

*Mødet med patienten og
kulturen i psykiatrien*

Magt og afmagt i psykiatrien



Mødet med patienten og kulturen i psykiatrien



Denne tekst handler om kulturen i psykiatrien. Teksten tager udgangspunkt i en diskussion af, om patienter i det danske psykiatriske system bliver behandlet ligeværdigt, som personer, med respekt, med værdighed, som mennesker, etc. Begrebet "anerkendelse" anvendes i en diskussion af, hvad det kan indebære at behandle en patient med en psykisk lidelse ligeværdigt og som person. Teksten kommer også ind på begrebet "urørlighedszoner" som udtryk for det meget konkrete og private råderum, som mennesker, der har opnået en vis alder, tager for givet. Teksten giver eksempler på krænkelser af forskellige former for råderum og belyser, hvilke konsekvenser dette kan have for anerkendelsen af patienten som person.

Det Etiske Råd er på workshops og under møder med sine samarbejdspartnere adskillige gange blevet præsenteret for den opfattelse, at der somme tider er "noget galt med kulturen" på nogle af de psykiatriske afdelinger. Især er det blevet nævnt som et problem, at patienter med psykisk sygdom ikke altid bliver behandlet ligeværdigt, som personer, med respekt, med værdighed, som mennesker – eller også er andre lignende vendinger blevet brugt.


Opfattelsen kan bekræftes i litteratur om emnet og indgår også i konklusionerne fra det nationale gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien. I dette projekt arbejdede repræsentanter fra 27 psykiatriske sengeafsnit over en periode på 1½ år målrettet med at forbedre den faglige og organisatoriske kvalitet i forbindelse med brugen af tvang. Efter projektperiodens udløb blev det blandt andet konkluderet, at de gennemførte "forbedringer indikerer, at der via Gennembrudsprojektet er sket en begyndende kulturændring på de deltagende afsnit, der omfatter et større fokus på dialog og inddragelse af patienter".¹ Det fremgår indirekte af citatet, at kulturen før gennemførelsen af projektet var så meget mindre fokuseret på patienten, at det er berettiget at tale om en egentlig kulturændring.

Litteraturen om emnet bekræfter, at også de indlagte patienter kan opleve kulturen på afdelingerne som et problem.² I en dansk interviewundersøgelse fra 2009 beskrives det fx, at:

"Flere interviewpersoner gav udtryk for, at de føler, at personalet holder en uønsket afstand til dem, og de fleste af patienterne føler, der i det hele taget mangler menneskelig kontakt mellem dem og personalet. Et par af interviewpersonerne beskrev

¹ Se: Kvalitetsafdelingen i Århus Amt (2006): *Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien – Evaluering af projektet*, januar 2006, s. 8.

² Se fx litteraturgennemgangen i Thyrsting K. (2006): *En tværgående rapport om praksisforskning i intensive psykiatriske afsnit i Region Syd*, PRAKSY, Når fokus flytter sig.



f.eks., hvordan de forsøger at få kontakt til personalet, men føler at blive afvist. ... At interviewpersonerne oplevede uønsket distancering fra personalets side kom også til udtryk på andre måder: ”Så hvis jeg siger til sygeplejersken, eller hvis jeg siger til psykiateren ”Jeg er i helvede, jeg kan ikke holde det ud” ... Så siger han: Sygeplejerske, giv [interviewpersonen] 2 (...) piller i stedet for at tale sammen!”³

I dette afsnit vil Det Ethiske Råd først meget kortfattet referere nogle undersøgelser, som synes at dokumentere, at personalets holdning til patienter med psykisk sygdom er af væsentlig betydning for, hvor meget tvang det er nødvendigt at udøve på de psykiatriske afdelinger. Herefter vil Rådet give nogle bud på, hvad det kan indebære at behandle patienten ligeværdigt og som person.

Kultur og tvang

Meget tyder på, at karakteren af den relation, det psykiatriske sundhedspersonale etablerer til patienterne, er en af de mest afgørende faktorer for, hvor meget tvang det er nødvendigt at udøve. Dette bekræftes af konklusionerne i evalueringen af Gennembrudsprojektet, idet den gennemførte kulturændring netop resulterede i en nedbringelse af tvang. Efter en opgørelse over antallet og varigheden af forskellige tvangsepisoder konkluderes det således, at:

”Indfrielsen af den overordnede målsætning om en minimering af behovet for og anvendelsen af tvang kan set i lyset af ovenstående resultater betegnes som vellykket, når man betragter de mest anvendte tvangsforanstaltninger. Knap en femtedel af de deltagende sengeafsnit har således opnået en markant reduktion i anvendelsen af de mest hyppige former for tvang på mere end 50 % og gennemsnitligt 40 % har opnået en forbedring på mindst 20 %.”⁴

At kulturen på afdelingerne og ikke mindst karakteren af relationen mellem sundhedspersonalet og patienterne er væsentlig for anvendelsen af tvang, bekræftes også af en systematisk oversigtsartikel fra 2011 baseret på 59 artikler. I artiklen opregner forfatterne i deres diskussion de tre mest virkningsfulde muligheder for at nedbringe tvang i psykiatrien. Den højst scorende er baseret på ganske få undersøgelser og består af kognitiv miljøterapi – en behandlingsform rettet mod at give patienten alternative handlemuligheder til upassende adfærdsformer – kombineret med patientinvolvering. Den anden højst scorende mulighed består af kombinerede interventionsformer. Den tredje mulighed for at nedbringe tvangen består af patientcentreret behandling, som blandt andet ”fokuserer på at hjælpe personer, som har oplevet en form for ”metaforisk sammenbrud” og på at styrke og myndiggøre patienten, hvilket kun lader sig gøre ved at involvere patienten i sit eget behandlingsforløb”.⁵

Som det fremgår, lægger nogle af konklusionerne i oversigtsartiklen sig tæt op ad de tidligere nævnte udsagn om, at kulturen i psykiatrien ind imellem lader noget tilbage at

³ Se Dissing og Lønberg (2009): *Jeg er ikke min sygdom – jeg er mig!*, Projekt- & Karrierevejledningens Rapportserie, Nr. 254/2009, S. 42. Da undersøgelsen kun involverede 7 patienter, kan der ikke drages konklusioner af statistisk karakter fra den.

⁴ *Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien – Evaluering af projektet*, januar 2006, s. 64.

⁵ Bak J. et al (2011): ”Mechanical Restraint – Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review”; *Perspectives in Psychiatric Care* 2011, s. 5 & 7. Rådets oversættelse. Udtrykket ”metaforisk sammenbrud” refererer i Rådets forståelse til, at mennesker i en psykotisk tilstand kan opleve et smertefuldt kollaps af tanke og sprog, hvor de sædvanlige begreber springer eller går i opløsning, se fx Strand, Liv (1994): *Fra kaos mod samling, mestring og helhed: Psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter*. Munksgaard, København, kapitel 3 for en beskrivelse af, hvordan det kan opleves at være i en psykotisk tilstand.

ønske, fordi patienten ikke i tilstrækkelig grad behandles ligeværdigt og som person, mv. Forfatterne nævner i øvrigt, at: "Der er mangel på brugbare interventionsundersøgelser af høj kvalitet. Dette skaber usikkerhed hos patienter og sundhedsprofessionelle, som planlægger interventioner, der kan nedbringe antallet af tvangsindgreb."⁶

Netop sammenhængen mellem holdningen til patienten og nødvendigheden af at anvende tvang er temaet for en svensk, kvalitativ undersøgelse fra 2006. I denne undersøgelse konkluderes det blandt andet, at:

"Som vi har set, er de voldelige sammenstød krænkende for begge parter. For patienten synes det værste at være det indre overgreb, dvs. overgrebet rettet mod patienten som et menneskeligt væsen. Dette overgreb kan være svært at håndtere og kan udløse (nye) voldelige episoder. De følelser, som denne form for overgreb kan give anledning til, udgør nogle gange den væsentligste bestanddel i patientens verden. ...

Patienternes fornemmelse af at være uværdige er særlig stærk, når plejepersonalet opfattes som arrogant og nonchalant. Patienterne føler sig degraderede, ikke respekterede, hjælpeløse og også sat ud af funktion og betydningsløse, hvilket forårsager vrede: "Det var ren nonchalance: "Vi er fuldstændig ligeglade med dig", og så bliver du endnu mere vred". Patienterne giver også udtryk for, at de føler sig uønskede. Som én af dem fik at vide: "Hvis du ikke kan lide det, behøver du overhovedet ikke at være her".⁷

Patienten som ligeværdig person

Det kan være en krævende og til tider også oplidende opgave at være ansat i psykiatrien. Dette kan formodentlig også betyde, at kulturen i psykiatrien ind imellem er præget af en modvillig holdning til patienterne. Patienternes reaktioner kan være vanskelige at forudsæ og følger ikke nødvendigvis almindelige spilleregler, hvilket gør det nødvendigt at være meget opmærksom på de særlige fordringer, der knytter sig til den enkelte situation. Af samme grund kan det være en kompleks opgave. I den psykiatriske praksis er det således nødvendigt at operere med flere forståelser af patienten på samme tid. I bogen *Helt – ikke stykkevis og delt* beskriver Jan Kåre Hummelvoll nogle af disse forståelser og hævder netop, at der er flere forskellige menneskeopfattelser på spil i den psykiatriske praksis på én og samme tid:

"De grundsynspunkter, der fremlægges, er alle forsøg på at give helhedsforklaringer på psykiske lidelser, men i praksis viser de sig at være stykkevisse forklaringer. Mange af os benytter synspunkter og teknikker fra flere retninger i vores daglige arbejde med psykiatriske patienter (dvs. en *elektisk indfaldsvinkel*).⁸

Ifølge Hummelvoll er det særdeles vigtigt at være opmærksom på, hvilken menneskeopfattelse man i en given situation er styret af, da dette har stor betydning for, hvordan situationen forløber: "Vores omgang med mennesker i bestemte situationer er styret af et menneskesyn. Vores handlinger bestemmes af den måde, hvorpå vi forstår mennesket

⁶ Ibid. s 1. Rådets oversættelse.

⁷ Carlsen G. et al. (2006): "Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings"; *Issues in Mental Health Nursing*; 27: 287-305, 2006, s. 295 & 296. Da der er tale om en svensk undersøgelse, kan det diskuteres, i hvilken grad resultaterne kan overføres til dansk sammenhæng. Rådets oversættelse.

⁸ Hummelvoll, Jan Kåre (2005): *Helt – ikke stykkevis og delt*, Hans Reizels Forlag, s. 59.

og det menneskelige, også når forståelsen er ureflekteret”.⁹ I forlængelse heraf beskriver Hummelvoll en række af de menneskeopfattelser, der efter hans opfattelse er på spil i den psykiatriske kontekst. Desuden beskriver han de implikationer, disse menneskeopfattelser hver for sig har for synet på afvigelse, den terapeutiske proces og terapeut- og patientrollen.

Det er ikke hensigten her at gå ind i en nærmere beskrivelse af de menneskesyn, der er på spil i den psykiatriske kontekst.¹⁰ Det er ikke givet, at nogle af de praksisser, de forskellige menneskeopfattelser foranlediger, direkte kan undværes. Men efter Det Ethiske Råds opfattelse kan man tale om, at der eksisterer en ubalance i psykiatrien i den forstand, at de mere humanistisk orienterede menneskeopfattelser er trængt i baggrunden til fordel for biomedicinske modeller og andre modeller, hvor patienten ikke opfattes som en ligeværdig person. Rådet mener, at det er nødvendigt at rette op på denne ubalance og vil derfor give nogle bud på, hvad det involverer at behandle en patient ligeværdigt og som person. Der er på ingen måde tale om en udtømmende beskrivelse, idet Rådet har valgt at fokusere på aspekter, der efter Rådets vurdering er særligt væsentlige i den psykiatriske sammenhæng.

Anerkendelse


Efter Det Ethiske Råds opfattelse er det frugtbart at benytte begrebet ”anerkendelse” for at komme med et forslag til, hvad det kan indebære at behandle en patient med psykisk sygdom ligeværdigt og som person. Rådet har blandt andet hæftet sig ved den forståelse af begrebet, som er formuleret af Anne-Lise Løvlie Schibbye, idet hendes forståelse har vundet et vist indpas i institutionelle sammenhænge. I dagligdagen benyttes begrebet anerkendelse formodentlig ofte synonymt med dette at værdsætte, påskønne eller give ros. Men ud fra Schibbys definitioner har begrebet en mere afgrænset betydning og er tæt forbundet til ideen om ligeværdighed. Ifølge Schibbye har anerkendelse således at gøre med, at parterne i en relation tager udgangspunkt i, at de har *lige ret* til deres egen oplevelse. *Anerkendelsen* ligger med andre ord i at tage den anden person alvorligt som et subjekt for oplevelser, der ikke uden videre skal afskrives eller omfortolkes, men i det mindste som udgangspunkt skal tages alvorligt. Og ligeværdigheden knytter sig til, at man respekterer, at den andens oplevelsesverden for ham eller hende har samme vigtighed, som ens egen oplevelsesverden har for én selv.

Det er vigtigt at pointere – ikke mindst i den psykiatriske kontekst – at man ifølge Schibbye udmærket kan tage en anden persons oplevelser alvorligt uden af den grund at acceptere oplevelsens sandhedsværdi i forhold til den ydre virkelighed eller de handlinger, personen på baggrund af sine oplevelser intenderer at udføre. Schibbye beskriver dette på følgende måde:

”Min *oplevelse* af at ville slå en anden har gyldighed. Handlingen kan derimod fordømmes. Dermed bliver det afgørende skel at skelne mellem oplevelse og handling. Jeg kan *forstå* dine følelser af at ingenting nytter, men jeg er ikke enig i at det er en sandhed *uden for* din oplevelse. I familier ser vi at medlemmerne ustandselig fordømmer hinandens oplevelser: ”Du kan da ikke have de grimme ønsker...” –

⁹ Ibid.

¹⁰ Der henvises i stedet til Hummelvoll (2005), hvor den biomedicinske model, den psykoanalytiske model, den eksistentielle model, den sociale model, den behavioristiske model og relationsmodellen beskrives. Se også Lindhardt, A. (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, Psykiatrifondens forlag, kapitel 7, for en alternativ fremstilling.



”Hvordan kan du dog tænke sådan...” – ”Du forvrænger jo alt...” osv. Ideen om ligeværd indebærer således en respekt for den andens ret til at opleve verden på sin måde. Det er netop denne respekt og accept der gradvis kan skabe en følelse af fællesskab og menneskeligt nærvær. Det virker som om at det at kunne få ”lov” til at have en oplevelse gør det muligt at forandre oplevelsen. Det modsatte er at bestemme hvad der er rigtigt for den anden at opleve. Det skaber vrede og modstand.”¹¹

Citatet rummer en kritik af en umyndiggørende og instrumentel måde at behandle et andet menneske på. Her har det ene menneske nemlig allerede til at begynde med en så forudfattet mening om, hvordan den anden person skal udvikle sig og håndteres, at der ikke en gang levnes plads til at rumme eller imødekomme den andens perspektiv på sin egen tilværelse, hvilket ellers er muligt uden nødvendigvis at tilkende det en sandhedsværdi uden for oplevelsen. Ifølge Schibbye skaber denne indstilling normalt vrede og modstand hos den anden. Dette kan ikke undre i betragtning af, at den anden i en vis forstand er sine oplevelser og sit subjektive perspektiv på verden i en given situation. Derfor rummer den umyndiggørende og instrumentelle indstilling en benægtelse af den andens eksistens, der kan opleves som en afvisning eller en nedgørelse. Den skaber derfor en negativ relation og blokerer for et frugtbart samarbejde. Den instrumentelle indstilling rummer dermed ofte den indbyggede modsætning, at den ikke er egnet til at frembringe det resultat, den ønsker at frembringe.

Det skal nævnes, at Søren Kierkegaard når frem til en lignende konklusion i sin ofte citerede passage om hjælpekunst:

”For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, Saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke... [A]l sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstå hvad den anden forstaaer.”¹²

Sammenfattende kan Schibbyes og Kierkegaards opfattelser måske beskrives sådan, at man for at kunne hjælpe en anden i det mindste som udgangspunkt skal tage den andens oplevelser og subjektive perspektiv på sig selv og sin tilværelse alvorligt og for pålydende. Dette kan give sig udslag på mange måder. Det kan fx indebære, at man i stedet for uden videre at indlede en samtale med en patient, der er i gang med noget, i stedet spørger, om han eller hun vil tale med plejeren nu – eller om samtalen skal gennemføres på et andet tidspunkt. Det kan også indebære, at man gør sig umage med at spørge ind til patientens tilstand og ønsker og i videst mulig udstrækning integrerer hans eller hendes tilkendegivelser i behandlingsplanen. Eller det kan indebære, at det skal være tydeligt for patienten, når det er plejeren, og altså ikke patienten selv, der træffer beslutninger angående patienten.

Eksemplerne forekommer måske meget banale, men respekten for den andens oplevelsesverden og subjektive perspektiv på tilværelsen udspiller sig netop ofte i helt hver-

¹¹ Schibbye A.L. (2005): *Relationer – Et dialektisk perspektiv*, Akademisk Forlag, s. 282

¹² Kierkegaard S. (1978): *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed*, Samlede værker, Gyldendal, bd. 18, s. 97.

dagsagtige situationer og er derfor en aldrig afsluttet fordring. Det er også en krævende fordring, fordi den nødvendiggør, at man lægger sine egne fordomme og forudgivne forventninger til side og er åben over for både de verbale og ikke verbale aspekter af de ytringer, medmennesket kommer med. Schibbye beskriver det på følgende måde:

”Lytning kræver således en modtagelighed, en villighed til at blive *bevæget* af klienten. Dette at lytte er ikke passivt, men aktivt. Det er fokuseret, koncentreret, intenst og levende, og det optager hele terapeutens selv. Terapeuten fokuserer på klientens oplevelse og er emotionelt tilgængelig. Denne fokusering og tilgængelighed bidrager til at skabe trykthed for klienten.”¹³

I dele af litteraturen om anerkendelse fremhæves det, at der er en forbindelse mellem anerkendelse og selvrespekt. Dette hænger meget forenklet sagt sammen med, at det enkelte menneske ikke er upåvirket af andres opfattelse af ham eller hende. Når et menneske får sine oplevelser og sit perspektiv på sin tilværelse anerkendt af en anden person, styrker det derfor menneskets tiltro til sig selv og sin egen identitet, hvilket understøtter menneskets selvrespekt. Også af den grund kan en anerkendende relation være en styrke i forhold til at hjælpe et andet menneske med at komme videre i sin tilværelse. Selvrespekt kan nemlig betragtes som en fundamental betingelse for overhovedet at tage sin egen tilværelse og de fremadrettede målsætninger og projekter, tilværelsen er bygget op omkring, alvorligt. Den amerikanske filosof, John Rawls, formulerer dette aspekt af selvrespekt på følgende måde:

”Selvrespekt er knyttet sammen med en fornemmelse af, at ens fremadrettede planer er værd at gennemføre. Vores selvrespekt afhænger normalt af den respekt, andre viser os. Medmindre vi føler, at andre bakker op om vores bestræbelser, er det svært om ikke umuligt at bevare den opfattelse, at vores målsætninger er værd at gennemføre.”¹⁴

I psykiatrisk tvangsbehandling udfordres anerkendelsen af patienten og patientens rettigheder i høj grad. Selvtvungen kan lide et knæk i forbindelse med tvang og indskrænkelse af almindelig frihed; det kan opleves ydmygende og skamfuldt. Desto vigtigere bliver det, at patienten oplever personlig anerkendelse af sit væsen og anerkendelse af sit bidrag i og til fællesskabet.

Krænkelser af urørlighedszonen

Lantz nævner tre vigtige zoner, som mennesket har til omverdenen. Den første er intimsfæren, der drejer sig om kroppen. Den anden er personsfæren, som henviser til den zone, hvor personen har sat sit præg, fx hjemmet og dets indretning. Endelig nævnes en tredje zone, identifikationssfæren, som henviser til området, hvor personen bor, det vil sige hjemmet i udvidet forstand (Gaunt & Lantz 1996).¹⁵

Den danske teolog, K. E. Løgstrup, taler også om en zone, menneskets urørlighedszone. Mennesket har en zone omkring sig, som andre mennesker som regel respekterer og

¹³ Schibbye A.L. (2005): *Relationer – Et dialektisk perspektiv*, Akademisk Forlag, s. 287.

¹⁴ Rawls J. (1972): *A Theory of Justice*, Oxford University Press, p. 178

¹⁵ Gaunt D, Lantz G. (1996). *Hemmet i vården - Vården i hemmet*. Stockholm, Ersta vårdetiska instituts skriftserie.

ikke kommenterer. Inden for denne zone befinder sig fx ens motiver, som mennesket ikke ønsker udstillet. Løgstrup skelner mellem grunde og motiver. Han mener, at vi kan spørge til og diskutere vore forskellige grunde til en holdning eller handling, men vore motiver tilhører det enkelte menneske, og motiverne skal ikke fremvises eller betvivles af andre. Når andre fejlagtigt bryder ind i ens urørlighedszone, virker det pinligt, det gør mennesket forlegent, og det nedbryder tillidsforholdet mellem mennesker. Det bevirker ofte, at mennesket forsøger at forsvare sig.¹⁶

Et væsentligt tema i forbindelse med menneskers kontakt med pleje- eller sundhedsinstitutioner er, at kontakten ofte medfører en invadering af det plejekrævende menneskes urørlighedszone. Dette gælder, hvad enten plejen foregår på en institution eller gives i hjemmet. Med "urørlighedszone" menes her det meget konkrete råderum, som vi – når vi har nået en vis alder – i vores dagligdags livsførelse tager for givet, at vi kan disponere over eller "holde for os selv", hvis vi ønsker det. Et af de vigtigste elementer i denne urørlighedszone er vores krop, som vi normalt er meget selektive med at give andre personer adgang til - ikke mindst i nøgen tilstand. Den måde, vi giver et andet menneske adgang til vores krop på, udtrykker eller symboliserer den relation, vi har til personen – og er også med til at forme relationen på længere sigt. Nogle mennesker giver vi håndtryk, andre får et knus. Nogle ganske få mennesker fra vores hverdagsliv er vi villige til at lade yde os kropslig pleje på intime steder, mens vi deler vores seksualitet med endnu færre, osv. På denne måde udgør råderetten over vores krop en understøttelse af vores identitet i den forstand, at den giver os mulighed for at forme og udtrykke vores relation til vores medmennesker. Blandt andet af den grund er det væsentlig for os at bibeholde vores *kropslige integritet*, det vil sige vores mulighed for frit at disponere over vores krop.

Et andet element i vores urørlighedszone er vores hjem, som på det nærmeste kan siges at udgøre en udvidelse af vores kropslighed. Vi ønsker selv at bestemme eller – hvis vi bor sammen med andre – have indflydelse på, hvem der overhovedet får adgang til vores hjem. Det er vigtigt for os, at vi selv kan bestemme eller have indflydelse på, hvilke regler og omgangsformer der skal gælde i hjemmet. Og det betyder noget for os, at vores hjem er indrettet på en måde, som er forenelig med vores identitet og personlighed og de værdier, vi tilslutter os. Råderetten over vores hjem rummer altså på lignende måde som råderetten over vores krop en understøttelse af vores identitet, idet muligheden for at disponere over vores hjem giver os mulighed for at udtrykke og forme vores tilknytninger til andre mennesker, vores personlighed, vores smag og i mere bred forstand vores værdier.

Det sidste element i vores urørlighedszone, der skal nævnes her, er tiden, som vi også et langt stykke af vejen forventer at kunne råde eller disponere over selv i vores hverdag – i det mindste, når vi ikke er i skole eller på arbejde, mv. Tiden udgør ikke en urørlighedszone i samme materielle forstand som de to andre urørlighedszoner, der er nævnt. Tiden udgør snarere en slags rammebetingelse for, at det enkelte menneske kan planlægge og udføre sine aktiviteter på den måde, der passer til hans eller hendes identitet, værdier og temperament. I den forstand er en vis råderet over tiden også en betingelse for at udtrykke og udvikle vores identitet, idet vores identitet i høj grad bliver til som et resultat af de aktiviteter, vi planlægger og eventuelt udfører.

¹⁶ Løgstrup, K.E. (1982). *System og symbol*. København, Gyldendal, s. 161-166.

I det følgende skal der gives eksempler på krænkelse af hver af de tre nævnte urørlighedszoner. Eksemplerne er alle taget fra den sundhedsfaglige kontekst. I kapitlet *Krænkende omsorg* giver Britt Lillestø et eksempel på, hvordan den 61-årige, bevægelses-hæmmede Karl får sin *kropslige* urørlighedszone invaderet under den daglige pleje:

”Brugeren inviteres ikke til at deltage i sin egen pleje og omsorg. Personalet er heller ikke særligt interesseret i at lytte til det, brugeren måtte mene og opleve, og de har for travlt til at udveksle særlig mange personlige oplysninger. Måden, personalet behandler brugerne på, er særdeles afgørende for, hvordan brugerne oplever kontakten med personalet, noget Karl udtrykker på denne måde:

”Jeg må have hjælp af to stykker om morgenen for at blive vasket og få noget tøj på. Det er ikke særlig morsomt, når de står der og taler hen over hovedet på mig om, hvad de lavede i weekenden, hvilket selskab de var til, eller om mad- eller strikkeopskrifter. De bryder sig overhovedet ikke om mig.”

Når kroppen, og dermed personen, behandles så ligegyldigt, som Karl udtrykker her, øges hans følelse af blot at være en krop, et objekt.”¹⁷

Man kan måske beskrive problemet sådan, at der sker et sammenstød mellem Karls hverdagslige opfattelse af sin krop og plejepersonalets sundhedsfaglige opfattelse, som underkender Karls egen opfattelse af at være en person med krav på at få sin kropslige integritet respekteret.

Det Ethiske Råd er blevet præsenteret for et andet eksempel, som illustrerer, hvordan en patient fra distriktspsykiatrien fik *hjemmet* forstået som urørlighedszone invaderet:

En patient, der som følge af megen angst og nervøsitet er socialt invalideret, henvender sig hos sin egen læge og beder om hjælp til at få løst sine psykiske problemer. Patienten er i medicinsk behandling. Lægen har tidligere henvist til distriktspsykiatrien, men har fået besked fra den psykiatriske afdeling, at patienten ikke ønskede yderligere besøg efter første gang.

Patienten forklarer: ”Der kom to personer. Lægen var nu meget sød, men hende, der skulle komme fremover, kunne jeg ikke lide. Hun kunne ikke klare, at jeg røg - og det gør jeg nu en gang, når jeg er så nervøs. Hun bad mig om at lade være med at ryge, mens hun var på besøg, fordi hun ikke kan klare røg. Det er selvfølgelig i orden, men jeg var jo nødt til at ryge, så jeg gik ud i køkkenet under emhætten. Men så sagde hun: ”Kan du virkelig ikke holde dig fra røg, bare den korte tid vi er her?” Sådan en kvinde vil jeg ikke have besøg af i mit hjem. For det er jo trods alt mit hjem, ikke?”¹⁸

I dette tilfælde kan man tale om et sammenstød mellem en sundhedsfaglig opfattelse af hjemmet – i dette tilfælde som en arbejdsplads - og patientens behov for at få hjemmet respekteret som en urørlighedszone. Begge behov er forståelige, men problemet bør løses på en måde, som anerkender den særlige betydning, hjemmet har for patienten selv. Det er netop derfor, sammenstødet får karakter af at underkende patienten som person.

¹⁷ Lillestø B. (2003): ”Krænkende omsorg”, i *Sygeplejebogen 2, Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje*, Gads Forlag 2003; kapitel 5, s. 107.

¹⁸ Personlig kommunikation med patient.

Det skal tilføjes, at for patienter, der er institutionsanbragte, er problematikken om hjemmet som urørlighedszone naturligvis en noget anden, end for patienter der får hjemmebesøg. Disse patienter fratages nemlig ikke blot råderetten over deres hjem, de fratages også deres normale omgivelser og får samtidig også deres rent tidslige råderet begrænset i endnu højere grad, end det gælder for patienter, der får besøg i hjemmet. Dette hænger sammen med den umyndiggørende institutionskultur, der generelt er fremherskende i Danmark, idet institutionerne ofte har faste regler om fx besøgsmuligheder, spisetider, madlavning, rengøring, sengetider og meget andet, som de institutionsanbragte ikke har indflydelse på og har meget dårlige muligheder for at ændre.¹⁹

I den psykiatriske sammenhæng har den umyndiggørende institutionskultur rødder tilbage fra begyndelsen af 1900-tallet, hvor de store statshospitaler påtog sig formynderskabet over patienten og ansvaret for at sørge for denne. Den syge måtte – som led i behandlingen – underkaste sig anstaltens regler og overlægens myndighed og herredømme. Anvendelsen af disciplin og kontrol blev legitimeret ud fra et behandlingssigte.

Også i dag gælder den betragtning, at man kan fastsætte særlige regler for en institutions virke – såkaldte ”anstaltsanordninger”. Sådanne særlige regler for institutionen kan fastsættes i en ”husorden”. Befinder en person sig på en psykiatrisk afdeling, må vedkommende følge de ”husregler”, der er fastsat på institutionen. Der vil i dagligdagen på en psykiatrisk afdeling således være magtstrukturer og forskellige former for procedurer, som patienterne må underlægge sig. Når mennesker med psykiske sygdomme og personlighedsforstyrrelser tvinges til at opholde sig tæt sammen, vil der være brug for visse regler for samværet og for at opretholde ro og orden på afdelingen. Der kan på en psykiatrisk afdeling være tale om mange forskellige former for regler, som af patienterne kan opleves som restriktioner og begrænsninger i forhold til deres person og adfærd. Der kan være tale om restriktioner i forhold til besøgs- og sengetider, regler for påklædning, hygiejne og spisesituationer. Det kan også være restriktioner i forhold til patienters muligheder for at have mobiltelefon eller cigaretter, der kan være økonomiske restriktioner eller fastsat restriktioner i patienters muligheder for at bevæge sig rundt på afdelingen eller i terrænet. Sådanne regler er patienten tvunget til at underkaste sig.

Det fremgår af psykiatriloven, at:

§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.

Der kan kun i begrænset omfang anvendes egentlig fysisk magt til gennemførelse af regler fastsat i husorden. Håndhævelsen af regler fastsat i husorden skal være proportional med problemets art og størrelse

Restriktioner og begrænsninger fastsat i husorden må ikke benyttes som sanktioner i forhold til en patient. Der må således ikke gives restriktioner i udgang fra afdelingen, begrænsning i anvendelse af telefon eller rygning som ”straf” for en given adfærd fra

¹⁹ Se fx Dam A. (1994): *Den Sidste original i dansk socialpolitik – Alfred Dam 1985 – 1994*, Det Europæiske Hus.

patientens side, fx manglende overholdelse af aftaler eller lignende.²⁰ Reglerne i husordenen må med andre ord ikke benyttes til at udøve den såkaldte "skjulte tvang", som man taler om, når en patient presses til at gøre noget mod sin vilje, uden at der finder direkte, fysisk magtanvendelse sted. Skjult tvang er ikke et ukendt fænomen i den psykiatriske sammenhæng og kan udøves med rent verbale midler, fx ved hjælp af manipulation eller trusler. Ligesom den fysiske tvang udgør også denne form for tvang et overgreb, fordi patientens evne til at træffe beslutninger sættes ud af kraft på grund af den svært gennemskuelige magtudøvelse, den skjulte tvang rummer. Hvis den skjulte tvang udøves for at gavne patienten, kan man forsøge at retfærdiggøre den ud fra paternalistiske overvejelser.²¹ Et særligt problem i forhold til denne form for tvangsudøvelse er imidlertid, at den netop til en vis grad kan udøves i det skjulte og derfor kan være svær for andre at få øje på og forholde sig til.

I bogen *Psykiatriens historie i Danmark* beskrives det, hvordan man brugte patienternes angst for chokbehandlinger med Cardiazol som middel til at få dem til at makke ret på afdelingerne. En patient tryglede således om ikke at få chokbehandling, og undgik terapien ved at "love at opføre sig behersket".²²

Reglerne i husordenen er i sig selv med til at formindske de muligheder, brugerne af institutionen har for at disponere over deres tid. Og situationen forværres ofte af, at brugerne er nødsaget til at indrette deres egne gøremål efter personalets tidsplaner. Britt Lillestø beskriver dette på følgende måde:

"Alle gøremål udføres, når personalet har tid. Det er dem, som sætter præmisserne for, hvordan den enkeltes dag skal blive, og de er derfor også bestemmende for, hvad den enkelte har mulighed for at fylde sin dag med. Og når personalet har mange, de skal nå, og er uafhængige af at organisere deres tid, får tiden også et bureaukratisk præg over sig. At have et normalt socialt liv under disse omstændigheder er vanskeligt, for ikke at sige umuligt. ... Man har aldrig noget privatliv, eller for dem som er heldige, har de et privatliv mellem bestemte klokkeslæt."²³

Det er et kendetegn ved de anførte eksempler, at de urørlighedszoner, den enkelte person tager for givet i sit hverdagsliv, invaderes blandt andet på grund af de rutiner, der eksisterer i pleje- og sundhedssektoren. Disse rutiner er måske rationelle nok set fra den enkelte sundhedspersons eller fra institutionens perspektiv. Men de kan ikke desto mindre være med til at underminere patientens identitet og underkende hans status som person. Dette mulige sammenstød mellem det hverdagslige livs perspektiv og det sundhedsfaglige perspektiv er ikke unikt for det psykiatriske system, men eksisterer i mange andre sammenhænge, blandt andet helt generelt i sundhedssektoren. Det er velbeskrevet i den filosofiske og sociologiske litteratur, hvilket fx Jürgen Habermas' begreber om systemverden og livsverden illustrerer. Det er også velbeskrevet, at sammenstødet mellem de to perspektiver ofte involverer et magtforhold, idet det sundhedsfaglige perspektiv i sidste ende kommer til at være det dominerende. Dette skyldes blandt andet den uddannelse,

²⁰ Se Hybel U. (2005): *Skjult tvang i psykiatrien*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, s. 21.

²¹ Se baggrundsteksten *Psykiatri og tvang i en etisk kontekst* for en definition og en diskussion af begrebet paternalisme.

²² Kragh, Jesper Vaczy (red.) 2008: *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 208.

²³ Lillestø B. (2003): *Krænkende omsorg*, i *Sygeplejebogen 2*, Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje, Gads Forlag; kapitel 5, s. 109.

sundhedspersonen har været igennem, og det forhold, at brugeren af sundhedsvæsenet som udgangspunkt er placeret i et afhængighedsforhold, fordi han eller hun har behov for en ydelse fra sundhedspersonen, mens det modsatte ikke er tilfældet.

I den psykiatriske kontekst er der som tidligere nævnt flere forskellige menneskeopfattelser i spil i det sundhedsfaglige personales praksis. Nogle undersøgelser tyder imidlertid på, at det psykiatriske personale er mere tilbøjeligt til at betjene sig af en "afpersonaliseret" eller objektorienteret opfattelse af patienten forud for en situation, hvor der anvendes tvang, end i andre situationer. I en artikel af en svensk forfatter beskrives det fx, at det er muligt at identificere to vidt forskellige måder, sygeplejersker på en intensiv psykiatrisk afdeling henvender sig til de indlagte patienter på.²⁴ Den ene måde – balletdanser-tilgangen – involverer en omsorgsfuld indstilling, hvor patientens individualitet søges respekteret, idet sygeplejersken er indstillet på at opnå en dialog med patienten og er interesseret i at få en forståelse for patientens perspektiv "*ved at sætte sig i patientens sted*".²⁵ Den anden måde – bulldozer-tilgangen – er derimod den, der primært bringes i anvendelse, når der opstår kritiske eller kaotiske situationer, som potentielt kan nødvendiggøre brugen af tvang. Denne måde at omgås patienten på baserer sig imidlertid på et helt andet billede af ham eller hende end balletdanser-tilgangen:

"Bulldozer tilgangen til at håndtere vanskelige og truende situationer med patienterne synes at være forbundet med, at sygeplejerskerne retfærdiggør brugen af kontrollerende handlinger. Dette inkluderer, at sygeplejerskerne fortolker årsagerne til patientens handlinger på en bestemt måde. Fx påtog sygeplejerskerne sig en paternalistisk indstilling, fordi de opfattede patienternes adfærd som barnagtig eller underkendte patientens evne til at træffe beslutninger. ... På tilsvarende måde var retfærdiggørelsen af kontrollerende handlinger relateret til en mere objektiverende holdning til patienten; Nogle sygeplejersker beskrev patienten som værende forskellig fra sygeplejersken selv eller fra mennesker i almindelighed."²⁶

At personalet særligt i forbindelse med potentielle tvangssituationer benytter sig af en objektiverende opfattelse af patienten, bekræftes af en dansk undersøgelse fra 2006 udarbejdet af Karen Thyrsting. Undersøgelsen benytter sig blandt andet af Foucaults begreb om "sandhedsregimer", ud fra hvilke der kan "tales om systemer og processer, som differentierer "sande" diskurser fra "falske". "Sandhederne", der her er den ekspertviden, personalet fremstår med, institutionaliseres og reproduceres i de uddannelser, der er forbundet med området, for eksempel gennem forskning, kursuslitteratur og håndbøger."²⁷

Pointen for Thyrsting er nu, at et af de fremherskende sandhedsregimer i psykiatrien er, at patienternes sygdom "findes i patientens indre", at sygdommen primært skal behandles medicinsk, og at den er årsag til eventuelle aggressioner. Denne opfattelse blokerer for at forstå patientens aggressioner i relationelle termer eller med udgangspunkt i patientens frustrationer og behov. Men det er ikke desto mindre dette sandhedsregime, der tages i brug i forbindelse med tvangssituationer eller i forsøget på at forebygge tvangssituationer.

²⁴ Björkdal A. et al (2010): "The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care"; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17, 510-518.

²⁵ Ibid. s. 513.

²⁶ Ibid. s. 514.

²⁷ Thyrsting K. (2006): *En tværgående rapport om praksisforskning i intensive psykiatriske afsnit i Region Syd*, PRAKSY, Når fokus flytter sig, s. 64.

Netop derfor behandles patienten ifølge Thyrsting ikke som en ligeværdig person i disse situationer:

”Kommunikationen og forståelsen plejepersonale og patienter imellem vanskeliggøres. I de tilfælde tildeles patienternes virkelighedsopfattelse en lavere status end personalets. Det ses f.eks. ved, at personalet overtager det fuldstændige ansvar for patienterne, når de ... er meget syge. ... den sindslidendes individuelle karakteristika og specielle livssituation forsvinder ind i de generelle sygdomskategorier psykiatrien opererer med. Udgangspunktet for den hjælp der gives bliver således ikke patientens selvoplevede behov, men de tilbud psykiatrien råder over.”²⁸

Hvis Thyrstings overvejelser om fremherskende sandhedsregimer i psykiatrien har noget på sig også på et mere generelt niveau, er det forventeligt, at patienter med psykiske lidelser oplever stigmatisering inden for det psykiatriske system.²⁹ At dette faktisk er tilfældet, bekræftes i en dansk oversigtsartikel fra 2011, hvor forfatterne når frem til følgende konklusion:

”Omkring en fjerdedel af de stigmatiserende oplevelser, som patienter og pårørende nævnte, oplevede de i det psykiatriske behandlingssystem. De følte sig tingsliggjort, udsat for information, som fremkaldt håbløshed, og helt utilstrækkeligt respekteret og inddraget i planlægning af behandling og støtte i deres fremtidige liv. ... Psykiatere og medarbejdere i sundhedsvæsenet som helhed må erkende, at de selv er væsentligt medvirkende til stigmatisering, og overveje, hvordan de kan ændre deres praksis herunder formidle mere differentierede og realistiske fremtidsudsigter til mennesker med psykiske lidelser.”³⁰

Konklusionen understøtter Det Etske Råd tilkendegivelser om, at der somme tider er noget galt med kulturen i psykiatrien, fordi den humanistisk orienterede menneskeopfattelse er trængt i baggrunden af opfattelser, der ikke i tilstrækkelig grad anerkender patienten med psykisk sygdom som person. Derfor er det væsentligt at spørge til, hvordan det er muligt at understøtte en omgangsform mellem personalet og patienterne, hvor parterne i højere grad anerkender hinanden som personer.³¹

²⁸ Ibid. s. 64 & 65.

²⁹ Se baggrundsteksten *Samfundet og "de gale"*, afsnittet "Stigmatisering, tabuisering og diskriminering" for en definition og en diskussion af begrebet stigmatisering.

³⁰ Vendsborg P., Nordentoft M. & Lindhardt A. (2011): "Stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser"; *Ugeskrift for Læger*, Feb. 14, s. 3-4.

³¹ Se *Det Etske Råds udtalelse om tvang i psykiatrien*, hvor der er forslag til, hvordan dette lader sig gøre.

Litteratur



- Bak, J. et al (2011): "Mechanical Restraint – Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review"; *Perspectives in Psychiatric Care* 2011,
- Björkdal, A. et al (2010): "The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care"; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17, 510-518.
- Carlsen, G. et al. (2006): "Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings"; *Issues in Mental Health Nursing*; 27: 287-305, 2006.
- Dam, A. (1994): *Den Sidste original i dansk socialpolitik – Alfred Dam 1985 – 1994*, Det Europæiske Hus.
- Det Etske Råd (2012): *Det Etske Råds udtalelse om tvang i psykiatrien*.
- Dissing og Lønberg (2009): *Jeg er ikke min sygdom – jeg er mig!*, Projekt- & Karrierevejledningens Rapportserie, Nr. 254/2009.
- Gaunt, D, Lantz G. (1996). *Hemmet i vården - Vården i hemmet*. Stockholm, Ersta vårdetiska instituts skriftserie.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2005): *Helt – ikke stykkevis og delt*, Hans Reizels Forlag.
- Hybel U. (2005): *Skjult tvang i psykiatrien*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Kierkegaard S. (1978): *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed*, Samlede værker, Gyldendal, bd. 18.
- Kragh, Jesper Vaczy (red.) 2008: *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvalitetsafdelingen i Århus Amt (2006): *Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien – Evaluering af projektet*, januar 2006.
- Lillestø B. (2003): "Krænkende omsorg", i *Sygeplejebogen 2, Teoretisk-metodisk grundlag for klinisk sygepleje*, Gads Forlag.
- Lindhardt, A. (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, Psykiatrifondens forlag
- Løgstrup, K.E. (1982). *System og symbol*. København, Gyldendal.
- Rawls, J. (1972): *A Theory of Justice*, Oxford University Press.

Schibbye, A.L. (2005): *Relationer – Et dialektisk perspektiv*, Akademisk Forlag.

Strand, Liv (1994): *Fra kaos mod samling, mestring og helhed: Psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter*. Munksgaard, København.

Thyrsting, K. (2006): *En tværgående rapport om praksisforskning i intensive psykiatriske afsnit i Region Syd*, PRAKSY, Når fokus flytter sig.

Vendsborg, P., Nordentoft M. & Lindhardt A. (2011): "Stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser"; *Ugeskrift for Læger*, Feb. 14.

DET ETISKE RÅD
Rentemestervej 8
2400 København NV
Tel: +45 7221 6860
www.etiskraad.dk

Mødet med patienten og kulturen i psykiatrien
Magt og afmagt i psykiatrien

© Det Etske Råd 2012

ISBN: 978-87-91112-31-7

Udgivet af Det Etske Råd 2012

Illustrationer: Peter Waldorph

Fotos: iStockphoto, Colourbox

Publikationen kan downloades på Det Etske Råds webside www.etiskraad.dk