonklusionen på kapitlets første analyse.

Tværfaglighed

I løbet af **1970'erne** etableres og udvikles den ambulante psykiatri i Danmark, hvormed en del af den psykiatriske behandling rykker uden for tvangens område - det psykiatriske hospital. Psykiatrien decentraliseres i 1975, blandt andet med argumentet om et *nærhedsprincip* (retsinfo.dk4). Det iagttages som fordelagtigt for patienten at blive behandlet i sine vante omgivelser, fordi det styrker mulighederne for at genoptage normal livsførelse (etiskraad.dkb). Inspirationen til den ambulante psykiatri kommer blandt andet fra England, hvor man i løbet af 1950'erne udvikler *community mental health services* (Bjerrum 2008:246).

Samarbejdet på tværs af behandlingspsykiatrien og hjælpeforanstaltninger i tilknytning til patientens liv, herunder praktiserende læger og sociale institutioner såsom bo- og dagtilbud, iagttages som et kerneelement i den psykiatriske opgavevaretagelse. Tankerne bag den tværfaglige og tværsektorielle behandling kommer blandt andet til udtryk i en læge og en psykologs fælles beskrivelse af visionerne for den ambulante psykiatri i 1978: *“Psykiske lidelser udspiller sig altid i forhold til andre mennesker. Derfor må behandlingen sætte ind netop i de samspil hvor problemerne viser sig: I familien, i forhold til arbejdspladsen og pårørende.”* (ovartaci.dk1). Psykisk sygdom iagttages ikke udelukkende som et psykiatrisk anliggende, men italesættes som en del af patientens liv - ikke mindst patientens sociale liv og relationer. Behandling iagttages, i modsætningen til tidligere tiders skarpe grænsedragning for psykiatrisk behandling, ikke udelukkende som medicinsk behandling, men som en bred, tværfaglig indsats. Sundhedsstyrelsen skriver om indsatsen: *“Psykiatrisk behandling og pleje er baseret på en høj grad af tværfagligt samarbejde med inddragelse ikke alene af speciallæger, men også af psykologer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, ergoterapeuter og fysioterapeuter samt pædagoger.”* (sundhedsstyrelsen.dk1).

At flere fagligheder inviteres ind i den samlede psykiatriske behandling medvirker til, at en mangfoldighed af iagttagelser af patient og behandling opstår. Mens lægefagligheden gør psykisk sygdom til et spørgsmål om syg og ikke-syg, iagttager fysioterapeuten psykisk sygdom i form af kropslighed og fysisk udfoldelse, mens socialrådgiveren iagttager genvinding og udvikling af kompetencer. Med andre ord begynder flere systemer at gøre psykiatrien til genstand for kommunikation og iagttager endvidere hinandens kommunikation med ambitionen om den fælles, tværfaglige indsats.

Den ambulante behandling ligger uden for psykiatrilovens område, og den psykiatriske indsats begynder således at iagttage og gøre sig afhængig af områder - blandt andet patientens hjem - som førhen var forbundet med ikke at være syg. I den forstand udfordres det medicinske system til i højere grad at anerkende behandling som noget, der ikke kræver tvangens tilstedeværelse som præmis. Omsorgsforanstaltninger der tidligere blot lå i forlængelse af den medicinske behandling er nu nødvendige for det medicinske system at kunne genkende som en del af behandlingen.

Recovery og rehabilitering

Sideløbende med, at det psykiatriske system reorganiseres og der etableres en tværfaglig tilgang til behandling, rettes opmærksomheden mod et nyt begreb i både dansk og international kontekst. Der

er tale om begrebet *recovery*, som i sin enkleste form dækker over håbet om og troen på *at komme sig* (Jensen 2002:4). Selvom *recovery* først for alvor vinder terræn i dansk psykiatrisk kontekst i 1990'erne, er det alligevel værd at bemærke, hvordan orienteringen mod dette nye perspektiv allerede i 1970'erne er med til at afstedkomme skiftene i også det medicinske systems forståelse af, hvad psykiatrisk behandling kan og bør bestå i. Fokus rettes mod patienten som en aktør i sin egen behandling.

Recovery abonnerer på en forståelse af behandling som patientens rejse mod et godt liv, ledet og defineret af patienten selv. Målsætningen om helbredelse træder altså i baggrunden og gør plads til den subjektive forståelse af det gode liv. Den *recovery*-orienterede tilgang er et spørgsmål om inddragelse af patientens egne perspektiver på behandlingen, og således får lægen og andre professionelle en rehabiliterende eller understøttende rolle (Petersen 2013:98). En ergoterapeut udtrykker forholdet og arbejdsdelingen på følgende måde: *“Vi professionelle (...) er kun aktører i en andens rehabiliteringsproces. Det er borgeren selv som skal sætte målene for sin rehabilitering, og ud fra det må de forskellige fagpersoner i tæt samarbejde finde ud af hvordan de bedst kan bruge deres faglighed til at bidrage og støtte personen.”* (Jensen 2002:8).

Frem for at den psykiatriske behandling defineres af den indsats der ydes, opstår indsatsen snarere som noget patienten selv udvælger. Patienten bliver dermed initiativ- og beslutningstager i sin egen *recovery*-proces. *Recovery* og rehabilitering kommunikerer således hjælp til selvhjælp: det er kun patienten selv, der kan hjælpe patienten, fordi det kun er patienten selv, som kan kende problemet, der skal afhjælpes. Den professionelle indsats kan blot understøtte denne hjælp gennem omsorg. Derfor opstår *recovery* også som en problematisering af tvang, der modsat kun kan genkende hjælp i form af overtagelse af ansvar for den patient, som er ude af stand til at hjælpe sig selv og desuden er frataget friheden til at give værdigt udtryk for sin situation.

Forebyggelse af tvang

Vi så i det foregående afsnit, hvordan den juridiske kommunikation om problematiseringen af aspekter i relation til patientens selvbestemmelsesret begynder at kommunikere om behovet for forebyggelse af tvang. Desuden begynder også det medicinske system at problematisere anvendelsen af tvang, idet der rejses spørgsmål om skadelige bivirkninger ved både medicinsk og mekanisk tvang, ikke mindst i lyset af de mange alternativer, som nu eksisterer i den ambulante psykiatri

(Engberg 1994:46, politiken.dk²). I behandlingssammenhæng anses det eksempelvis som problematisk, at anvendelsen af tvang kan reducere de positive effekter af anden form for behandling, herunder den pædagogiske indsats i den ambulante psykiatri (socialpædagogen.dk). Desuden iagttages der en positiv sammenhæng mellem patientens egen indflydelse på sin behandling, hvilket bedst opnås i fravær af tvangsanvendelse, og sandsynligheden for, at patienten følger behandlingen (Korsbek 2014:1277). Der påpeges altså en hindring for effekten af den helheds- og recoveryorienterede, tværfaglige indsats, såfremt patienten udsættes for tvang.

Incitamenterne for at forebygge og nedbringe tvang udmønter sig i tiltag såsom satspuljestøttede forskningsprojekter (sundhedsstyrelsen.dk²), konferencer om nedbringelse af tvang (sundhedsstyrelsen.dk³), en national forskningsstrategi for psykiatrien (sum.dk²) og partnerskabsaftaler mellem Sundheds- og Ældreministeriet (tidligere Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) og landets fem regioner (sum.dk¹). Også uafhængige organisationer som Sikker Psykiatri, Dansk Psykiatrisk Selskab og Psykiatrifonden byder ind i debatten om forebyggelse (sikkerpsykiatri.dk, dpsnet.dk, psykiatrifonden.dk).

På trods af et tværgående og brændende ønske om at nedbringe tvang via forebyggelse er det dog et fåtal, der argumenterer for at tvang helt afskaffes som mulighed i dansk psykiatri. Tvang anses stadig som nødvendigt for at opretholde sikkerhed for både patienten selv og patientens omgivelser, og på den måde er sikkerhedskommunikationen stadig aktuel i relation til tvang. Desuden kan tvang aktualiseres som værende nødvendigt for, at psykiatrien kan drage omsorg for patienten, selv når tvang fratager patienten sin selvbestemmelsesret. Et eksempel på denne type argumentation findes i Psykiatriudvalgets rapport forud for lovrevisionen i 2015: *“På den ene side skal den enkeltes selvbestemmelsesret respekteres i videst mulige omfang. På den anden side er det også et grundlæggende princip i vores civiliserede samfund, at der bliver draget omsorg for de mennesker, der af den ene eller anden grund er ude af stand til at varetage egne interesser.”* (Psykiatriudvalget 2013:288).

Den forebyggende indsats får altså en særlig karakter i lyset af målet om at nedbringe tvang *uden* at afskaffe tvang. Det at gøre brug af muligheden for at anvende tvang søges udsat via aktualisering af alternativer til den tvangsbaserede behandling. Det nødvendige onde består med andre ord ikke i selve anvendelsen af tvang, men også i den hypotetiske mulighed for samme, som godt kan samek-

sistere med fokuset på forebyggelse. Tvang bliver således et spørgsmål om den altid tilstedeværende mulighed for aktualisering, men den også altid eksisterende indsats for at udtømme alle andre muligheder først.

Opsamling på delanalyse 1: Tvangens problematisering

Som bekendt afskaffes anvendelsen af tvang hverken med psykiatriloven eller senere lovrevisioner, udviklingen af den ambulante psykiatri, recoveryorienteringen eller den tværfaglige vending. Det grundlæggende skift i synet på patienten, behovet for en bredere indsats end den medicinske samt psykiatriens udfoldelse uden for tvangens retlige område er dog med til at illustrere, hvordan tvang i stigende grad problematiseres frem til i dag. Vi ender denne fremstilling af tvangens semantiske historie med flere systemers iagttagelser af tvang som et problem i et frihedsperspektiv; som noget, man i stadig stigende grad gør til genstand for en forebyggende indsats i erkendelse af, at tvang ikke kan udfases helt. Tvang var tidligere en præmis for den medicinske behandling, hvilket også det juridiske system etablerede som gældende ret. Denne præmis har imidlertid mistet sin legitimitet i kraft af den lange række af nye elementer, muligheder og tematiseringer i den psykiatriske behandling. Ikke desto mindre medvirker alternativerne til tvang og det accelererende behov for forebyggelse til, at tvang på nye måder aktualiseres i behandlingen. At tvang problematiseres med henvisning til forebyggelse betyder ikke, at patienten sættes fri. Derimod forekommer problematiseringen af tvang under den nødvendige forudsætning om tvangens blivende tilstedeværelse som en mulighed og et vilkår i den psykiatriske behandling.

I denne opsamling på kapitlets første delanalyse belyser vi indledningsvis, hvordan ovenstående semantiske historie kan ses som et udtryk for forskellige systemers problematisering af tvang. Dernæst beskriver vi kort, hvordan denne problematisering er med til at udfordre lægens autoritet. Endelig stiller vi skarpt på, hvordan tvangens problematisering skaber en ny problemkonstruktion i den psykiatriske behandling, som efterlader os med spørgsmålet: hvad er det, der dels karakteriserer rekonstruktionen af tvang, dels opstår som en løsning i den behandling, som ikke består i frihed, men som gerne vil differentiere sig fra tvang?

Systemernes rekonstruktionen og problematisering af tvang som præmis for behandling
Sikkerhedssystemet er det første system vi iagttager, som kommunikerer om at tvinge den afsindige med henvisning til samfundets sikkerhed. Enhver er både berettiget og forpligtet til at frihedsberøve

den afsindige, som er til fare for sig selv og andre, og dermed udgør en trussel mod samfundets orden. Således er tvang hverken afgrænset til et særligt område af samfundet eller begrænset til myndighedernes varetagelse, men anvendes snarere som en generel eksklusionsmekanisme. Med kurmetodernes udbredelse begynder et andet system dog at melde sig på den psykiatriske bane: det medicinske system gør sindssygdom til genstand for systemets funktion, behandling. Systemet kommunikerer om tvang som en forudsætning for denne behandling, blandt andet med henvisning til sikkerhedskommunikationen om sindssygens potentielle farlighed og uforudsigelighed. Tvang går således fra blot at være et redskab til håndtering af det gale og farlige til en nødvendig præmis for at inkludere ufrivillige patienter i behandlingen. Den medicinske kommunikation iagttager i første omgang ikke anvendelse af tvang som et problem. Det bliver endvidere et offentligt anliggende at tage hånd om afsindigheden. Helbredelsesanstalten - hospitalet - opstår med juridisk bemyndigelse i midten af 1800-tallet som tvangens tilhørsområde i kraft af at være det medicinske systems domæne. Hospitalets grænse markerer grænsen mellem tvangens og frihedens område.

Med vedtagelsen af sindssygeloven i 1938 gøres det medicinske system til genstand for det juridiske systems kommunikation. Retten dømmer ikke selv, hvorvidt en patient kan underlægges tvang, men gør dette til et spørgsmål om det medicinske systems ret til at forvalte det i udgangspunktet frie individs frihedsrettigheder. Koblingen mellem de to systemer kan således ses som en form for juridisk bindende udlicitering af afgørelsen om tvangens nødvendighed, hvilket gør det juridiske system afhængigt af det medicinske system - tilmed uden at betvivle beslutninger truffet på medicinske præmisser. Dette forhold ændrer sig dog senere, hvor det juridiske system opstiller krav til det medicinske systems anvendelse af tvang. Det medicinske system bliver i samme omgang afhængigt af det juridiske system til at forsvare sine afgørelser. Den tiltagende retliggørelse af tvangens udførelsesmuligheder kan således ses som et udtryk for en tiltagende skepsis over for det medicinske systems anvendelse af tvang som en præmis for sin funktion.

Udover det juridiske system, begynder det medicinske system allerede i starten af 1900-tallet at iagttage et andet system systems kode som led i den psykiatriske behandling. Omsorg tematiseres som en del af behandlingen, hvilket blandt andet kommer til udtryk i sindssygeloven, som tilskriver hospitalerne opgaven at drage omsorg for patienter, som hverken er farlige for sig selv eller andre, eller vurderes sindssyge. Den retlige kommunikation byder således det medicinske system at se patienten i et omsorgsbillede foruden et sikkerheds- og et sygdomsbillede.

Derudover begynder det medicinske system i stigende grad at iagttage understøttende omsorgsforanstaltninger såsom beskæftigelsesterapi som del af behandlingen. Mens beskæftigelsesterapien henter inspiration fra livet uden for den psykiatriske afdeling og således låner elementer fra patientens liv som frit individ, iagttages behandling dog stadig i første del af 1900-tallet at høre til inden for hospitalets mure. Hospitalets primat på behandling udfordres imidlertid senere. Med etablering af den ambulante psykiatri i forbindelse med psykiatriens decentralisering, begynder flere fagligheder at tage del i behandlingen og omsorg, hjælp og understøttelse begynder at fylde mere i kommunikationen. Det betyder samtidig, at det ekskluderende sammenfald mellem psykiatri, hospital og tvangsanvendelsesområde opløses. Psykiatri er pludselig et spørgsmål om andet og mere end tvang, og behandling noget, der kan og bør udfoldes mange andre steder end på hospitalerne. Denne udvikling er med til at problematisere anvendelsen af tvang, fordi man begynder at anerkende former for behandling, der ikke kalder på tvang som præmis for sin virkning og som endda mister sin positive effekt, når tvang aktualiseres.

I lyset af ovenstående kan vi få øje på, hvordan frihed synes at føre an i de forskellige systemers iagttagelser af tvang som problematisk. Det medicinske system irriteres af argumenter for mere frihed og mindre tvang, og bliver selv medkonstruerende for problematikken. Det medicinske systems iagttagelse af det juridiske system er udtryk for en problematisering af tvang, da det juridiske system konstruerer patienten som retssubjekt og dermed som frit i udgangspunktet. Med flere og flere koblinger mellem det medicinske og juridiske system i form af flere og flere juridiske instrukser, skal det medicinske system til hver en tid kunne forsvare og dokumentere baggrunden for frihedsberøvelse. Desuden begynder det medicinske system at iagttage omsorgskommunikation om tvangsfri behandling, at adoptere alternative behandlingsformer samt forebyggende indsatser mod tvang og at markere patientens frihed gennem patientinddragelse. Endelig begynder det medicinske system selv at iagttage mulige skadelige bivirkninger ved både medicinsk og mekanisk tvang. Systemet begynder sågar at anerkende, at patienten kan *opleve* at være under tvang, selv når lægen ikke mener at anvende tvang. Dette skærper udfordringen for nedbringelsen af tvang: selv når patienten tilsyneladende er fri, kan patienten opleve at være tvunget.

Gennem det medicinske systems iagttagelse af sikkerheds-, retlig, og omsorgskommunikationens iagttagelser af tvang som frihedens modsætning problematiseres tvang altså som præmis for behandlingen. Der er således ikke kun tale om en kamp mellem systemerne om at definere tvang.

Tvang bliver også genstand for en forhandling mellem systemerne, der må samarbejde om ikke at aktualisere tvangsanvendelse. Løsningen synes imidlertid ikke at kunne findes i tvangens anklagende modsætning - frihed - idet tvang ikke kan skrives ud af den psykiatriske behandlings ligning. Dette vender vi tilbage til nedenfor.

Nye autoritetsforhold

Problematiseringen af tvang som en præmis for den psykiatriske behandling er med til at udfordre den lægefaglige autoritet. I 1938 etablerer sindssygeloven lægens formelle autoritet i psykiatrien og til at anvende tvang: det er lægen, der som samfundets repræsentant i psykiatrien kan afgøre, om en person bør tvangsindlægges. I forbindelse med 1930ernes og 1940ernes nye behandlingsmetoder, afselvfølgeiggøres imidlertid lægens autoritet, idet andre kommunikationssystemer inviteres ind i den tidligere udelukkende medicinske diskussion om syg og ikke-syg. Ikke mindst psykiatriens kritikere udfordrer selve kategoriseringen af galskaben som en sygdom, hvilket i slutningen af 1800-tallet netop var lægevidenskabens anslag til at styrke fokuset på psykiatrien.

Den tiltagende retliggørelse betinger desuden det lægefaglige skøn. Eksempler på dette er Fællesinstruksen om kravene til tvangsbehandling, psykiatrilovens indførelse af en retlig definition af tvang og senere et fokus på, at tvang kan opstå i det skjulte og snarere er et spørgsmål om patientens egen opfattelse end om lægens afgørelse. Det er stadig lægen, der kan iværksætte diverse foranstaltninger, men det er patienten, der i sidste ende afgør, om der er tale om tvang eller et behandlingsmæssigt samarbejde.

Fokuset på patientens stemme i behandlingssammenhæng er ikke mindst med til at problematisere tvangsanvendelsen og udfordre den lægefaglige autoritet. Patienten bringes til orde med tilføjelsen af bestemmelsen om klageret over afgørelser om tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse i 1954, og genkendes derefter i stigende grad som (rets)subjekt. I forbindelse med recoveryorienteringen, der slår igennem sideløbende med den ambulante behandlings tværfaglige fokus har vi videre set, hvordan patienten iagttages at definere sin egen sygdom og deraf sin egen behandling. Dette medvirker til, at den professionelle indsats - såvel lægens som andre fagligheders - opstår som hjælp til patientens selvhjælp snarere end en paternalistisk ansvar. Den psykiatriske behandler kan pludselig være andet end læge, og behandlerens opgave opstår som understøttelse af patientens individuelle behov og vejen til bedring. Patienten er først og fremmest ekspert i eget liv, autoritet i egen behandling. Vi

ender altså fortællingen om tvangens semantiske historie med en konstatering af, at autoritetsforholdene i relation til den psykiatriske behandling er under opbrud, og ikke mindst, at patientens rolle i behandlingen er blevet ganske central.

Den psykiatriske behandlings nye problemkonstruktion

Problematiseringen af tvang over tid og udfordringen af autoritetsforholdene på det psykiatriske område kalder på en nærmere adressering af karakteren af den problemkonstruktion, vi kan iagttage i den psykiatriske behandling i dag. Hvad består problemet i? Og hvordan opstår løsningen over tid?

Det medicinske systems gennemslagskraft på det psykiatriske område skaber en problemkonstruktion bestående i psykisk sygdom. Problemet adresseres med *behandling*. Psykisk sygdom er stadig en del af problemet og aktualiserer fortsat nødvendigheden for psykiatrisk behandling, men både behandlingens præmisser og karakter er blevet et åbent spørgsmål i kraft af problematiseringen af tvang og det deraf følgende krav om forebyggelse. Den løsning - eller medicin - som efterspørges i den psykiatriske behandling, skal kunne udskyde tvang som det nødvendige onde, men skal også kunne sameksistere med tvang. Der tegner sig således en problemkonstruktion for den psykiatriske behandling som tvang er blevet en del af: tvang er gået fra at være måden det medicinske system inkluderede patienterne i behandlingen, til at være en del af systemets problem og dermed behandlingen. Problemkonstruktionen efterlader os med spørgsmålet om, hvordan behandling af psykiatriske patienter iagttages og genkendes, når tvang helst ikke skal spille en aktiv rolle, men dog står på spring i kulissen.

Løsningen kan ikke finde sine ressourcer i det, der problematiserer tvangen - frihed - idet tvang som et fortsat vilkår i behandlingen umuliggør frihedens aktualisering. Med andre ord kan psykiatrien ikke sætte patienten fri, men kun gøre noget, der minder om dette inden for tvangens rammer. Vi har på forskellige måder set, hvordan iagttagelser, der synes at efterligne patientens frihed, synes at byde sig til som løsningens kendetegn. Recoveryorienteringen, den tværfaglige indsats og den ambulante organisering er udtryk for kommunikation, som søger at kvalificere anvendelsen af tvang, arbejde med tvangen og udskyde den i tid via forebyggelse - dog uden at annullere den. Vores tese er, at *ligeværd* opstår som behandlingens løsning - som medicin mod psykisk sygdom og mod tvang. Men hvordan etableres denne form for medicin? I kapitlets næste analyse forfølger vi en parallel historie til tvangens og stiller skarpt på tilblivelsen og karakteren af *ligeværd*. Vi spørger:

hvordan opstår ligeværd som medicin og udfordrer til tvang? Og hvordan imødekommer ligeværd de ovenstående krav til den psykiatriske behandling og løsningen på den nye problemkonstruktion?

3.2. DELANALYSE 2: TILBLIVELSEN AF LIGEVÆRD

Som beskrevet i specialets indledning introducerer den daværende SR-regering i foråret 2014 et politisk program for psykiatrien under overskriften Ligeværd (Regeringen 2014). Programmet lægger op til den ændring af psykiatriloven, der blev gennemført i 2015 og som i højere grad skal sikre ligeværdighed for mennesker med psykiske lidelser. Formålet med programmet er *“(...)at forbedre patienternes retsstilling og øge selvbestemmelsesretten og patientinddragelsen (...)”* (Regeringen 2014:34), idet *“Der er behov for en ændring i vores tilgang og indsats for mennesker med psykiske lidelser. Et nyt fokus på psykiatriområdet, hvor ligeværd er den bærende værdi (...)”* (Regeringen 2014:9).

Vi iagttager programmet Ligeværd som et udtryk for det politiske systems forsøg på at afstedkomme en udvikling inden for psykiatrisk behandling, som har været undervejs over en længere periode. Der er således hverken tale om et paradigmeskifte eller et nyt element i iagttagelsen af mennesker med psykiske lidelser, for så vidt angår den medicinske kommunikation. Som vi skal se, er Ligeværd snarere et udtryk for et nedslag i en længere udvikling i patientrettigheder.

For at besvare, hvordan ligeværd opstår som medicin i den psykiatriske behandling, fremanalyserer vi ligeværd som en form, der har karakter af medicin. Vi genbesøger nu en del af den historie, vi iagttog med blik for tvangens problematisering, men udskifter vores blik, så vi kan få øje på, hvordan ligeværd, med friheden som imperativ, imødekommer kravene til den psykiatriske behandling og til løsningen på tvang som et problem heri.

Vores analytiske blik formes fortsat af ledeforskellene system/omverden og problem/løsning, og vi undersøger således, hvordan fire systemer på forskellig vis konstruerer ligeværd som en løsning på psykiatriens dobbelte problemkonstruktion, herunder problematiseringen af tvang. Vi genkender ligeværd i systemernes kommunikation med udgangspunkt i de spor af frihed, såsom inddragelse, gensidighed, autonomi og kompetence, vi iagttog i analysen af semantikken om tvang. For det første iagttager vi, hvordan forskellige systemer byder sig til i kommunikationen om ligeværd. Vi iagttager først det juridiske systems kommunikation om ligeværd. Dernæst retter vi blikket mod det

medicinske system og ser, hvordan ligeværd, blandt andet med henvisninger til omsorg og med opfordringer fra det politiske system, bliver en del af behandlingen; en form for medicin, der ordineres med henblik på at kurere psykiatriens problem: behandling og tvang. Vi afslutter denne delanalyse med at zoome vi desuden ind på det medicinske system og ligeværds betydning for netop dette systems funktion: behandling.

I kapitlets sidste delanalyse gør vi de to foregående historiske analyser til vores fundament og ser vi nærmere på, hvad der karakteriserer ligeværd som en forebyggende løsning mod tvang, og hvordan vi kan iagttage dette som et spørgsmål om iagttagelse af patientens frihed som imperativ - ikke som et krav om fravær af tvang.

Ligeværd i den juridiske kommunikation

“Medindflydelse gennem patientråd vil øge patienternes selvrespekt ved at give dem en mere ligeværdig status (...)” (statensnet.dk1)

I det følgende ser vi på, hvordan udviklingen i patientrettigheder er et udtryk for det juridiske systems iagttagelse af ligeværd som patientrettigheder. Vi iagttager ligeværd som rettigheder, når den juridiske kommunikation kommunikerer om patientens retsstilling og krav på at forvalte sin egen situation, samt når relationen mellem psykiatri og patient iagttages som jævnbyrdig og gensidigt forpligtende. Indledningsvis opstiller vi en række eksempler på tiltag i lovgivningen, der synes at kommunikere ligeværd med særligt fokus på patientinddragelse. Fortællingen om ligeværd som rettigheder er på mange måder en velkendt fortælling om humanisme og samfundsmæssig tolerance, men som vi skal se i analysen, kompromitteres patientens rettigheder imidlertid stadig med henvisning til argumenter om sygdom og omsorg. Vi skal altså se, hvordan det juridiske system gør det til det medicinske systems opgave at prioritere mellem ligeværd og behandling.

Fra minusindivid til medindflydelse

Retliggørelse betyder, at individer og grupper tildeles rettigheder ud fra generelle og objektive kriterier, der kan opretholde konsistens i gældende ret. Retliggørelse er på den måde en juridisk anerkendelse af individer, som er lige for loven. Men retliggørelse er også et udtryk for regulering af frie individers frihed. Disse generiske iagttagelser er væsentlige i nærværende kontekst, fordi de langt fra altid har været en selvfølge, hvad angår psykiatriske patienter. I forbindelse med udarbej-

delsen af Fremtidens Forsørgelsesvæsen i 1920 fremlagde en af hovedarkitekterne bag denne reform, den socialdemokratiske politiker K.K. Steincke, argumenter for at begrænse antallet af sindssyge og deres rettigheder: *“Hvad nytter den stigende humanisering, den stadigt voksende offentlige forsorg? Den mangeartede omsorg (...) fører kun, takket være lægevidenskabens og sygeplejens stærke udvikling, til at svække slægten ved at holde liv i tusinder som samfundet var tjent bedst med bukkede under.”* (socialstyrelsen.dk).

Sindssyge betragtes som mennesker, der ikke bidrager til samfundet, såkaldte *minusindivider*, hvis eksistens dermed ikke er berettiget (socialstyrelsen.dk). Med sindssygeloven af 1938 anerkendes den psykiatriske patient dog som retssubjekt og således kan vi iagttage et spædt skridt i retning mod større ligeværd for disse tidligere minusindivider.

Sindssygeloven er primært et udtryk for formalisering af psykiatriens rettigheder *til* tvangsanvendelse, mens den psykiatriske patients rettigheder *fra* tvang først kommer på den juridiske dagsorden med indførelse af klageadgangen i **1954**. Den formelle klagemulighed kan siges at være et udtryk for en form for tilstræbelse af ligeværd, idet loven nu både tildeler psykiatrien og patienten rettigheder i relation til det tvangsmæssige indgreb. Endvidere er debatten om informationskrav til psykiatrien en forsigtig tilnærmelse til at anerkende patienten som et ligeværdigt og handlekraftigt individ (Adserballe 1977:245-246).

Fra 1950erne til 1980erne er det især den antipsykiatriske bevægelse, der advokerer for mere ligeværd for psykiatriske patienter. Der efterspørges en ny lov om anvendelse af tvang, der i højere grad opstiller regler for, hvordan patienter må og skal behandles under indlæggelse. Psykiatrilovens vedtagelse i **1989** efterkommer en del af denne efterspørgsel: den psykiatriske patient tildeles en patientrådgiver, som blandt andet skal understøtte vedkommendes klagemuligheder. Derudover indfører psykiatriloven et krav til de psykiatriske afdelinger om at oprette patientråd med det formål *“(...) at give patienterne mulighed for at øve indflydelse på egne forhold (...)”* (retsinfo.dk2). I principbetænkningen forud for psykiatriloven finder udvalget, at *“Medindflydelse gennem patientråd vil øge patienternes selvrespekt ved at give dem en mere ligeværdig status, hvilket vil have en gavnlig indflydelse på forholdet mellem personale og patienter.”* (statensnet.dk1). Rådene kan således iagttages som et forsøg på at lade den psykiatriske patient opstå som en samfundsborger, fri til at deltage i formningen af “samfundet” inden for psykiatriens område: en spidsfindig efterligning af samfun-

dets generelle idealer om frihed, lighed og demokrati. Ligeværd iagttages som en kvalitet, der gerne skal gøre sig gældende i både patientens iagttagelse af sig selv og som et kendetegn for relationen mellem patient og personale.

Dialog mellem patient og behandler

I forbindelse med revisionen af psykiatriloven i **1998** finder vi et andet eksempel på, at der stilles juridiske krav om ligeværdig behandling af patienten. Overlægen får ansvar for at udfærdige *udskrivningsaftaler* mellem særligt udsatte patienter, den psykiatriske afdeling og instanser i den ambulante psykiatri. (retsinfo.dk9). Formålet med aftalerne er todelt: på den ene side skal de sikre, at der tages ansvar for, at den særligt udsatte patient støttes i at blive i sin behandling efter endt hospitalsoophold. På den anden side skal aftalerne bidrage til, at patienten inddrages og tager medansvar for sin behandling (retsinfo.dk5). Ligeværdigheden består således i, at psykiatrien og patienten opstår som samarbejdspartnere. Lovforslaget beskriver samtidig udskrivningsaftalen som et “(...)tilbud, som ikke vil kunne gennemtvinges, hvis den udskrevne ikke ønsker at tage imod tilbuddene.” (retsinfo.dk5). Det juridiske system iagttager på den måde den psykiatriske patient som værende i stand til at indgå aftaler med psykiatrien og genkender desuden patienten som et subjekt med en vilje og frihed til at afslå behandlingen.

Samlet viser indførelsen af patientråd og udskrivningsaftaler, at gældende ret i stigende grad baseres på kommunikation *med* patienten frem for kommunikation *om* patienten. Denne udvikling bliver ikke mindre interessant, når dialogen med patienten også begynder at tematisere tvang. I **2006** bliver det obligatorisk for de psykiatriske afdelinger at afholde en *eftersamtale* med patienten efter ethvert tvangsindgreb. Formålet med samtalen er “(...)at få belyst patientens og personalets opfattelse af den situation, som ledte til tvangsanvendelse dels for at kunne forebygge anvendelsen af yderligere tvangsanvendelse og dels for eventuelt at gennemføre tvang på en anden måde ved fremtidige tvangsforanstaltninger.” (retsinfo.dk6).

Til trods for at tvangssituationen per definition er et udtryk for patientens manglende samtykke, gør eftersamtalen det således relevant at kvalificere, *hvordan* samtykkets fravær opleves af såvel patient som personale. Med indførelsen af eftersamtalen stiller det juridiske system krav til det medicinske system om relationen til patienten. Det medicinske system byder kravet velkommen, idet systemet

iagttager eftersamtalen og det at gå i dialog om tvang, herunder at anerkende den oplevede tvang, som en ressource i forebyggelsen af tvang.

Et lignende tiltag bestående i obligatoriske *forhåndstilkendegivelser* indføres med den nyeste revision af psykiatriloven (2015). Forhåndstilkendegivelsen indebærer, at patientens personlige ønsker med hensyn til behandlingens form og indhold så vidt muligt skal inddrages “(...)som vejledende for overlægens overvejelser om behandling, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale.” (retsinfo.dk7). Som en del af forhåndstilkendegivelsen kan patienten udtrykke sine ønsker til, hvilke tvangsforanstaltninger, der skal anvendes, hvis tvang bliver nødvendigt. Forhåndstilkendegivelsen iagttager altså muligheden for fremtidig anvendelse af tvang og dermed et brud med patientens ønsker i den potentielle situation, men søger alligevel at betinge denne situation af en ligeværdig og anerkendende tilgang til patienten i nutiden.

Ligeværd markeres i form af den gensidige dialog og lydhørhed mellem patient og personale, både i forhold til eftersamtalens erfaringsudveksling og forhåndstilkendegivelsens forventningsafstemning. Såvel patient som personale inviteres til at tilkendegive ønsker, håb og forventninger på den ene side af tvangsindgrebet - og oplevelser, følelser og konstruktive overvejelser på den anden side af tvangsindgrebet. Begge foranstaltninger markerer således ligeværd i direkte relation til tvang og som et forebyggende tiltag. På den måde læner eftersamtalen og forhåndstilkendegivelsen sig op ad en idé om den frie patient, som selv bestemmer karakteren af indgrebet. Patientens ultimative autonomi forbliver dog et imperativ grundet tvangens potentiale som vilkår for behandlingen. Frem for frihed bliver ligeværd en overskrift for dialogen angående situationer, hvori den ene part underlægger den anden tvang. Desuden bliver kravet om ligeværd i højere grad end tidligere *en del af* behandlingen frem for *et alternativ* til behandlingen.

Patientens rettigheder under tvang

Ligeværd bliver ikke kun en del af behandlingen som alternativ til tvang, men kommer desuden til at karakterisere selve det tvangsmæssige indgreb og føder således ind i rekonstruktionen af tvang. I Ligeværd ses et eksempel på dette, når SR-regeringen iagttager den forestående lovrevision med formålet om, at den “(...)i højere grad sikrer ligeværdighed for mennesker med psykiske lidelser - også når tvang er nødvendig.” (Regeringen 2014:34). Ligeværd og tvang sættes i direkte relation til hinanden med ambitionen om at lade førstnævnte definere sidstnævnte. Et andet eksempel på dette

ser vi i revisionen af psykiatriloven i 2006, som indfører *eksternt tilsyn* med tvangsfikserede patienter (retsinfo.dk³). En ikke behandlingsansvarlig læge skal tilse patienten for dels at vurdere rigtigheden af sin kollegas afgørelse om anvendelse af tvang, dels at drøfte situationen med patienten. Patientens egne udmeldinger, når vedkommende er underlagt tvang, tages således til efterretning – et udtryk for en iagttagelse af værdighed og ret til selvbestemmelse.

Vi kan ligeledes iagttage denne tendens i forbindelse med lovrevisionen i 2010, der indfører betænkningstid, også kaldet en *motivationsperiode*, forud for et tvangsindgreb: “*Forud for overlægens afgørelse efter stk. 4 om tvangsbehandling skal patienten have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.*” (retsinfo.dk⁸). Patienten tildeles således retten til at udsætte tvang og dukker på den måde op som et subjekt med mulighed for at vælge frit mellem alternativer. Patienten *er* dog ikke fri, for hvis det ikke lykkedes at motivere vedkommende til at give sit samtykke inden for betænkningstiden, aktualiseres tvang, som nu ikke blot henter hjemmel i farlighed og/eller bedring, men også i et afprøvet forsøg på at gøre sig selv unødvendig.

En vigtig del af behandlerens motivering af patienten består i at overbevise patienten om, at vedkommendes vanskeligheder skyldes en psykisk sygdom, som kan behandles (Ringer 2013:159). Det medicinske system refererer i den forbindelse til patientens sygdomserkendelse eller -forståelse: patientens erkendelse af at fejle det, behandleren har diagnosticeret vedkommende med. Opstår der uenighed mellem behandler og patient om patientens sygdom, bliver årsagen hertil installeret i patienten, som karakteriseres ved manglende sygdomserkendelse. Dette strider imod recoveryorienteringens idé om, at patienten selv definerer både sin sygdom og sit behov for behandling, og illustrerer samtidig, hvordan en iagttagelse af skellet mellem fornuft og ufornuft som noget, der i sidste ende defineres af behandleren, stadig gør sig gældende i kommunikationen. Indførelsen af betænkningstid og vurderingen af patientens sygdomserkendelse er således begge udtryk for forsøg på at motivere patienten til at iagttage sig selv på en særlig, fornuftig måde, der kan iværksætte behandling som et samarbejde og dermed udskyde muligheden for at anvende tvang.

Den psykiatriske patient tildeles en række øvrige rettigheder end de beskrevne, men fælles for ovenstående er, at de eksemplificerer, hvordan rettigheder søger at installere ligeværd i den psykiatriske kontekst, dels som en selvfølelse hos patienten, dels i relationen mellem patient og behandler.

Dette gælder også i direkte forbindelse med tvang. Ikke desto mindre kan vi iagttage en række eksempler på, at man ser bort fra ligeværd som rettighed, hvilket udfordrer, hvad vi generelt kan forstå ved ligeværd.

Tilsidesættelse af rettigheder

Psykiatrilovens krav om, at de psykiatriske afdelinger skal facilitere patientråd, rulles tilbage i **1998**, idet undersøgelser forud for lovrevisionen viser, at patientrådene ikke virker efter hensigten. Størstedelen af patienterne udskrives så hurtigt, at det er vanskeligt at få ordningen til at fungere kontinuerligt. Derudover viser det sig, at de patienter, der har været indlagt i længere tid og som derfor kunne drage nytte af ordningen, har svært ved at deltage i arbejdet på grund af deres tilstand. Tilbagekaldelsen er et eksempel på, at patientens sygdom og manglende kapacitet til at udnytte egne rettigheder kan få indskrænkende konsekvenser for disse rettigheder, hvilket på ny vækker genklang i tidligere tiders betragtninger (Adserballe 1977:246, Kelstrup 1983:254). Det juridiske systems forsøg på at skabe ligeværd skydes således til hjørne af det medicinske system med henvisning til sygdommen, hvilket kun lader sig gøre, idet der i udgangspunktet er tale om individer, over for hvem tvang kan iværksættes.

Hensynet til patientens sygdom og dermed behovet for behandling kolliderer også med kommunikationen om ligeværd, hvad angår udskrivningsaftalerne. Samtidig med indførelsen af kravet om udskrivningsaftaler indføres nemlig såkaldte *koordinationsplaner*, der giver den psykiatriske afdeling og instanser i den ambulante psykiatri bemyndigelse til at udveksle personfølsomme oplysninger om patienten, også uden patientens samtykke. Koordinationsplanen sikrer altså, at den psykiatriske afdeling kan leve op til det ansvar den forventes at tage for patientens behandling, også når patienten forlader afdelingen og hvis patienten bruger sin selvbestemmelsesret til at afslå samarbejdet. Med andre ord vægtes opretholdelse af behandlingen i sidste ende højere end patientens egen indflydelse og dermed ligeværd. Igen er denne kompromittering af patientens rettigheder kun mulig, fordi patienten befinder sig i den juridiske kontekst, hvori tvang er et vilkår. Endvidere er det bemærkelsesværdigt, at det juridiske system så at sige udliciterer afgørelsen om patientens rettigheder til det medicinske system. Den lægefaglige autoritet kan altså, med gældende ret i ryggen, fravige ligeværd med argumenter om behandling.

Hvad angår såvel patientens klageret som retten til at få eksekveret indholdet af eftersamtalen og forhåndstilkendegivelsen, kan vi ligeledes iagttage et *men* bestående i en lægefaglig vurdering af patientens tilstand. Psykiatriloven gør gældende, at *“I særlige tilfælde, hvor hensynet til patientens helbred eller til sagens behandling i nævnet afgørende taler herfor, kan nævnet bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.”* (retsinfo.dk2). Klagenævnet har altså hjemmel til at beslutte, om patienten skal inkluderes i eller ekskluderes fra forhandlingerne. Argumentet for at fravige bestemmelserne om den almindelige klageret skal enten findes i patientens helbred eller i hensyn til sagsbehandlingen. Desuden kan vi iagttage, hvordan omsorg viser sig som en udfordrer til ligeværd som rettighed. En afdelingssygeplejerske beskriver i en udgivelse fra Det Ethiske Råd (1996) den omsorg, der ligger i, at psykiatrien kan veksle mellem at anerkende, henholdsvis overtrumfe patientens ret til medinddragelse *“Det kan være barskt for en patient at se på tryk, hvor syg overlægen synes, han er!”* (Det Ethiske Råd 1996:40). Sygeplejersken vurderer, at der sommetider kan være et omsorgsmæssigt behov for at beskytte patienten fra den indsigt, ligeværd i form af medinddragelse kan medføre.

Også hensynet til patientens og omgivelsernes sikkerhed kan tilsidesætte prioriteringen af ligeværd i form af rettigheder. Dette kan vi iagttage, idet de ligeværdige dialoger i form af forhåndstilkendegivelsen og eftersamtalen er obligatoriske at afholde, men ikke at efterleve. Indholdet af dem kan tilsidesættes, for så vidt personalet finder det nødvendigt at anvende tvang. Idéen om patienten som fri til at påvirke egen fremtid - omend under tvang - er altså genstand for et potentiale for skuffelse, idet personalet kan vælge at se bort fra patientens frihed.

Afrunding af ligeværd i den juridiske kommunikation

Den psykiatriske patient tildeles flere og flere rettigheder gennem tiden. Mange af rettighederne knytter an til en idé om at skabe kommunikation med patienten og gennem diverse samtaler, råd og klagemuligheder give patienten ret til at få indflydelse på egen livssituation. Patientens “frihed” kan dog til hver en tid begrænses med henvisning til patientens sygdom og behandling, herunder sygdomserkendelse, sikkerhed og omsorg. Vi ser altså en intensivering af ligeværd som rettigheder over tid, men en samtidig betingelse af disse rettigheder af det medicinske systems beslutningskompetence. Dette giver os ikke svar på, hvordan ligeværd opstår som medicin i den psykiatriske behandling, men peger os i retning af, at den psykiatriske behandling konfronteres med kommunikation om ligeværd. Hvad giver denne konfrontation anledning til, når vi iagttager den medicinske

kommunikation om behandling? Eller med andre ord: hvordan emergerer ligeværd i det medicinske system og som en del af systemets funktion, behandling?

Ligeværd i den medicinske kommunikation

“Det er vigtigt, at værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion udgør en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.” (Psykiatriudvalget 2013:10)

I dette afsnit genbesøger vi en række af de tiltag og strømninger i psykiatrien, som vi tidligere iagttag som et udtryk for en problematisering af tvang. I forbindelse med tiltagene opstår imidlertid også løsninger på denne problematisering, som byder sig til for det medicinske systems iagttagelser af sin egen funktion - behandling. Ligeværd kendetegner disse løsninger og sætter særligt patientinddragelse som en central del af den medicinske kommunikation, blandt andet på foranledning af den juridiske og politiske kommunikation. Efter analysen af den medicinske kommunikation om ligeværd samler vi op på tilblivelsen af ligeværd som medicin i psykiatrisk behandling, med reference til de forskellige systemer vi iagttager gør sig gældende. Det leder os videre til kapitlets afsluttende analyse, som på baggrund af analyserne af semantikken om henholdsvis tvang og ligeværd, spørger til ligeværds *form* og viser denne som en genindtrædelse af forskellen mellem tvang og frihed på tvangens område. Ved at iagttage genindtrædelsen kan vi få øje på, hvordan ligeværd som medicin udfordrer tvang som præmis for psykiatrisk behandling.

Patientinddragelse

Et af de første tegn på at det medicinske system begynder at kommunikere om ligeværd som en del af behandlingen, ser vi i forbindelse med opblomstringen af den biopsykosociale sygdomsforståelse i **1960erne**. Inden for denne forståelse indebærer behandlingen af psykisk sygdom et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer og en orientering mod ligeværd i form af inddragelse af patientens egne perspektiver (Petersen 2013:91). Den biopsykosociale sygdomsforståelse er i tråd med recoveryorienteringen og kommer efterhånden til at præge den medicinske kommunikation mere og mere. Det afspejler sig blandt andet i den fremtrædende psykiater Erik Strömngrens banebrydende lærebog *Psykiatri*. I niende udgave af bogen tilføjer den ellers biomedicinsk orienterede Strömngren, hvordan den psykiatriske behandler bør spørge den enkelte patient, hvorfor vedkommende reagerer på en bestemt måde for derigennem at anerkende, at behandler og patient kan

have forskellige, subjektive opfattelser af en given situation (ovartaci.dk2). Dette er et eksempel på, at det medicinske system begynder at kvalificere og differentiere sit syn på den psykiatriske patient. Det enkelte individ frem for den generelle masse af patienter bliver udgangspunkt for behandlingen. Det medvirker desuden til, at den medicinske kommunikation må forholde sig åbent for at iagttage nye og ikke-medicinske løsninger som en del af behandlingen. Systemet udfordres altså til at gøre sin omverdens iagttagelser af behandling til en del af sin egen funktion.

Et andet eksempel på det medicinske systems orientering mod den ligeværdige tilgang til patienten er en stigende opmærksomhed på miljøterapi, som fra **1950erne** udgør en væsentlig del af behandlingen på de psykiatriske hospitaler. Denne terapeutiske tilgang bygger til dels på beskæftigelsesterapiens idéer om at aktivere patienten, men hvor beskæftigelsesterapien, som vi så i analysen af tvangssemantikken, søger at holde patienten uvidende om sin egen bedring, forsøger miljøterapien at bevidstgøre patienten herom. Lige værd opstår som inddragelse af patientens refleksion omkring miljøfaktorerens påvirkning på egen bedring og ses som et led i selve behandlingen. Anvendelsen af miljøterapi præparerer således til, at recoveryorienteringen vinder indpas i psykiatrien.

Recovery iagttager patientens blik på sig selv som nøglen til behandling, hvilket er med til at skabe en særlig relation mellem patient og behandler. Behandleren opstår som en, der skal hjælpe patienten med at iagttage sig selv og blive bevidst om sine egne særlige behov. Denne hjælp til selvhjælp skaber en gensidig afhængighed mellem patient og behandler, der kan iagttages som en markering af en ligeværdig relation mellem parterne. Patienten opstår som unik og det er netop den enkeltes særegenhed, der bliver udgangspunktet for den gode psykiatriske behandling. Desuden må lægen ikke blot forholde sig til patientens bidrag til behandlingen, men også til en række andre fagligheder og juridiske krav, hvilket udfordrer lægens autoritet.

Patientinddragelse iagttages tilmed af det medicinske system som værende udslagsgivende for, hvorvidt patienten følger behandlingen og opnår at komme sig. I en artikel i Ugeskrift for læger fremgår det, at: *"(...)den primære grund til, at psykiatriske patienter dropper ud af deres behandling, er utilfredshed med behandlingen og den manglende indflydelse på de beslutninger, der træffes. Derfor fremhæves beslutningstagningen ofte som et særligt anliggende for psykiatrien."* (Korsbek 2014:1276).

Patientinddragelse og fælles beslutningstagning iagttages som en del af selve behandlingen og dermed som en del af det medicinske systems operation i koden syg/ikke-syg. Med andre ord opstår den ressource, der ligger i at sætte patienten fri til selv at definere sig som patient og give sig til kende i kommunikationen om behandling som en form for *medicin* i behandlingen. Medicinen sætter ikke patienten helt fri, men skaber et rum for kommunikation. Det er samtidig dette rum, denne kommunikation, der opstår *som* behandling. Ligeværd åbner rummet og kan desuden holde det åbent, til trods for at tvang eksisterer som et potentiale. I det følgende skal vi endvidere se, hvordan ligeværd søger at adressere tvang som et problematisk element i behandlingen.

Ligeværd som forebyggende medicin mod tvang

Det medicinske system iagttager ligeværdigheden i fælles beslutningstagning som en løsning på anvendelsen af tvang. I en artikel i Ugeskrift for læger fremgår en tese om, at *“(...)fælles beslutningstagning gennem brug af konkrete redskaber bidrager til at forebygge overmedicinering og tvang og sikre, at behandling af psykiatriske patienter sker gennem en fælles overenskomst, der øger patientens tillid og behandlingskonkordansen”* (Korsbek 2014:1277). På den måde opstår ligeværd som en løsning på begge problemer i psykiatriens problemkonstruktion: behandling og tvang.

På lignende vis fremgår det af SR-regeringens Ligeværd, at en ligeværdig kultur på den psykiatriske afdeling kan mindske risikoen for konfliktsituationer og dermed nødvendigheden af at anvende tvang (Regeringen 2014:32). SR-regeringen læner sig op ad psykiatriudvalgets undersøgelse af nedbringelse af tvang, der viser en dokumenteret *“(...) sammenhæng mellem, at afsnit med høj grad af brugerinvolvering også anvender mindre tvang.”* (Psykiatriudvalget 2013:236). Det politiske system lægger på den måde pres på det medicinske system ved at anvende dets egne argumenter om, at tvang kan reducere behandlingens effekt.

Overdragelse af kompetence

Sammenhængen mellem høj grad af brugerinvolvering og forebyggelse af tvang iagttages også af en taskforce på psykiatriområdet, som nedsættes i forbindelse med Ligeværd. Ifølge taskforcen viser regionale indsatser som fælles kompetenceudviklingstilbud og brugerstyrede senge sig at være brugbare værktøjer til at forebygge tvangsindlæggelser (sundhedsstyrelsen.dk4). Brugerstyrede senge er en ordning, som skal *“(...) skabe en situation hvor det er patienten selv, der bestemmer, hvor-*

når der er behov for indlæggelse.” (sundhedsstyrelsen.dk5). Ordningen bliver til i forbindelse med satspuljeaftalen 2013-2016 og hensigten er at “Styrke patientens autonomi og tryghed (...)” ved at “(...) visiterede patienter på eget initiativ kan lade sig indlægge i kortere tid og på den måde forebygge, at sygdommen forværres med evt. behov for beroligende medicin eller tvangsforanstaltninger til følge.” (sundhedsstyrelsen.dk5).

Forebyggelse af tvang finder altså ikke kun sin løsning i den ligeværdige patientinddragelse, men også i en ordning, hvor beslutningskompetence *overdrages* til patienten. Markering af ligeværd i form af anerkendelse af patientens kapacitet og kompetence til at indlægge sig selv iagttages som en måde at undgå den diametralt modsatte situation: frihedsberøvelse. Det interessante ved denne forebyggende indsats er, at patienten bruger sin frihed til at tilsidesætte sin frihed, idet indlæggelse aktualiserer potentialet for, at patienten kan underlægges tvang. Brugerstyrede senge leger med et imperativ om patientens frihed, men det er ligeværd og dermed også potentialet for tvang, der kommer til at kendetegne behandlingen. Ligeværd gør det med andre ord muligt for såvel patient som behandler at genkende patienten som frit individ, der midlertidigt opstår som ligeværdig patient.

Et andet eksempel på at ligeværd i kommunikationen medvirker til, at lægefagligheden overdrager en del af sin beslutningskompetence i relation til behandlingen, er psykiatriens tiltagende brug af peer-medarbejdere: ansatte i psykiatrien med brugererfaring. Psykiatriudvalget skaber fokus på patientstøtte i form af peer-medarbejdere og italesætter ligeværdigheden i denne form for indsats: *“For at forebygge udvikling og forværring af psykisk lidelse er der behov for et stærkere fokus på ligeværdighed (...)”* (Psykiatriudvalget 2013:79). Tanken er, at peer-medarbejderen kan møde patienten i øjenhøjde, relatere til patientens oplevelser og dermed indgå i en ligeværdig relation med patienten: *“Mange af de mennesker, der får en psykiatrisk lidelse, oplever, at det er så svært og fremmedgjort, at de slet ikke kan sætte ord på det. Hos peer-medarbejderen oplever de, at de godt kan fortælle om deres oplevelser og følelser. Følelsen af ligeværd var noget, der gik igen.”* (Barse 2015:6).

Det skaber håb for den psykiatriske patient at tale med en anden, som har været igennem et lignende forløb i psykiatrien, men som er kommet sig (Hansson, Birgitte 2015). Patienten kan således spejle sig i peer-medarbejderen, som blandt andet repræsenterer et potentiale for frihed. Med dette som udgangspunkt bliver patienten i stand til at iagttage, hvordan vedkommende selv kommer videre i

livet efter sin indlæggelse. I den ligeværdige relation mellem patienten og peer-medarbejderen bliver potentiel frihed således et element.

Peer-arbejdet imødekommer psykiatriens behov for at få patienten i tale og inddrage patienten. Vi kan iagttage det som en måde, hvorpå det medicinske system søger brugererfaring som en udefrakommende “faglighed” og kompetence lægefagligheden ikke selv besidder. Ordningen kan ses som en form for empowerment af patienten, der søges opnået ved at installere genkendelighed og ligeværd mellem den nutidige og forhenværende psykiatribrugers som en del af den psykiatriske behandling - som en form for medicin.

Afrunding af ligeværd i den medicinske kommunikation

Vi har i ovenstående beskæftiget os med, hvordan ligeværd opstår i kommunikationen om psykiatrisk behandling. Denne tilblivelse er ikke udelukkende foranlediget af det juridiske systems udvikelse af patientens rettigheder med argumenter om det frie individ og retssubjektet. Ligeværd opstår derimod som en fravigelig rettighed, når det juridiske system udliciterer afgørelser om patientens frihed til det medicinske system. Det medicinske system kan legitimt fratage patienten rettigheder med henvisning til sikkerhed, behandling og omsorg.

Efterhånden begynder den medicinske kommunikation dog at gøre ligeværd til en *ressource i behandling*, frem for at iagttage ligeværd som noget lægen udelukker *af hensyn til behandling* og eventuel tvangsanvendelse. Ligeværd opstår i den forstand som medicin. Dette sker blandt andet som følge af et tiltagende fokus på inddragelse af patienten, hvormed den tværfaglige indsats og alternative behandlingsformer iagttages og anerkendes i den medicinske kommunikation. Desuden søger det politiske system at irritere det medicinske systems iagttagelser af sammenhængen mellem patientinddragelse og god behandling, herunder forebyggelse af tvang, med henvisning til det medicinske systems egne erfaringer og argumenter.

Ligeværd bliver dels et kerneelement i den psykiatriske behandling af psykiske lidelser, dels en forebyggende medicin mod tvang. Denne dobbelte virkning af medicinen imødekommer således kravene til den løsning vi i analysen af tvangssemantikken kunne iagttage, at den psykiatriske behandling i dag kalder på.

I det følgende, kapitlets tredje og sidste delanalyse, ser vi på samspillet mellem ligeværd som medicin og tvang som et nødvendigt onde og blivende vilkår i den psykiatriske behandling. Vi begriber ligeværd som en ny form, der byder sig til i kommunikationen om psykiatrisk behandling: en genindtrædelse af forskellen mellem tvang og frihed. Hvordan gør denne paradoksale form ligeværd i stand til at håndtere tilstedeværelsen af tvang som et stadigt vilkår i behandlingen?

3.3. DELANALYSE 3: KARAKTEREN AF LIGEVÆRD SOM MEDICIN

For at belyse, hvordan tvang og ligeværd kan sameksistere, til trods for at ligeværd søger at bekæmpe tvang, tager vi udgangspunkt i den teoretiske forståelse af tvang, som vi tager udgangspunkt i, i specialet. Tvang dukker op som magts grænse og som konstitutiv modsætning til frihed. Magt er karakteriseret ved, at både den magtoverlegne og den magtunderlegne har flere handlemuligheder, og at den magtunderlegne derfor må besidde en grad af frihed, for at der kan være tale om magt. Uden en grad af frihed er der ikke tale om magt, men om tvang (Luhmann 1979:113-114, Foucault 1995:170, Andersen 2008:167).

I og med at frihed og tvang er gensidigt udelukkende, må det altid tilstedeværende potentiale for tvang i psykiatrisk behandling indebære, at ligeværd er forskellig fra frihed. Således kan tvang, til trods for at ligeværd forsøger at komme den til livs med referencer til patientens frihed, fortsat være til stede i kommunikationen. Dette ser vi en række eksempler på i den medicinske kommunikation. Til trods for at lægen kan vælge at se bort fra patientens forud givne ønsker ved en tvangssituation, er indførelsen af forhåndstilkendegivelser og eftersamtaler stadig forsøg på at forebygge tvang og på at give patienten indflydelse på selve tvangsansværelsen, hvis tvang skulle blive nødvendigt. Til trods for at lægen kan iværksætte tvangsforanstaltninger, kan tiltag som brugerstyrede senge på lignende vis iagttages som et forsøg på at overdrage beslutningskompetence og selvbestemmelsesret - frihed - til patienten. Peer-medarbejderen er et tredje eksempel på, at man til trods for det altid tilstedeværende potentiale for tvang, stiller en tvangsfri fremtid i udsigt for patienten, ved at lade tidligere psykiatriske brugere hjælpe patienten til at opdage og iagttage muligheden for at komme sig.

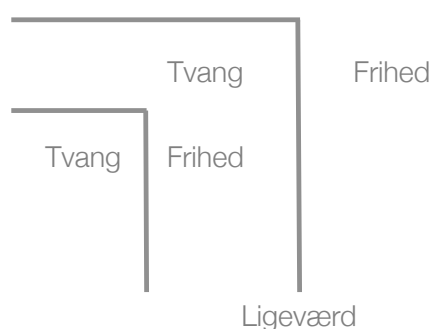
De ovenstående eksempler illustrerer, hvordan patientens indflydelse på behandlingen, hverdagen og forestillinger om en fremtid uden for hospitalet, kan iagttages som en form for tilnærmelse til frihed. Det er netop i den blotte tilnærmelse af frihed, at ressourcen i ligeværd som en del af behandlingen og i nedbringelsen af tvang består. Ligeværd kan kun i kraft af *ikke* at være frihed, men i

stedet gøre brug af frihedens imperativ, være til stede i kommunikationen og udfordre tvang. Under den forudsætning at ligeværd ikke kan være frihed, synes der altså at være en produktiv løsning til stede i form af ligeværd som en løsning på behandling og nedbringelse af tvang.

Vi kan forstå denne produktive løsning ved hjælp af filosofen Albert Camus' læsning af myten om Sisyfos. Som straf har Sisyfos fået til opgave at trille en stor sten op ad et bjerg, men må hver dag se til, at stenen triller ned igen og acceptere det spildte arbejde, for så at gøre det samme næste dag. Dette er hvad vi normalt forstår ved sisyfosarbejde. Ifølge Camus finder Sisyfos dog en mening og glæde ved sit tilsyneladende absurde arbejde; han fortsætter ufortrødent og finder mening i det meningsløse (Camus 1964:117). På lignende vis bliver billedet på patientens frihed brugt som en resource i behandlingen, til trods for at den aldrig bliver en realitet, men altså forbliver et imperativ. Forhåndstilkendegivelsen, eftersamtalen, brugerstyrede senge og peermedarbejdere iagttages alle som værktøjer til at forbedre patientens behandling med udgangspunkt i patientens egne ønsker - en efterligning af friheden - og med målet om helbredelse eller bedring. Mens patienten aldrig kan iagttages som fri grundet lægens hensyntagen til behandling og potentialet for tvang, gør ligeværd det muligt for både patient og behandler at iagttage patienten i lyset af en potentiel frihed, hvilket både bliver en del af lægens behandling af patienten og patientens behandling af sig selv.

Ved hjælp af måden vi har opstillet tvang som en forskel til frihed på samt analogien til Camus forståelse af sisyfosmyten, kan vi få øje på ligeværd som en genindtrædelse af forskellen mellem tvang og frihed på tvangens side. Ligeværd kommer til at indeholde den samtidige tilnærmelse af frihed og tvang som vilkår, hvilket skaber den ustabilitet i kommunikationen som vi genkender fra vores grundlæggende undren i specialet, se figur 5.

Figur 5. Ligeværds form



Vi kan altså iagttage ligeværd som en paradoksal medicin i kommunikationen om psykiatrisk behandling. Paradokset består i, at ligeværd kun kan forsøge at nærme sig patientens frihed og dermed undgå tvang inden for en ramme, hvor tvang altid allerede er markeret og således aktualiseret i kommunikationen. Dette skaber en uafgørbarhed, som truer med at lamme kommunikationen, men samtidig gør den produktiv. Der synes altså at være tale om en medicin af ganske særlig karakter, idet den ikke stiller sig tilfreds med at blive iagttaget som en enkeltstående løsning, men snarere kalder på, at det medicinske system afvejer begge sider af forskellen mellem frihed og tvang. Hvad det er for en særlig, kommunikationsproducerende medicin vi har med at gøre, skal vi beskæftige os meget mere med i specialets kommende kapitler. I det følgende konkluderer vi kortfattet på de analytiske fund i kapitel 3.

3.4. KONKLUSION – KAPITEL 3

I specialets første kapitel har vi gennem tre delanalyser besvaret spørgsmålet om, hvordan tvang opstår som præmis for psykiatrisk behandling og hvordan ligeværd opstår som medicin, der udfordrer tvang.

I den første delanalyse, analysen af tvangssemantikken, har vi set, hvordan tvangens modsætning, frihed, danner reference for en problematisering og rekonstruktion af tvang. Fra at tvang iagttages som en sikkerhedsmæssig og medicinsk løsning på henholdsvis farlighed og psykisk sygdom og som en præmis for, at det medicinske system kan udføre sin behandling, opstår tvang som et problem for selvsamme behandling. Ikke desto mindre kan frihed ikke opstå som løsningen på det problem, den selv skaber, idet tvang til stadighed iagttages som et vilkår i psykiatrisk behandling, hvilket udelukker friheden. Den psykiatriske behandling står tilbage med en ny problemkonstruktion bestående dels i behandling af psykisk sygdom, dels i behandling af tvang.

I historien om tilblivelsen af ligeværd som medicin, kapitlets anden delanalyse, har vi set, hvordan ligeværd opstår som løsningen på dette dobbelte problem. Vi har set, hvordan henholdsvis den juridiske og den medicinske kommunikation aktualiserer ligeværd. Ligeværd opstår i første halvdel af 1900-tallet som patientrettigheder, der kan tilsidesættes med argumenter om behandling, men bevæger sig senere ind i selve behandlingen og bliver en ressource i denne. Den psykiatriske behandling bliver med andre ord afhængig af ligeværd, når den medicinske kommunikation internaliserer potentialer for behandling fra sin omverden. Ligeværd kan desuden imødekomme behovet for at

medicinere mod tvang. I den tredje delanalyse har vi set, hvordan dette kun er muligt, idet ligeværd *ikke* er frihed, men i stedet efterligner frihed inden for rammerne af tvang og således kan sameksistere med det nødvendige onde. Lige værd som form opstår således som en genindtrædelse af forskellen mellem tvang og frihed på tvangens side. Dette paradoks bliver medicin og kernen i den psykiatriske behandling, idet det kommer til at udgøre en løsning på begge aspekter af psykiatriens problem: behandling og tvang. Dermed indlejrer paradokset dog også en del af problemet, tvang, i det medicinske system.

Medicin er tæt knyttet til det medicinske systemets behandlende funktion og er altså ikke en problematik i systemets omverden. I den forstand kommer ligeværd - som medicin - til at adskille sig fra tvang, der tidligere opstod som en præmis for, men ikke en nødvendig del af den psykiatriske behandling. Lige værd er således mere end en funktionsækvivalent til tvang. Lige værd tager imidlertid tvangen med sig ind i behandlingen, når tvang forsøges undgået. Hvordan kan vi forstå dette - at ligeværd synes at indeholde en del af den gift, den skal virke som modgift mod? Hvordan kan vi med andre ord forstå medicinen, dens paradoksale karakter, og hvad den gør ved systemet? Og hvad vil det egentlig sige, at relationer, inddragelse, dialog og gensidig respekt iagttages af det medicinske system som løsninger på behandling og tvang? Disse spørgsmål leder os videre til specialets næste kapitel, hvor vi fortsat beskæftiger os med tilblivelsen af ligeværd som medicin, men skifter blik for at undersøge denne *medicin* på en ny måde.

KAPITEL 4: LIGEVÆRD SOM MEDICINSK MEDIE

"This pharmakon, this "medicine," this philter, which acts as both remedy and poison, already introduces itself into the body of the discourse with all its ambivalence." (Derrida 1981:70)

Analyserne af tvangens problematisering samt tilblivelsen af ligeværd som en ny løsning, der både kan imødekomme det medicinske systems behov for at kunne behandle sygdom og forebygge tvang, har givet os anledning til at karakterisere ligeværd som *medicin*. Vi kunne vælge at lade dette være konklusionen på specialets første analysespørgsmål om tvangens problematisering og tilblivelsen af ligeværd som medicin, men konklusionen vækker imidlertid en ny interesse for at iagttage vores egne iagttagelser af ligeværd som medicin. Medicinen synes at være en del af det medicinske system på en måde, så systemet nærmest ikke kan komme uden om den. Dette leder os til at spørge: Hvordan kan vi forstå denne medicin? Og hvad betyder ligeværdsmedicinens paradoksale karakter for det medicinske systems funktion?

I dette kapitel forsøger vi, med udgangspunkt i iagttagelsen af fire karakteristika ved "konventionel medicin", at nuancere vores iagttagelser af ligeværd som medicin. Vi suspenderer altså midlertidigt vores eget andenordensblik for på ny at lade det opstå. Vi skal se, hvordan ligeværd måske umiddelbart trækker på en gængs forståelse af medicin, men samtidig overskrider denne, og hvordan dette kan give anledning til at skifte blik på medicinen. Det er vores tese, at tilblivelsen af ligeværd som medicin samtidig konstruerer et nyt *medie* for den medicinske behandling. Behandlingen gør ikke længere blot brug af diagnoser og dertilhørende psykofarmaka, men er afhængig af iagttagelsen af ligeværd for både at kommunikere om syg og ikke-syg.

Det medicinske system udgør vores iagttagelsespunkt i den følgende analyse. Vi genkender systemet ved at iagttage dets medie gennem ledeforskellen medie/form: kommunikationen om systemets operation, som formes i et særligt medie - ligeværd. Ledeforskellen medie/form bliver således måden at konditionere distinktionen system/omverden på. Derudover anvender vi ledeforskellen problem/løsning, til at undersøge den løsning ligeværd udgør som medicin i den psykiatriske behandling. Desuden gør den funktionelle metode det muligt for os at undersøge, hvordan ligeværd som medicin selv indeholder et problem, der åbner op for en række udfordringer, som vi ser nærmere på i specialets videre analyser.

4.1. HVAD ER MEDICIN?

“Noget man tager, når man er syg”, “Noget man køber på et apotek”, “Noget lægen doserer”, “Noget, der hjælper, hvis det gør ondt”. Sådan kunne nogle bud lyde på spørgsmålet om, hvad medicin er. I det følgende tager vi udgangspunkt i tre lignende *common sense* forståelser af medicin og iagttager løbende, hvordan ligeværdsmedicinen både ligner og divergerer fra disse konventionelle forståelser af medicin.

Medicin gives på baggrund af en diagnose. Ifølge denne forståelse er medicin noget, der doseres på et tidspunkt i et sygdomsforløb, hvor patientens lidelser i et eller andet omfang er afdækket. Gives og tages en medicin uafhængig af en diagnose, er der enten tale om eksperimenterende behandling, alternativ medicin eller måske endda et misbrug. Med andre ord kræver brugen af medicin *som medicin*, at der foreligger en afgrænset og så vidt muligt kendt problematik, som medicinen kan opstå som løsning på.

Der synes imidlertid at være tale om noget andet, når vi betragter ligeværd som medicin. Ligeværd er i lige så høj grad et tiltag, som iværksættes for at finde frem til patientens diagnose, og i den forstand bliver ligeværd mere end et svar på diagnosen. Ligeværd etableres derimod gennem iagttagelser af mennesket bag diagnosen. Psykiatriudvalget skriver i sin rapport fra 2013, at “*Mennesker med psykiske lidelser må ikke opfattes som ”værende deres lidelse”, men skal først og fremmest mødes som mennesker, der – som alle andre – har forskellige ressourcer, muligheder og problemer og en psykisk lidelse.*” (Psykiatriudvalget 2013:9). Det er dette menneske, der, gennem den ligeværdige relation, kan lade sin sygdom blive en del af kommunikationen og indkredse, hvilket unikt behov vedkommende har for behandling. Ligeværd bliver altså både en måde at etablere patientens problem og løsning på.

Forholdet mellem den medicinske diagnose og doseringen af den pågældende medicin er en standard. Denne påstand trækker blandt andet Werner Vogd og Anna Henkel på i deres arbejder med moderne medicin, herunder stoffer (Henkel 2013:269-270, Vogd 2015:103-105)). Henkel beskriver blandt andet, hvordan moderne tiders diagnoseprogrammer og dertilhørende internationale standarder for ordinerings og dosering af medicin gennemsyrrer såvel det medicinske som andre systemers forståelse af medicin (Henkel 2013:269-270). “*Følg lægens anvisninger*” står der gerne på pakken, vi henter på apoteket, når vi har været ved lægen og fået stillet en diagnose. Selve denne opfordring,

som de fleste af os følger med stor autoritetstro, kan siges at være en standard: forholdet mellem diagnose og dosering er et spørgsmål om lægens medicinske faglighed. Lægens anvisninger beror endvidere på nationale retningslinjer samt internationale klassificeringer såsom WHO's International Classification of Diseases (ICD). Måden medicin doseres på i dag er altså i høj grad et spørgsmål om standardisering.

Vi kan godt tale om dosering af ligeværd, men spørgsmålet om standardisering må afvises. Fordi standardisering handler om at foruddefinere, generalisere og fikse, kan en standardiseret tilgang til behandling af patienten ikke rumme det krav, ligeværd stiller om at inddrage patienten og lade patienten få indflydelse på såvel diagnose som ordinering og dosering. Mens konventionel medicin fikserer kontingens og betragter "patientkasser" med diagnoselabels på siden, åbner ligeværd op for kontingens og stiller skarpt på det enkelte individ for overhovedet at kunne opstå som medicin. Den eneste standard ligeværd kan doseres efter er således princippet om ikke-standardisering.

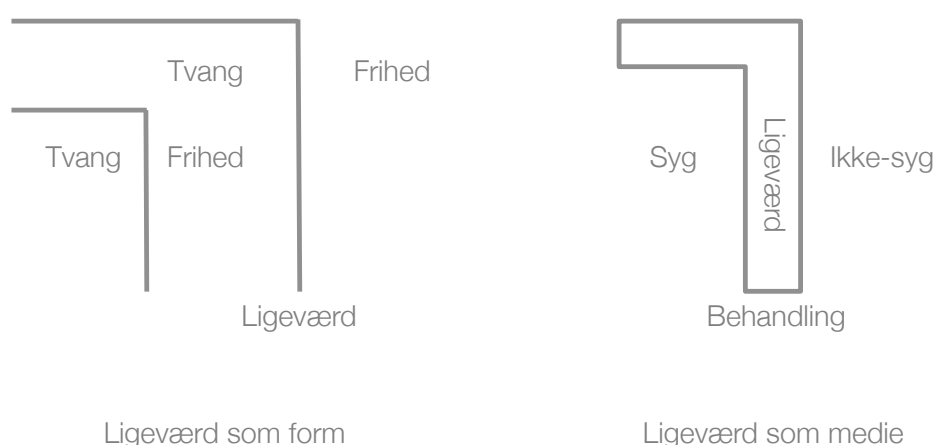
Lægen tildeler patienten medicin. Konventionel medicin kan for så vidt ordineres af lægen uden kontakt til patienten - uden patientens egne inputs. Mennesker i koma medicineres, ligesom masser af medicin udskrives på baggrund af lægens viden om eventuelle følgesygdomme af en given lidelse, der ligger uden for patientens egen bevidsthed. Igen er diagnosen den udløsende faktor, hvilket unødvendiggør lægens faktiske stillingtagen til den enkelte patient, eller med andre ord: kommunikationen mellem de to. Ligeværd, derimod, opstår i eller endda *som* selve relationen mellem patient og behandler. I den psykiatriske behandling er det stadig behandleren, der træffer den endelige afgørelse om opretholdelse af den ligeværdige medicin kontra aktualisering af muligheden for at anvende tvang, men for så vidt ligeværd ordineres, er tildelingen af denne medicin en tildeling af gensidighed.

Der tegner sig overordnet et billede af konventionel medicin som et centralt element i en given behandling: medicinering iværksættes på baggrund af diagnoser, styres af standarder og fremtræder i kendte, håndgribelige former, der gør det muligt for lægen at tildele det til patienter uden nødvendigvis at kræve parternes kommunikation om, hvorfor netop denne medicin er den rette. Når vi iagttager ligeværd som form, kan vi se, at også ligeværd opstår som et centralt element i den psykiatriske behandling, men står i kontrast til konventionel medicin. Men hvordan kan vi begribe, at ligeværd *desuden* afkræver behandlingen *ikke* at iagttage forud givne diagnoser og standarder, men i

stedet bliver måden at afsøge disse på altid særlige og kontingente måder? Og hvad betyder det for det medicinske system, at ligeværd kun opnår virkning, for så vidt den tidligere ensidigt diagnostiserende, ordinerende og doserende behandler *selv* bliver en del af den ligeværdige medicin i den gensidige relation med patienten?

Det bliver med ovenstående iagttagelser og sammenligninger produktivt for os at skifte ledeforskel. Vi har indtil nu iagttaget ligeværd som en *form*. I det følgende skal vi se, hvordan det at det medicinske system i lige så høj grad må ordinere ligeværd til sig selv som til patienten - og i den forstand tage sin egen medicin for at udføre behandling - gør det muligt at iagttage ligeværd som den medicinske kommunikations *medie*, se figur 6.

Figur 6. Ligeværd som henholdsvis form og medie



4.2. LIGEVÆRD SOM DET MEDICINSKE SYSTEMS MEDIE

Kommunikationsmedier er løst koblede elementer, der kan formes på et utal af måder og aldrig udtømmes. Medier er generaliserbare og kan først iagttages, når en form prægnes i dem (Andersen 1999:138). Vi kan eksempelvis først iagttage *penge* som medie for økonomisk kommunikation, når vi præger mediet med formen og forskellen betale/ikke-betale. Først da giver det mening for os, hvad penge opstår som - nemlig forskellen mellem det at betale og det ikke at betale (Andersen & Pors 2014:53). På samme vis kan vi først forstå medicin som et medie for det medicinske system, når vi iagttager det med udgangspunkt i systemets grundoperation: skellet mellem syg og ikke-syg.

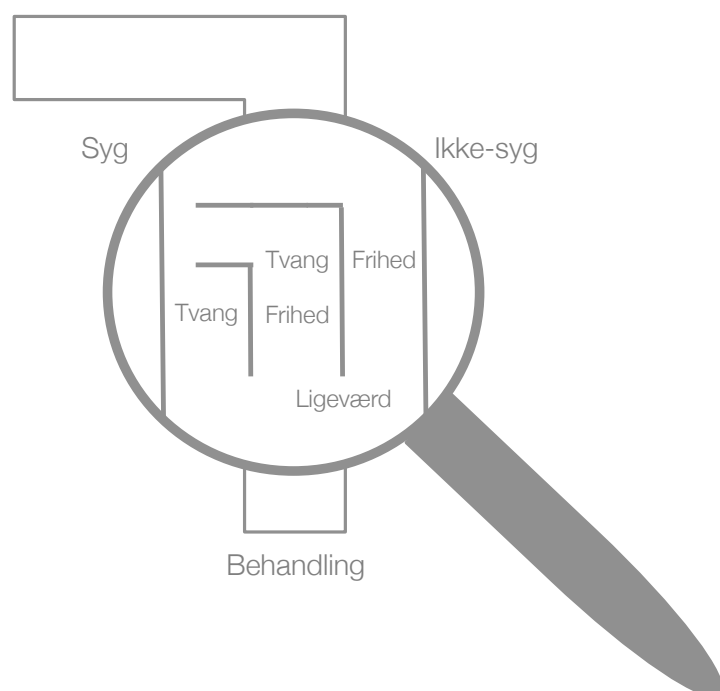
Ligeværd synes at udgøre et udtømmeligt stof i kommunikationen om psykiatrisk behandling. Der ophører ikke med at være ligeværd, hvis én iagttagelse sætter ligeværd på en særlig måde. Ligeværd kan eksempelvis sættes på formen respekt/foragt og på formen tillid/mistillid, ligesom vi både har iagttaget ligeværd i initiativer som eftersamtalen, brug af peermedarbejdere og brugerstyrede senge. Ligeværd kan endvidere bære at opstå anderledes gang på gang, idet relationen mellem den enkelte patient og behandler aldrig kan være den samme.

I kapitel 3's analyser af semantikken om tvang og ligeværd finder vi imidlertid, at ligeværd ikke altid har været iagttaget som en del af behandlingen. Op gennem 1900-tallet opstod ligeværd først og fremmest som en form for strukturel kobling mellem systemer; det juridiske system, der stillede krav til det medicinske system om at tage højde for nye patientrettigheder, og omsorgssystemet, der irriterede det medicinske system til at begynde at iagttage patienten som ekspert i egen behandling. Vi ser først senere, hvordan det medicinske system begynder at iagttage ligeværd som en ressource i behandlingen og som et udtryk for selve behandlingen. Denne udvikling ser vi for det første, idet systemet gør sig afhængig af patientens egen kommunikation for at kunne skelne mellem syg og ikke-syg. For det andet iagttager systemet den ligeværdige relation mellem patient og behandler som nødvendig for patientens bedring. Ligeværd bliver altså det, der gør, at systemet kan operere, det vil sige *behandle*. Vi ser således en bevægelse fra at iagttage ligeværd som noget *strukturelt* - en strukturel kobling mellem systemer - til at ligeværd opstår som et *operationelt* medie for den medicinske kommunikation: det medie enhver operation i form af behandling former. Det medicinske system kan med andre ord ikke komme uden om ligeværd, når det kommunikerer og kan således ikke undgå at forme ligeværd, når det beskriver sig selv og opstår som system. Ligeværd er med andre ord krøbet ind i det medicinske systems operationsrum - dets autopoietiske maskine.

Vi kan altså både iagttage ligeværd som form og som medie. Iagttagelsen af ligeværd som medie skaber en interesse for at spørge til karakteren af netop dette medie, hvoraf det medicinske system emergerer. Figur 7 viser, hvordan vi kan få øje på iagttagelsen af ligeværd som form, når vi zoomer ind på ligeværd som medie for behandlingen. Som vist i kapitel 3 kan vi iagttage ligeværd som genindtrædelsen af forskellen mellem tvang og frihed på tvangens side. Den ligeværdige relation tilbyder altså patienten en form for frihed under potentialet for tvang. Men hvad betyder denne paradoksale natur af ligeværd som medie? Hvad sker der med det medicinske system, når systemets grund-

operation, behandling, hele tiden må aktualisere både tvang og frihed i kraft af paradokset i ligeværd?

Figur 7. Den paradoksale karakter af ligeværd som medie



4.3. LIGE VÆRD SOM PHARMAKON

Ligeværd som medie kan opstå på udtømmelige måder afhængig af, hvilke former der præger det. Men uanset hvilke former der er tale om, vil de forme og dermed også reproducere paradokset mellem tvang og frihed. For nærmere at forstå, hvordan dette paradoksale medie får betydning for kommunikationen om psykiatrisk behandling, kan vi trække på Jacques Derridas dekonstruktion og teoretisering over *pharmakonet* (Derrida 1981:70).

Ligesom Luhmann arbejder Derrida med, hvordan medier formes af forskelle, der aldrig er et spørgsmål om enten/eller, men altid om den simultane præsentation af begge sider af forskellen. Mediet præges således altid af en uafgørbarhed, når det formes eller sagt med andre ord: en form fikserer aldrig mediet som kun én af siderne af forskellen (Derrida 1981:127). Med dekonstruktion har Derrida således et særligt fokus på, hvordan al kommunikation er paradoksalt funderet, hvilket han blandt andet viser med henvisning til *pharmakonet* som en form for medicin - eller stof (*drug*).

Pharmakonet kan opstå som både helbredende og ikke-helbredende eller ligefrem og har således en ambivalent natur (Derrida 1981:70). Om pharmakonet virker helbredende eller ikke-helbredende er et spørgsmål om den enkelte iagttagelse i den konkrete kommunikative kontekst. Sagt på en anden måde kan den medicin, lægen doserer til patienten i regi af en behandling, meget vel indeholde de samme kemiske stoffer som stofmisbrugeren indtager, når vedkommende fixer på gadehjørnet. Men om medicinen/stoffet opstår som det ene eller det andet, afhænger af iagttagelsen af det.

Ligeværd som medicin handler om at dosere idéer om frihed på tvangens område og repræsenterer således den simultane præsentation af tvang og frihed som en løsning i behandlingen. Der er altså visse ligheder mellem pharmakonet og ligeværd. For det første kan vi iagttage en ustabilitet i kommunikationen, idet det imperativ om frihed, som ligeværd markerer for patienten, både kan opstå som helbredende og ikke-helbredende. Ligeværd som medicin opstår som helbredende, når patienten iagttager sig selv som inddraget i behandlingen; når patienten oplever en frihed til at kunne udfolde sig og blive hørt. Doserer behandleren imidlertid enten for lidt eller for meget frihed til patienten, risikerer behandlingen ikke at virke. Hvis patienten tildeles for lidt frihed opstår en risiko for, at patienten ikke iagttager sig selv som ligeværdig, hvilket aflyser behandlingens effekt. Tildeles patienten på den anden side for meget frihed opstår en risiko for, at patienten slet ikke iagttager behovet for behandling, men i stedet forsvinder fra behandlingen. Som med pharmakonet er det aldrig på forhånd givet, hvordan ligeværd skal doseres for at falde ud til den helbredende side. Der findes ingen standarder. For det andet afstedkommer ligeværd som medie på samme måde som pharmakonet en kompleksitet i kommunikationen: ligeværd består af den paradoksale konstruktion mellem tvang og frihed, og når ligeværd bliver medie for det medicinske system, kryber både frihed og *tvang* altså ind systemets operationsrum. Tvang har dermed indflydelse på, om ligeværd opstår som helbredende eller ikke-helbredende. Dette ser vi blandt andet i forbindelse med udbredelsen af ligeværdige indsatser, som iværksætter forebyggende tiltag mod anvendelsen af tvang. Disse tiltag forsøger at støde tvang væk ved at aktualisere den i kommunikationen. Tiltagene gør det nødvendigt at arbejde med tvang i behandlingen frem for, som tidligere, at iagttage tvang som noget eksternt omend en tærskel til behandlingen. Både frihed og tvang får altså ligeværd til at opstå som et tveægget sværd, hvilket vanskeliggør doseringen af denne medicin. Med andre ord kan behandleren aldrig vide, hvordan de aktive stoffer i ligeværd, frihed og tvang skal afstemmes i forhold til hinanden for at opnå den ønskede effekt.

Når vi iagttager ligeværd med sammenligning til Derridas begreb om pharmakonet, får vi øje på, hvordan kommunikationen om behandling ikke “falder til ro”, når den formes, fordi den former et paradoks. Desuden får vi øje på, at ligeværd som medicinsk medie synes at kalde på en vedblivende refleksion i det medicinske system forårsaget af, at systemets kerne på en og samme tid holdes sammen af ligeværd og splittes mellem frihed og tvang. Systemet kan aldrig vide, hvad den næste patient har behov for at blive mødt med som behandling, hvordan tvang for denne patient kan undgås og må derfor holde sine muligheder åbne for at gøre brug af iagttagelsesformer i dets omverden, som kan præge mediet ligeværd og opstå som behandling. Den vedblivende refleksion er altså et udtryk for, at ligeværd kan iagttages at påvirke systemets autopoiesis. Dette synes desuden at få en særlig betydning for netop det medicinske system.

Luhmann fremfører, at det medicinske system ingen refleksionsteori har til forskel fra systemer som eksempelvis det politiske, økonomiske, kunstneriske og religiøse (Luhmann 1983:172). Det medicinske system lider derimod under et *refleksionsunderskud*, som kvæler enhver form for tvivl eller kritisk stillingtagen ud fra devisen om, at *”Lægen ved bedre, og fremfor alt ved han bedre end patienten.”* (egen oversættelse af Luhmann 1983:173). I lyset af denne iagttagelse af det medicinske system opstår ligeværd pludselig som en banebrydende ny tilgang til behandling; en refleksionsdrevne operation, som forsøger, via en slags *sam-medicinering* af systemet og patienten, at tildele patienten frihed inden for rammerne af tvang.

Refleksionen betinger systemets operationer i form af at åbne et mulighedsrum for kommunikation om psykiatrisk behandling. I og med at ligeværd iagttager relationen mellem den individuelle patient og behandler, gør systemet sig afhængig af patienten, hvorfor mediet for behandling bliver ganske skrøbeligt. For at ligeværd opretholdes som medie, kræver det, at såvel behandler som patient former mediet og dermed lader ligeværd opstå som medicin. Medicinen kan siges at have en placeboeffekt, idet dens virkning er afhængig af, at patienten tror på den. Vi har altså at gøre med et yderst ustabilt kommunikationsmedie, der hele tiden truer med at bryde sammen og som endvidere fratager behandleren den entydige mulighed for at undgå, at dette sker.

4.4. KONKLUSION – KAPITEL 4

I dette kapitel har vi fokuseret på ligeværd som løsning på psykiatriens dobbelte problem: behandling og tvang. Med udgangspunkt i kapitel 3’s analyse af ligeværd som en paradoksform har vi

set, hvordan kommunikationen om behandling præges af en uafgørbarhed som følge af denne løsning, og hvordan ligeværd derfor ikke opstår som konventionel medicin. Uafgørbarheden opstår, når vi iagttager ligeværd som en paradoksal form: genindtrædelsen af forskellen mellem tvang og frihed på tvangens område. Når vi iagttager ligeværd som det medicinske systems medie, accelereres uafgørbarheden yderligere: systemets kommunikation former ligeværd og former dermed et uudtømmeligt paradoks. Med henvisning til Derridas pharmakon har vi desuden fået blik for, at uafgørbarheden i ligeværd repræsenterer et samtidigt potentiale for såvel en helbredende som en ikke-helbredende virkning. Lige værd som medicin sætter noget på spil i behandlingen i kraft af bruddet med den gængse relation mellem patient og behandler. Dette afstedkommer en refleksion i det medicinske system, som ikke gjorde sig gældende, da tvang udgjorde en præmis for behandlingen.

Hvordan betinger behovet for refleksion kommunikationen? Hvordan etablerer relationen mellem patient og behandler, som vi har set udgør kernen af selve behandlingen, et produktivt magtrum? Og hvilke roller kan henholdsvis patient og behandler indtage i dette rum? Vi går til disse spørgsmål med udgangspunkt i, at det relationelle aspekt af kommunikationen inviterer os til at blikke de udfordrende betingelser ligeværd som medicin skaber som et spørgsmål om magt frem for tvang - eller med andre ord: som *ledelse*.

KAPITEL 5: PATIENTLEDELSE

“Det er væsentligt, at du er opmærksom på dig selv som person, at du tør være dig selv, være autentisk til stede.” (Psykiatrien i Region Syddanmark 2013:9)

Vi har fremanalyseret ligeværd som en paradoksalt form og vist, hvordan vi også kan iagttage denne form som medie i det medicinske system. Ligeværd er altså ikke bare tilgængeligt i kommunikationen om behandling, men udgør selve det stof, behandlingen formes af og er tilmed paradoksalt sat. Dette giver os anledning til at spørge, hvordan den paradoksale medicin, vi indtil nu har iagttaget som en løsning i den psykiatriske behandling, skaber betingelser, der kan iagttages som udfordringer for behandlingen. Dette kapitel besvarer specialets andet analysespørgsmål: Hvilke udfordringer for patientledelse opstår som følge af ligeværd som medicin i den psykiatriske behandling? Vi iagttager således problem/løsning med blik for patientledelse. For at få blik for ledelse iagttager vi det medicinske systems *roller*. Rollerne, som systemet tilskriver henholdsvis sig selv og sin omverden, bliver således måden, vi genkender systemet på, og måden vores ledeforskel system/omverden konditioneres.

Vores analyse af patientledelse tager udgangspunkt i, at magt er relationel og producerer kommunikation (Luhmann 1979:113-114, Foucault 1995:170). Når vi iagttager ligeværd som relationen mellem patient og behandler, får vi således blik for, hvordan et magtrum åbnes i kommunikationen, hvori begge parter kan træffe forskellige valg og dermed påvirke den indbyrdes relation. Som beskrevet i specialets teoretiske ramme iagttager vi empirisk magt som ledelse, og ledelse som ledelse af selvledelse. Vi iagttager i denne forbindelse udfordringer for patientledelse med særligt blik for behandlerens ledelse af patientens selvledelse, men kommer altså ikke uden om også at beskæftige os med patientens selvledelse.

Kapitlet består af to delanalyser. I den første delanalyse sætter vi fokus på patientens rolle og spørger, hvordan denne unikke *selvleder* opstår i rollen som *individuel patient* og *præsterende publikum* i det medicinske systems billede. Hvordan spiller denne rolle sammen med billedet af den psykiatriske patient som potentielt ufornuftig og endda farlig? I anden delanalyse vender vi blikket mod behandlerens rolle og undersøger, hvordan denne sættes på spil, når den potentielt ufornuftige, farlige og strategiske patient altid skal mødes på en ligeværdig og aldrig på forhånd defineret måde. Be-

handleren må, ligesom patienten, bruge sig selv i sin rolle i systemet og opstå som *personlig professionel* og således *autentisk autoritet*. Hvad betyder tvangens tilstedeværelse som vilkår i den psykiatriske behandling for behandlerens troværdighed i denne rolle?

5.1. DELANALYSE 1: ROLLEN SOM PATIENT

Fra masse til individ

Patientinddragelse tegner sig som en tendens i historien om tvangens problematisering og tilblivelsen af ligeværd som medicin i den psykiatriske behandling. Udgangspunktet for behandlingspsykiatriens patientinddragende initiativer er, at alle patienter er forskellige. For at kunne tilbyde den bedste behandling til den enkelte patient, inddrages patienten og tilbydes muligheden for at lade sin egen identitet, præferencer og behov præge behandlingen.

Behandlingen af den psykiatriske patient har langt fra altid taget udgangspunkt i den enkelte patients ønsker og behov. Eksempelvis tages der ikke særlige hensyn til 1920ernes *minusindivider* (socialstyrelsen.dk). På de store asyler er der ligeledes tale om en masseførelse af patienterne: *"Alt foregaar paa Klokkeslæt. Alt sker uden personlig Indsats. Alt synes forud ordnet og skæbnebestemt. Og efterhaanden som man [red. patienten] vænner sig til at lade Livet udfolde sig omkring én uden selv at skulle medvirke, begynder man (...) at lægge Mærke til, at Tilværelsen ikke blot er befriet for alle Dagliglivets smaa Vanskeligheder(...)"* (Den alm. Danske Lægeforenings Hygiejnekomiteé, 1943:19)

Citatet beskriver, hvordan asylernes behandling i 1940'erne iagttager de sindssyge som en samlet masse med enslydende behov frem for at iagttage den enkelte patients behov. Denne opfattelse står i kontrast til det ligeværdige paradigme om patienten som ekspert i eget liv og definerende for egen sygdom, som vi i dag iagttager i den psykiatriske behandling.

Udviklingen fra at iagttage borgeren som masse til at iagttage det enkelte individ ser vi også i andre velfærdsinstitutioner, heriblandt folkeskolen, hvor hensynstagen til elevernes forskellige intelligenser og læringsstile stiller krav til lærerens fokus på individet, hvormed klassen som masse går i opløsning (Ratner 2013:131). I den psykiatriske behandling kan vi på lignende måde iagttage, hvordan patienten ikke længere defineres ud fra sit tilhørsforhold til en bestemt sygdom. Som vi så i foregående analyse er *diagnosen* ikke længere en kasse patienten kommer i. Den enkelte patient defineres

i dag ud fra sine øvrige karakteristika - ressourcer, hobbyer, job, muligheder og vanskeligheder, herunder sin sygdom som blot én egenskab blandt mange.

Teoretisk kan vi forstå individualiseringen af den psykiatriske patient som en genindtræden af distinktionen mellem rolle og person (Luhmann 2000:369-371). Genindtrædelsen består i, at patienten ikke blot træder ind i en generel rolle, men en særlig *personlig rolle*. Det generelle gøres unikt. For at udfylde sin rolle som psykiatrisk patient, der kan bidrage til at forme sin egen behandling, må patienten træde ud af massen, bringe sin person i spil og opstå som den *personlige patient*. Hvordan skaber genindtrædelsen nye forventninger til måden at være psykiatrisk patient på? Og hvordan gør det medicinske system sig dermed afhængig af patienten?

Patienten som præsterende publikum

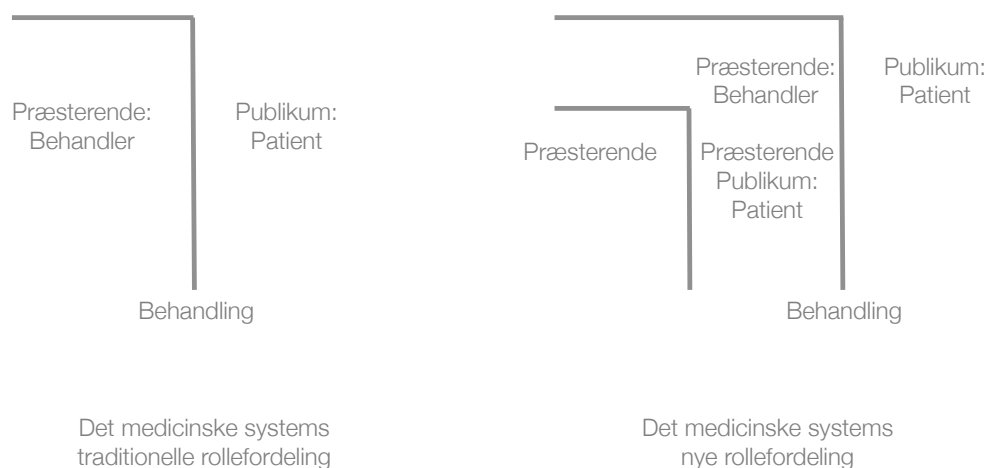
Foruden at iagttage patienten som enheden af forskellen mellem rolle og person, kan vi nuancere patientrollen og få blik for forventningerne til den ved at iagttage patientens funktion i det medicinske system, når ligeværd opstår som medicin.

I den klassiske systemteoretiske forståelse af sociale systemer skaber alle systemer to forskellige rolletyper svarende til distinktionen mellem systemet og dets omverden. Der er tale om præstationsroller og publikumsroller (Stichweh 1997:97, Andersen & Pors 2014:250). Præstationsrollen tildeles en veldefineret identitet i form af systemets kode og funktion, mens publikumsrollen dækker over måden, hvorpå systemet forstår og generaliserer over sin omverden. Det klassiske skel mellem præstations- og publikumsrolle i det medicinske system består i skellet mellem behandler og patient. Behandleren udfører, præsterer, det medicinske systems behandlende funktion, mens patienten bliver et billede på, hvordan det medicinske system iagttager sin omverden.

Vi har imidlertid set, hvordan kommunikationen om ligeværd i højere og højere grad tildeler patienten en aktiv rolle i kommunikationen, hvilket er med til at udfordre det klassiske skel mellem de to rolletyper. Et eksempel på dette ser vi i Region Hovedstadens Psykiatri, der har udviklet en app, *Momentum*, som patienter kan downloade til deres smartphone (psykiatri-regionh.dk). Via app'en noterer patienten oplysninger om sig selv, sin udvikling og sine mål med behandlingen; information, som danner grundlag for patientens samtaler med sin behandler. Desuden er det hensigten, at patienten selv skal kunne håndtere daglige udfordringer ved at anvende mestringsstrategier, som

patienten noterer i app'en. Begrebet om *mestring* indikerer, at patienten præsterer på sig selv og opstår som en form for selv-behandler frem for kun at modtage behandling fra behandleren i den klassiske præstationsrolle. Med andre ord folder publikumsrollen sig ind i præstationsrollen, og patienten opstår som *det præsterende publikum* (Andersen & Pors 2014:252), se figur 8.

Figur 8. Det medicinske systems traditionelle og nye rollefordeling



I bogen *Velfærdsledelse - mellem styring og potentialisering* (2014) belyser Andersen og Pors, hvordan borgeren som præsterende publikum ikke længere forventes at forholde sig passivt og som en del af en masse til systemernes præstationer, men i stedet forventes at skabe sig selv som individer i systemernes billeder. Når denne pointe overføres til den psykiatriske behandling, får vi blik for, hvordan patienten som præsterende publikum ikke blot er medskaber af sig selv som personlig patient, men også af systemet. Det sætter det medicinske system og dermed behandleren på en ledelsesmæssig prøvelse, fordi systemet på den ene side genkender sig selv som patientens ledende og sammenhængende ramme, men på den anden side må skabe åbninger i denne ramme, der kan få patienten til selv at bevæge sig derind. Den enkelte patient må, med udgangspunkt i sin egen personlige motivation, melde sig ind som præsterende i systemets billede.

Med det præsterende publikum er der dog ikke tale om, at patienten får frie tøjler til at udføre systemets funktion, men snarere, at patienten bliver stedfortræder for systemet (Andersen & Pors 2014:252). På den ene side bliver systemet afhængig af patientens aktive rolle, som kun kan udfyldes med henvisning til patientens frihed i forhold til sin egen behandling. På den anden side er patienten afhængig af, at systemet kan genkende patientens tiltag som en del af sin funktion. Der er

således tale om en form for betinget, men nødvendig præstationskompetence. Vi skal nedenfor se et eksempel på denne form for betingelse samt systemets iagttagelse af behovet for at opretholde betingelser i forbindelse med kravet om patientens sygdomserkendelse.

Samtidig med at systemet søger at betinge patientens præstation og således ikke kan give patienten helt frie rammer til at udfolde sig, må systemet trods alt gøre det attraktivt for patienten at opstå som præsterende i dets billede for at behandlingen overhovedet kan tage form. Derfor bliver det en ledelsesmæssig opgave at åbne lige præcis så mange muligheder for patienten i systemet, at patienten knytter an til kommunikationen og præsterer uden at "overpræstere". Når behandleren ikke på forhånd kan kende det motivationsgrundlag vedkommende må appellere til for at inddrage patienten, opstår ligeværd endvidere som den medicin, der kan invitere patienten til at give sig til kende i behandlingen. Det bliver således behandlerens opgave at lave unikke doseringer af ligeværd, og behandleren må derfor opstå som reflektiv, opmærksom, lydhør og i stand til at tilpasse sig patientens individuelle behov. Med ligeværd som medie for det medicinske system, udgør udfordringen ikke blot en tilbagevendende ekstern problematik til behandlingen, men en udfordring i selve behandlingens kerne.

Vi kan imidlertid ikke komme udenom, at iagttagelsen af patienten udfordres af semantikker repræsenterende et mere generaliserende syn på den psykiatriske patient: "*Personer med psykiske lidelser er ofte mere farlige(...)mindre kompetente(...)mindre troværdige end andre personer.*" (SFI og DSI 2010, udsagn fra spørgeskema). Hvordan spiller opfattelser som disse, som mange erklærer sig enige i, sammen med patienten som ligeværdig? Og hvordan skaber dette ligeledes udfordringer for patientledelse? Det skal vi se nærmere på i det følgende. Det er vigtigt at pointere, at iagttagelsen af patienten som ufornuftig og potentielt farlig ikke er udtryk for, at vi tilskriver patienten en ontologisk karakter. Ufornuft og farlighed opstår derimod som temaer i kommunikationen om den psykiatriske patient over tid. Vi besøger kort Foucaults *Galskabens Historie* (2001) for at eksemplificere dette og vise, hvordan iagttagelser af den psykiatriske patient opstår som tilsyneladende selvfølgheder.

Galskabens historie

Et af hovedtemaerne i *Galskabens Historie* er at vise, hvordan skellet mellem *fornuft* og *ufornuft* er kontingent og sættes af dem, der har tilskrevet sig selv at være fornuftige (Krause-Jensen 1978:38).

Foucault viser, hvordan angsten for det ufornuftige og uforudsigelige driver 1700-tallets samfund til at foretage *den store indespærring* af en mangfoldighed af samfundets umiddelbare afstikkere (Krause-Jensen 1978:27)). Selvom indespærringen får en ende og man, særligt fra begyndelsen af 1900-tallet, begynder at genoptage dialogen med galskaben, er mennesker med psykiske lidelser stadig pålagt en byrde i form af den historiske association til det ufornuftige og uforudsigelige. Iagttagelser af en sammenhæng mellem galskaben og ufornuften har været med til at konstruere en moralsk og social skyldfølelse, der stadig skinner igennem i form af stigmatisering og tabuisering af psykiske lidelser (Krause-Jensen 1978:30, SFI og DSI 2010). Dette, mener Foucault, hænger sammen med, at ufornuften er blevet psykiatriens objekt, som hele tiden konstrueres på ny i kommunikationen om psykiatrisk behandling og psykiske lidelser. Ufornuften er med andre ord blevet psykiatriens mulighedsbetingelse (Descombes 1986:102). I det følgende skal vi se, hvordan iagttagelser af fornuft og ufornuft er på spil i relation til den ligeværdige psykiatriske behandling.

Den ufornuftige patient

Ligeværd dukker op i kommunikationen gennem iagttagelser af positive termer som fælles beslutningstagen, gensidig anerkendelse og respekt. Ligeværd som medicin hviler imidlertid på en præmis om, at behandleren frem for patienten tilskrives at være fornuftig. Patienten er med andre ord ikke fri til at definere sig selv som præsterende publikum, men tilbydes en rolle som sådan, for så vidt vedkommende erkender sin sygdom og dermed det medicinske systems fornuft. Der er således tale om, at behandleren, med ligeværd som medicin, foretager en *ensidig* tildeling af *gensidighed* til patienten hvilende på en grundlæggende antagelse om *det fornuftige*. Vi skal i det følgende se, hvordan den ligeværdige patientledelse møder udfordringer, når patienten ikke køber ind på psykiatriens fornuft og forestilling om selvledelse.

Manglende sygdomserkendelse er en central tematik i beskrivelser af psykiatriske patienters adfærd og motivation for at samarbejde om den behandling, psykiatrien definerer som virksom og hensigtsmæssig - fornuftig. I forbindelse med indførelsen af betænkningstid forud for tvangsindgreb (revisionen af psykiatriloven 2010) så vi, hvordan motivering af patienten til at samarbejde om behandlingen drejer sig om at overbevise patienten om, at vedkommende er syg på en særlig måde, der kræver en bestemt behandling. Patientens sygdomserkendelse bliver på den måde en inklusionsmekanisme i det medicinske system. Således må den psykiatriske patient, for at opstå som præsterende publikum, til en vis grad acceptere beskrivelsen af den foruddefinerede publikumsrolle, og

måden det medicinske system iagttager fornuft på. Forsøget på at installere ligeværd i behandlingen finder altså sted i lyset af den asymmetriske fornuftskonstruktion mellem patient og behandler, som understreger, at ligeværd kun kan nærme sig imperativet om frihed - herunder frihed til at afholde sig fra at erkende en bestemt sygdom.

Selvom behandleren har tildelingskompetence i forhold til gensidighed, skaber den asymmetriske fornuftskonstruktion også udfordringer for behandlerens ledelse. En udfordring synes at opstå, når behandleren skal søge at motivere patienten til at samarbejde om en bestemt behandling, men samtidig arbejder under en forventning om, at patienten ikke nødvendigvis tilskriver det fornuftige behandlingsvalg samme mening. Hvordan kan fornuften motivere ufornuften? Der opstår imidlertid også en udfordring for ledelse af patientens selvledelse, for så vidt patienten erkender sin sygdom. I så fald vil patienten netop acceptere behandlerens iagttagelse af forskellen mellem fornuft og ufornuft, i samme ombæring iagttage sig selv som psykisk syg og dermed som repræsentant for det ufornuftige. Resultatet bliver, hvad enten patienten erkender sin sygdom eller ej, at patienten opstår som ufornuftig. Foruden at stille patienten i en situation, hvor vedkommende må vælge mellem to ikke-attraktive alternativer i kommunikationen, stiller dette behandleren i en situation, hvor vedkommende, i kraft af forventningen om samarbejde med patienten, må iagttage sig selv som ligeværdig med ufornuften. Kommunikationen om patientens sygdomserkendelse forskyder således ufornuften over på behandleren, når denne forventes at skulle lede sin egen modsætning ved at stille sig ligeværdig med den.

Ligeværd udfordrer ikke blot patientledelse i lyset af det medicinske systems iagttagelser af den psykiatriske patients fornuft og ufornuft. Som vi så i den historiske analyse finder anvendelse af tvang i psykiatrien mange af sine argumenter i sikkerhed og fare.

Den tavse patient

Fra tidligere at lukke faren inde åbner ligeværd op for i højere grad at arbejde med faren blandt andet gennem tvangsforebyggende tiltag. Med andre ord åbner ligeværd op for, at behandlingen - og dermed behandleren - må adressere faren ved at nærme sig den frem for at lægge afstand til den. Hvordan skaber det sårbarhed, når behandleren rykker tættere på den potentielt farlige patient? Og hvordan håndterer behandleren situationer, hvor patienten forholder sig tavs eller agerer strategisk?

Et væsentligt element i ligeværd består i at skabe og opretholde dialog med patienten om, hvad der henholdsvis kan fremprovokere og afværge vedkommendes udadreagerende og potentielt farlige adfærd. Med Foucaults indsigter om det farlige i det tavse kan vi begribe, hvad der kan være på spil, når kommunikation bliver en løsning på fare.

Foucault beskæftiger sig med, hvordan *det tavse eller ureflekterede individ* opstår som *det farlige individ*, når en mistænkt forbryder bringes for retten, som skal afgøre, om vedkommende har været sindssyg i gerningsøjeblikket (Foucault 1978:1-2). Såfremt den mistænkte ikke udtrykker sin refleksion over sine gerninger og således giver sig selv og sin eventuelle sindssyge til kende, opstår en fare i personens omverden. Hvad nu, hvis vedkommende er sindssyg, men enten søger at skjule det eller ikke selv er klar over det? At sindssygdommen ikke nødvendigvis er synlig, og at den potentielt syge kan handle strategisk i forhold til at give sit "sande jeg" til kende, avler således iagttagelsen af det farlige. Retten kan ikke dømme tavsheden og eventuelt iværksætte yderligere foranstaltninger for at foregribe, at en forbrydelse sker igen. I stedet lammes systemet og efterlades i frygt for faren (Foucault 1978:9). På den måde understreger Foucault, hvordan både den psykiatriske patients verbale og non-verbale kommunikation giver anledning til, at patienten tilskrives at være farlig.

Forventningen om, at mennesker med psykiske lidelser er farlige, gør sig stadig gældende. Dansk Selskab for Distriktpsychiatri gennemførte i 2011 et litteraturstudie om stigmatisering af psykiske sygdomme, som viser, at psykiatriske patienter tilskrives farlighed af mennesker i deres omverden som et af de hyppigst forekommende karaktertræk (Nordentoft et al. 2011:6). Dette kan være en af grundene til, at man mange steder i psykiatrien arbejder med såkaldte deeskaleringsindsatser, hvori patient og behandler i samarbejde beskriver forhold, der kan føre til udadreagerende adfærd, samt hvad der kan afværge disse situationer (Psykiatriudvalget 2013:236). Eftersamtalen arbejder med samme formål.

Kommunikationen med den psykiatriske patient er altså en vigtig del af den ligeværdige indsats og dermed selve behandlingen, mens tavshed udfordrer og måske endda umuliggør behandlingen. Når patienten forholder sig tavs, kan behandleren ikke nærme sig patienten, og behandleren får ikke mulighed for at arbejde med forebyggelse af det farlige. I den forstand kan vi iagttage, hvordan det produktive magtrum ligeværd åbner i kommunikationen også rummer sandsynligheden og risikoen

for, at patienten ikke knytter an til kommunikationen - behandlingen - men i stedet kan forholde sig tavs. Ligeværd åbner således en mulighed for fare i form af *den tavse patient*, som behandleren må forholde sig til.

Den strategiske patient

Psykolog Agnes Ringer undersøger i sin Ph.d. fra 2013 psykiatriske patienters strategier for at opnå den behandling, de selv mener er den bedste. Ringer beskriver blandt andet en patient, der ikke har fortalt sin behandler, at både blomster og træer følger efter ham, når han går rundt udenfor. Adspurgte hvorfor han tilbageholder denne information, svarer han: *“Nej for fanden, så tror de man er skør som en hattemager(...) Så bliver du spærret inde, hahaha. Nej, jeg har bare lært at leve med at de følger efter mig [red. blomsterne og træerne]”* (frit oversat fra Ringer 2013:163). Ringers pointe er, at psykiatriske patienter har strategiske overvejelser om, hvad de skal fortælle personalet, for at få indflydelse på deres behandling. Såfremt patienten melder sig ind i kommunikationen og ikke aktualiserer det farlige i tavsheden, er der således ingen garantier for, at patientens udtalelser er et ærligt og udtømmeligt billede af vedkommendes oplevelse af sig selv og sin sygdom. Behandleren må søge at facilitere patientens ærlige tale og gennem videre dialog at regne ud, hvad der ‘i virkeligheden’ er på spil i patientens kommunikation.

I det produktive magtrum udgør sandsynligheden for tavshed og strategisk misinformation således farer, som kun kan imødegås med dialog og dermed ved at åbne for mere fare. Dette accelererer behandlerens sårbarhed og usikkerheden i kommunikation. Sårbarheden både opstår som følge af ligeværd som medicin, og kalder på ligeværd som medicin for at reducere usikkerhed gennem kommunikation. Behandlerens ledelse af patientens selvledelse bliver således et spørgsmål om hele tiden at forsøge at skabe stabilitet ved at udelukke fare, tavshed og strategisk misinformation, men samtidig aldrig at skabe så meget stabilitet, at behandlingen risikerer at tjene en agenda, behandleren ikke selv er herre over, eller som patienten ikke oplever at have indflydelse på. Doseringen af ligeværd som medicin er med andre ord aldrig givet på forhånd, men udgør i stedet en konstant tændt motor i magtrelationen, som hele tiden lader relationen være på vej et nyt sted hen under ustabile og potentielt farlige omstændigheder.

Vi har i ovenstående set, hvordan ligeværd på den ene side sætter patienten fri fra sin rolle som generaliseret masse og som passivt publikum i det medicinske systems kommunikation. Patienten

opstår i stedet som det unikke individ, der skal præstere på sig selv i det medicinske systems billede og kalder på ledelse i form af anerkendelse, lydhørhed og facilitering. På den anden side opstår patienten stadig i mere generelle iagttagelser om en iboende ufornuft og farlighed, hvilket installerer usikkerhed og udfordrer det ligeværdige samarbejde mellem patient og behandler.

Vi har allerede nu set eksempler på, hvordan den nye patientrolle skaber krav og forventninger til behandleren. Denne skal sikre, at begge parter får en præsterende rolle i den medicinske behandling, men der er dog ingen garanti for, at de er enige om, hvilken forestilling de er en del af, og hvordan den i øvrigt skal ende. Ligeværd skaber et produktivt magtrum i kommunikationen, som gør patientledelse kontingent og leder os til at stille skarpt på, hvordan behandlerens rolle ligeledes sættes på ny. Hvad kendetegner den ligeværdige behandlerrolle? Og hvilken betydning får tvang i den sammenhæng?

5.2. DELANALYSE 2: ROLLEN SOM BEHANDLER

Den autentiske autoritet

Behandleren kan aldrig på forhånd kende det præsterende publikums - patientens - behov for behandling. Behovene er uafhængige af patientrollen, og behandleren må derfor stille et væld af alternativer til rådighed for patienten for at understøtte, at den personlige patient giver sine behov til kende (Andersen & Pors 2014:257). Behandleren kan desuden ikke længere forvente, at hver unik patient vil finde den klassiske sygepleje- eller lægerolle attraktiv at indgå i en ligeværdig relation med. Behandleren må derimod holde definitionen af sin egen præsterende rolle åben og aktualisere særlige egenskaber og kvaliteter i mødet med den enkelte patient for at invitere patienten til så at sige at blive medpræsterende på sig selv.

Andersen og Pors beskriver, hvordan der er tale om, at den velfærdsprofessionelles rolle, som vi også så det for patientens vedkommende, sætter grænsen mellem rolle og person anderledes end tidligere: *“Der bliver centralt for varetagelsen af præstationsrollen, at man i denne kan træde i karakter som person over for borgeren, for ellers kan borgeren ikke tage på sig at styre sig selv i systemets billede.”* (Andersen & Pors 2014:258). Behandlerens muligheder for at understøtte patientens tilknytning til behandlingen består således i at bruge sig selv til at differentiere sin rolle som professionel.

At den præsterende rolle kalder på den professionelles personlighed, kan vi ligeledes iagttage med begreberne *autoritet* og *autenticitet* (Andersen & Pors 2014:258). Vi så i kapitel 3, hvordan lægen som autoritet har haft definitionsmagten over den psykiatriske behandling og relationen med patienten langt op i tiden. I dag ser vi dog, hvordan autoriteten ophører med at være autoritet i traditionel forstand. Iagttagelsen af behandlerens autoritet bliver i stedet afhængig af samarbejdet med den personlige patient, som behandleren kun kan indgå i relation med ved selv at aktualisere sin person. Behandlerens autoritet bliver med andre ord et spørgsmål om at være autentisk (Andersen & Pors 2014:258-59). Autenticiteten er ikke afhængig af en særlig behandling eller en særlig type behandler som person, men derimod af patientens iagttagelse af behandleren som troværdig og tillidsvækkende.

Skellet mellem autoritet og autenticitet, og at der skabes forventninger til behandleren om at opstå som sidstnævnte, kan hjælpe os med at få blik for særlige måder at være patientleder på i dag. Et eksempel findes i den tvangsforebyggende indsats *Safewards*, som i disse år implementeres flere steder i dansk behandlingspsykiatri. En af Safewards' indsatser kaldes *lær hinanden at kende* og indebærer, at personalet lader patienterne få indblik i, hvem de er *som mennesker*, herunder deres fritidsinteresser, præferencer for musik og film eller ønsker til fremtiden (safewards.net). Beskrivelserne hænges eksempelvis op på opslagstavler i afdelingen og forventes at bidrage positivt til den tvangsforebyggende behandling. Interventionen er et eksempel på, hvordan det personlige, det autentiske, troværdigheden og tilliden bliver ressourcer i det professionelle, hvormed autoritetsforholdet mellem patient og behandler sættes radikalt anderledes end tidligere.

Forventningen til behandleren om at bruge sig selv i sit virke som professionel kan endvidere belyse, hvordan personlige udfordringer pludselig opstår som ledelsesudfordringer, ikke mindst i lyset af den potentielle fare patienten repræsenterer samt muligheden for, at patienten handler strategisk. Når behandleren inddrager sin person i behandlingen, afslører vedkommende sig for patienten på både godt og ondt. At give sig til kende er en måde at invitere til den produktive ledelsesrelation, men skaber samtidig risiko for, at relationen misbruges, eksempelvis til at skabe trusler overfor personalet. I den forstand bliver det både en ledelsesudfordring, når patient og behandler indgår i dialog, forhandling eller endda konfrontation og en personlig udfordring for behandleren som autentisk autoritet. Behandleren må derfor lede sig selv som både personlig og professionel og søge ikke at give sig til kende for patienten på uhensigtsmæssige måder. Den ligeværdige relation gør imidlertid,

at behandleren aldrig kan vide, om det netop er den næste personlige tilkendegivelse, der enten giver patienten anledning til at opstå som præsterende publikum eller som strategisk patient.

Afslutningsvis retter vi opmærksomheden mod, hvordan tvang som stadigt vilkår i den psykiatriske behandling kommer til at udgøre en udfordring for behandlerens mulighed for at indtage rollen som autentisk autoritet - for hvordan er det muligt at være troværdig i doseringen af ligeværd som medicin, når tvang altid er til stede som et potentiale?

Tvang og troværdighed

Det er et vilkår for både patient og behandler, at aktualisering af muligheden for at anvende tvang kompromitterer den ligeværdige relation, idet det produktive magtrum lukkes til fordel for et repressivt magtforhold. Patienten afskæres fra at træde ind i rollen som præsterende publikum, og behandleren må træde i karakter som "klassisk" autoritet og suspendere sin autenticitet. Selvom vi har set eksempler på tiltag herunder det eksterne tilsyn, der søger at fastholde behandlerens autenticitet i selve tvangssituationen, må der formodes at være tale om særligt udfordrende betingelser at skabe troværdighed og tillid under.

Det er endvidere ikke kun i selve tvangssituationen, at vi kan iagttage tvangens trussel mod den ligeværdige ledelsesrelation. I eftersamtalen forventes patient og behandler eksempelvis at give deres oplevelser af den ubehagelige situation til kende, og tvang iagttages for begge parter: også behandleren tvinges til tvang. Ikke desto mindre medvirker denne dialog til at fastholde aktualiseringen af tvang i kommunikationen og skaber således risiko for, at behandlerens autenticitet på ny udfordres. Uanset forsøg på at installere ligeværd både i selve tvangssituationen og i den øvrige behandling risikerer behandleren således at opstå som mistillidsvækkende i sin rolle som autentisk autoritet i kraft af tvang som et nødvendigt onde og kommunikationen om forebyggelse af tvang i den ligeværdige indsats. Dette eksemplificerer betydningen af, at tvang er krøbet med ligeværd ind i det medicinske systems operationsrum.

Rammen om den ligeværdige behandling er altså det, der til hver en tid både faciliterer og truer med at nedbryde den ligeværdige behandling. Dette er et grundvilkår og en central udfordring for patientledelse. Behandleren må på altid uvisse, omskiftelige, unikke - kontingente - måder, søge at skabe et rum inden for tvangens rammer, der ikke iagttager disse rammer som begrænsninger, men i

stedet iagttager rummet i sin udfoldelse samt ligeværd som nøglen til denne udfoldelse. I det følgende samler vi kort op på denne analyses konklusioner og opstiller fire centrale ledelsesudfordringer, før vi vender os mod praksis, og måderne disse udfordringer kan håndteres på.

5.3. KONKLUSION – KAPITEL 5

I dette kapitel har vi for det første set en bevægelse fra at iagttage den psykiatriske patient som en masse til et individ med unikke behov. Patienten dukker op i en rolle som personlig patient og bliver endvidere præsterende på sig selv som publikum, dog i det medicinske systems billede. Dette udfordrer, for det andet, behandlerens rolle. Kun ved at behandleren giver sin person til kende, kan vedkommende adressere den personlige patient på en måde, så patienten iagttager behandleren som troværdig, tillidsvækkende, autentisk autoritet. Forventningerne til rollen som den autentiske autoritet skaber et ustabil grundlag for ledelse, idet behandleren aldrig på forhånd kan vide, på hvilken måde den enkelte patient genkender autenticitet og dermed også genkender behandleren i ligeværdets navn. Behandleren må søge at holde så mange alternativer åbne som muligt for at øge sandsynligheden for, at patienten melder sig ind i behandlingen.

Kompleksiteten stiger, når vi desuden iagttager mening om den psykiatriske patient som potentielt ufornuftig og farlig. For det første udfordres behandleren af, at patienten, hvad enten denne erkender sin sygdom eller ej, opstår som en ufornuftig partner i det ligeværdige samarbejde. Behandleren må således iagttage sig selv som ligeværdig med ufornuften, hvilket strider mod det medicinske systems forståelse af fornuft. For det andet udfordres behandleren af, at patienten kan forholde sig tavs eller agere strategisk i kommunikationen, og at dette kan være forbundet med fare. Der installeres en nervøsitet i kommunikationen, hvilket accelererer behovet for kommunikation - ligeværd. Patienten, den potentielt ufornuftige og farlige, inviteres altså på ny ind i rollen som præsterende publikum og ind i det medicinske systems operationsrum.

Den eneste mulighed behandleren har for at lukke ned for kompleksiteten eller sikre sig mod den usikkerhed, ufornuften og farligheden repræsenterer, er ved at aktualisere tvang. Når og hvis dette sker, bortfalder imidlertid behandlerens mulighed for ledelse: relationen med patienten som ligeværdig. Vi har derfor stillet spørgsmålstegn ved, om behandleren overhovedet kan opretholde sin troværdighed som *ligeværdsbehandler*, når tvang altid er til stede som potentiale i kommunikationen.

På baggrund af analysen kan vi udlæse fire udfordringer for patientledelse:

1. Hvordan kan behandleren skabe differentierede tilknytningsmuligheder for patienten, når behandleren aldrig på forhånd kan kende patientens behov og motivationsgrundlag?
2. Hvordan kan behandleren indgå i dialog med den ufornuftige og potentielt farlige patient?
3. Hvordan kan behandleren balancere mellem at være professionel og personlig?
4. Hvordan kan behandleren sikre sin troværdighed over for patienten, når behandleren har autoritet til at annullere den ligeværdige relation og må aktualisere tvang i kommunikationen?

Vi har fremanalyseret disse udfordringer med et teoretisk udgangspunkt. I næste kapitel vender vi os mod praksis for at undersøge, *om* og i så fald *hvordan* udfordringerne håndteres af det psykiatriske personale. Genkendes udfordringerne? Og hvilke håndteringsstrategier kan vi iagttage som løsninger på dem?

KAPITEL 6: INTERAKTION

“Bruger man sig selv i sit arbejde som sygeplejerske?” “Ja, det gør man! Jeg plejer at sige, at det eneste redskab man har som sygeplejerske i psykiatrien, er sig selv.” (Afdelingssygeplejerske, P2)

I dette kapitel vender vi os med den del af specialets empiri, som er indsamlet på tre psykiatriske afdelinger i Danmark. Kapitlet skal besvare vores tredje analysespørgsmål om, hvordan de fire udfordringer for patientledelse, vi fremanalyserede i det foregående kapitel, håndteres i praksis. Vi åbner således blikket for, at de betingelser, ligeværd skaber for patientledelse, kan opstå som både udfordringer og håndtering heraf. Vi arbejder fortsat med ledeforskellen system/omverden og med blik for det medicinske system og dets roller. Vi beholder ligeledes ledeforskellen problem/løsning, men forskyder forskellen, så den lader os iagttage, hvilke praktiske løsninger, der kan opstå på de fire teoretiske udfordringer. I dette kapitel bliver det produktivt for os at konditionere *en løsning* på en særlig måde: I specialets analysestrategiske kapitel har vi kort beskæftiget os med, hvordan paradokser kan håndteres ved henholdsvis at blive *skjult* og *hevet frem* i kommunikationen. Da sidstnævnte synes at være på spil i praksis, supplerer vi vores blik med ledeforskellen re-entry/forskel og får således blik for hybriditet. Kapitlet adresserer de fire udfordringer for patientledelse én for én og afrundes af en samlet analyse af måden, hvorpå behandleren i praksis opstår som *den hybride behandler*.

6.1. UDFORDRING I: UKENDTE OG USYNLIGE BEHOV

Hvordan kan behandleren skabe differentierede tilknytningsmuligheder for patienten, når behandleren aldrig på forhånd kan kende patientens behov og motivationsgrundlag?

“Der er nogle, som ikke kan overskue det der med at deltage.(...)Det handler for os om at finde ud af, hvad der fungerer for den enkelte(...).Det er blevet en del af vores arbejde at finde ud af det. Vi giver ret mange alternativer.” (Sygeplejerske, P2).

Dette er et af mange eksempler på, at det behandlende personale knytter an til iagttagelsen af den enkelte patient frem for massen. Citatet illustrerer videre, at der kan være udfordringer forbundet med differentiering mellem patienterne. Differentieringen indebærer, at personalet må tilpasse sig den enkelte patient og stille flere alternativer til rådighed, også når patienten *ikke* udtrykker et sær-

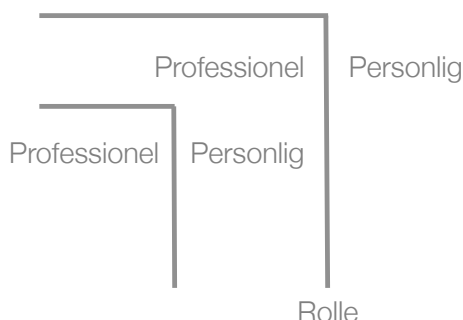
ligt behov for at blive inddraget. Hvordan alternativer stilles til rådighed, og hvordan de på forskellige måder håndterer den tilsyneladende eksplosion af behov for differentiering, kan vi iagttage flere eksempler på.

Differentierede behov

På en af de psykiatriske afdelinger arbejder man med en såkaldt samarbejdsaftale, der udformes ved patientens indskrivning og skal bidrage til, at afdelingen får viden om patienten. Aftalen indeholder blandt andet punktet: *Er der personale du føler dig mere tryk ved?* En medarbejder på afdelingen fortæller om dette punkt: *“Man kan være nok så dygtig fagligt, men nogle mennesker kan man bedre med, end andre. Det har man ikke været så opmærksom på før, hvor man mere så behandleren som en funktion, der kunne erstattes af en anden.(...)Man skal have fokus på matching og kemi i relationen.”* (Medarbejder, P2).

Medarbejderen lægger afstand til behandlerrollen som *en funktion*, hvilket vi kan forstå som en iagttagelse af behandlerens rolle som genindtrædelsen af forskellen mellem professionel og person på den professionelle side: behandleren er *mere* end den funktion, der er indskrevet i den medicinske profession, se figur 9. Når samarbejdsaftalen inviterer patienten til at give sine præferencer til kende med udgangspunkt i *matching* og *kemi*, frem for eksempelvis faglig tilgang, konstrueres en rolle, hvori behandleren kan tage sin personlighed i anvendelse, hvilket optimerer muligheder for at imødekomme patienternes differentierede behov. På en anden afdeling oplever man ligeledes et skift i tilgangen til patientens behov: *“Vi er kommet væk fra tanken om, at alle [personaler, red.] skal kunne det samme. Vi har lært at udnytte vores forskellige roller i forhold til patienten. En kan have en mormorrolle, en kan have en veninderolle og så videre...”* (Afdelingssygeplejerske, P1). Foruden at spille en professionel rolle kan personalet altså holde deres muligheder for samarbejde med patienterne åbne i kraft af personlige kompetencer, værdier og den form for kemi, der byder sig til i den enkelte relation.

Figur 9. Rollen som personlig professional



Således producerer den individuelle og personlige patient ikke nødvendigvis uoverkommelige udfordringer for behandlingens grad af differentiering, når håndteringen af dette gøres til et spørgsmål om *behandlerens* frem for *patientens* rolle. Individualiseringen af den psykiatriske patient forskyder med andre ord kontingens over på behandlerens rolle, og lader i den forstand behandleren “forvalte” kontingensen i den grad, det er muligt. “*Vi kan ikke ændre patientens udtryksform, men vi kan tackle situationen klogere.*” (Afdelingssygeplejerske, P1) fortæller en sygeplejerske. I og med at man afholder sig fra at formulere mål om at ændre patienten, opstår en form for stabilitet i det kontingente; det uforudsigelige bliver forventeligt. Med andre ord bliver det håndterbart for behandleren, at patienten giver udtryk for sig selv på sin egen måde, idet den blotte udtryksform skaber muligheder for, at behandleren selv kan positionere sig forskelligt. Behovet for at diagnosticere patienten iagttages derimod ikke, og der tages således afstand fra den typiske medicinske tilgang til behandling.

Vi kan forstå ovenstående ved at iagttage måden, hvorpå den sociale meningsdimension sættes og strukturerer kommunikationen. Der skelnes stadig mellem behandler og patient, men patienten er ikke længere et objekt for behandling tilrettelagt af personalet. Iagttagelsen af den individuelle patient gør, at behandleren ikke kan fastlægge patientforløbet på forhånd, men i stedet må lede sig selv på en måde, som kan holde muligheden åben for, at patienten finder motivation til at gøre det samme. I den forstand bliver behandling, forstået som ledelse, i udtalt grad et spørgsmål om behandlerens ledelse af egen selvledelse.

Usynlige behov

Såfremt patienten ikke kommunikerer om sine behov, opstår en yderligere ledelsesudfordring i relation til differentiering af behandlingen. Vi kan se, hvordan kommunikationen søger andre steder hen

end mod patientens aktuelle behov for på den måde at kunne fortsætte til trods for behandlerens informationsunderskud. En sygeplejerske beskriver, hvordan man allerede fra indskrivning sætter fokus på udskrivning: *“Man er ikke bare indlagt. Man skal opnå noget med sin indlæggelse. Hvad stiler vi mod? Hvad skal vi opnå? Hvad skal vi træne? (...) Livet er udenfor, det er jo ikke herinde. De skal ikke indlægges til opbevaring, men for at få et normalt liv igen.”* (P1). I citatet opstår behandlingen ikke som et svar på patientens behov lige nu og her, men derimod som en afsøgende proces, der forholder sig til patientens *fremtidige* behov og den (re)normalisering behandlingen repræsenterer. Behandlerens og patientens fælles konstruktion af patientens behov i en fremtid uden sygdom opstår som fokus i behandlingen, hvormed behandlerens vanskelighed i at adressere usynlige behov i nutiden håndteres.

I relation til udfordringen bestående i, at behandleren må stille differentierede tilknytningsmuligheder til rådighed for patienten, om end på et mere eller mindre udefinerbart grundlag, har vi set håndteringsstrategier i praksis, der gør brug af kommunikationens roller samt visioner om fremtiden, der konstrueres i samarbejdet mellem patient og behandler. Det henleder imidlertid opmærksomheden på spørgsmålet om, hvordan dette samarbejde muliggøres i lyset af iagttagelser af en potentielt ufornuftig og farlig patient?

6.2. UDFORDRING II: UFORNUFT OG FARE

Hvordan kan behandleren indgå i dialog med den ufornuftige og potentielt farlige patient?

På de psykiatriske afdelinger genkender personalet udfordringen, der kan ligge i at samarbejde med den potentielt ufornuftige og farlige patient: *“Nogle patienter er glade for bæltet. De kæmper og raserer det hele for at blive lagt i bælte.”* (Afdelingssygeplejerske, P1). Selvom tvang iagttages som et onde oplever personalet, at patienterne selv efterspørger tvang, hvilket udfordrer personalets tvangsforebyggende indsatser og desuden iagttages som irrationelt. Derudover iagttager de psykiatriske afdelinger en vis upålidelighed forbundet med patienten, hvilket har implikationer for samarbejdet med patienten. Som nævnt ovenfor, forsøger personalet at imødekomme situationer, hvor patienten foretrækker at have kontakt til nogle frem for andre behandlere. Det gode match med udgangspunkt i patientens egne tilkendegivelser er dog ingen garanti for en konfliktfri relation. En social- og sundhedsassistent forklarer: *“Patienterne kender os, og de søger de relationer, som de kan få noget ud af. En patient prøvede os meget af ved at udvise en truende adfærd”* (Social- og

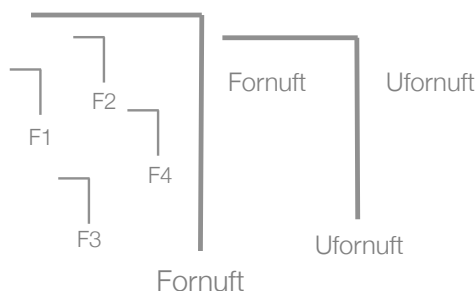
sundhedsassistent, P1). Personalet oplever altså, at patienterne kan handle strategisk, hvilket kan aktualisere potentialet for fare. Hvordan kan personalet i de tilfælde sikre en ligeværdig behandling?

Aflæring af patientrollen

I en samtale med en sygeplejerske om det at samarbejde med en patient, som modsætter sig den anbefalede behandling, fortæller hun: *“Nogle patienter har fundet tryghed i bæltet, fordi vi har lært dem at være patienter på en særlig måde.”* (Sygeplejerske, P1). Personalet vender således blikket mod sig selv. Vi skal ifølge personalet ikke mange år tilbage for at møde en kultur i dansk behandlingspsykiatri, hvor tvang blev iagttaget som en præmis for behandling, og denne kultur har påvirket både personalets og patienternes forventninger til behandlingen. Nedbringelsen af tvang kalder derfor på et holdningsskifte hos begge parter, og her må personalet gå forrest: *“Personalet har et ansvar for at aflære patienterne og(...)indøve nye mestringsstrategier.”* (Afdelingssygeplejerske P2) fortæller en sygeplejerske, mens en anden påpeger, at *“Man skal stille nogle andre ting til rådighed for dem i stedet for bæltet. Her bruger vi psykoedukation til at undervise patienterne i at klare, mestre, og være forudsigende”* (Medarbejder, P1).

Afdelingernes kommunikation udtrykker to måder at arbejde med det ufornuftige i den ligeværdige indsats på. For det første iagttager de ikke patientens ufornuft som en eksternalitet, men anerkender, at det medicinske system selv har tilskrevet sit publikum en uhensigtsmæssig praksis, og at dette er psykiatriens opgave at håndtere, når publikum bliver præsterende. For det andet åbner denne selvrefleksion op for at skabe patienten på ny med reference til et mere differentieret og ligeværdigt fornuftsbillede. Personalet møder ufornuften og dermed skellet mellem fornuft og ufornuft med henvisning til en ny fornuft: ligeværd. Interessant ved denne fornuft er, at den indebærer, at patienten gennem psykoedukation lærer at klare sig *selv* og udarbejde *egne* mestringsstrategier på et grundlag, *de* finder fornuftigt. Dette kunne iagttages som en ny åbning for det potentielt ufornuftige, men opstår i stedet som en iagttagelse af fornuft i et differentieret fornuftsbillede. Med andre ord lægges afstand til forskellen mellem fornuft og ufornuft, og i stedet markeres kontingensen i, hvad fornuft kan være. Det betragtes altså som ufornuftigt at skelne mellem fornuft og ufornuft, omend ufornuften stadig opstår på fornuftens umarkerede side, se figur 10.

Figur 10. Forskellen mellem differentieret fornuft og ufornuft



En lignende tendens til at søge at differentiere fornuftskategorien ser vi i forbindelse med de psykiatriske afdelingers kommunikation om sygdomserkendelse. En medarbejder fortæller: *“Man kan hurtigt blive uenige om, hvad man fejler, men man skal i stedet for fokusere på, hvor patienten vil hen.”* (Medarbejder, P2). Medarbejderen iagttager ikke patientens manglende sygdomserkendelse og anknytning til den medicinske fornuft som et problem i relation til patientinddragelse og ligeværdig dialog, hvilket vi i foregående kapitel opstillede som en teoretisk mulighed. I stedet lægges der vægt på, at kommunikationen må tage afsæt i noget andet end en bestemt og medicinsk funderet sygdomserkendelse. En medarbejder sætter sig i patientens sted og iagttager det at arbejde med sygdomserkendelse som ufornuftigt i sig selv: *“Vi [henviser til sig selv og os, red.] ville heller ikke blive ved med at gå til vores praktiserende læge, hvis vedkommende blev ved med at tale om, at vi ikke dyrkede nok motion eller levede sundt nok, når vi i virkeligheden kom der for at få noget antibiotika for en lungebetændelse.”* (Medarbejder, P2).

Præmissen for den ligeværdige behandling er ikke, at patient og behandler opnår enighed om patientens diagnose i medicinske termer. Dialogen kommer i stedet til at handle om at formulere et mål for patienten som både patient og behandler kan arbejde hen imod: *“Det handler om, hvad patienterne selv ønsker at arbejde med.(...)Hvis patienten for eksempel ikke finder sine [skizofrene, red.] stemmer problematiske, jamen så behøver man ikke at arbejde med dem lige nu.”* (Afdelings- sygeplejerske, P2). Der er således tale om en form for saglig afparadoksring: en forskydning af kommunikationens lammelse af uenigheden om problemets definition. Frem for at fokusere kommunikationen omkring formulering af ét problem, der kalder på én løsning, opstår den fælles løsning uafhængig af, hvordan problemet iagttages. Den fælles løsning kan med andre ord være svar på forskellige problemer hos henholdsvis behandler og patient og opstår ikke som det medicinske systems ensidige konstruktion.

Fare og tavshed

Når personalet arbejder med en anerkendende tilgang til patientens fornuft eller den potentielt farlige patient, forsøger personalet at undlade at tage afstand til patienten. En måde at gøre dette på kan vi iagttage i de psykiatriske afdelingers kommunikation om at indgå aftaler med patienten. En sygeplejerske forklarer, hvorfor man er gået væk fra at lave aftaler med patienten om eksempelvis at løsne en bæltefiksering, hvis patienten lover at forholde sig i ro: *“De vil gerne love ting og vil gerne overholde det, men det kan man ikke styre(...)”* (Afdelingssygeplejerske, P2). Personalet peger på, at en aftale ikke forhindrer en ny konfliktsituation, idet patienten både kan agere strategisk og irrationelt til trods for sine egne ambitioner om at holde aftalen. Aftaler åbner dermed også op for, at patienten på ny kan opstå som farlig. Personalet fortæller, hvordan man snarere søger at skabe opbrud i en given situation ved at stille alternativer til rådighed for patienten og fjerne fokus fra den aktuelle situation. Dette kan blandt andet handle om at spørge patienten: *“Hvad siger du, skal vi ikke gå ud og tage en cigaret og få noget frokost bagefter?”* (Afdelingssygeplejerske, P2). Personalet vælger ikke at aktualisere bæltefikseringen i kommunikationen, selvom situationen er centreret om netop dette, og henleder i stedet patientens opmærksomhed på andre - og ligeværdige - alternativer.

Patientens potentielle farlighed aktualiseres desuden i iagttagelser af den tavse patient. En sygeplejerske peger på, at *“Nogle gange kan patienterne ikke give udtryk for de behov, de har.”* (Sygeplejerske, P1). For at foregribe denne situation og aktualiseringen af den eventuelle fare vælger man ofte at møde tavshed med tavshed, frem for eksempelvis at stille patienten spørgsmål: *“Tit sætter jeg mig bare ind på patientens stue og sidder og læser i et blad.(...)Tilstedeværelse er vældig tillidskabende. De kan tit ikke rumme, hvis man snakker for meget.”* (Social- og sundhedsassistent, P1). Social- og sundhedsassistenten forsøger at simulere en form for normalitet: at patienten, til trods for sine indre kampe, kan befinde sig i et rum sammen med et andet menneske. Dette kan virke beroligende og derigennem behandlende. Den tavse patient mødes således ikke med en forventning om en sammenhæng mellem sygdom og fare, men med en anerkendende tilgang til det at være tavs, hvilket bliver en ressource i behandlingen. *“Det handler om at vi skal se patienter som mennesker, og de skal se os som mennesker.”* fortæller en anden sygeplejerske på afdelingen (Sygeplejerske, P1). Dette bliver et aktiv i behandlingen i forhold til den tavse patient, idet den gensidige iagttagelse af medmenneskelighed kan søges etableret via nonverbal kommunikation.

Medmenneskeligheden som en håndtering af den farlige patient kan imidlertid også producere udfordringer. Vi skal i det følgende se, hvordan farligheden kan række ud over den psykiatriske kontekst og ind i behandlerens liv, og hvordan behandleren i praksis håndterer balancen mellem at være personlig og professionel.

6.3. UDFORDRING III: PERSONLIG PROFESSIONALISME

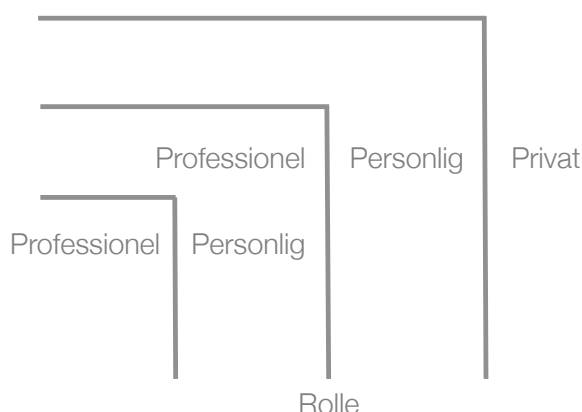
Hvordan kan behandleren balancere mellem at være professionel og personlig?

“Man kan ikke fremstå som autoritet, uden at miste autenticitet og omvendt.” konkluderer Andersen og Pors i *Velfærdsledelse - mellem potentialisering og styring* (Andersen & Pors 2014:259). Oversat til den psykiatriske afdeling kan behandleren ikke fremstå som professionel samtidig med, at vedkommende er personlig og omvendt. Ikke desto mindre kan vi i praksis identificere to måder, hvorpå personalet håndterer paradokset og således lader kommunikationen fortsætte. Begge leger de med forskellen, der sætter behandlerens rolle.

Fra personlig til privat: forskellen fordobles

I en samtale med personalet om, hvordan man kan imødegå situationer, hvor aggressive patienter bruger information om personalets personlige forhold til at fremsætte trusler, fortæller en afdelings- sygeplejerske: “Vi er gået fra at være fagprofessionelle til at være mere personlige. Men vi bliver ikke private, der er en meget fin grænse der. (...) Hvis du sidder og hører på, at dit barn bliver truet med navn og alle de her ting som lige pludselig kommer i små detaljer, så kan jeg ikke handle professionelt mere. (...) men de [patienterne, red.] må gerne true mig med, at min yndlingsfarve er blå.” (Afdelingssygeplejerske, P2). Afdelingssygeplejersken genkender for det første genindtrædelsen af forskellen mellem rolle og person, der sætter hende i den paradoksale situation, at hun, for at optræde som professionel, må inddrage sin person. For det andet iagttager afdelingssygeplejersken paradokset som en forskel til det at være *privat*, og således lader hun en ny forskel indramme og afgrænse paradoksets udfoldelse. Figur 11 viser denne grænsedragning. Lignende rationale ser vi hos en overlæge, der reflekterer over, hvordan man under et eksternt tilsyn går i dialog med en bæltefikseret patient, der kan agere både fysisk og verbalt aggressivt: “Man kan godt inddrage almindelige, menneskelige informationer om sig selv. Men jeg bliver ikke privat.” (Overlæge, P3).

Figur 11. Grænsedragning mellem personlig professionel og privat

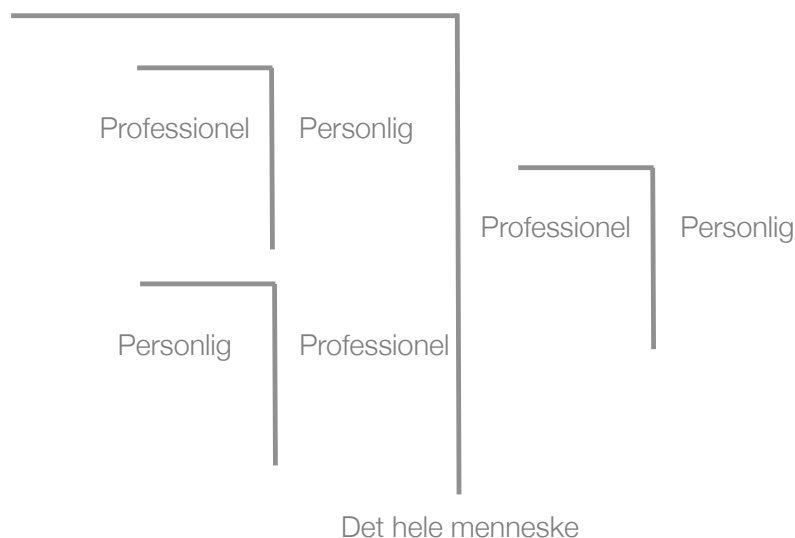


For at undgå at gøre sig selv sårbar for trusler, differentierer personalet altså deres personlighed og iagttager *noget* som egnet til at dele med patienterne, mens *andet* forbliver tilbageholdt fra kommunikationen. Udfordringen i at gå i dialog med den potentielt farlige patient imødegås således ved at foretage en vurdering af forskellen mellem privat og personlig professionel.

Personlig professionalisme: det hele menneske

Selvom personalet iagttager skellet mellem privat og personlig som produktivt, synes dette ikke altid at være en løsning i kommunikationen. I flere sammenhænge italesættes begrebet om *det hele menneske*, som er i stand til at opretholde den samme identitet i sine forskellige roller - såvel professionel som personlig. En medarbejder eksemplificerer dette med henvisning til, at man også skal kunne rumme sine relationer med patienterne uden for afdelingen, for eksempel når man møder dem nede i Netto. En anden afdelingssygeplejerske beskriver, hvordan behandleren med fordel kan drage direkte paralleller mellem sin rolle i og uden for den psykiatriske afdeling i dialogen med patienten: *“Hvis man bare siger til patienterne: jeg giver ikke knus til min familie eller venner og derfor heller ikke til dig - jamen så forstår patienterne det godt.”* (Afdelingssygeplejerske, P2). Det bliver således et aktiv for behandleren ikke at agere anderledes over for patienten, end vedkommende ville gøre over for sin egen familie og venner samt ikke mindst at eksplicitere dette. Det hele menneske opstår med andre ord som autentisk, fordi vedkommende kan opretholde sin identitet, men samtidig er i stand til at indtage forskellige roller i kommunikationen, se figur 12. De flere forskellige roller bliver en styrke frem for en umulighed.

Figur 12. Det hele menneske



Iagttagelsen af behovet for, at personalet opstår som hele mennesker, kan vi endvidere se i forbindelse med ansættelse af peermedarbejdere (medarbejdere med brugererfaring), hvilket er en stor succes i psykiatrien. Peermedarbejderen har *“(...)en mere fri rolle, fordi de ikke skal dokumentere alt - man er der ikke med henblik på at opnå et bestemt resultat.”* (Medarbejder, P2). Fraværet af målet om et *bestemt resultat* markerer peermedarbejderen som en rolle med andre muligheder og begrænsninger, end der gør sig gældende for det øvrige personale. Det øvrige personales professionalisme involverer blandt andet at leve op til krav om dokumentation, og personalets personlighed må på forskellige måder implementeres i dette arbejde. Peermedarbejderens arbejde består derimod i at eksemplificere det hele menneske, der opnår sin autenticitet ved at have et ben i hver lejr: et på patientens og et på behandlerens side. Denne medarbejder kommer således til at udgøre et forbillede for såvel patient som behandler. En medarbejder eksemplificerer: *“De kommer til at fungere som brobyggere mellem personale og patienter, som håbsambassadører for begge parter.”* (Medarbejder, P2)

Peermedarbejderen udgør som *brobygger* og *håbsambassadør* et raffineret grænsetilfælde mellem behandleren og patienten - mellem det medicinske system og dets omverden. I denne position kan peermedarbejderen undgå at repræsentere den generelle psykiatriske behandling, herunder tvang, men alligevel stille sine erfaringsbaserede kompetencer til rådighed for behandlingens iagttagelse af ligeværd. Der synes at være tale om en attraktiv tilknytningsmulighed for patienten, som ikke er det

øvrige personale forundt i kraft af deres samtidige rolle som repræsentanter for potentialet for tvang. Hvordan håndterer personalet i praksis at måtte indtage denne tilbagevendende rolle, som udfordrer troværdigheden som autentisk behandler? Det skal vi se nærmere på i det følgende.

6.4. UDFORDRING IV: TROVÆRDIGHED OG TVANG

Hvordan kan behandleren sikre sin troværdighed over for patienten, når behandleren har autoritet til at annullere den ligeværdige relation og må aktualisere tvang i kommunikationen?

“Vi er aldrig 100 pct. ligeværdige. Det er os der har nøglerne, og det ved patienterne også godt.” (Afdelingssygeplejerske, P1). Citatet er et eksempel på, at personalet anerkender udgangspunktet for den ledelsesudfordring, der kan opstå som følge af tvang som et blivende vilkår i den ligeværdige psykiatriske behandling. Når *nøglen* iagttages, er det samtidig en iagttagelse af patientens fravær af frihed, hvilket gør det vanskeligt for behandleren at opstå som autentisk autoritet og at invitere det præsterende publikum ind i kommunikationen. Troværdigheden sættes på prøve og spørgsmålet bliver, hvordan behandleren arbejder med dette, for at fastholde den ligeværdige relation med patienten.

Det eksterne tilsyn repræsenterer umiddelbart en ulige relation mellem den fastspændte patient og tilsynslægen. Ikke desto mindre fortæller en overlæge, at det er vigtigt at tilgå patienten på en ligeværdig måde under tilsynet: *“Der sidder altid en fast vagt, men jeg henvender mig altid til patienten først.(...)Jeg går så tæt på personen som jeg synes, jeg kan, så får jeg den mest respektfulde dialog.”* (Overlæge, P3). Overlægen iagttager altså praktiske muligheder for at rammesætte det eksterne tilsyn på en ligeværdig måde, ved både at lade sig selv og patienten iagttage behandlerrollen differentieret. Behandleren kommer ind i rummet som repræsentant for det igangværende tvangsindgreb, men har en autentisk interesse i at lytte til og anerkende patienten og søger at opretholde sin troværdighed ved at markere dette i kommunikationen.

Troværdighed handler ikke bare om, at patienten iagttager behandleren som troværdig, men også, at behandleren kan genkende sig selv som sådan. I en samtale med en sygeplejerske om måden personalet selv håndterer det at anvende tvang, fortæller hun, at det er vigtigt, at man ikke ser igangsættelsen af et tvangsindgreb som et personligt nederlag: *“Man skal ikke se det som et nederlag, men en læring i sin faglighed. Efter tvangsindgrebet ved vi mere om patienten og om hvordan vi kan*

undgå en lignende situation i fremtiden.” (Sygeplejerske, P1). Iagttagelsen markerer altså tvang som noget, der har med personalets professionelle identitet at gøre, og dermed tillader sygeplejersken en midlertidig suspension af sin autenticitet og ligeværdige relation til patienten. Ikke desto mindre er det *netop* tvangen, der ifølge sygeplejersken kan give anledning til refleksion over behandlerens rolle. Ved at understrege, at der i forbindelse med tvang ligger en læring for personalet og dermed en mulighed for forebyggelse, suspenderes behandleren igen som udelukkende autoritær professionel, for igen at opstå som den autentiske og ligeværdig behandler.

Den førømtalte eftersamtale skaber et rum for, at behandleren, sammen med patienten, kan se tilbage på tvangsindgrebet. I den forbindelse fortæller flere medarbejdere, at patienten sjældent kan huske selve tvangsindgrebet, når samtalen afholdes. I denne situation opstår behandleren i en position, hvor vedkommende har definitionsmagten over tvangsindgrebet. Uden at betvivle det psykiatriske personales etiske tilgang til forvaltning af denne opgave synes eftersamtalen at skabe en mulighed for, at behandleren ikke blot kan forklare patienten om vedkommendes fremtræden i situationen og således sætte patienten i en særlig rolle, men også kan sætte sin egen rolle i kommunikationen på en måde, der afproblematiserer skellet mellem autentisk og autoritær. Ved at gøre brug af muligheden for at differentiere i kommunikationens tid og rum, kan behandleren skabe en isoleret fortælling om tvangssituationen - et tilbageblik - fra en autentisk position i nutiden. Positionen opstår som autentisk i kraft af det troværdige i at vedstå, men tage afstand fra det, der er sket. Eftersamtalen giver med andre ord behandleren mulighed for at genfortælle sin rolle i forbindelse med tvang, og selve fortællerrollen genindfører autenticiteten. Netop det, at tvang udgør et element i ligeværd, giver altså behandleren mulighed for at bearbejde og konditionere tvangssituationen og således opstå i en ligeværdig relation.

6.5. DEN HYBRIDE BEHANDLER

I ovenstående analyse har vi iagttaget, hvordan man på psykiatriske afdelinger håndterer nogle af de udfordringer for patientledelse, vi teoretisk har fremanalyseret i lyset af ligeværd som medicin. I det følgende samler vi op på, hvordan der tegner sig et billede af, at paradokserne håndteres ved at strukturere kommunikationens meningsdimensioner på særlige måder. Dette udfordrer imidlertid den medicinske kommunikation, hvilket efterfølgende leder os til at belyse de særlige måder, hvorpå patientlederen kan iagttage sig selv, så kommunikationen fortsættes. Begrebet om den kommunikative hybrid og ledeforskellen re-entry/forskel bliver i den sammenhæng produktiv for analysen.

Afparadoksering gennem ikke-medicinsk kommunikation

Vi kan iagttage, hvordan kommunikationen søger uden om det medicinske systems kode, når personalet kommunikerer om sig selv som *hele mennesker*. Behandlerrollen er ikke længere defineret ved sin *funktion* og dermed ved det medicinske systems operation, men er i stedet åben for, at personlige kompetencer bliver kendetegnende for den enkelte behandler og behandlingsrelation. Behandleren må lede sig selv som det hele menneske, der kan rumme *ikke* at arbejde med et mål om at ændre patienten. Kun ved at undgå at iagttage patientens behov for behandling, kan behandlingen med andre ord opstå. Således kan vi iagttage et skift i den sociale meningsdimension i kommunikationen om behandling, som i høj grad bliver et spørgsmål om behandlerens nøje afstemte selvledelse med henblik på patientens selvledelse.

Den umiddelbare problematik der for behandleren kan ligge i at adressere behov, som kun patienten selv kan definere og tilkendegive, ser vi blandt andet håndteres ved at hæve behandlingens anker i *nutiden*. At iagttage behovet for at diagnosticere patientens problemer forud for behandlingen synliggør behandlerens umulighed i at kende patientens behov. Derimod etablerer *fælles fremtidige mål* et udgangspunkt for behandlingen, som behandleren kan være medkonstruerende af. Der er tale om en fælles fortælling om patientens rejse hen i mod det normale liv uden for den psykiatriske afdeling og det medicinske system. Vi kan iagttage, at kommunikationen finder en løsning i at henvise til systemets omverden, her i den temporale meningsdimension, hvorved behandling opstår som behandling af patientens fremtidige ikke-sygdom.

Det bliver endvidere en del af den medicinske behandling at forholde sig åbent for alternative perspektiver på behandlingen. Et eksempel ser vi i kommunikationen om patientens sygdomserkendelse. Måden at håndtere ufornuftens paradoks bliver at ophæve iagttagelsen af den medicinske fornuft som en forskel til noget ufornuftigt. I stedet iagttages et differentieret fornuftsbillede, hvor forskellige fornuft'er i såvel systemet som dets omverden hilses velkommen. Det bliver på den måde muligt, at en fælles løsning kan adressere forskellige problemer. Kommunikationens saglige meningsdimension folder sig ind i sig selv og giver behandleren mulighed for at markere både *dette* og *noget andet* som fornuftigt.

Markeringen af det "ikke-medicinske", som forekommer i forskellige forskydninger på kommunikationens meningsdimensioner, synes i lyset af ovenstående at udgøre en løsning for behandlingen.

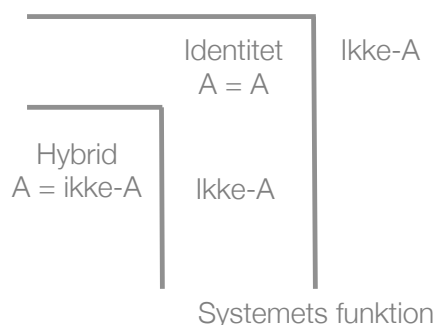
Med andre ord finder det medicinske system umiddelbart sin løsning ved at iagttage sin omverden. Men hvordan kan behandling opstå og det medicinske system bestå, hvis det er tilfældet, at systemet ikke kan opstå som behandlende uden at overskride sig selv?

En løsning synes at være til stede i kommunikationen, idet den psykiatriske behandler fastholder iagttagelsen af sig selv som professionel behandler. Der synes med andre ord *ikke* at være tale om, at kommunikationens paradokser blot søges afparadokseret i form af at blive gemt væk eller overlejret. Begrebet om den kommunikative hybrid kan derimod bidrage til at give os blik for, hvordan løsningen finder sin produktivitet *i paradokserne* - hvordan der kan iagttages en mulighed i det psykiatriske personales tilsyneladende umulige betingelser for patientledelse.

Hybriden

Behandleren må kontinuerligt træde ind og ud af forskellige roller afhængig af situationen. Vi kan forstå denne frigørelse fra én rolle til fordel for flere roller som en *hybrid*. Hybriden er funderet i en paradoksal natur, som ifølge Andersen (2012) tager udgangspunkt i, at A's identitet som A tager form og konsolideres af ikke-A. Dette er dog kun fundamentet, idet hybriden ikke blot iagttages, når $A = \text{Ikke-A}$, men når A rent faktisk identificerer sig med ikke-A, se figur 13. Dette tillægger hybriden en reflektiv karakter: “(...)en hybrid bliver en identitet, som identificerer sig selv med dens konstitutive anden uden at være denne.” (frit oversat fra Andersen 2012:4).

Figur 13. Wannabe-hybridens form (frit oversat fra Andersen 2012:4)



I stedet for at forstå hybriden som dikotomier og enten-eller-konstruktioner, som vi gør det, når vi iagttager afparadoksering i klassisk systemteoretisk forstand, kan vi altså forstå hybriden som afparadokseringsmaskiner, der markerer genindtrædelse frem for forskel (Sløk 2012:161). Hybrider gør

paradokser produktive, fordi det bliver muligt simultant at markere begge sider af en forskel (Andersen 2012:5). Dette lader i vores tilfælde behandleren opstå som personlig professionel - et helt menneske med professionalisme, der trækker på såvel faglige som personlige kompetencer. Behandleren opstår altså som hybrid, når vedkommende bliver i stand til at se muligheden for behandling gennem brug af ikke-medicinsk kommunikation - en form for iagttagelse af andenorden. Denne iagttagelse bliver produktiv frem for paralyserende.

Vi kan iagttage personalets iagttagelse af en forskel mellem personlig og privat som et tegn på indtagelse af denne andenordensposition. Selvom der markeres en *forskel* mellem at være personlig og privat, hvilket synes at udfordre idéen om det hele menneske, opstår hybriden: markeringen af den personlige professionelle som den rolle, der kendetegner behandleren. Behandlerens iagttagelse af forskellen mellem den behandlende og private rolle skaber således en mulighedsproducerende, refleksiv position, hvorfra vedkommende netop kan iagttage sig selv som hybrid. Fra den private position kan behandleren iagttage sine differentierede muligheder som personlig professionel. Vi kan desuden iagttage peermedarbejderen som indbegrebet af den hybride behandler, der ved at iagttage sig selv som et grænsetilfælde mellem personlig og professionel, mellem patient og behandler, opnår sin hybride identitet som behandler.

Et andet nedslagspunkt, hvor det umiddelbart kan synes vanskeligt for behandleren at holde flere roller åbne i kommunikationen, er i tvangssituationen. Her kan vi dog også iagttage, hvordan behandleren formår at iagttage sig selv i flere positioner: *“Nogle gange bliver man nødt til at finde noget andet at snakke om(...). Man kan danne sig et indtryk ved at snakke lidt udenom [tvangssituationen, red.] - ‘nej, et fint billede du har stående på dit natbord’ - en slags afledning via smalltalk. Kan man det? Eller kan man slet ikke det?”* (Overlæge, P3).

Mens en bæltefiksering synes at være en ensidig markering af den professionelle behandler, autoriteten, iagttager overlægen en mulighed for at afsøge sin egen rolle i forhold til patienten. For at skabe tillid bringer lægen sin egen person i spil ved at åbne op for *smalltalk* og det at *snakke lidt udenom* tvangssituationen. Dette er med til at fastholdelse det produktive magtrum og øger tilknytningsmulighederne for patienten. Patienten opstår ikke udelukkende som tvungen, men kan påvirke situationen ved at knytte an til lægens invitation til kommunikation om noget andet end tvang. Be-

handlerens hybriditet - oscilleringen mellem personlig og professionel - muliggør således en ligeværdig relation inden for rammerne af tvang.

Hybriden er et komplekst teoretisk begreb, så lad os slutteligt drage en analogi og se begrebet i et andet perspektiv. Vi kan se en lighed mellem begrebet om aftabuisering og den hybride karakter, ligeværd muliggør for behandleren. For at en aftabuiseringskampagne kan komme tabuet til livs, må kampagnen samtidig anerkende, at der overhovedet er tale om et tabu. Tabuet er således en del af kampagnen. På samme måde er tvang en del af ligeværd. Ligeværd må kunne forholde sig til tvang og gøre den produktiv, for at komme den til livs. I tvangssituationen aflyser man derfor ikke ambitionen om den ligeværdige behandling, men forsøger at facilitere en mulighed for, at behandleren kan afsøge forskellige roller og dermed træde ind i rollen som hybrid. Fra sin position som autoritet og repræsentant for den repressive magt, kan behandleren med andre ord genindføre ligeværd, ved at anerkende tvang som en del af den ligeværdige relation med patienten. Ligesom ligeværd altså ikke kan fortrænge tvang, kan tvang heller ikke fortrænge ligeværd, for så vidt behandleren anerkender og bruger dette paradoks produktivt.

6.6. KONKLUSION – KAPITEL 6

Vi ender denne analyse med en konstatering af, at den psykiatriske behandler på den ene side kan være udfordret af behandlingens nye ligeværdsmedicin; en medicin, som trækker på elementer fra det medicinske systems omverden. På den anden side tilbyder ligeværd dog behandleren et nyt mulighedsrum for udfoldelse af behandlerrollen. For så vidt behandleren formår at fremhæve snarere end skjule de paradokser, ligeværd afstedkommer i kommunikationen, at reflektere over sin identitet i lyset af dem og således bruge dem aktivt, kan vedkommende få øje på sig selv som behandler og dermed patientleder - endda i tvangssituationen. Paradokset mellem en personlig og en professionel rolle kan lamme kommunikationen om psykiatrisk behandling, men kan lige så vel iagttages som behandlingens drivkraft. På samme måde kan spændingen mellem tvang og ligeværd skabe tilsyneladende uafgørbarhed i behandlingen og true med at aflyse denne. Men spændingen kan lige så vel iagttages som en produktiv mulighed bestående i, at de to begreber ikke er hinandens modsætninger, men snarere er spundet ind i hinanden og begge opererer i det medicinske systems operationsrum.

KAPITEL 7: KONKLUSION OG SAMTIDSDIAGNOSTIK

”Kampen om at nå op til tinderne er nok til at fylde et menneskehjerte.” (Camus 1964:117)

Hvor efterlader specialets analyser os? Hvad kan kæden af problematikker og løsninger, vi har iagttaget som følge af ligeværds tilblivelse i kommunikationen, bidrage med? Vi lagde ud med at interessere os for *ligeværd* som en finurlig figur i kommunikationen; en figur, der syntes at lytte til kritiske krav om frihed og dermed udfordre tvang som en (tidligere) selvfølgelighed i psykiatrisk behandling. Vi ender specialet med at vende tilbage og sætte et punktum det sted, vi startede: vores analyser synes at bekræfte tesen om, at ligeværd er blevet en produktiv medicin i psykiatrisk behandling, som dels anvendes i behandlingen af psykisk sygdom, dels anvendes i nedbringelsen af tvang. Med sine referencer til frihed inden for rammerne af tvang ændrer ligeværd ved den klassiske dikotome forståelse af tvang.

Men vi ender også specialet med blik for, at ligeværd er andet og mere end medicin i den psykiatriske behandling og mod tvang. Gennem analyserne af udfordringer for patientledelse og hvordan disse udfordringer håndteres i praksis, har vi udpeget eksempler på, hvordan ligeværd synes at ændre betingelserne for måden, hvorpå det medicinske system kan forstå og kommunikere om sig selv. Systemet tvinges til at invitere sin omverden ind i dets operationsrum, hvor alle beslutninger om behandling må forlade sig på unikke og socialt, sagligt og temporalt åbne operationer frem for en stabil struktur. Det stiller vi skarpt på med dette afsluttende og diagnosticerende kapitel. Med andre ord afrunder vi specialet med at skifte blik fra at iagttage *sagen* ligeværd, til at iagttage *hvad sagen sætter på spil* i det medicinske system og dets grænsedragning til omverdenen. Vores diagnose er, at *ligeværd sætter det medicinske system og hvad vi kan forstå ved psykiatrisk behandling på spil*. I det følgende samler vi kort op på besvarelsen af specialets tre første analysespørgsmål, for derefter at vende blikket mod det fjerde: hvordan sætter ligeværd det medicinske system på spil?

7.1. OPSAMLING PÅ SPECIALETS ANALYSER

I **kapitel 3** fortalte vi historien om en stigende problematisering af tvang ved at iagttage fire systemers iagttagelser af begrebet – sikkerhedssystemet, det medicinske system, det juridiske system og omsorgssystemet. Tvang går fra at være en selvfølgelig præmis for psykiatrisk behandling til at repræsentere et problematisk vilkår. Det medvirker til, at både behandling og tvang i dag udgør

problemer på det psykiatriske område. Denne dobbelte problemkonstruktion kalder på en ny løsning, som vi finder i en ligeværdssemantik.

Ligeværd opstår som gensidig anerkendelse, inddragelse af patienten og forebyggelse af tvang. Men ligeværd er ikke bare fortællingen om en human drejning i psykiatrien eller antipsykiatriens sejr over en lægelig selvjustits. Ligeværd bliver selve den medicin enhver behandler må dosere for at få psykiatrisk behandling til at opstå. Der er desuden tale om en ganske særlig medicin. Selvom ligeværd stiller et imperativ om frihed til rådighed for patienten, kurerer medicinen ikke problemet bestående i potentialet for tvang. Ligeværd installerer tvangens konstitutive modsætning, frihed, på tvangens eget område, hvilket gør ligeværd til et paradoksalt præparat. Iagttagelsen af ligeværd som denne uafgørbare form ansporede os til i **kapitel 4** at zoome ind på den nye medicin, som på mange måder adskiller sig fra det, vi forbinder med konventionel medicin.

Ligeværd som medicin er ikke komprimeret ned i en standardiseret pille, som udskrives til patienten i en generaliseret dosis på baggrund af en internationalt anerkendt diagnose. Nej, ligeværd opstår snarere i den konstante tilblivelse af relationen mellem patient og behandler, og det medicinske system må således også tage sin egen medicin. Ligeværd bliver som sådan *en del af* den medicinske operation, det at helbrede, og er ikke (længere) et udtryk for en alternativ behandling, som psykiatrien kan vælge at gøre brug af. Ligeværd er krøbet helt ind i det medicinske systems operationsrum, dets autopoietiske maskine, og er blevet det medie systemet former, når det skelner mellem syg og ikke-syg.

At ligeværd som form er paradoksalt sat og indeholder sin egen modgift synes dog at gøre den medicinske operation mere kompleks end som så. Ligeværd installerer en uafgørbarhed i relationen mellem patient og behandler, idet behandleren aldrig på forhånd kan kende den enkelte patients behov og dermed vide, hvordan medicinens aktive stoffer – frihed og tvang – skal afstemmes. Ligeværd nødvendiggør behandlerens konstante refleksion over den unikke og foranderlige relation; en refleksionskompetence som det medicinske system ifølge Luhmann ikke altid har haft. Denne konklusion ledte os videre til kapitel 5, hvor vi spurgte til betingelser for patientledelse som følge af ligeværd. Betingelserne blikkede vi i første omgang som udfordringer.

I **kapitel 5** iagttog vi det medicinske system ved at iagttage dets roller. Ligeværd skaber et behov for at lytte til og inddrage patienten som et unikt individ. Patienten opstår i rollen som *præsterende publikum* i det medicinske systems billede, hvis bidrag til behandlingen iagttages som en nødvendig ressource. Det bliver følgelig behandlerens opgave at motivere patienten til at præstere, selvom behandleren aldrig kan kende de behov, der skal adresseres, for at patienten knytter an til behandlingen. Behandlerens må altså lede på patientens selvledelse uden dog at kende motivationen eller udtrykket for denne selvledelse. Dette opstod som den ene af kapitlets teoretiske udfordringer for patientledelse.

Vi så videre, hvordan den psykiatriske behandling kræver, at behandleren bruger sig selv i behandlingen, og hvordan det medvirker til, at rollen som behandler ikke længere er et spørgsmål om at adskille professionel fra personlig, men derimod om at bringe det personlige i spil professionelt. Denne tilsyneladende dobbeltrolle udgjorde ligeledes en teoretisk udfordring for patientledelse. Kapitlet så desuden på, hvordan særlige forventninger om den psykiatriske patients ufornuft og potentielle farlighed udfordrer grundlaget for patientinddragelse og måden spillet mellem rollerne i kommunikationen sættes. Inddragelsen af den ufornuftige patient udfordrer patientledelsens iagttagelse af sig selv som fornuftig, mens den potentielle fare forbundet med patienten udfordrer grundlaget for at arbejde med frihed inden for rammerne af tvang.

Endelig iagttog vi i kapitel 5, hvordan den personlige professionelle patientleder synes at komme på prøve, når vi iagttager tvang som et blivende vilkår i behandlingen. Vi så, hvordan det er nødvendigt for behandleren at opstå autentisk, men hvordan troværdigheden i dette udfordres, når vedkommende samtidig opstår som tvangens forvaltende autoritet. Spændingen mellem troværdighed og tvang tog vi med videre som en yderligere ledelsesudfordring.

De fire udfordringer for patientledelse konstruerede et udgangspunkt for vores dialog med og analyse af praksis. Analysen i **kapitel 6** viste os, at kommunikationens paradokser genkendes, men hverken lammer eller annullerer behandlerens rolle som behandler eller iagttagelsen af den psykiatriske patient som ligeværdig. Derimod så vi forskellige eksempler på, hvordan patientledelse bliver et spørgsmål om at anerkende og reflektere over kommunikationens uafgørbarhed som en mulighed frem for en udfordring, og hvordan behandleren faktisk formår at bevæge sig smidigt mellem rollerne som personlig og professionel. Kapitlet ledte os frem til, at behandlerens mulighed, autentici-

tet og troværdighed kommer til at bestå i at iagttage sig selv som en *hybrid*, der kan gøre brug af både det medicinske systems kommunikation og mangfoldigheden af ligeværdige alternativer i dets omverden. Hybridens fleksibilitet og refleksion sætter det medicinske system på spil, hvilket vi udfolder nedenfor i specialets afsluttende samtidsdiagnostik.

7.2. SAMTIDSDIAGNOSE - DET MEDICINSKE SYSTEM PÅ SPIL

Ligeværd lover, med SR-regeringens ord, “*Et nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*” (Regeringen 2014). Løfter om anerkendelse, respekt, medinddragelse og imødekommelse af krav om øgede frihedsgrader tegner sig umiddelbart som indholdet af dette fokus. Desuden lover ligeværd, at det som et fokus for behandlingen, kan nedbringe tvang. På bagkant af specialets analyser kan vi dog se, at ligeværd sætter meget andet end behandling og tvang på spil, og således gør mere, end hvad der ved første øjekast loves.

For det første repræsenterer ligeværd ikke patientens frihed, men en frihed inden for rammerne af tvang. For det andet forlader ligeværd sig ikke på blot at udgøre *et fokus*. Et fokus kan forstås som noget, vi kan iagttage eksternt til os selv, styre *mod* eller se *på*. Vi kan snarere iagttage ligeværd, som noget vi kan se *med* eller med andre ord: blikket det medicinske system lægger for dagen i enhver iagttagelse af sig selv og sin omverden. Ligeværd er med andre ord ikke blot blevet et *begreb* i den psykiatriske behandling, men er blevet *indbegrebet* af denne behandling. I lyset af denne medicins paradoksale karakter sættes det medicinske system på spil: ligeværdsmedicinen er uafhængig af en medicinsk diagnose, medicinen indtages af både patient og behandler, og den rette dosis er aldrig på forhånd givet. De gængse spilleregler for relationen mellem patient og behandler er lagt på hyl- den, når patienten bliver selvbehandlende og behandleren personlig. Selv det medicinske systems diagnostiske blik og fagligt baserede autoritet til at skelne mellem syg og ikke-syg er ikke længere forbeholdt behandleren. Behandleren ser det fornuftige i at inddrage patientens ufornuft, og det handler altså ikke om, hvilken fornuft, der vinder, men at der åbnes op for et spil - et samspil - mellem forskellige fornuft'er.

Således repræsenterer ligeværd en radikal anderledes psykiatrisk behandling, end vi har set tidligere og opstår altså ikke blot som en *konkret alternativ* behandling, men som en medicin, der stiller spørgsmålstejn ved alt, der knytter sig til behandlingen. Som vi fremhævede i kapitel 4 og 6 fordrer denne medicin en enorm fleksibilitet og refleksion i det medicinske system samt en behandler, der

kan genkende sig selv som behandler, ved at inddrage sine ikke-medicinske kompetencer. Ligeværd sætter således det medicinske system på spil, tvinger systemet til selv at iagttage dette og får på den måde systemet til at lege med grænserne til sin omverden.

At grænserne mellem system og omverden udfordres og forskyder sig ser vi blandt andet, idet den psykiatriske afdeling ikke længere kan betragtes som et afsondret medicinsk domæne. Den psykiatriske organisation er med andre ord ikke længere komplet sammenfaldende med det medicinske funktionssystem: i dag efterspørger den psykiatriske behandling eksternaliteter til det medicinske system *i selve det medicinske operationsrum*. Det betyder blandt andet, at selvom vi ikke i dette speciale har haft en ambition om at undersøge tværfagligt og tværsektorielt psykiatrisk arbejde, er det netop det, vi er stødt på, når vi har adresseret behandling. Vi kan med andre ord ikke opretholde et ensidigt blik på det medicinske system, når vi ønsker at iagttage psykiatrisk behandling.

Vi ser altså, hvordan kommunikationens dimensioner åbner op for, hvad det medicinske system tidligere ensidigt kunne definere som behandling. Andre funktionssystemer og ikke mindst patienten selv, pårørende og velmenende politikere inviteres alle til at skabe mening om behandling, og kriterierne for deltagelse i dette samarbejde er aldrig på forhånd givet. På lignende vis er det et ganske åbent spørgsmål, hvad behandlingen skal bestå i. Trives patienten bedst på den åbne afdeling, ved at befinde sig uden for den - i hjemmet, i naturen eller i Netto - jamen så er dét naturligvis behandling! Den psykiatriske afdeling er grænseløs. Desuden er det intet kriterium, at behandler og patient kan blive enige om, hvad behandlingen skal bestå i lige nu og her - blot at der foreligger potentialer for bedring som det igen er et kontingent spørgsmål, hvordan man kan afsøge.

Ovenstående kan gøre det vanskeligt at begribe, hvordan tvang kan udgøre en motor i den ligeværdsdrevne behandlingsmaskine. Ikke desto mindre er det dét, der er på spil - og derfor ligeværd sætter noget på spil. Så længe tvang er en del af den psykiatriske behandling, er der behov for at fremme den ligeværdige relation, idet tvangsbehandling alene ikke virker behandlende. Dermed sagt, at hvis tvang udgår af ligningen, gør ligeværd det også. Kun det uafgørbare sted mellem tvang og frihed virker behandlende. Tvang er ikke længere en præmis for den psykiatriske behandling, men vedbliver at være et vilkår, et potentiale, som behandlingen må anerkende for at kunne opstå som ligeværdig.

Den ligeværdige operation er helbredende, men indeholder tvang og dermed potentialet for en forværring af patientens tilstand. Kun ved at anerkende potentialet for tvang kan ligeværd være behandling - mod psykisk lidelse og mod tvang. Camus iagttager Sisyfos som manden, der med et anerkendende smil ser til, at hans sten triller ned af bjerget dag efter dag. På samme måde kan vi iagttage den psykiatriske behandler, som hver dag går på arbejde med ambitionen og håbet om at møde patienten ligeværdigt, men kun kan opnå dette, ved ligeledes at anerkende potentialet for tvang og den rolle, der tilbydes ham som følge af dette. Uden ligeværd ville der ingen grund være til at trille stenen op ad bjerget. Ligeværd repræsenterer således håbet, som både på trods og i kraft af tvangens tilstedeværelse - at stenen hver dag triller ned igen - bliver *behandlende*. Gennem anerkendelsen af absurditetens tyngde finder Sisyfos glæden ved sit arbejde, og gennem anerkendelsen af potentialet for tvang finder behandleren muligheden for behandling.

EFTERREFLEKSION

Hvad kan vores samtidsdiagnostik bidrage med på det område, vi har gjort til genstand for vores iagttagelser? Ligeværd som medicin stiller ikke os bedre end den psykiatriske behandler til at forudsige konkrete behov for tiltag i den enkelte behandlingsrelation, og vi kan derfor ikke bidrage med håndgribelige anvisninger om ligeværdig behandling i praksis. Det er i stedet vores ambition på baggrund af samtidsdiagnostikken at *stille upraktiske spørgsmål til praksis* (Andersen 2014b:64). To forhold gør os i stand til at stille nedenstående spørgsmål. På de psykiatriske afdelinger er vi for det første blevet mødt med særdeles stor lydhørhed og interesse for vores faglige perspektiv, hvilket vi kan betragte som en efterspørgsel efter refleksionskompetencer. I den forstand er man vel sagtens allerede i gang med at arbejde med betingelserne af ligeværd, der sætter det medicinske systems grænser på spil? For det andet har vores diagnose en karakter, som netop kalder på videre refleksion og kommunikation. Men hvem er det egentlig, der kan tage diagnosen på sig og gøre den produktiv? I det følgende adresserer vi tre niveauer for iagttagelse af diagnosen og håber derved at kunne bidrage til fortsat refleksion.

Medicinen og dens iagttagere

Det første niveau diagnosen adresserer, kan i princippet omfatte enhver, som iagttager psykiatrisk behandling. Det medicinske systems grænsedragning er kontingent og inviterer sin omverden til sam-refleksion om betydningen af ligeværd som medicin:

- Hvordan kan man kommunikere om psykiatrisk behandling i et sprog, der ikke vil struktureres af medicinske begreber?
- Hvordan kan man genkende det medicinske system, når psykiatrisk behandling altid overskrider systemet og spejler sig i sin omverden?
- Hvordan kan man placere ansvar for den psykiatriske patient, når grænsen mellem system og omverden nedbrydes til fordel for gensidig afhængighed mellem systemer?

Den psykiatriske organisation og ledelse

Vi kan iagttage den psykiatriske afdeling som en organisation. Når det medicinske system sættes på spil siver kontingens og uafgørbarhed ned i operationsrummet og udfordrer organisationens karakteristika: dens grænsedragning, medlemskab og beslutningstagen:

- Hvordan kan man træffe beslutninger med gyldighed for den psykiatriske organisation, som altid folder omverdenen ind i sig selv og sig selv ud i omverdenen?
- Hvordan kan den psykiatriske leder lede den hybride medarbejder, der konstant må opstå på ny i sin rolle som behandler?
- Hvordan kan man opstille kriterier for ligeværdig behandling på tværs af fag- og sektorskel?

Den enkelte behandler

Samtidsdiagnosen iagttager krav om hybrid patientledelse. Den hybride ressource er et spørgsmål om produktive rolleskift i relationen med patienten. For den enkelte behandler drejer det sig om at lede på sine selvforhold ved at holde sin identitet åben, men altid søge at fiksere den på den rette måde i den enkelte situation for at opstå som behandler:

- Hvordan kan man bruge grænsedragningen mellem privat og personlig i det professionelle arbejde?
- Hvordan kan man håndtere at skuffe henholdsvis patientens og sine egne forventninger til behandlingen?
- Hvordan kan man arbejde med at opretholde ligeværd i relationen med en patient, som man har anvendt tvang overfor?

LITTERATUR

BØGER, KAPITLER I BØGER SAMT AVIS- OG TIDSSKRIFTARTIKLER

Adserballe, Hans 1977, *Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien: historiske og retspsykiatriske studier med særligt henblik på den danske sindssygelov af 1938*, Bd. 1 og 2, Fadls Forlag, København

Adserballe, Hans 2000, "Retspsykiatriens historie" i *Ret og tvang i psykiatrien*, Henrik Day Poulsen, Peter Gottlieb, Hans Adserballe, Gyldendal Akademisk, København, pp. 11

Andersen, Niels Åkerstrøm 1999, *Diskursive analysestrategier - Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København

Andersen, Niels Åkerstrøm 2001, *Beslutningens ubesluttelighed*, MPP Working Paper no. 3/2001, Copenhagen Business School, København

Andersen, Niels Åkerstrøm 2008, *Legende magt*, Hans Reitzels Forlag, København

Andersen, Niels Åkerstrøm 2012, "Introduction" in *Hybrid Forms of Governance - Self-suspension of Power*, Niels Åkerstrøm Andersen & Inger-Johanne Sand (red.), Palgrave Macmillan, Hampshire/New York, pp. 1

Andersen, Niels Åkerstrøm 2014a, "Den semantiske analysestrategi og samtidsdiagnostik" i *Systemteoretiske analyser - At anvende Luhmann*, Gorm Harste og Morten Knudsen (red.), Nyt fra samfundsvidenskaberne, København, pp. 41

Andersen, Niels Åkerstrøm 2014b, "Kan man fundere kritik i kritikkens umulighed? Tanker om en systemteoretisk samtidsdiagnostik", *Social Kritik*, vol 140, pp. 55-67

Andersen, Niels Åkerstrøm & Pors, Justine Grønbæk 2014, *Velfærdsledelse - mellem styring og potentialisering*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København

Barse, Maria 2015, "De har prøvet det selv" i *Socialpædagogen*, nr. 24, pp. 6-9

Bernauer, James & Rasmussen, David 1994, *The Final Foucault*, third printing, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts

Bjerrum., Merete 2008, "Fra stat til amt: Dansk hospitalspsykiatri 1930-1976" i *Psykiatriens historie i Danmark*, Jesper Vaczy Kragh, Gyldendal Akademisk, København, pp. 222

Camus, Albert 1964, *Sisyfos Myten*, Gyldendals Uglebøger, København

Descombes, Vincent 1986, *Moderne fransk filosofi*, Modtryk, Aarhus

Derrida, Jacques 1981, *Dissemination*, The Athlone Press, London, pp. 65-75.

Den alm. danske Lægeforenings Hygiejnekomité 1943, *Behandlingen af Sindssygdomme i Danmark*, Nyt Nordisk Forlag

Det Etiske Råd 1996, *Psykiatriske patienters vilkår - bedre behandling, mindre tvang? konference-rapport 1996*

Engberg, Marianne 1994, *Frihedsberøvelse i psykiatrien og aspekter ved den nye psykiatrilovs funktion*, Institut for psykiatrisk grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus, Risskov

Esmark, Anders, Lausen, Carsten Bagge og Andersen, Niels Åkerstrøm (red.) 2005, *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*, Roskilde Universitetsforlag, Roskilde

Foucault, Michel 1978, "About the concept of the "Dangerous Individual"", *19th-Century Legal Psychiatry, International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 1, pp. 1-18

Foucault, Michel 1995, *Discipline and Punish*, Vintage Books, New York

Foucault, Michel 2001, *Madness and Civilization*, Routledge Classics, Oxon

Hansson, Birgitte 2015, *Bare skør-normal - En analyse af en brugerstøttepraksis i psykiatrien*, Roskilde Universitet, Forskerskolen i Livslang Læring, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde

Henkel, Anna 2013, "Genealogy of the Pharmacon: new conditions for the social management of the extraordinary" in *Management & Organizational History*, vol. 8 no. 3, pp. 262-276

Hybel, Ulla 2005, *Skjult tvang i psykiatrien: psykiatrilovsundersøgelse*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København

Jensen, Pernille 2002, *Recovery* (Rapport over Videnscenter for Socialpsykiatris recovery-forprojekt, marts - juli 2002), Videnscenter for Socialpsykiatri

Kelstrup, Anders 1983, *Galskab, psykiatri, galebevægelse*, Amalie, København

- Kneer, Georg & Nassehi, Armin 1997, *Niklas Luhmann – introduktion til teorien om sociale systemer*, 1. udgave 6. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Knudsen, Morten 2009, *En guide til litteratur om metode, analysestrategi og videnskabsteori*, Institut for Organisation, Copenhagen Business School, Frederiksberg
- Knudsen, Morten 2014, "Metodisk overrasket - om systemteori og funktionel metode" i *Systemteoretiske analyser - At anvende Luhmann*, Gorm Harste og Morten Knudsen (red.), Nyt fra samfundsvidenskaberne, København, pp. 19
- KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning) 2012, *Tværsæktorielt samarbejde i psykiatrien - videns- og erfaringsopsamling*, KORA, København
- Korsbek, Lisa 2014 "Fælles beslutningstagen i psykiatrien", *Ugeskrift for læger*, vol. 176, pp. 1275-1277
- Krause-Jensen, Esbern 1978, *Viden og magt*, Rhodos, København
- Luhmann, Niklas 1979, *Trust and Power*, John Wiley & Sons Ltd, New York
- Luhmann, Niklas 1983, "Medizin und Gesellschaftstheorie", *Medizin Mensch Gesellschaft, Medizin und Gesellschaftstheorie*, Bind 8, pp. 168-175
- Luhmann, Niklas 1993, "Observing Re-entries", *Graduate Faculty Philosophy Journal*, vol. 16, no. 2, pp. 485-498
- Luhmann, Niklas 2000, *Sociale systemer - Grundrids til almen teori*, Hans Reitzels Forlag, København
- Møllerhøj, Jette 2008, "Sindssygdom, dårevæsen og videnskab: asyltiden 1850-1920" i *Psykiatriens historie i Danmark*, Jesper Vaczy Kragh, Gyldendal Akademisk, København, pp. 88
- Nielsen, Trine Fastrup 2008, "Fra dårekiste til terapeutisk anstalt: dansk psykiatri 1800-1850" i *Psykiatriens historie i Danmark*, Jesper Vaczy Kragh, Gyldendal Akademisk, København, pp. 59
- Nordentoft, Merete et al. 2011, *Dømt på forhånd - om stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom*, Psykiatrifondens Forlag, København
- Petersen, Anne 2013, *Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde - En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer*, Copenhagen Business School, Doctoral School in Organisation and Management Studies, København

Reiter, Paul 1926, *Sindssyge og sindssygebehandling - En Haandbog for Sygeplejersker*, Levin & Munksgaards Forlag, København

Psykiatrien i Region Syddanmark 2013, *Studiehåndbog - Sygeplejestuderene modul 8*, Region Syddanmark/Psykiatrien i Region Syddanmark

Psykiatricudvalget 2013, *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*, Sundhedsministeriet, København

Ratner, Helene 2013, *Inklusion - Dilemmaer i organisation, profession og praksis*, Akademisk Forlag, København

Regeringen 2014, *Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - En langsigtet plan*, Sundhedsministeriet, København

Ringer, Agnes 2013, *Listening to Patients - A Study of Illness Discourses, Patient Identities, and User Involvement in Contemporary Psychiatric Practice*, Roskilde University, Graduate School in Lifelong Learning, Roskilde

Seidl, David & Becker, Kai Helge 2006, "Organizations as Distinction Generating and Processing Systems: Niklas Luhmann's Contribution to Organization Studies" in *Organizations*, vol 13(1), pp. 9-35

SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd) og DSI (Dansk Sundhedsinstitut) 2010, *Stigma og psykiske lidelser - som det opleves af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*, Danske Regioner, København

Simon, Fritz B. 1999, "The other side of illness" in *Problems of form*, Dik Baecker (red.), Stanford University Press, Stanford, California, pp. 180

Sløk, Camilla 2012, "To Be or Not to Be a Head Teacher: The Need of Hybrids as Deparadoxification Machines" in *Hybrid Forms of Governance - Self-suspension of Power*, Niels Åkerstrøm Andersen & Inger-Johanne Sand (red.), Palgrave Macmillan, Hampshire/New York pp. 148

Stichweh, Rudolf 1997, "Professions in modern society" i *International Review of Sociology* vol. 1 no. 7 pp. 95-102

Teubner, Gunther 1994, "The Many-Headed Hydra: Networks as Higher-Order Collective Actors" in Joseph McCahery, Sol Picciotto and Colling Scott (ed.), *Corporate Control and Accountability*, Clarendon Press, Oxford, pp. 41-60

Teubner, Gunther 1996, “Double Bind: Hybrid Arrangements as De-Paradoxifiers” in *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, vol. 152, pp. 59-64

Villadsen, Kaspar 2013 “Michel Foucault”, i Heine Andersen og Lars Bo Laspersen (red.), *Klassisk og Moderne Samfundsteori*, 5. udgave, Gyldendal Akademisk, København, pp. 339

Vogd, Werner 2015, “Arranging medical and economic logics: investigating the influence of economic controlling in an internal medicine department in *Systems Theory and the Sociology of Health and Illness - Observing healthcare*, Morten Knudsen & Verner Vogd (red.), Routledge, London/New York pp. 103

Zalewski, Barbara 2008, “St. Hans Hospital i København 1612-1808” i *Psykiatriens historie i Danmark*, Jesper Vaczy Kragh, Gyldendal Akademisk, København, pp. 19

INTERNETHEENVISNINGER

dpsnet.dk: *Hvidbog*, 2012, <http://www.dpsnet.dk/publikationer/hvidbog-2012-2020/> [05.03.2016]

etiskraad.dka: *Indledning til Rådets arbejde - Magt og afmagt i psykiatrien*, <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Psykiatri/Publikationer/2012-magt-afmagt-psykiatrien.pdf> [01.03.2016]

etiskraad.dkb: *Samfundet og ”de gale” – Magt og afmagt i psykiatrien*, <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Psykiatri/Publikationer/2012-06-19-samfundet-de-gale.pdf> [06.02.2016]

etiskraad.dkc: *Vedrørende høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien*, <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Psykiatri/Hoeringssvar/2014-08-29-anvendelse-af-tvang-i-psykiatrien.pdf> [02.03.2016]

Information.dk: *Et nødvendigt onde med tvang*, 25.06.2011, <http://www.information.dk/271896> [01.03.2016]

menneskeret.dk: *Menneskerettigheder og tvang i psykiatrien - anbefalinger*, 2013, http://www.menneskeret.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/tvang_i_psykiatrien_-_undersogelse_fra_imr.pdf [08.02.2016]

middelfart-museum.dk: *Psykiske kurmetoder*, <http://www.middelfart-museum.dk/psykiake-kurmetoder> [06.02.2016]

outsideren.dk: “Det var så ydmygende”, juni 2014, http://outsideren.dk/wp-content/uploads/2014/06/2014_tema01_tvang_web.pdf [02.03.2016]

ovartaci.dk2: *Erik Strömngren 100 år*, 2010, <http://ovartaci.dk/artikler/pdf/helikopter%20jan2010%20stromgren.pdf> [07.02.2016]

politiken.dk1: *Peter Gøtzsche: >>Den biologiske psykiatri bygger på en række misforståelser og myter<<*, 30.08.2015, <http://politiken.dk/forbrugsliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2817288/peter-goetzsche-den-biologiske-psykiatri-bygger-paa-en-raekke-misforstaaelser-og-myter/> [08.02.2016]

politiken.dk2: *Tvang i psykiatrien bør forbydes*, 05.08.2015, <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE2781368/tvang-i-psykiatrien-boer-forbydes/> [06.02.2016]

psykiatri-regionh.dk: Momentum App, 2014, <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/momentum-app/Sider/default.aspx> [09.02.2016]

psykiatrifonden.dk: *Værdier i praksis - undervisningsbog om respekt, faglighed og ansvar*, 2011, <http://www.psykiatrifonden.dk/media/336854/vaerdier-i-praksis-download.pdf> [05.03.2016]

retsinfo.dk0: *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien*, 29.09.2015, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=174248> [08.02.2016]

retsinfo.dk1: *Lov om sindssyge personers hospitalsophold*, 13.04.1938, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=59300> [06.02.2016]

retsinfo.dk2: *Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien*, 04.05.1989, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=59393> [06.02.2016]

retsinfo.dk3: *Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven*, 08.06.2006, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10290> [06.02.2016]

retsinfo.dk4: *Lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne*, 26.06.1975, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=46922> [06.02.2016]

retsinfo.dk5: *Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven (Revision af psykiatriloven m.v.)*, 27.11.1998, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=100847> [07.02.2016]

retsinfo.dk6: *Bekendtgørelse om samtaler efter ophør af en tvangsforanstaltning på psykiatriske afdelinger*, 14.12.2006, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11028> [07.02.2016]

retsinfo.dk7: *Vejledning om psykiatrilovens revision (forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger)*, 08.12.1998, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21095> [07.02.2016]

retsinfo.dk8: *Forslag til lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien og lov om retens pleje*, 04.06.2010, <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=132327> [07.02.2016]

retsinfo.dk9: *Lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven (Revision af psykiatriloven m.v.)*, 26.06.1998, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=87564> [02.03.2016]

retsinfo.dk10: *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien*, 01.11.2006, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10339> [09.02.2016]

safewards.net, *Lær hinanden at kende*, 2016, <http://www.safewards.net/da/interventioner/laer-hinanden-at-kende> [02.03.2016]

sikkerpsykiatri.dk, *Tvang*, <http://www.sikkerpsykiatri.dk/indsatsomraader/tvang/> [05.03.2016]

socialpaedagogen.dk: *Tvang hindrer pædagogisk indsats*, 2005, <http://www.socialpaedagogen.dk/Arkiv/2005/14-2005/Tvangsmedicinering%20-%20Tvang%20hindrer%20paedagogisk%20indsats.aspx> [06.02.2016]

socialstyrelsen.dk: *Anbragt i historien - et socialhistorisk projekt om anbragte og indlagte i perioden 1945-1980*, 2015, <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/anbragt-i-historien> [07.02.2016]

sum.dk1: *Nyt partnerskab skal halvere brugen af bæltter i psykiatrien*, 2014, <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Juni/Nyt-partnerskab-skal-halvere-brugen-af-baelter-i-psykiatrien.aspx> [07.02.2016]

sum.dk2: *Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser - en national strategi*, 2015, http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Forskningsstrategi-for-psykiatrien/Forskning-til-gavn-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-maj-2015.ashx [07.02.2016]

sundhedsstyrelsen.dk1: *Rapport for specialet: Psykiatri*, 2008, <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/1D451FACF9CC4E81B4E0E49759C8561D.ashx> [06.02.2016]

sundhedsstyrelsen.dk2: *Projektbeskrivelse: Nedbringelse af tvang efter gennembrudsmetoden*, 2012, <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/B677057719994881AAF02EBF5483488F.ashx> [06.02.2016]

sundhedsstyrelsen.dk3: *Konference: forebyggelse af tvang*, 2014, <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2014/konference-forebyggelse-af-tvang> [06.02.2016]

sundhedsstyrelsen.dk4: *Task Force for Psykiatriområdet*, 2015, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/psykiatri/~media/A7EE13AEC3994588B9E0A9C0A074D062.ashx> [07.02.2016]

sundhedsstyrelsen.dk5: *Brugerstyrede senge i psykiatrien*, 2013, <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2013/brugerstyrede-senge> [07.02.2016]

statensnet.dk1: *Principbetaenkning om tvang i psykiatrien*, bind 1, 1986, http://www.statensnet.dk/betaenkninger/1001-1200/1068-1986-1/1068-1986-1_pdf/searchable_1068-1986-1.pdf, bind 2, 1986, http://www.statensnet.dk/betaenkninger/1001-1200/1068-1986-2/1068-1986-2_pdf/searchable_1068-1986-2.pdf [06.02.2016]