

Reform eller stabilitet?

En velfærdssociologisk analyse af psykiatriske velfærdspolitikker 2009-2019

Jeppe Oute¹

Katrine Schepelern Johansen²

¹ Centre for Mental Health and Substance Abuse, University of South Eastern Norway

jeppe.o.hansen@usn.no

² Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser i Region Hovedstadens Psykiatri

katrine.schepelern.johansen@regionh.dk

Oute, Jeppe & Johansen, Katrine Schepelern (2021). Reform eller stabilitet? En velfærdssociologisk analyse af psykiatriske velfærdspolitikker 2009-2019. *Tidskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 34, 47-70

Artiklens formål er at identificere, analysere og diskutere udviklingen af velfærdsrationalerne i de nationale politikker, der i perioden 2009-2019 er offentliggjort som politiske bud på at styre og forandre det psykiatriske område i Danmark. I lyset af Bacchis tilgang til analyse af politiske velfærdsrationaler undersøges de tre elementer, som tilsammen konstituerer rationalerne i politikkerne i perioden: 1) De generiske måder hvorpå målgruppen beskrives i perioden, 2) de politiske redskaber der foreslås til at forandre og håndtere målgruppen i perioden og 3) de begrundelser der bruges i politikkerne til at legitimere indsatserne gennem perioden. Målgruppen repræsenteres som risikable, syge, sårbare, omkostningsfulde og i særlige tilfælde farlige og komplekse. Repræsentationen danner grundlag for en betoning af civilsamfundets ansvar, frivillighed recovery og forebyggelse, mens fremstillingen af de farlige og komplekse lægger op til øget brug af tvang. Velfærdsrationalerne i perioden afspejler, at majoriteten af målgruppen frivilligt forventes at påtage sig rollen som risikabel, sårbar og psykisk syg og deltage i de beskrevne tiltag for ikke at belaste

velfærdsstaten. Trods en politisk ambition om en omfattende reform af det psykiatriske område, der imødekommer udfordringer som stigmatisering, umyndiggørelse og ulighed i sundhed, reflekterer politikkerne i stigende grad, at staten er villig til at fratage hele eller dele af ikke-frivilligt-deltagende og farlige personers selvbestemmelse igennem perioden. Derved repræsenterer politikernes velfærdsrationaler ikke et bud på en radikal ændring af psykiatriens struktur, organisering og funktion. I stedet har de sidste ti års velfærdspolitikker stabiliseret paradigmet i det eksisterende system, snarere end at radikalt reformere det.

Reform or stability? A welfare-sociological analysis of psychiatric welfare politics 2009-2019

The article aims to identify, analyze, and discuss the ways in which welfare rationalities are deployed to govern and reform mental healthcare in Danish policies between 2009-2019. Using Bacchi's approach to analysis of problem representation, we examine 1) how the problematic target group is depicted, 2) the techniques and tools that are presented as means to 'fix' the problem 3) and how these measures are legitimized in the policies. We demonstrate that people suffering from mental illnesses are often represented in policies as vulnerable, sick, costly and in some cases dangerous. This portrayal of the target group places emphasis on the responsibility of civil society, encouraging uptake of user involvement, recovery approaches, participatory and preventive measures. The majority of the target group is then expected to identify with the subject position of a vulnerable and mentally ill person who freely participates and accepts responsibility in order to avoid financially burdening the welfare state apparatus and to minimize risk of loss of productivity. In spite of political ambitions for wide-ranging reform that deals with the challenges of stigma, disenfranchisement, social injustice and mental health inequalities, current Danish constructions of welfare reflect an increasing political willingness to deny subjects considered non-participative or dangerous their right to self-determination. Taken together, the identified welfare rationalities do not represent a radical transformation of the structure, organization and function of the psychiatric system. Indeed, the last ten years of mental health policy appears to have stabilized rather than reformed the paradigm of Danish psychiatry.

Introduktion

Denne artikel fokuserer empirisk og analytisk på den politiske udvikling af det brede velfærdsområde, som i Danmark kaldes for det psykiatriske velfærdsområde og internationalt betegnes som 'the mental health field'. I Danmark indbe-

fatter det både den regionale behandlingspsykiatri (sengeafdelinger og ambulantly behandling), den kommunale socialpsykiatri (f.eks. væresteder, bosteder og mentorer), samt andre psykosociale og rehabiliterende indsatser i forhold til befolkningens mentale helbred. Både i Danmark og globalt er der blandt politiske aktører og dele af forskningen en opfattelse af, at det psykiatriske område befinder sig i en art politisk, faglig og etisk legitimitetskrise (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Morgan, 2015; Regeringen, 2018; Rose, 2019; United Nations, 2017). De Forenede Nationer (FN) har som følge heraf peget på et presserende behov for et snarligt paradigmeskifte på området. Det indebærer, at FN har lagt pres på regeringer i det internationale samfund - herunder sundhedsmyndighederne i Danmark og resten af Norden - for at gennemføre reformer, som både omfatter en radikal humanisering af den bio-medicinske model, der generelt informerer menneskesynet på det psykiske sundhedsområde, og en demokratisering af dets ofte umyndiggørende behandlingspraksisser ved at re-fokuserer på person-centrerede indsatser som recovery, bæredygtighed, ligestilling og menneskerettigheder (United Nations, 2017).

Artiklen her har derfor overordnet til hensigt at studere den overordnede udvikling af, hvordan man fra politisk hold nu og i de kommende år har villet løse problemstillinger som fx stigmatisering, umyndiggørelse, social eksklusion, ulighed i sundhed, øget medikalisering af sociale problemer, overmedicinering, overforbrug af tvang (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013) og imødekomme De Forenede Nationers udviklingskrav til området.

Placering af artiklen i forhold til beslægtet velfærdsforskning på området

Artiklen er en policy-analyse, hvor vi anvender den analytiske teoriramme, der er beskrevet af Bacchi i 2009. Der er tale om en social-konstruktionistisk og velfærds-sociologisk analysestrategi, som i dag benyttes i bureaukrati-forskningen og beslægtede fag som medicinsk- og velfærdsantropologi (Bacchi, 2009; Bjerge, Christensen, & Oute, 2019). Bacchi kalder selv tilgangen 'What's the problem represented to be' eller 'WPR'. Der er tale om en analyse af repræsentationer af velfærdspolitiske problemforståelser, løsningsmetoder og begrundelser herfor. I dette perspektiv kan en policy/politik ses som en metode, strategi eller taktik, som skal styre eller i det mindste regulere en del af den sociale orden i samfun-

det ved at stabilisere eller reformere forholdet mellem stat og individ. Det gøres dels ved at repræsentere generaliserede forståelser af politikken målgruppe eller 'subjekt', som på samme tid reducerer problemstillingens kompleksitet og danner grundlag for at kunne komme med generiske anbefalinger til, hvordan målgruppens udfordringer – dokumenternes problematiske subjekt – bedst forandres og håndteres i statens institutioner. Disse former for politikker kalder også altid på legitimering af, hvorfor indsatsen er gyldig og relevant (Bacchi, 2009; Shore & Wright, 1997; Shore et al., 2011). WPR-tilgangen tager derved udgangspunkt i, at velfærdspolitikker altid har en intern logik eller et iboende velfærdsrationale, som pr. definition påstår at være et gode og at 'fikse' et eksisterende problem derude. I den forstand repræsenterer politiske dokumenter altid mindst et overordnet velfærdsrationale, som i sig selv kan ses som en form for artefakt, der både afspejler nogle aktuelle udfordringer 'derude' i den praktiske virkelighed, men samtidig også er sociale konstruktioner, som i det mindste med-producerer de problemer og subjekt-positioner, som de forsøger at svare på og forandre til det bedre. Det hænger sammen med, at disse velfærdsrationaler – eller logikker – altid repræsenterer en begrundet løsning på et problem, som altid antages at eksistere blandt mennesker i den praktiske virkelighed (Bacchi, 2009).

Vi har valgt denne tilgang, fordi der her er tale om en metodisk-analytisk tilgang, der er udviklet specifikt til policyanalyser. Nedenfor vil vi kort gennemgå, hvordan tilgangen enten er tematisk, empirisk og/eller analytisk beslægtet med kritisk velfærdssociologi, implementerings- og evalueringsforskning om teknologi og velfærdsudvikling i praksis, videnskabskritisk velfærdsforskning, Foucault-inspirerede diskursanalyser og historiske genealogier og velfærdsetnografiske studier. Men i modsat til de tidligere studier fra disse fem delvist overlappende forskningsområder har nærværende analyse et specifikt fokus på policydokumenternes repræsentationer af aktuelle velfærdsrationaler. Vores brug af Bacchis tilgang er derved særligt velegnet til at forstå, hvordan de udvalgte nationale politikker tegner et aktuelt billede af de politiske og ideologiske forståelser af sundhed og sygdom på det psykiatriske område, de foretrukne interventions- og behandlingsindsatser samt de retoriske greb og samfundsmæssige, kulturelle og senkapitalistiske (neoliberale) ideer, der benyttes til fremhæve legitimiteten af den nuværende politiske styring og udvikling af de psykiatriske velfærdssystemer i Danmark.

Kritisk velfærdssociologi

Nærværende artikel er inspireret af nyere kritisk, velfærdssociologisk forskning (Esping-Andersen, Gallie, Hemerijck, & Myles, 2002; Karlsson & Borg, 2017; Oute, Huniche, Nielsen, & Petersen, 2015; Speed & Taggart, 2019; Willig & Ejrnæs, 2018). Flere bidrag har fx vist, hvordan udviklingen af psykiatriens (og tilstødende velfærdsområders som fx beskæftigelses- og børne- og ungeområdet) organisering og funktionsmåder i mindre grad er fagligt styret, men i højere grad repræsenterer forskellige senkapitalistiske og socialliberale modeller for velfærdsudvikling og -styring. Som det også påpeges af Bacchi (2009) får disse modeller og deres iboende velfærdsrationaler effekt via politikker og reformer, som genfortæller (repræsenterer) behovet for fornyede forståelser af visse personers/grupperes problemer og dertil hørende indsatsformer, der styrer et reformeret forhold mellem stat og individ og deres respektive ansvarsfordeling i samfundet. Studierne viser, at offentlige velfærdssystemer ofte opererer med en binær problemforståelse, som henviser til forholdet mellem et idealiseret subjekt og dets ofte implicite negation. Det vil fx sige forholdet mellem den resiliente medarbejder og den sygemeldte, den ansvarlige elev og uansvarlige elev og den aktive og involverede patient og den passive patient osv. I den forstand repræsenterer den ofte tavse retoriske negation af politikernes implicite ideal-subjekt den position, som det problematiske subjekt i politikkerne bør stræbe efter at være og altid har potentiale til at blive via indsatserne. Og netop derfor er det i perioden også blevet et politisk påbud, at professionelle og borgere indenfor det psykiske sundhedsområde i bred forstand bør engagere sig i borgeraktiverende og ansvarliggørende interventionsformer som person-centreret behandling, patient- og pårørendeinddragelse og recovery (Esping-Andersen, Gallie, Hemerijck, & Myles, 2002; Harper & Speed, 2014; Karlsson & Borg, 2017; Willig & Ejrnæs, 2018). Artiklen er derved nært beslægtet med nyere dansk komparativ forskning i velfærdsrationaler om håndteringen af socialt udsatte i perioden 2006-2016, som ved hjælp af Bacchis WPR tilgang pegede på betoning af tilsvarende indsatsformer på tværs af psykiatri-, stofmisbrugs- og beskæftigelsesfeltet (Bjerger et al., 2019). Selvom der kan identificeres en række danske og internationale bidrag på beslægtede forskningsområder, har vi ikke kunnet identificere en tilsvarende eller mere dybdegående analyse af udviklingen af danske, nationale velfærdspolitikker indenfor psykiatrien og det psykiske sundhedsområde.

Implementerings- og evalueringsforskning

Der er talrige eksempler på, at meget af den nutidige psykiatrforskning beskæftiger sig med velfærdsudvikling i Danmark ved at fokusere på udvikling, implementering og evaluering af forskellige former for sundhedsteknologier i teknologibegrebets politiske og sociale betydning (Withthøfft, 2020). Aktuelt omfatter denne forskning studier af kliniske indsatser som åben dialog, patient- og pårørendeinddragelse (McPherson & Oute, 2020), safe wards og professionelles brug af smartphone apps i psykiatrisk behandling og –forebyggelse (Lindgreen et al., 2018). Andre studier adresserer i højere grad tjenesteudvikling via satsning på at organisere behandlingen i F:ACT teams (Lofthus et al, 2016, 2018), udvikling af hjælpeapparatet via tværsektorielt samarbejde og samskabelsesprocesser og anvendelse af fleksible recovery-mentorer i det kliniske arbejde (Withthøfft, 2020). Her er det dog centralt, at disse typer af politisk motiverede undersøgelser og forskningsbaserede indsatser gennemgående ikke har analytisk eller metodisk fokus på den politiske fremstilling af behovet for indsatserne og deres ideologiske motivationer, og derfor er de blinde for de velfærdsrationaler, der informerer dem.

Videnskabskritisk velfærdsforskning

Implementerings- og evalueringsforskningens manglende fokus på de politiske og ideologiske motiver for teknologi- og velfærdsudvikling har i sig selv været et centralt fokus i en del videnskabskritisk forskning på området. Den forskning adskiller sig dog fra nærværende studie ved at undersøge og diskutere den ideologiske grundlagstænkning, de økonomiske og fagpolitiske interesser og kategorielle biases, som evidensen for politiske anbefalinger af en række forskellige psykiatriske eller bio-psykologiske indsatser (fx CBT) bygger på (Gøtzsche, 2015).

Foucault-inspirerede diskursanalyser og historiske genealogier

Fraværet af analytisk fokus på aktuelle politiske og kulturelle velfærdsrationaler gør sig i nogen grad også gældende inden for de Foucault-inspirerede diskursanalyser og historiske genealogier. Disse studier omfatter fx analyser af den historiske, samfundsmæssige og teoretiske kontingens af udviklingerne af risikofaktorerne for synet på psykiatriske diagnoser som fx ADHD (Reinholdt, 2013), skizofreni (og tilstødende diagnoser (Reinholdt, 2018)) og depression (Ehrenberg & Honneth, 2010; Horwitz & Wakefield, 2007). Selvom disse studier også omfat-

ter analyser af, hvordan og hvorfor visse forebyggelsesindsatser og behandlinger betragtes som mere egnede end andre (Brinkmann & Petersen, 2015), har de ikke haft direkte blik for, hvordan diagnoserne og behandlingsindsatserne er formet af de gældende velfærdsrationaler.

Velfærdsetnografisk forskning

Den samme analytiske og empiriske kritik kan rettes mod de talrige danske og internationale velfærdsetnografiske studier, som anskueliggør, hvordan det er et generisk træk ved offentlige velfærdssystemer, at værdiladede forestillinger, fagprofessionelle værdier og politiske og juridiske krav altid guider systemernes (temporale, hierarkiske) organisering, den sociale samhandling mellem bureaukratiske, kliniske- og lægmandsaktører og deres sociale identiteter og roller i systemerne (Shore & Wright, 1997; Shore et al., 2011). Et nyere internationalt temanummer om emnet har fx demonstreret, hvordan vægtningen af ofte antagonistiske værdiladede forestillinger og politiske værdier og idealer generelt skaber nogle etiske dilemmaer og gråzone-situationer, som virker styrende for kliniske beslutningsprocesser på sundhedsområdet generelt (Oute & Rudge, 2019). Dansk forskning har vist, hvordan frontlinje-professionelles skøn i psykiatrien og beskæftigelsesystemet kan implicere det at underkende borgeres og patienters rettigheder og pårørendes adgang til information. Professionelle kan gøre det ved aktivt og intentionelt at bruge værdiladede stereotyper om mennesker med samtidig psykisk lidelse (og stofbrug) som 'skyldige' og 'besværlige' og politisk-juridiske krav om personligt samtykke til at legitimere deres beslutninger om at nægte eller bevillige brugere og pårørende adgang til information, hjælp og services (Oute & Bjerger, 2019). Et andet eksempel på velfærdsetnografisk forskning på det psykiatriske felt er de mange internationale analyser af, hvordan den velfærdspolitiske konstitution af hjælpen til arbejdsløse og socialt udsatte personer med psykiske problemer kommer til syne i daglig praksis, når professionelle og frivillige sikrer, at patienters og pårørendes selvforståelser i systemet formes på måder, så de forener sig med rollen som fx 'svag', 'psykisk syg', 'engageret arbejdsløs', 'behandlingskrævende' eller 'aktiv medbehandler' i egen og andres behandling og forebyggelsesindsats (Glasdam & Oute, 2019; Glynos, Speed, & West, 2014; Rose, 2019; Speed & Gabe, 2013). Trods dét at de er i familie med dette studies analytiske fokus, gælder fraværet af blikket for den politiske repræsentation af udviklingen af det psykiatriske område også for de danske og internationale velfærdsetnografiske studier på området.

Det bør bemærkes, at den omfattende velfærdsforskning fra de fem ovennævnte forskningsområder hver for sig og tilsammen kan give anledning til at rejse flere spørgsmål, fx til den historiske, politiske og praktiske udvikling af det psykiske sundhedsområde og disse udviklingers intenderede og ikke-intenderede effekter for samfundet generelt, velfærdsinstitutionerne, brugere, patienter og pårørende. Et af disse underbelyste spørgsmål, som belyses i nærværende artikel, vedrører, at den politiske udvikling af velfærdsrationalerne i danske politikker i perioden 2009-2019 på psykiatriområdet. Denne udvikling er i beskeden grad beskrevet i både forskningslitteraturen og i politiske dokumenter på området, selvom området ses som værende i krise og står overfor en række væsentlige udfordringer og krav (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Morgan, 2015; United Nations, 2017). For at få dybere indsigt i udviklingen af det internationalt bebudede paradigmeskifte på området mangler der fortsat velfærds sociologiske undersøgelser af empiriske materialer, som reflekterer udviklingen af dansk psykiatri og de rationaler, der guider udviklingen. Denne artikel bidrager til at lukke dette videnshul ved at analysere de ideologiske velfærdsrationaler, som aktuelt virker styrende for udviklingen af området ved retorisk at sætte de politiske rammer for de problemforståelser og indsatser, der betones fra politisk hold på det psykiatriske område i Danmark i dag.

Formål

Artiklen har til formål at identificere, analysere og diskutere udviklingen af velfærdsrationalerne, som gør sig gældende i de nationale politikker, der i perioden 2009-2019 er offentliggjort som politiske bud på at reformere eller stabilisere det psykiatriske område i Danmark. Dette gøres ved kritisk at undersøge, hvordan psykiatriens målgruppe beskrives i dokumenterne, hvordan man teknisk og metodisk ønsker at håndtere og forandre målgruppens problemer og med hvilke begrundelser igennem perioden.

Empiri og analytisk fremgangsmåde

Empirisk set fokuserer analysen på love, rammeaftaler, generiske anbefalinger og strategi-papirer, som er udgivet af nationale, offentlige myndigheder på det psykiske sundhedsområde i perioden 2009-2019. Vi valgte dels at inkludere policyd-

okumenter fra den periode for at give et opdateret billede af de aktuelle velfærdsrationaler og dels for at uddybe og opdatere analyserne fra det tidligere danske studie af velfærds politikker (Bjerge et al., 2019), som kun inkluderede politikker fra det psykiatriske område fra 2008 til 2016. Der er tale om dokumenter, der er afsendt fra både socialdemokratisk og liberalt ledede regeringer, ministerier og styrelser. Grundet artiklens fokus på offentlige myndigheders nationale dokumenter ekskluderede vi en række dokumenter. Dels har vi fravalgt dokumenter, som beskriver specifikke danske, men internationalt set ensartede, forebyggelsesindsatser som 'En af Os' kampagnen og specifikke behandlingsområder som fx retspsykiatri eller referenceprogram for unipolar depression. Og dels udelukkede vi dokumenter, som er udgivet af politiske aktører som Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og faglige selskaber som fx Dansk Psykiatrisk Selskab.

Tabel 1. Psykiatriske velfærds politikker inddraget i analysen

Titel	Afsender	Årstal
National strategi for psykiatri	Sundhedsstyrelsen	2009
Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker	Sundhedsstyrelsen	2012
Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker. Aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats	Socialstyrelsen	2013
En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser	Regeringsudvalg om psykiatri	2013
Lovforslag L 87: Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet	Regeringen	2014
Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan	Regeringen	2014
Bekendtgørelse af lov om social service	Regeringen	2015
Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en nationale strategi	Ministeriet for sundhed og forebyggelse, Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold og Uddannelses- og Forskningsministeriet	2015
Sundhedsloven (ændret 080616)	Regeringen	2016
Psykiatriloven (ændret 080616)	Regeringen	2016
Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling	Sundhedsstyrelsen	2018
Vi løfter i fællesskab. En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025	Regeringen	2018
Psykiatriloven (ændret 020919)	Regeringen	2019

Analysen bygger på en systematisk, åben kodning af dokumenternes repræsentationer af de tre elementer, der ifølge Bacchis (2009) analysestrategi kan betragtes som generiske træk ved alle velfærdsrationaler; målgruppe, metoder/faglige redskaber og deres måder at begrunde behovet for forandring og de anbefalede metodiske strategier. Efterfølgende kategoriserede forskerne koderne, der synliggjorde de tematiske mønstre i politikernes 1) italesættelser, nøgleord og metaforer for målgruppen som fx sårbar, syg, risikabel, kompleks og farlig, 2) metodiske og politiske redskaber eller teknikker som inddragelse, recovery, anti-stigmatisering, frivillighed, peer support, åben dialog, tværsektorielt samarbejde, kvalitetsudvikling eller partnerskabsaftaler m.v., som i politikkerne beskrives som de bedst egnede redskaber til at 'fikse' problemet og 3) de ensartede begrundelser for og måderne at legitimere de forskellige indsatser, som kom til syne på tværs af dokumenterne, f.eks. omkostningseffektivisering, risikominimering eller sikkerhed.

Kodnings- og kategoriseringsprocessen blev udført i NVivo 11/12. Begge forfattere kodede dokumenterne. Mens førsteforfatteren primært kodede dokumenterne frem til 2016 og anden-forfatteren primært kodede dokumenterne frem til 2019, bidrog begge forfattere både til at validere og kategorisere koderne for at sikre, at de tematiske mønstre både var gennemsigtige og pålidelige.

I det følgende præsenteres analysens tre afsnit, hvor vi følger Bacchis foreslåede struktur for at øge analysens gennemsigtighed. Det første analytiske afsnit beskriver, hvem og hvad der repræsenterer velfærdsrationalets problem. Det næste afsnit undersøger de politiske redskaber og teknikker, som indenfor rammerne af velfærdsrationalets iboende logik foreslås som de bedst egnede redskaber til at løse velfærdsstatens identificerede problem på psykiatriområdet, som fremgår af politikkerne. Det tredje afsnit undersøger, hvorfor problemerne skal løses ved at fremvise politikernes artikulationer heraf. Artiklens sidste afsnit er en afsluttende og kritisk perspektiverende diskussion af de tre elementer, der fremanalyseres i lyset af Bacchis teoretiske perspektiver .

Hvem og hvad udgør problemet?: De risikable, de syge, de sårbare og de farlige

Politikkerne fremstiller problemet om personer med psykisk lidelse som værende delt ind i forskellige diagnostiske kategorier, der repræsenterer forskellige tilstande, men også forskellige grader af alvorlighed. Repræsentationen af bredden af

diagnoserne og muligheden for, at det problematiske subjekt kan være kendetegnet af at lide af flere forskellige sygdomme i varierende sværhedsgrad på samme tid, gør det vanskeligt at bestemme problemets præcise omfang (det præcise antal syge). Det forklarer samtidig også, hvorfor politikkerne benytter en generisk og flydende begrebsliggørelse af subjektet med psykisk lidelse. Fx redegøres der for, at *"Psykiske lidelser udgør en bred gruppe af tilstande, og der er en glidende overgang fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlig psykisk sygdom"* (Regeringens udvalg for psykiatri, 2013: 10).

Ved at gøre mennesker med psykiske lidelser til målgruppen for politikkerne, positioneres dokumenternes subjekt indirekte som det modsatte af et ideal-subjekt. Derved opererer politikkerne med en binær problemforståelse. I den forstand opererer politikkerne med et implicit modsætningsforhold mellem den afvigende og problematiske målgruppe og det nutidige, kulturelle ideal for en normal eller god samfundsborger, som det problematiske subjekt bør stræbe efter at blive (Petersen 2016). I adskillelsen af det afvigende fra det normale bruger politikkerne ofte en flydende eller vag terminologi. Ordet sårbar, eller tidsvis svag, bliver brugt til at betegne subjektets personlige begrænsninger og begrænsede evner og muligheder for at håndtere sine lidelser. På individniveau henviser politikernes brug af den vage og generiske terminologi til gruppens fravær af personlig arbejds-evne, evne til at træffe 'hensigtsmæssige' beslutninger om fx motion, rygning og brug af alkohol og stoffer og individets manglende motivation til at spise sundt og modvirke overvægt. Samtidig bruges terminologien også til at betegne gruppens begrænsede muligheder for at være normal pga. af subjektets marginaliserede position i familien, i skolen og i samfundet generelt. Endelig benyttes terminologien til at betegne problem-subjektets hyppige kontakt til beskæftigelsesystemet, det psykiatriske og somatiske behandlingsapparat, stofbehandlingssystemet og andre velfærdsmyndigheder som fx kriminalforsorgen (Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Sundhedsstyrelsen, 2009; Regerings udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012).

Fremfor at referere til specifikke diagnoser eller sygdomme repræsenterer politikkerne således sit problem-subjekt som personer med psykisk lidelse ved hjælp af generiske og humaniserende termer. Det omfatter, at subjektet med psykisk lidelse ikke fremstilles ved hjælp af en deterministisk og biomedicinsk betegnelse af personens diagnose som for eksempel 'skizofren' eller 'bipolar'. Politikernes betoning af det syge subjekts valgmuligheder signalerer derimod, at der er tale om en kendt fremstilling af et neoliberalt forbruger-subjekt (consumer), hvis psykiske lidelse præsenteres som en midlertidig tilstand, der skygger for, at personen

også har potentiale til at vælge at være autonom og ansvarlig set i velfærdsstatens idealiserede forståelse af en god, resilient, stærk og ansvarlig borger (Oute et al., 2015; Speed, 2006).

Fremstillingen udgør også en ligestilling mellem psykisk sygdom og somatisk sygdom, forstået som noget en person lider af og kan blive helbredt for (Regeringen, 2018). Den logik bliver mere og mere dominerende igennem perioden. Denne karakteristik af personer med psykisk lidelse gør dem til generiske subjekter for det sundhedspolitiske imperativ, hvor subjektet, i modsætning til det passive medikaliserede subjekt (Oute et al., 2015; Speed, 2006), kan gøres personligt ansvarlig for at identificere, forebygge og modvirke egen psykisk lidelse og somatisk sygdom i statens tjeneste.

Denne repræsentation af problemet betyder, at politikkerne også orienteres mod en gruppe af mennesker, som hævdes at være potentielt hastigt voksende. Gruppen fremstilles dels som værende i risiko for at udvikle psykisk mistrivsel og sygdom og dels som værende i høj risiko for at blive en byrde for det samlede velfærdssystem. Mens risikoen for mistrivsel og sygdom ses som en potentiel byrde for personen på individniveau, består de mulige byrder for staten og samfundet af det risikable subjekts potentielle arbejdsløshed, sygefravær, benyttelse af forskellige velfærdsydelse som kontanthjælp eller sygedagpenge og behov for langsigtede behandlingstiltag.

”Psykiske lidelser udgør i dag årsagen til en betydelig del af det samlede sygefravær. Herudover er der en stigende andel unge mennesker, der aldrig får fodfæste på arbejdsmarkedet som følge af mentale helbredsproblemer eller psykiske lidelser. Der er dermed ikke nogen tvivl om, at mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser er forbundet med store menneskelige og samfundøkonomiske konsekvenser.” (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013: 10)

Selvom det er uklart hvor mange af disse, der har brug for reelle forebyggelses- og behandlingstiltag, for slet ikke at tale om specialiseret, psykiatrisk behandling, bliver dokumenternes subjekt til som en effekt af en generel skræk-fortælling om potentiel øget og omkostningsfuld psykiatrisk og somatisk sygelighed i befolkningen, som kommer til udtryk i politikkerne i perioden.

I den sidste del af perioden begynder der – i tillæg til fremstillingen af den generiske og risikable målgruppe bestående af mennesker med psykisk sygdom – at dukke en ny målgruppe op i dokumenterne. Der er tale om en gruppe af personer, der på grund af deres kompleksitet og evt. rusmiddelindtag portrætteres som væ-

rende farlige for både sig selv og ikke mindst for det personale, der skal arbejde med dem i socialpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien:

“En del af de allermest udsatte borgere med svære psykiske lidelser, udadreagerende adfærd og ofte også et misbrug bor på kommunale socialpsykiatriske botilbud (...). Udfordringerne i forhold til denne del af målgruppen har ulykkeligtvis ført til flere tragiske hændelser, hvor borgere med svære psykiske lidelser har udsat medarbejdere og øvrige beboere på botilbud for vold, trusler og i enkelte tilfælde også drab. Vi skal gøre alt, hvad vi kan for, at det ikke sker igen.” (Regeringen, 2018: 46)

Når man sammenligner politikernes fremstillinger af denne særlige gruppe med deres generelle artikulation af det psykisk syge subjekt i ovenstående citater, så fremstår det som om, at udskillelsen af denne gruppe afspejler en subtil udvikling henimod, at omkostningsfulde og særligt farlige personer med psykisk lidelse hverken frivilligt ønsker eller længere kan forventes at have potentiale til at kunne blive inkluderet i samfundet og håndtere retten til selvbestemmelse (Møllerhøj & Johansen, 2017). Beskrivelsen af denne gruppe patienter i psykiatrien er meget konkret. Det farlige og særligt omkostningsfulde subjekt artikuleres som havende mere kroniske, alvorlige og komplekse lidelser og som havende mange kontakter med både behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og andre offentlige instanser igennem en lang årrække (Regeringen, 2018). Politikkerne tegner et billede af, at en del af disse personer har begået forskellige former for kriminalitet og derfor er blevet idømt en retspsykiatrisk særforanstaltning.

Politikkernes velfærdsrationale repræsenterer derved en flertydighed i deres samlede problemforståelse: Mens personer med psykisk lidelse generelt ses som potentielt selvansvarlige og selvstyrende, portrætterer politikernes problemforståelse samtidig en række udfordringer, der skal tages politisk hånd om. De omfatter spørgsmålene om, hvorvidt potentielt farlige og særligt omkostningsfulde subjekter bør have ret til selvbestemmelse, om de udskrives for tidligt, om tvang(s) (-fiksering, -indlæggelse, -medicinering) reelt bør benyttes i et større omfang, om der er blevet nedlagt for mange psykiatriske senge, og om det tværsektorielle samarbejde mellem behandlingspsykiatriske afdelinger, socialpsykiatriske botilbud og andre offentlige instanser fungerer tilfredsstillende for både individet, men særligt staten. I forhold til repræsentationen af netop dette problem-subjekt fortoner den humaniserende og demokratiserende fremstilling af subjektet som værende potentielt selvbestemmende, ligeværdig, frivillig, deltagende, inkluderet og ligestillet sig til fordel for den modsatte forståelse af et højrisikabelt, komplekst og farligt afvigelses-subjekt, der kræver øgede tvangsforanstaltninger.

Politiske redskaber: Fra civil risikohåndtering og forebyggelse til øget tvang overfor farlige og komplekse borgere

De interventioner, der typisk foreslås som svaret på problemet i politikkerne, lægger gennemgående stor vægt på den enkelte persons og civilsamfundets individuelle ansvar i håndteringen af problem-subjektets lidelse og risikoadfærd. I den overordnede metodiske strategi bliver staten derved i vid udstrækning frigjort fra ansvaret for at håndtere den byrde, som den voksende andel af befolkningen med psykisk lidelse potentielt set repræsenterer (Sundhedsstyrelsen, 2012; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Dette refererer tilbage til den dominerende fremstilling af politikernes subjekt, som netop repræsenterer en person, der frivilligt, ansvarligt og autonomt kan og bør vælge at tilpasse sig samfundets behov for effektivt at minimere risici ved at overvåge, håndtere og ideelt set forebygge egen og andres lidelse, sygdom og forbrug af offentlige ydelser i statens tjeneste.

“Borgerens sundhed og trivsel er et fælles anliggende for den enkelte, familie og netværk, lokalsamfundet, kommuner, regioner og stat. Den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som skaber sundhed og trivsel. Mens staten sætter de overordnede rammer for sundheden, har kommunerne ansvar for at sikre sunde rammer og tilbud i lokalområdet, der fremmer sundhed og forebygger sygdom.”

(Sundhedsstyrelsen, 2012: 7)

Det forudsætter, at subjektet fremstilles som en person, der frivilligt og selvstændigt kan være ansvarlig for at vælge hensigtsmæssige og sunde handlinger i livet - set i statens perspektiv. Statens og det regionale og kommunale systems ansvar fremstilles som det at levere ydelser, der understøtter, at den enkelte aktør i civilsamfundet kan opspore, behandle og forebygge sygdom og aktivt deltage i målrettede behandlingsmæssige og rehabiliterende indsatser. Dette mere begrænsede systemiske ansvar til at sikre kvalitet og effektivitet fremhæves i stigende grad gennem perioden og er derfor særligt tydeligt i de nyeste dokumenter (Sundhedsstyrelsen, 2018; Regeringen 2013; 2014b; 2018).

På individniveau betoner alle politikernes bud på konkrete redskaber til at understøtte den enkeltes frivillighed, ansvar, deltagelse, individets selvbestemmelse og ret til informeret samtykke. Dette fokus gennemstrømmer politikernes repræsentationer af en længere række beslægtede, person-centrerede tilgange som recovery, patient- og pårørendeinddragelse, indsatser til nedbringelse af tvang,

partnerskabskontrakter, åben dialog og telepsykiatriske behandlingsløsninger (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012; Socialstyrelsen, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Regeringen, 2016a; 2018), herunder også kampagner rettet mod stigmatisering og social eksklusion (Oute et al., 2015; Taggart & Speed, 2019).

På det systemiske niveau beskriver politikkerne et krav om, at de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er moderne og sikre. Teknikkerne, som orienteres mod at 'fikse' problem-subjektet, inkluderer interventioner, der ikke alene er vidensbaserede og styr- og kontrolbare (manageable), men også kan sikre en høj kvalitet, transparens og tilgængelighed såvel som understøtte sammenhængende interventioner (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012; Socialstyrelsen, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015; Regeringen, 2016a). På dette niveau fremstilles en række tiltag, som lever op til disse krav. Politikkerne fremhæver, hvordan fx nedbringelse af tvang og recovery-skoler er vigtige redskaber i den hospitalsbaserede psykiatri, mens shared care, op søgende teams (fx F:ACT), liaison psykiatri og koordinerende indsatser i stigende grad bliver væsentlige uden for eller i forlængelse af de psykiatriske behandlingsinstitutioner. Indsatserne fremstilles som et samlet og særligt egnet bud på at øge og effektivisere det tværsektorielle samarbejde og overkomme skellet mellem region, kommune og frivillige aktører i civilsamfundet.

"For at sikre en bæredygtig og effektiv indsats af høj kvalitet er det væsentligt, at der er fokus på såvel den tidlige og forebyggende indsats, som på sammenhængende og samtidige indsatser for mennesker med psykiske vanskeligheder og begyndende psykisk sygdom. Det vil sige, at der er fokus på den recovery-orienterede og rehabiliterende indsats, som har fokus på muligheden for at komme sig og vende tilbage til en hverdag med uddannelse eller arbejde og socialt netværk." (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013: 15-16)

Samlet set portrætterer politikkerne, hvordan velfærdsprofessionelle fra regioner og kommuner og civile aktører som fx pårørende, peers og bruger- og idrætsorganisationer bør have fokus på recovery, dialog, tværsektorielt samarbejde og samskabelse. Dette for at sikre, at beskæftigelsesrettede, forebyggende, sundhedsfremmende og kvalitetssikrende tiltag - fx behandlings- og forebyggelsespakkerne - får effekt for både individ og stat helt ude i civilsamfundet (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012; 2018; Socialstyrelsen, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Regeringen, 2016a).

I slutningen af perioden begynder politikernes repræsentationer af håndteringen af omkostningsfulde og særligt farlige personer med psykisk lidelse også at reflektere en flertydighed. På den ene side går den generelle tendens i retning af at nedbringe brugen af tvang og betone civile og frivillige aktørers deltagelse og ansvar for tidlig opsporing, forebyggelse og behandling. På den anden side fremhæver politikkerne en række værktøjer, som dels er knyttet til håndteringen af denne særlige gruppe af farlige og komplekse personer, og dels at staten, og ikke civilsamfundet, netop overtager ansvaret for håndteringen af det højrisikable problem-subjekt: Flere sengepladser i almen-psykiatrien og oprettelsen af de 150 særlige pladser (Regeringen, 2018; 2019), hvor der vil være mulighed for at anvende tvang efter psykiatrilovens bestemmelser, understregningen af behovet for samarbejde mellem regionale behandlingsinstitutioner og kommunale myndigheder som stofbehandling og kriminalforsorgen (Regeringen, 2018) og brugen af helt konkrete indsatser som kropsscannere og narkohunde (Regeringen, 2019).

Hvorfor skal problemerne løses? Øget beskæftigelse, risiko- og forbrugsminimering og sikkerhed

Gennem perioden benytter politikkerne en række ækvivalente måder at legitimere interventionerne på. Indsatserne legitimeres, ofte implicit, med henvisning til individets trivsel og velbefindende. Selvom sikkerhedskrav til håndteringen den særlige gruppe af farlige subjekter særligt viser sig i slutningen af perioden, benyttes der et overordnet økonomisk-orienteret argument, som inkluderer en to-delt måde at fremstille indsatsernes berettigelse.

Det økonomiske argument, der bruges til at legitimere indsatserne, handler for det første om øget populationskontrol og forbedring af problem-subjektets beskæftigelsesstatus. Sidstnævnte omfatter at sikre, at gruppen bliver eller forbliver arbejdende og skattebetalende fremfor at øge produktivitetstab og belaste beskæftigelsesystemet som følge af sygemelding og modtagelse af sociale ydelser. Dette gøres ved at fokusere på at minimere risiko for sygdoms opståen, forebygge risikoen for tilbagefald, øge opmærksomheden på tidlig opsporing sygdom og overvågning af særlige risikable subjekter og ved at systematisere den sociale og medicinske regulering af risiko-subjekter.

Det argument går ofte hånd i hånd med beskrivelser af behovet for at sikre de økonomiske gevinster ved at "deinstitutionalisere" det psykiatriske system

(Oute et al., 2015; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013). Politikkerne artikulerer på den måde et flerstrengt sigte mod at optimere velfærdssystemernes samlede kapacitet og samtidig minimere og omkostningseffektivisere de hastigt stigende udgifter forbundet med (tvangs)behandlinger, drift af psykiatriske velfærdsinstitutioner og diagnosticerede personers forbrug af velfærdsstatens kapacitet (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen 2012; Socialstyrelsen, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Regeringen, 2018).

”Samfundsmæssige gevinster ved forebyggelse inkluderer alle direkte, indirekte og afledte gevinster: Bl.a. sparede behandlingsudgifter, undgået tab i produktivitet som følge af sygefravær, førtidspension og for tidlig død, samt trivselsmæssige gevinster for den enkelte og pårørende ved undgået forringet livskvalitet og lidelse.” (Sundhedsstyrelsen, 2012: 7)

Desuden artikulerer politikkerne også et økonomisk incitament for at aftabuisere, modvirke generel stigmatisering af psykisk lidelse og forandre den traditionelle formynderiske behandlingskultur i psykiatrien. Under betegnelserne ligeværd eller ligestilling knyttes argumentet til idealet om egalitarisme, hvor politikkerne beskriver, at mulighederne for behandling af psykisk sygdom bør sidestilles med behandlingen af somatiske sygdomme. Dette fordi forbedret adgang til behandling vil forebygge problem-subjektets potentielle sygelighed og overdødelighed og derved minimere produktivitetstab og økonomiske byrder forbundet med ubehandlede somatiske lidelser som fx diabetes, kardiovaskulære lidelser og lungesygdomme (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012; 2018; Socialstyrelsen, 2013; Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015; Regeringen, 2018).

”Mennesker med psykiske lidelser tegner sig for en stor andel af det totale sygdomsbillede, men området har hidtil haft et efterslæb i indsatsen, når man sammenligner med indsatsen over for fysiske lidelser. (...) Vi skal sikre lige fokus, prioritering og behandling af mennesker, uanset om de lider af psykiske eller fysiske sygdomme.” (Ministeriet for sundhed og forebyggelse m.fl., 2015: 4)

Politikkerne repræsenterer derved et mangefacetteret, men sammenhængende, økonomisk drevet argument. Det handler om, at øget kontrol, effektiv regulering, omkostningsminimering, risikostyring, de-institutionalisering, forebyggelse og ligestilling af sygdomskategorier til sammen vil forbedre og udvikle det psykiatriske område. Den logik kommer særligt tydeligt frem i de nyere politiske dokumenter, som beskriver økonomiske fordele ved tidlig opsporing og identifikation

af (risiko for) psykiske lidelser både blandt børn og voksne. Disse indsatser forventes at medføre store samfundsmæssige gevinster og fremme sårbare børns, unges og voksnes muligheder for at gennemføre skole og uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2018). Til slut i perioden intensiveres kontrol- og effektivitetslogikken også, da politikkerne samtidig repræsenterer en øget politisk villighed til at fratage de særlige højrisiko-subjekters rettigheder og selvbestemmelse for at reducere omkostninger forbundet med håndteringen af dem og minimere risikoen for farlighed.

Derigennem reflekterer politikernes rationaler en stigende tendens til at sigte mod at øge den generelle risikominimering og kontrol af befolkningen og sikre befolkningens aktive beskæftigelse, så borgerne kan yde bidrag til samfundet som skattebetalende borgere fremfor at være en byrde for velfærdsstaten (Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018; Regeringen, 2018). Rationalet tager derved samlet set ikke sigte imod at humanisere og demokratisere traditionelle arbejdsmåder i psykiatrien, som både afkræves af FN (2017) og betones af velfærdspolitikker gennem hele perioden (Bjerge et al., 2019; Oute et al., 2015; Regeringens udvalg om psykiatri, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018; Regeringen, 2018). Snarere reflekterer politikernes rationale retorisk set et implicit logisk sigte mod at omkostningseffektivisere området og forbrugsminimere de omkostninger, der går til det. Det kommer til syne via repræsentationen af intentionen om at kvalitetssikre, individualisere og overdrage, i det mindste dele af, ansvaret for behandlings- og forebyggelsesopgaverne til aktører i civilsamfundet, hvilket implicit både forudsætter anerkendelsen af politikernes ideal-subjekt og den nye arbejdsdeling mellem stat og civilsamfund, som gennemgående præsenteres i politikkerne (Sundhedsstyrelsen, 2018; Regeringen, 2018).

Afsluttende diskussion

Analyserne ovenfor viser, at politikkerne artikulerer udviklingen af et samlet velfærdsrationale, hvor problem-subjektet – det vil sige gruppen af personer med psykiske lidelser og til tider andre problemer – beskrives som risikabel, sårbar, syg, omkostningsfuld og indimellem farlig gennem perioden. Brugen af den ofte vage og generiske kategorisering af hovedparten af de mennesker betyder både, at det konkrete antal af mennesker med psykiske lidelser er ukendt i politikkerne, mens politikkerne kan tegne et billede af gruppen som værende i hastig vækst og særligt omkostningsfuld. Denne problemforståelse gør sig gældende

parallelt med, at repræsentationen af gruppen også omfatter en fortælling om, at problem-subjektet kan gøres personligt ansvarlig for at identificere, forebygge og modvirke egen psykisk lidelse og somatisk sygdom i statens tjeneste. I de nyeste politikker ser vi i stigende grad en undtagelse herfra, da de også portrætterer en mindre gruppe af særligt farlige subjekter, som i politikkerne kendetegnes af et øget behov for kontrol og evt. tvangsforanstaltninger. Politikkerne beskriver, at den totale gruppe bedst forandres og kontrolleres via indsatser, som betoner civilsamfundets ansvar, frivillighed og deltagelse, ligestilling af sygdomme, kvalitetssikring og forebyggelse og øget behandlingskontrol. Det problem-subjekt, som politikkerne fortrinsvist centrerer argumentationen om, forventes frivilligt at tage rollen som diagnosticeret eller psykisk syg på sig og aktivt deltage i de tiltag, som politikkerne fremhæver som svaret på de økonomiske risici, byrder og problemer, de repræsenterer for staten. Trods det øgede krav om civile aktørers frivillighed og aktive deltagelse i risikominimering, forebyggelse og rehabilitering, fremstilles staten i perioden som værende i stigende grad villig til at fratage hele eller dele af selvbestemmelsen hos de personer, der defineres som farlige og særligt omkostningsfulde i perioden.

Med de mange humaniserende og person-centrerede indsatser, der beskrives i politikkerne, kan man på den ene side se rationalet som en intention om at reformere (det medicinske paradigme i) det psykiatriske system, herunder at håndtere udfordringer som brug af tvang, overmedicinering, stigmatisering og medikalisering af sociale problemer, som både politikkerne og FN (2017) påpeger. På den anden side har den retoriske artikulation af politikernes rationale og deres vage, men samtidig risiko-fokuserede terminologi med fokus på medicinske sygdomskategorier, nogle logiske effekter: Som set i tidligere velfærdssociologisk forskning på området, ansvarliggøres målgruppen (McPherson & Oute, 2020) og problemstillingen kan således ekspanderes til hele befolkningen og derved bruges som en finmasket social kontrolmekanisme (Rose, 2019). Man kan derfor konkludere, at de sidste ti års velfærdspolitikker bidrager til at ekspandere og stabilisere det eksisterende psykiatriske velfærdsområde snarere end at indfri ambitionen om at reformere det. Det hænger sammen med, at politikkerne på en subtil og retorisk måde reproducerer det etablerede paradigme, forstået som det herskende sæt af forestillinger, normer, værdier, tænkemåder og organiseringsformer om psykisk lidelse og behandling, som allerede informerer det meste af det psykiatriske område i Danmark og Norden i dag.

Repræsentationen af de to problem-subjekter – de 'risikable og sårbare' og 'de komplekse og farlige' – kan samtidig opfattes som de to tilgængelige afviger-po-

sitioner, som politikernes subjekter kan indtage. I så fald signalerer og medproducerer politikerne et særligt scenarie: Hvis personen med psykisk lidelse ikke forener sig med den frivillige, ansvarlige subjekt-position, som aktivt deltager i minimering af sygdomsrisiko og tab af beskæftigelse ved at acceptere og anvende de løsningsmodeller, som politikerne stiller til rådighed, kan subjektet potentielt betragtes som tilhørende den ikke-frivillige, ikke-deltagende og ikke-ansvarlige gruppe, som er farlig, kompleks og for omkostningsfuld for staten. Rationalet signalerer derved et ideal om, at staten legitimt kan fratage personer med psykisk lidelse deres frihed, selvbestemmelse og rettigheder, hvis de ikke lever op til det neoliberale ideal om at identificere sig som den frivillige, deltagende, omstillingsparate og selvansvarlige samfundsborger (Petersen, 2016; Rose, 2019). I den forstand artikulerer politikerne heller ikke umiddelbart et fornyet og moderne menneskesyn.

I stedet lyder politikernes repræsentationer af problemet som et ekko af to gammelkendte forestillinger om personer med psykisk lidelse (Harper & Speed, 2014; Jacobsen, 2006; Oute & Bjerger, 2017; Speed, 2006). I starten af perioden ser vi dominansen af et individualiserende og nytteoptimerende menneskesyn, som netop er et generisk ideal i neoliberale samfund (Rose, 2019). Det ideal baner vejen for, at vi potentielt også får muligheden for at se bagsiden af dette menneskesyn, hvor personer med psykisk lidelse, der potentielt set kan misbruge sin forbrugerrolles økonomiske frihed og ret til selvbestemmelse, kan vælge at undlade at deltage i behandlingstiltag. Det neoliberale ideal muliggør altså, at personer med psykisk lidelse kan vælge at forvalte sin frihed "uhensigtsmæssigt" ved at være adfærdsmæssig uansvarlig set i velfærdsstatens perspektiv, når vedkommende fx vælger at leve usundt, unyttigt og være voldelig og/eller stof- og alkoholmisbrugende (McPherson & Oute, 2020; Oute et al., 2015; Petersen, 2016; Taggart & Speed, 2019). Senere i perioden, og måske som respons på enkeltindividets "uhensigtsmæssige" forvaltning af sin psykiske sundhed, ses der tegn på et skifte hen imod, at politikerne i stigende grad abonnerer på en pseudohumanistisk repræsentation af den traditionelle psykiatriske subjekt-position.

Som sådan kan ekspansionen af politikernes problemforståelse (der begynder at omfatte de farlige og komplekse) og oprettelsen af de 150 særlige sengepladser sidst i perioden derved udtrykke den politiske fuldbyrdelse af ovenstående scenarie. Derved lyder velfærdsrationalet som et neoliberalt ekko af den svenske psykiater Cullbergs beskrivelse af brugen af psykiatriske diagnoser i den tidligere sovjetiske institutionspsykiatri, hvor politiske afvigere i det kommunistiske regime blevet betegnet som psykisk syge og tvunget til langvarig behandling

(Cullberg, 1994). Udviklingen af politikernes problem-repræsentation indikerer netop opfattelsen af, at socialt afvigende personer med psykisk lidelse, der betegnes som grundlæggende uansvarlige, sårbare og risikable, kan bruges til at legitimere, at staten kan klassificere de ikke-ansvarlige og ikke-frivillige individer som komplekse og farlige og idømme dem ofte langvarig behandling af deres lidelse fremfor straf og fængsling (Jacobsen, 2006; Oute & Bjerger, 2017). Hvorvidt denne udvikling gør sig gældende i alle politikker på området, og hvorvidt det er afsenderens intentionelle strategi, er fortsat uklart og formentlig tvivlsomt. Derfor må fremtidige analyser af kommende politikker vise, om politikernes antydning af dette tilsyneladende skifte fra frivillighed mod øget tvang repræsenterer fremkomsten af en ny problemforståelse og en ny opfattelse af statens rolle på det psykiske sundhedsområde.

Politikkernes fremstillinger af de metodiske strategier peger dog heller ikke på en fornyet eller radikalt anderledes tilgang. Tværtimod er der i højere grad tale om indsatser og tiltag, som vi har kendt gennem mange år. 'Kvalitet i behandlingen' er fx ikke noget nyt ideal, men noget som man har haft som målsætning gennem mange år. Tilsvarende gælder fx 'bedre tværsektorielt samarbejde', der også har været på dagsordenen i hvert fald siden 1980'erne for psykiatriens vedkommende (Bjerger et al., 2019; Bjerger & Houborg, 2019). Men måske kan satsningen på opsøgende F:ACT teams (Lofthus, Weimand, Ruud, Rose, & Heiervang, 2018; Lofthus et al., 2016) og anvendelse af peer-medarbejdere (Slade et al., 2014) både markere et mere substantielt brud med det biomedicinske paradigme på feltet og indikere en mere socialpolitisk betoning af en emancipatorisk og kollektivistisk orientering i arbejdet med mennesker med psykisk lidelse på det psykiske sundhedsområde (Karlsson & Borg, 2017). Hvis sidstnævnte er tilfældet kan det afspejle ansatser til et subtilt skifte fra den neoliberale konkurrencestatsmodel til en mere bæredygtig (sustainable) investeringsmodel på området, som både FN (2017) og flere velfærdsforskere har udpeget som en måde at kombinere neoliberale idealer og sociale orienteringer i velfærdsudviklingen (Esping-Andersen, Gallie, Hemerijck, & Myles, 2002; Willig & Ejrnæs, 2018).

I så fald rejser det nye spørgsmål. Fx vil det blive interessant at se, hvad både udviklingen af den generelle krisetilstand på det psykiske sundhedsområde og den politiske satsning på recovery, frivillighed, selvbestemmelse og deltagelse vil betyde for praktikernes handlemuligheder i det daglige, kliniske arbejde i psykiske sundhedstjenester. Det bliver interessant, da ovenstående analyser og drøftelser kan tyde på, at udviklingerne af velfærdsrationalerne i langt højere grad end tidligere kan placere personer med psykisk lidelse såvel som professionelle, pårø-

rende og frivillige aktører i civilsamfundet i nogle dilemmaprægede og flertydige situationer, hvor de i højere grad må afbalancere forholdet mellem antagonistiske menneskesyn og evidensbaserede medicinske indsatser og social-orienterede tilgange i arbejdet med at hjælpe og håndtere mennesker med psykisk lidelse. Nærværende studie peger derfor dels på et behov for videre analyser af udviklingerne af de ideologiske konflikter, som her er identificeret, og dels peger artiklen på et behov for grundigere etnografisk forskning om, hvordan disse konfliktfyldte og dilemmaprægede diskussioner om de bedste måder at hjælpe mennesker med psykisk lidelse udspiller sig, fortolkes, opleves og prioriteres blandt professionelle, brugere og pårørende i daglig psykiatrisk praksis.

Referencer

- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy : what's the problem represented to be?* Frenchs Forest, NSW: Pearson Australia.
- Bjerge, B., Christensen, L., & Oute, J. (2019). Complex cases – Complex representations of problems. *International Journal of Drug Policy*, 102563. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.011>
- Bjerge, B., & Houborg, E. (2019). *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder* (B. Bjerge & E. Houborg Eds.). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (2015). *Diagnoser : perspektiver, kritik og diskussion*. In (pp. 391 sider). Retrieved from <https://nota.dk/bibliotek/bogid/630625>
- Cullberg, J. (1994). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* (4. udgave, 6. oplag ed.). Kbh.: Hans Reitzel.
- Ehrenberg, A., & Honneth, A. (2010). *Det udmattede selv : depression og samfund*. Kbh.: Informations Forlag.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., & Myles, J. (2002). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Glasdam, S., & Oute, J. (2019). Professionals' involvement of relatives – only good intentions? *Journal of Organizational Ethnography*, 8(2), 211-231. <https://doi.org/10.1108/JOE-01-2018-0003>
- Glynos, J., Speed, E., & West, K. (2014). Logics of marginalisation in health and social care reform: Integration, choice, and provider-blind provision. *Critical Social Policy*, 35(1), 45-68. <https://doi.org/10.1177/0261018314545599>
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Deadly psychiatry and organised denial*. Kbh.: People's Press.
- Harper, D., & Speed, E. (2014). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. In E. Speed, J. Moncrieff, & M. Rapley (Eds.), *De-Medicalizing Misery II: Society, Politics and the Mental Health Industry* (pp. 40-57). London: Palgrave Macmillan UK.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness : how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press

- Jacobsen, C. B. (2006). *Paradoksal psykiatri : etnografiske analyser af samspillet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri : Ph.d.-afhandling*. Kbh.: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery : Traditioner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal.
- Lindgreen, P, Clausen, L, Lomborg, K. (2018). Clinicians' perspective on an app for patient self-monitoring in eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 51: 314– 321. <https://doi.org/10.1002/eat.22833>
- Lofthus, A. M., Weimand, B. M., Ruud, T., Rose, D., & Heiervang, K. S. (2018). "This is not a Life Anyone would want"- A Qualitative Study of Norwegian ACT Service users' Experience with Mental Health Treatment. *Issues Ment Health Nurs*, 39(6), 519-526. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1413459>
- Lofthus, A. M., Westerlund, H., Bjorgen, D., Lindstrom, J. C., Lauveng, A., Clausen, H., Heiervang, K. S. (2016). Are Users Satisfied with Assertive Community Treatment in Spite of Personal Restrictions? *Community Ment Health J*, 52(8), 891-897. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-9994-5>
- McPherson, S., & Oute, J. (2020). Responsibilisation of caregivers in depression: the limitations of policy-based evidence. *Social Theory & Health*. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00136-y>
- Morgan, A. (2015). Is psychiatry dying? Crisis and critique in contemporary psychiatry. *Social Theory & Health*, 13(2), 141 – 161. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.5>
- Møllerhøj, J., & Johansen, K. S. (Producer). (2017, 050417). Inklusion gælder ikke for de alvorligt psykisk syge. *Altinget*.
- Oute, J., & Bjerge, B. (2017). Kønnede rationaler om depression og rusmidler i behandlingspsykiatrien. In V. A. Frank, T. F. Søgaard, & J. Bjonness (Eds.), *Køn og rusmidler : brug, behandling og kontrol* (nr. 5 ed., pp. 131-148). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Oute, J., & Bjerge, B. (2019). Ethnographic reflections on access to care services. *Journal of Organizational Ethnography*, 8(3), 279-297. <https://doi.org/10.1108/JOE-12-2017-0064>
- Oute, J., Huniche, L., Nielsen, C. T., & Petersen, A. (2015). The Politics of Mental Illness and Involvement: A Discourse Analysis of Danish Anti-Stigma and Social Inclusion Campaigns. *Advances in Applied Sociology*, 5(1). doi: 10.4236/aasoci.2015.511026.
- Oute, J., & Rudge, T. (2019). Tinkering with care values in public and private organizations. *Journal of Organizational Ethnography*, 8(3), 245-252. <https://doi.org/10.1108/JOE-10-2019-077>
- Petersen, A. f. (2016). *Præstationssamfundet*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Reinholdt, M. (2013). *ADHD In Historical and Comparative Perspective: Medical, Educational and Public Approaches to Childhood Hyperactivity in the US and the UK, 1960-2010* (PhD), The University of Manchester, Manchester. Retrieved from <https://www.escholar.manchester.ac.uk/jrul/item/?pid=uk-ac-man-scw:188486>
- Reinholdt, M. (2018). Anticipating psychosis: The Copenhagen High-Risk Project and the dream of the prevention of schizophrenia. *History of the Human Sciences*, 31(2), 106-127. <https://doi.org/10.1177%2F0952695118756537>
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future : the politics of mental health*. Cambridge, UK, Medford, MA: Polity Press.
- Shore, C., & Wright, S. (1997). *Anthropology of policy : critical perspectives on governance and power*. London: Routledge.

- Shore, C., Wright, S., Però, D., & European Association of Social, A. (2011). *Policy worlds : anthropology and the analysis of contemporary power*. New York, N.Y.: Berghahn Books.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *13*(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Speed, E. (2006). Patients, consumers and survivors: a case study of mental health service user discourses. *Soc Sci Med*, *62*(1), 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.025>
- Speed, E., & Gabe, J. (2013). The Health and Social Care Act for England 2012: The extension of 'new professionalism'. *Critical Social Policy*, *33*(3), 564-574. <https://doi.org/10.1177%2F0261018313479010>
- Speed, E. & Taggart, D. (2019). Stigma and Mental Health: Exploring Potential Models to Enhance Opportunities for a Parity of Participation. *Journal of Ethics in Mental Health*, *10*, 19. <https://jemh.ca/issues/v9/documents/JEMH%20Inclusion%20vii.pdf>
- United Nations (2017) World needs "revolution" in mental health care – UN rights expert, Official press release, accessed the 10.3.2021 at: OHCHR | World needs "revolution" in mental health care – UN rights expert
- Willig, R., & Ejrnæs, A. (2018). *Flexisme*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Witthøfft, A. (2020). Psykiatriens brugere. *Sygeplejersken*, *120*(8). Retrieved from <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2020-8/psykiatriens-brugere-tegner-fremtidens-psykiatri>