

Brugerstyrede Indlæggelser

Mellem "gammel" og "ny" psykiatri

Mari Holen¹
Agnes Ringer²

¹ Center for Sundhedsfremme, RUC

holen@ruc.dk

² Center for Sundhedsfremme, RUC

Holen, Mari & Ringer, Agnes (2021). Brugerstyrede Indlæggelser: Mellem "gammel" og "ny" psykiatri. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 34, 113-132

Brugerinddragelse er veletableret som ideal i psykiatrien og der er store forhåbninger til, at øget brugerinddragelse og inddragelse af brugeres hverdagsliv, vil føre til recovery. I denne artikel analyserer vi brugerinddragelse i praksis og viser hvordan en forestilling om "gammel psykiatri" kontra "ny psykiatri" former hvad brugerinddragelse bliver til i det konkrete møde mellem patienter og professionelle. Artiklen bygger på et etnografisk feltstudie vi gennemførte i 2016 af initiativet Brugerstyrede Indlæggelser (BSI). Vi undersøger hvad BSI gør ved relationen mellem brugere og professionelle, hvor vi især spørger hvilke dilemmaer og paradokser der opstår i positioneringen af brugerne, når man i en hospitalspsykiatrisk kontekst iværksætter en model som giver adgang til at indlægge og udskrive sig selv? Formålet er at indfange de dynamikker som driver eller modgår en forandring mod "ny psykiatri". Analysen viser en række ambivalenser og dobbeltheder i brugernes positioneringer. Brugerne skal på den ene side udleve drømmen om den "nye psykiatri", samtidig som at brugerne har været afhængig af hjælp og en del af psykiatrien længe inden man begyndte aktivt at tale om "ny psykiatri" med selvsansvar, brugerinddragelse, håb og recovery som pejlemærker. Resultatet er en form for "space-in-between", hvor personerne risikerer at havne i en position som ikke-ordinære, ikke-ordentlige eller ikke-synlige patienter. Artiklen

diskuterer således til sidst hvilke ressourcer og liv, brugerinddragelse kræver – og hvem der egentlig får stemme når ”ny psykiatri” formuleres?

Patient-controlled hospital admission Between “old” and “new” psychiatry

User involvement is a well-established ideal in mental health, and it is often accompanied by expectations of recovery. In this article, we focus on user involvement in practice, where we analyze how a notion of “old psychiatry” versus “new psychiatry” informs how user involvement unfolds in specific encounters between users and professionals. The article is based on an ethnographic field study of the initiative “Patient Controlled Hospital Admissions” (PCA) conducted in 2016 in Denmark. We explore how PCA shapes the relation between users and professionals, where we specifically inquire into the dilemmas and paradoxes that arise in the positioning of users, when a model that provides users the right to admit and discharge themselves is launched in an inpatient psychiatric context. The analysis points to several ambivalences in the positioning of users. On the one hand, PCA users are expected to act out the dream of “new psychiatry”; on the other, many have been dependent on help and have been a part of the mental health services long before the emergence of discussions of “new psychiatry” and ideals such as user involvement, accountability, hope and recovery. The result is a type of “space-in-between”, where users risk being positioned as non-ordinary, non-regular or invisible patients. The article finally asks what kind of resources and lives user involvement requires - and who really is given voice when the visions of »new psychiatry« are drawn up?

Indledning

Brugerinddragelse kan ses som et politisk koncept, der sætter sig igennem bredt set i sundhedssektoren, med henblik på at reformere relationerne mellem professionelle og brugere (Holen & Kamp, 2018; Kjær & Reff, 2010; Ringer, 2013; Vrangbaek, 2015). Brugerinddragelse hænger tæt sammen med ideen om empowerment, der overordnet sigter mod at myndig- og mægtiggøre borgeren/patienten - at gøre borgeren/patienten til omdrejningspunktet for sin egen proces - ud fra en antagelse om at borgeren i mødet med de professionelle, institutioner og videnssystemer afmægtiggøres og passiviseres (Mik-Meyer and Villadsen, 2007).

I denne artikel beskæftiger vi os med brugerinddragelse som et koncept som i disse år bringes i spil på tværs af kontekster (især inden for social- og sundheds-

sektoren) med henblik på at reformere disse institutioner. I sit teoretiske arbejde med at forstå hvordan nogle ideer bliver i stand til at rejse på tværs af kontekster over relativt kort tid, understreger Czarniawska & Sevon (2005) koblingen af ideer med modeller, praksisser og metoder som vigtig. Derfor er det også væsentligt at se på hvordan disse idéer konkret sætter sig igennem i bestemte empiriske kontekster og hvordan ideerne ændrer og reformerer praksis i relation til det praksis i forvejen er bærer af.

I en psykiatrisk sammenhæng er brugerinddragelse veletableret som ideal og der er store forhåbninger til, at øget brugerinddragelse og inddragelse af brugeres hverdagsliv, vil føre til recovery (Karlsson and Borg, 2017). Der tegnes konturerne af nye praksisformer under nye betegnelser, som fx psykisk helsearbejde, der har til hensigt at bryde med den gamle psykiatri, som i kravet om noget nyt, ofte får status af at være dehumaniserende, bio-medicinsk, kronificerende og som fratager borgerne mulighed for at få en stemme (Barrett, 1996; Morgan, 2015) .

Psykiatrisk viden og praksis har til alle tider været omdiskuteret. Så længe psykiatrien har haft status som medicinsk speciale, har den også, på en anden måde end andre medicinske specialer, haft status af en praksis som var underlagt kritik både internt og eksternt (Harper, 2011). Måske er det derfor psykiatrien ofte har skullet argumentere for at den ville reformere sig selv; fra noget gammelt til noget nyt (Møllerhøj, 2005).

I denne artikel ser vi på hvordan psykiatrien også i dag står overfor at skulle reformulere sig selv. Vi analyserer dette landskab som defineret af en retorisk figur om en "ny psykiatri", hvori der implicit ligger en forståelse af et brud med noget gammelt (forstået som noget dårligt) (Barrett, 1996). Når vi taler om "ny psykiatri" mener vi ikke en reel ontologisk størrelse, eller nogle bestemte begivenheder der kan opfanges i en tidsmæssig ramme. Figuren "ny psykiatri" kan snarere relativt frit lægges til grund for en lang række forståelser og tiltag, af hvilke empowerment og brugerinddragelse kun er to eksempel, som dermed forstås som nogle der gør op med gamle tiders dårlighed. Vi forstår dermed "ny" og "gammel" psykiatri som både en diffus skillelinje, men samtidig, som vi vil vise i analysen, også en virksom skillelinje, dvs. en figur som gør noget ved hvordan aktørerne kan forstå sig selv og andre.

Artiklen bygger på et studie af en konkret udmøntning af koncepterne empowerment og brugerinddragelse, som en del af figuren "ny psykiatri". I 2016 gennemførte vi et studie af et nyt tiltag i Region Sjælland Psykiatri, Brugerstyrede Indlæggelser (BSI). BSI blev i 2013 iværksat som et SATS-puljeprojekt¹ i en 3-årig periode hvor udvalgte brugere fik mulighed for at indlægge og udskrive sig selv

på psykiatriske afdelinger – de såkaldte brugerstyrede senge. Formålet var at nedbringe tvang, færre indlæggelsesdage, færre genindlæggelser og mindre medicin. Selv om følgeforskningen efterfølgende viste at projektet ikke havde de ønskede effekter (Thomsen et al., 2018), er ordningen alligevel blevet permanent flere steder. Argumentet fra beslutningstagere har været at tiltaget er perspektivrigt i forhold til brugerinddragelse og at især brugerne har været glade for ordningen (Barse, 2018). Vores interviews og observationer bekræfter at BSI har været et populært tiltag. I denne artikel fokuserer vi på hvordan BSI-tiltaget spejles i forestillinger om "ny psykiatri". Vi vil vise hvordan ideerne om "ny psykiatri" former de dilemmaer og ambivalenser der er på spil, når relationen mellem brugere og professionelle skal transformeres, som er selve formålet med brugerinddragelse. Specifikt vil vi se på hvilke dilemmaer og paradokser der opstår i positioneringen af brugerne, når man giver nøje udvalgte borgere adgang til at indlægge og udskrive sig selv.

At indføre øget brugerinddragelse kan være en konfliktfuld og modsætningsfuld proces, også for brugere. På den ene side anskues psykiatriske brugere nogle gange som ikke-fornuftige og irrationelle subjekter, og deres meninger og ønsker kan blive tolket som en del af deres diagnose (Ringer & Holen, 2016; Sverdrup, Myhrvold, & Kristoffersen, 2007). På den anden side kan man argumentere for, at neoliberale transformationer af velfærdsstaten, som brugerinddragelse ofte forbinder sig til, tillægger mennesker en overdreven status som uafhængige og rationelle (ansvar for egen sundhed), som borgerne ikke nødvendigvis ønsker eller kan leve op til (Mik-Meyer and Villadsen, 2007).

Empiri, teori og metode

Materialet vi analyserer består af nøgledokumenter samt interviews og feltnoter fra et lille etnografisk feltarbejde vi lavede i 2016., som led i et eksplorativt studie (Metodeudvikling med patienten som partner), som vi sammen med andre forskere udførte i 2015-16, i samarbejde med Region Sjælland. Her undersøgte vi potentialer og barrierer for regionens forskellige inddragelsesmetoder af langtids-syge borgere/kronikere (Holen and Kamp, 2018). Dokumenterne består foruden beskrivelse af SATS pulje-projektet nationalt og Region Sjællands beskrivelse af udmøntning af projektet regionalt, af patientinformation og hjemmesidebeskrivelser. Hjemmesiden bestod bl.a. af flere små videointerviews med brugere. Vi dybdeinterviewede desuden 2 brugere hjemme (den ene med samboer), 2 projekt-

ledere, der var ressourcepersoner for brugerstyret psykiatri regionalt, 2 brugere i afdelingen, samt 2 professionelle i afdelingen. Dernæst har vi foretaget et kortere feltbesøg i afdelingen, hvor én af brugerne viste os rundt. Vi var sammen med denne bruger det meste af en dag, hvor vi kørte sammen til og fra afdelingen, og foretog både situerede interviews og et båndet dybdeinterview. Idet vi i artiklen er særlig interesserede i kompleksiteter og ambivalenser har vi i vores læsning af det empiriske materiale især udvalgt citater, der peger på spændinger eller modsætninger knyttet til BSI. Alle brugere og professionelle er informeret om undersøgelsen og har givet samtykke. Brugere og professionelle er anonymiseret.

I artiklen trækker vi på ny-institutionel teori, hvor vi ser på hvordan et koncept som brugerinddragelse sætter sig igennem i praksis (Czarniawska and Sevón, 2005). Formålet er ikke at kritisere at nye tiltag ikke kan oversættes 1:1 i sig selv, men at vise hvilke spændinger og nye koblinger et givent initiativ fører med sig, fordi disse kan sige noget vigtigt om feltet i sig selv. Vi trækker også på en foucaulttradition hvor interessen ligger på hvad aktørerne forhandler om (Foucault, 1982; Ringer & Holen, 2021), som nøgle til at forstå deres positioneringer (Davies and Harré, 1990; Willig, 2011), hvor vores fokus i denne artikel er på brugernes positioneringsmulighed. Både ny-institutionel teori og positioneringsteori understreger det vigtige i at forstå forandringer i relation til de konkrete steder/kontekster de er sat til at virke i. Vi starter artiklen med at beskrive den historiske kontekst for brugerstyrede indlæggelser. Beskrivelsen vil især berøre institutionalisering (sengepladser) og brugerinddragelse og hvordan disse aspekter bliver forstået i et "gammel" og "ny" psykiatri prisme.

Bagtæppe – ny og gammel psykiatri

Indtil 1976, hvor nedlukningen af sengepladser tog fart, havde psykiatrien været organiseret i store statsejede hospitaler med mellem 500 og 2.000 indlagte patienter, hvor det totale antal psykiatriske sengepladser i Danmark lå på 12.700 (Lindhardt, 2001). I 2018 var det totale antal sengepladser i voksenpsykiatrien (inklusive retspsykiatrien) 2.677 (Danske Regioner, 2018). En figuren om "ny psykiatri" spillede en vigtig rolle i den historiske nedlæggelse af senge, som en drøm om en mindre indgribende, human og lokal behandling, der gjorde op med en æra af inde-spærring i de store totale institutioner (Goffman, 1961). Økonomiske rationaler om besparelser gik hånd i hånd med aktivistiske og institutionskritiske argumenter i den proces, der blev kendt som afinstitutionalisering, og nedlæggelsen af senge

til fordel for ambulant behandling blev således fremlagt i en proces, der betonedede brugernes myndighed, valgfrihed og ansvar (Hansen, 2008).

Mens psykiatriske afdelinger stadig eksisterer, er deres funktion i dag mindre en længerevarende forvaring end pladser til kortvarige ophold med det formål at udskrive hurtigst muligt ud i samfundet. I 2017 varede det gennemsnitlige ophold på en psykiatrisk afdeling kun 16 dage (Danske Regioner, 2017). Samtidig er antallet af genindlæggelser og ambulante patienter steget betydeligt. Resultatet er, at psykiatrisk personale på sengeafdelinger nu møder en meget skiftende patientgruppe, hvoraf mange konstant bevæger sig mellem forskellige sengeafsnit, kommunal socialpsykiatri distriktspsykiatriske afsnit og ambulatorier.

For de professionelle indebærer den nye arbejdsform ofte at de patienter der ikke kan demonstrere fremskridt og bedring de patienter der opfattes som stillestående eller som nogle der bevæger sig i cirkler, bliver til besværlige svingdørspatienter (Barrett, 1996). Samtidig er diskussionen om manglen på sengepladser blevet en af de centrale politiske diskussioner om psykiatrien i Danmark. I denne diskussion forstås psykiatriens problemer som nogle der udspringer af manglende ressourcer, for få sengepladser, hvor patienter tvinges til at blive udskrevet før de er såkaldt færdigbehandlet. Den vision om psykiatrien der formuleres i diskussionen om manglende sengepladser kan således sidestilles med en slags "mere psykiatri" - en psykiatri, hvor der tilføres ressourcer, en psykiatri som udbygges og hvor der igen bliver mulighed for flere og længerevarende indlæggelser. Parallelt eksisterer der også en vision om en "ny psykiatri" der kan sidestilles med "mindre psykiatri". Kravene kommer fra såvel kritiske psykiatrforskere (Karls-son and Borg, 2017; Rapley et al., 2011; Rose, 2019), politisk hold som fra brugerbevægelser og græsrodsbevægelser, der organiserer sig og kræver et opgør med det som opfattes som umyndiggørende praksisser. Selv om det er tale om meget forskellige udgaver af hvilke ændringer der skal ske i psykiatrien (Rose, 2019), hvoraf nogle ligefremt udelukker hinanden, så kan man overordnet tale om at alle forhåbninger udgør en forestilling om "ny psykiatri", som en mere brugerorienteret psykiatri. "Ny psykiatri" fungerer dermed som løftestang og forhåbning for de ændringer der skal ske. 'Patienten i centrum' er den styrepind som ny psykiatri legitimeres igennem, uden at man er helt enige om hvordan den nye patient eller bruger skal defineres og høres. Det er derfor også særligt interessant at se på hvordan dette nye patientskab (Kjær and Reff, 2010) bliver til, forandrer sig og virker i konkrete praksisser.

BSI projektets politiske målsætning om mindre institutionalisering gennem mere indflydelse indskriver sig i ønsket om en forestillet "ny psykiatri". Rationalet

er at ved at lade brugernes egen-definerede behov afgøre indlæggelse (brugerinddragelse), så vil der ske en fornuftig af-institutionalisering i form af færre indlæggelsesdage (Thomsen et al., 2018)

Brugerstyrede Indlæggelser (BSI) - forskydninger i myndighed

Målgruppen for BSI er patienter med diagnoser som skizofreni, bipolare affektive sindslidelser, svære angstlidelser, svære affektive lidelser samt svære personlighedsforstyrrelser. De visiterede patienter skal have haft mere end 4 indlæggelser eller mere end 2 tvangsindlæggelser de seneste 2 år, eller længerevarende indlæggelser defineret som mere end 30 dage. Desuden skal patienterne vurderes af et team af sundhedsprofessionelle om de kan drage nytte af tilbuddet om brugerstyret indlæggelse (Thomsen et al., 2018).

Når man som bruger har en kontrakt om brugerstyret indlæggelse, er det brugeren der afgør hvornår han/hun har brug for en indlæggelse og hvornår man føler sig klar til at tage hjem igen, indenfor nogle af psykiatrien bestemte rammer. Man kan maksimalt være indlagt i syv dage, og højest 10 gange årligt. Patienter som har det for dårligt til at være indlagt på et åbent afsnit, eller som har brug for længere indlæggelsestid end syv dage overgår til almindelig indlæggelse.

Behandlingen beskrives i informationsmaterialet som fokuseret på "stabilisering af døgnrytmen i form af hvile, god mad og drikke samt fysisk aktivitet", foruden "støttende samtaler" med de tilknyttede kontaktpersoner. Det er den behandlingsansvarlige læge i distriktpsychiatrien, der har ansvar for eventuelle justeringer i medicinen og anden form for behandling (www.regionsjaelland.dk, 2019), og dermed adskiller en BSI-indlæggelse fra en almindelig indlæggelse, hvor ansvaret for medicinjusteringer typisk overgår til den psykiater der er ansat på den pågældende afdeling.

De fire brugere, som vi har interviewet, udtrykker alle stor tilfredshed med BSI, som svarer til hvad andre undersøgelser har fundet (Ellegaard et al., 2020). De er især glade for friheden til at lade sig indlægge uden om visitationen, hvilket konkret betyder at de ikke skal vente på at blive visiteret når de har det dårligt, og potentielt blive afvist. BSI står dermed i kontrast til den sædvanlige indlæggelsesprocedure som Per, én af de brugere vi har interviewet, beskriver:

"Jamen, fordi de andre gange, hvis man har haft det dårligt. Så sidder man jo 5-6 timer inden der kommer nogen."

Under overfladen af tilfredshed med BSI-ordningen, gemmer det sig imidlertid mange ambivalenser og dobbeltheder, som det er grund til at dykke nærmere ned i. Beslutning om indlæggelse og udskrivelse udgør en nøglerolle i sundhedsvæsenet, som typisk er lægefaglig.

Samtidig med at ordningen repræsenterer noget nyt, skal den spille ind i en institutionel virkelighed, der bærer på relativt fasttømrede forestillinger om hvad en psykiatrisk afdeling er. BSI-sengene er placeret i en almenpsykiatrisk afdeling i Vordingborg, Oringe², hvor der har været psykiatrisk behandling siden 1854. Mange af de tilknyttede brugere kender afdelingen fra tidligere indlæggelser, ligesom nogle af dem under projektperioden også har ordinære indlæggelser her. Personalet i afdelingen har udpeget 2-3 BSI – projektmedarbejdere, som fungerer som kontaktpersoner for BSI-patienterne når de er indlagt. Projektmedarbejderne er dog ikke altid på arbejde, hvorfor BSI-patienterne også har kontakt med det almindelige personale. Der er ikke afsat ekstra ressourcer til personalet til BSI-ordningen og dermed det øgede antal patienter. Spørgsmålet er hvad der sker når brugerne får myndighed til at beslutte egen indlæggelse?

Fra patienter/brugere til ordinære/ikke ordinære

Betegnelsen "brugerstyrede indlæggelser" indikerer at initiativet hviler på en tanke om modtagerne, som nogle der *bruger* sundhedsvæsenet og ikke er passive modtagere af hjælp, som patient ofte bliver associeret med (Bernild, 2018). Betegnelser som bruger, modtager, borger, klient, patient er de sidste mange år blevet genstand for politik, både i faglige og politiske kredse (Holen, 2015). Diskussionerne omhandler spørgsmål om passivitet kontra den aktive deltager, om hvordan man aktiverer modtagernes hverdagsliv i hjælpen, om objektivisering og/eller kronificering af modtageren. Ofte laves der et ganske klart skel mellem at se modtageren som enten patient eller borger/ bruger, hvor et begreb som bruger eller borger, vil knytte an til drømmen om ny psykiatri.

Selv om BSI-projektet i dets titel antyder en brugeropfattelse af modtagerne, så er det interessant at bruger og patient på alle niveauer nærmest bruges synonymt i projektet. Her fra informationsmaterialet fra projektet, der netop har fået navnet, Brugerstyrede Indlæggelser:

"Gennem indlæggelsen er der et tæt samarbejde mellem dig som patient, dine pårørende, din primærbehandler i distriktpsychiatrien samt din kontaktpersoner på afsnit S3 indgang 40." (www.regionsjaelland.dk)

Modtagerne bliver ofte omtalt som patienter og de omtaler også i interviews sig selv som patienter, som Anna her når hun siger " (...) de andre patienter, de er også flinke til at hjælpe hvis der er noget". Andre gange bruger hun termen "brugerstyret" om dem der indlagt under denne ordning: "Ja, der er problemer med tosenstuen og at være sammen, når man er brugerstyret". Hvordan man omtaler sig selv eller bliver omtalt af de professionelle, ser med andre ord ikke ud til at være et tema i BSI.

Der er andre, lidt overraskende dikotomier, som i højere grad er på spil i positioneringen af patienterne. Patienterne er under indlæggelse ikke underlagt afdelingens læger, hvilket gør at de fx ikke kan få justeret i deres medicin eller underlægges anden behandling der kræver lægefaglig beslutning (Ringer & Holen, 2021/ upcoming). Den lægefaglige myndighed for patienterne ligger i distriktpsychiatrien, som principielt har ansvaret for behandlingen når patienterne er hjemme. Patientpositionen er dermed formelt set en anden, end hos de andre patienter afdelingen.

Dette kommer i vores studie løbende til udtryk i dikotomien ordinære/ikke ordinære patienter, som bruges af de behandlere vi interviewer, her udtrykt ved social- og sundhedsassistenten Hanne: *"Jeg synes også de ordinære patienter har brugerinddragelse"*. I den følgende analyse vil vi gå lidt tættere på hvad denne dikotomi, kommer til at betyde for patientpositioneringerne.

Forskel/ikke forskel

På den ene side er brugerne af BSI-ordningen glade for den øgede myndighed, men der er omvendt et ønske om at der *ikke skal gøres forskel* på de ordinære og BSI-patienterne i selve afdelingen. En af brugerne vi interviewer, Per, der er begejstret for ordningen, udtrykker dette mest klart ved gentagne gange at understrege, at der ikke bliver gjort forskel på patienterne.

"Men man bliver behandlet på samme måde, som de andre der er indlagte. Der er ikke noget at komme efter. Det er der ikke. Så det... Selvfølgelig man får jo en kontaktperson også. Det er jo fint nok. Det gør de andre også. Dem der er rigtig indlagte. Men

der bliver ikke... Det mener jeg ikke... Der... Der bliver ikke gjort, altså forskel på os. Det gør der ikke."

Ligesom de andre brugere vi interviewer, peger udsagnet på at Per ønsker den samme opmærksomhed som de øvrige patienter – han ønsker grundlæggende ikke en anden type indlæggelse. En anden bruger, Lisa, fortæller, at det hun er mest ked af, er at to af BSI-sengene er på samme rum, så man modsat de andre patienter i afdelingen deler stue.

"I: Tænker du at der er noget andet vigtigt, som vi ikke har talt om som du gerne ligesom vil... Er der noget vi ikke har spurgt dig om?"

Lisa: Ja, der er problemer med to sengsstuen (I: Ja) og at være sammen når man er brugerstyret."

Stine, derimod, som har været en af de regionale ressourcepersoner i BSI-projektet udtrykker at placering af BSI ideelt set skulle have været udenfor de klassiske psykiatriske institutioner fx i en villa, i et andet område end Oringe. Hun mente at en placering udenfor Oringe ville tydeliggøre at det var tale om noget andet end en klassisk indlæggelse, hvor man kunne etablere mere brugervenlighed og mindre psykiatri. Indlejret i disse modsætninger ligger en uforløst spænding om hvordan BSI skal forstås og tolkes, og forskellige forventninger til hvad der dermed udgør en brugbar hjælp. Hvor iværksætterne af projektet ønskede en ordning, der gerne skulle *adskille* sig fra en almindelig indlæggelse, betoner tværtimod flere brugere, at de gerne vil betragtes og behandles som de andre patienter på afdelingen. De fremhæver problemer ved ordningen, der hvor de ikke får det samme som de andre patienter, eksemplificeret ved den upopulære dobbeltstue, som er den eneste flersengstue i afdelingen og som tilhører BSI- ordningen.

Psykiatrisk afdeling/hotel

Man kan tale om at brugerne i BSI befinder sig i en slags "space in between" (Ringer & Holen, 2019), et liminalt rum mellem indlæggelse og hjem, mellem gammel og ny psykiatri, mellem at være ordinær patient og ikke-ordinær bruger. I praksis viser BSI-projektet sig at rumme ambivalenser om hvad indlæggelsen i virkeligheden skal rumme. Helle, en af projektmedarbejderne i afdelingen, fortæller om hvordan behandlingen er svær at få øje på:

"(...) de [brugerne] har været ligesom usynlige i det daglige arbejde også. De er på tavler og i PC 'eren, men de er ikke til stede i diskussionerne. Andet end hvis "åh, nu har hun ringet for 10. gang", ikke sandt."

Nogle af brugerne taler dog om at indlæggelsen typisk ligner sig selv:

"Interviewer: ... Du har nævnt én ting som er at du har kortere indlæggelser. Er der noget andet der er anderledes, eller som du gør anderledes?"

D: Næ... det synes jeg egentlig ikke... Jeg har altid håndarbejde med derned. Så jeg kan jo ikke sidde og lave ingenting. Det kan jeg jo ikke. Så... enten strikker jeg, eller også hækler jeg. Ellers så kan jeg sidde nede i opholdsstuen helt alene. Der er ikke nogen om dagen. Der kommer ikke nogen. Det er først om aftenen de [medpatienter og personaler] kommer ned i opholdsstuen."

Man kan tale om en slags *hotelificering* af det psykiatriske rum som afspejler sig ved at patienterne har en kontrakt (10 indlæggelser pr år à la et klippekort), hvor de blot kan ringe til afdelingen og "bestille plads". Som Inge, en af brugerne siger:

"Jeg kan komme når jeg har brug for det og jeg kan tage hjem hvad dag jeg vil, ikke."

Og hendes samboer supplerer:

"Det er bare om at ringe. Jeg skal høre om der er plads. Bare kom. Vær så god. Færdig. Så bliver hun afleveret, jeg får en kop kaffe, så kører jeg igen."

Denne hotelificering er også indskrevet i afdelingens indretning; på hvert stuebord på de brugerstyrede stuer ligger en lille gæstebog som brugerne kan skrive i, når de er indlagt. Ligeledes fortæller flere brugere, at de, når de ringer ind, forhører sig om det er plads på den attraktive enkeltstue eller om de skal dele rum på dobbeltstuen. Denne dobbelthed, mellem hospital og hotel, er også at finde i informationsmaterialet:

"Stuerne, der er indrettet til at huse patienter med brugerstyrede indlæggelser, foregår på: En enestue og en 2-sengs stue i moderne omgivelser. Der er bad og toilet på stuerne. Der er i alt 3 senge til brugerstyrede indlæggelser foruden 14 senge til ordinære indlæggelser. Der er fælles spise- og dagligstue i afsnittet. I dagligstuen er der fælles tv. og radio. Der er desuden endnu et tv på fællesarealet. Der er vaskemaskine og tørretumbler til rådighed i afsnittet. Til afsnittet hører en have med fælles faciliteter så som rygerareal, havemøbler & tørrestativ."

På den ene side ønsker patienterne altså ikke at det gøres forskel, men omvendt udgør indlæggelsen et "space-in-between", hvor patientpositionen balancerer mellem at være gæst og patient. Denne balancegang illustreres også i de ansattes diskussioner af brugerne.

Legitime/ikke legitime patienter

Personalet i afdelingen inddeler, som før beskrevet, patienterne i ordinære/ikke ordinære patienter, hvor spørgsmålet om ressourcer er et af de centrale spørgsmål. Ressourcespørgsmålet manifesterer sig i forhold til at personalet ikke har fået tilføjet ekstraressourcer til at tage sig af BSI-brugerne, hvilket udgør et problem når de fx kun er i afdelingen få timer, fordi det kræver den samme administrative tid at indlægge og udskrive både ordinære og ikke ordinære.

"Men det er alligevel nogle opgaver som er tidskrævende. Vi skal dokumentere lige så meget på en brugerstyret, som vi skal på en ordinær. Og det kan godt tage lidt tid og specielt hvis de kun er indlagt en halv dag og så vælger at blive udskrevet. Så kan man bruge rigtig meget tid. Så man kan da godt synes at det har taget noget mere arbejde, end... end det ville, hvis man havde 15 ordinære. Det er i hvert fald min mening."

Her antydes at arbejdet med BSI-brugerne ikke bare føles som et for tidskrævende ekstraarbejde fordi de nogle gange "kun er indlagt en halv dag". Citatet hviler på et lignende synspunkt, om at der ikke bør være forskel på patienterne, som tidligere udtrykt af brugeren Per, blot her formuleret som at det for frontmedarbejderne i afdelingen i sig selv er besværligt med flere kategorier patienter i afdelingen.

I spørgsmålet om ressourcer ligger imidlertid også et andet spørgsmål; som kobler sig skismaet mellem brugerne som hhv. patienter eller gæster, nemlig hvem der er mest trængende og dermed mest *legitim* i afdelingen. Når BSI-brugerne har fri (eller næsten fri) adgang gennem deres klippekort, og når deres stuer er blevet indrettet med gæstebøger som et hotel rejser sig et implicit spørgsmål om de reelt kan anses at være lige så legitime patienter på afdelingen. En af de behandlere vi interviewer rejser dette tema når hun fortæller, at hun opfatter, at flere brugere lader sig indlægge sidst på måneden når pengene er små:

"De mangler penge, de mangler mad. Det er sidst på måneden og så kommer de her. Det er sådan meget åbent."

Citatet peger på at årsagen til indlæggelse bliver et mere åbent og tvetydigt spørgsmål, når det ikke længere er de professionelle som på baggrund af medicinske kriterier og kapacitet beslutter hvem der skal indlægges eller ej. Selve ideen i projektet er at brugeren er ekspert og ved, hvornår han/hun har brug for en indlæggelse. Men det kan tolkes som at når indlæggelsen sker uden om en lægefaglig vurdering, så kan det blive vanskeligt for en bruger at opnå den samme grad af legitimitet. Spørgsmålet om patientens ekspertise bliver dermed til forhandling, og i citatet antydes der, at pengeproblemer sidst på måneden ikke er en legitim grund til indlæggelse, hvor man kan tolke at sygdomsindsigt og compliance modsat er efterspurgt. Det kan derfor, som citatet viser, blive set på med en vis skepsis, hvis brugernes vurdering af deres behov for indlæggelse adskiller sig fra de professionelle. Dette illustrerer det uklare mellemrum, "space-in-between", eller liminalitet, som brugerne befinder sig i.

Compliant patient eller pilot i eget forløb

En af idéerne i projektet er, at brugerne kan bruge indlæggelsen forebyggende, så de måske kan undgå en ordinær indlæggelse, som ofte også vil være af længere varighed. Beate, som er sygeplejerske i afdelingen, udtrykker det sådan:

"Det har været godt for nogle som kan... Som er gode til at skelne deres diagnose med deres symptomer, som er bevidste om hvornår er det nu jeg har behov for at komme ind at få den ro og hvile, som har... Som man skal have... Fordi hvis de kommer ind når de er for dårlige, så... Jamen så har de ikke... Så får de ikke den optimale pleje eller behandling af at være indlagt under brugerstyret. Fordi det lægger den ikke op til. De sk... De... Vi laver ikke om på medicin og de har ikke de samme samtaler med læger, som de har... Så de skal virkelig være... være klar over deres egne symptomer på hvad de har behov for når de kommer ind. Og det har vi nogle som... som er lidt... Og måske er det fordi at det er svært at komme ind og på en ordinær seng, normalt. Og så prøver man lidt. Men er man så dårlig så man er selv... er suicidaltruet, jamen så er det ikke en brugerstyret plads, man har behov for."

Selv om brugerne i udgangspunktet er frie til at indlægge sig selv, så peger citatet på en forventning om at brugerne skal balancere mellem ikke at indlægge sig hverken for sent eller af forkerte årsager. Mange brugere har ambivalente følelser i forbindelse med at lade sig indlægge og det kan opleves svært selv at tage initiativ til en indlæggelse. I den forbindelse nævner flere brugere, at BSI-projektmedarbej-

derne over for dem har vægtlagt at de skal lade sig indlægge via BSI før de får det rigtig dårligt, så indlæggelsen kan virke forebyggende.

Per, en af brugerne, fortæller at han altid trækker på det i forhold til at lade sig indlægge. Selv om brugerstyrede indlæggelser typisk er kortere indlæggelser og han slipper for at komme ind "den anden vej", med en uattraktiv visitation, så skal han prikkes til, før han kontakter afdelingen.

"Når jeg så begynder at trække den selv. Det er lige netop det man ikke må. For så kan man risikere at komme ind i den gale bås og så komme den anden vej ind. Det... Det... Det kan jeg... Jeg kan godt forstå det også, men... At så ikke jeg gør det lige helt hver gang. Der har jeg så været heldig at jeg har kunnet nøjes med den uge. Vil jeg sige. Det har... Det har jeg kunnet nøjes med. Men det er jo rigtigt nok. Det er derfor det er lavet, som Sofie [projektlederen] nu siger der. 'Du skal komme noget før, Per'. Når først du... Hvis du mener du er ved at få det dårligt, så skal du komme inden du får det dårligt. Jamen... Jamen det... Det er jo også godt nok."

Per kan ikke rigtig svare på, hvorfor han trækker på det, når vi spørger. Han fortæller at han bliver skubbet til både af de hjælpere, der kommer hver dag ifm. medicindosering, familiemedlemmer og projektmedarbejderne i BSI, før han tager kontakt med afdelingen. Det kunne pege på, at der ligger indlejret en form for forventning om læring i BSI-projektet, som hviler på en patientskoletankegang (Langager, 2017), hvor brugerne skal trænes i at vurdere sig selv og agere efter i udgangspunktet medicinske (videns) forståelser. Patienten som ekspert er således udspændt mellem at være fri til at vurdere sig selv, men samtidig skal vurderingen helst være genkendelig i det selv samme system.

Ikke ordentlige patienter?

BSI-ordningen har mødt kritik blandt de professionelle i afdelingen, en kritik som har overrasket nogle af ildsjælene i projektet, her udtrykt ved én af projektsygeplejerskerne, Helle: *"Jeg synes der har været en ganske sådan meget, hvad skal jeg sige modstand mod projektet på dette afsnit."*

I hendes forståelse beror det på usikkerhed på ordningen:

"Men mit indtryk er at dem [brugerne] som er der, er glade for det. Og at de synes det er en berigelse. (...) Men at de måske ønsker lidt mere opmærksomhed, mens de

er indlagt. Og at der kan de nok føle sig lidt afoist. At der er lidt, lidt tid til det. At de føler sig sådan som... ikke ordentlige patienter."

Udtalelsen reproducerer skismaet mellem at være ordinær/ikke ordinær patient, som vi startede analysen med at diskutere. Det, ikke at være en ordentlig patient, fremstilles måske som det egentlige problem. Men en af pointerne med ny psykiatri, er jo også et opgør med patientrollen, hvor patienter skal blive til brugere, der skal være de aktive, og dermed adskille sig fra hvad man før har forstået ved patientpositionen.

Denne ambivalens er også at spore i brugernes fortælling, om end i en lidt anden variant. De patienter, som tilbydes BSI ordningen, har en lang psykiatrisk historie, og flere har haft psykiatrien som en fuldstændig integreret del af deres liv i mange år. De har været en del af dette behandlingsregime, og den måde at se sig selv på – længe inden man begyndte aktivt at tale om "ny psykiatri" med selvansvar, brugerinddragelse, håb og recovery som pejlemærker. Det er hellere ikke disse imperativer som står centralt i deres fortællinger om BSI og deres vej i psykiatrien, her eksemplificeret ved Inge, der i starten af interviewet præsenterer sig selv:

"Som sagt er jeg bipolar og har været det i 40 år. Og jeg har haft mange indlæggelser. Mest med depressioner. Men i de senere år har der været... har der været manier. Men nu er det ligesom det er begyndt at klinge af."

Symptomerne er her noget der kommer og går, og som nu er ved at klinge af, uafhængig af om Inge har håb eller ej. Samtidig definerer brugerne ikke deres liv entydigt med psykiatriske termer og forståelser. Faktisk relaterer alle de informanter vi har interviewet til dette projekt, deres problemer til dårlige relationer og vilkår i livet. Inge fortæller om et liv med et for stort ansvar (for børn og arbejde) i forhold til de omstændigheder hun har haft (vold, druk, trusler, krav fra skiftende mænd), og hvor psykiatrien med tiden har givet hende ro til at slippe ansvaret, "jamen ansvaret bliver taget fra en, ikke, så man kan slappe fuldstændig af, ikke. Man behøver ikke at bekymre sig om noget. Så det... Det gør personalet. (...)"

Hun forklarer at hun er glad for de kortere indlæggelser som BSI-projektet indebærer efter at have fået et velfungerende hjem med en stabil samboer " (...) fordi at baglandet er... er i orden, ikke. Det derhjemme. Det er i orden, ikke. Der er en jeg kan stole på, ikke. Han drikker ikke og han slår ikke og... at du selv kan bestemme hvor længe du skal være der. Samboeren supplerer: "Man har ikke den der trussel hængende over hovedet, du bliver sendt hjem i morgen."

I Inges fortælling om sig selv ses psykiatriske indlæggelser som intimt og naturligt sammenvævede med livet, hvilket ikke er noget hun problematiserer eller har planer om skal ændre sig i fremtiden. Denne sammenvævning finder vi i alle brugernes historier. De er alle gode til at begå sig i en psykiatrisk afdeling, hvor de taler med alle, og kan siges at passe ind i den "gamle generations patienter" som en medarbejder udtrykte det i en tidligere undersøgelse (Ringer, 2013). Det er patienter som er vant til at gøre psykiatrien til en del af sit liv, som ofte ser afhængighed af institutionen som et livsvilkår og ser sig selv som kronikere.

Det er ligeledes i høj grad dette sprog som kvalificerer dem til BSI-projektet, og til at optræde som legitime brugere i denne sammenhæng. Men fra et perspektiv om "ny psykiatri" bliver præcis denne sprogbrug og forståelse af sig selv problematisk, fordi sproget og problemopfattelsen kan virke hæmmende for det man opfatter som recovery. Den nye psykiatri vægtlægger i høj grad håb som noget ud over psykiatrien selv, og forstår det at komme sig som at blive uafhængig af institutionen og professionelle relationer - som netop er det, brugerne vi har interviewet, har været afhængig af, ny psykiatri eller ej.

Mellem gammel og ny psykiatri – "gamle" patienter i "nye" positioner?

Brugerinddragelse kan ses som en del af det vi tidligere har karakteriseret som "ny psykiatri", som skal give øget indflydelse til borgerne, øget vægt på brugernes ressourcer, af-institutionalisering og mere recovery. BSI-projektet kan ses som et ganske nyt brugerinddragelsesprojekt i denne sammenhæng, som retter sig mod brugere, som har haft psykiatrien tæt inde på livet i mange år. Analysen har vist hvordan den ændrede myndighed til brugerne ansporer til en række ambivalenser og dobbeltheder i mødet med praksis. Brugere skal på den ene side udleve drømmen om den "nye psykiatri". Samtidig havde alle vi mødte været en del af psykiatrien længe inden man begyndte aktivt at tale om "ny psykiatri" med selvansvar, brugerinddragelse, håb og recovery som pejlemærker. Det er hellere ikke disse imperativer som står centralt i deres fortællinger om BSI og veje i psykiatrien

Brugere mødes af professionelle med meget forskellige deltagelsestilbud; fra medicinsk definerede krav om sygdomsindsigt og compliance til definerede krav om selvbestemmelse, afinstitutionalisering (hotelificering) og bedring. Deltagelsestiltuddene rummer forskellige typer af patient/brugerlegitimitet, hvor de re-

elle brugere af BSI-ordningen kan have svært ved at koble sig på nogle af dem. Resultatet er en form for "space-in-between", som personerne hver og især skal udfylde, og som nogle gange gør, at de risikerer at havne i en position som ikke-ordinære, ikke-ordentlige eller ikke-synlige patienter. Udover at nogle af disse betegnelser formelt betegner hvem der er tilknyttet BSI-projektet og hvem der ikke er, så antyder negationerne at BSI-brugerne ikke altid forstås som *noget i sig selv*, men tværtimod i modsætning til afdelingens øvrige patienter. I vores studie viser denne modsætning sig som ambivalent, fordi positionen som anderledes end de andre patienter også bliver set på som en trussel om - med Pers ord: at der bliver gjort forskel.

De klart adskilte og til tider paradigmatisk positioner, som man kan få indtryk af i politiske og faglige debatter om psykiatri, viser sig med andre ord langt mere mangefacetterede i praksis. Dette bekræfter Czarniawska og Sevóns pointe (Czarniawska and Sevón, 2005) om at oversættelsesarbejdet fra koncepter til konkrete praksisser byder på sammensmeltninger og formationer, på differentierede og ofte overraskende måder. Målet med BSI-projektet var oprindeligt at nedbringe tvang, nedbringe medicin og nedsætte antal indlæggelsesdage. Som vi skrev i indledningen, er dette mål ikke opnået. Forskere peger på at det kan være vanskelig at implementere brugerinddragelse i en hierarkisk hospitalsstruktur (Oeye et al., 2009; Storm and Edwards, 2013), og den nemme forklaring ville være, at i en anden ramme, ville BSI-projektet måske være mere vellykket i forhold til de udstykkede mål. Dette studie giver ikke klare svar på det spørgsmål, men kan derimod give anledning til nogle andre typer af refleksioner:

Med et blik lånt fra den australske politolog Carol Bacchi (Bacchi, 2009) er politik en problemdefineringsaktivitet. Med det menes, at politikker ikke bare udstikker løsninger, men i virkeligheden i høj grad definerer problemer. Ser vi på udformningen af det politisk initierede BSI-projekt så er problemet der "for meget psykiatri" (for mange indlæggelser, for meget tvang, for meget medicin). Centralt i problemrepræsentationen er også ønsket om andre typer af brugere; som kan tage ansvar og som ikke skal institutionaliseres, men være piloter i egne forløb.

Brugerne vi har interviewet, er bestemt interesseret i at blive hørt. Flere udtrykker kritik af at blive talt ned til, talt om og ikke med, for meget fokus på medicin, frem for deres samlede situation eller uhensigtsmæssig brug af magt. Men samtidig udtrykker de også at det er godt at medicin fylder, og de har også erfaringer med professionelle der lytter og er omsorgsfulde, også før man kunne tale om "ny psykiatri". Her fortæller Lisa om et møde med en psykiater langt før hun blev tilknyttet BSI-ordningen:

"Han var meget rolig. Han sad ikke og kiggede ned i papirerne hele tiden. Dem lagde han sådan og lå her og 'hej [Lisa] og sid ned og... Nå, jeg skal lige høre om hvordan det går med dig. Hvordan har du det nu her?' Og så lyttede han. Han kiggede på mig og gestikulerede og... Både i sit kropssprog og det han talte om og han lyttede meget. Det var det han ikke hele tiden sad bare og skulle skrive ind i mellem. Det er der mange der gør. Men han sad der og lyttede."

BSI-projektet er modsat flere andre recovery- og brugerinddragelsesinitiativer målrettet en brugergruppe, der sjældent får adgang til eller kan rummes inden for drømmen om den nye psykiatri. Samtidig skal projektet eksistere i en kompleks institutionel virkelighed, der kan siges både at rumme elementer af det der forstås som både "ny" og "gammel" psykiatri. Måske bliver BSI-brugernes position så ambivalent og modsætningsfuld, da de ikke helt kan passe ind i rammerne for de nye visioner. Det er samtidig for enkelt at påstå at en lang livsbane forbundet med den traditionelle psykiatri, gør dem ikke-modtagelig for ny psykiatri.

Med stigende social ulighed i sundhed (Vallgård, 2019), vil behovet for at hjælpe mennesker med alvorlige psykosociale problemkomplekser, ikke forsvinde. Vi vil derfor også i fremtiden se mennesker med en lang livshistorie som sammenvævet med institutioner og professionel hjælp, og som måske ikke bærer et håb eller en forventning om en fremtid uden hjælp. Hvordan kan vi sikre disse mennesker stemme og plads i en fremtidig psykiatri uden at stemple deres liv eller håb som forkerte – eller gøre dem usynlige i kraft af positioneringer som ikke-patienter eller ikke-brugere, som vores studie viser opleves som den største trussel? Hvordan kan det skabes plads i velfærdssamfundet til at rumme også nogle, der fx har brug for indlæggelser som er socialt og økonomisk betinget? Velfærdssamfundet har svært ved at behandle de strukturelle vilkår som patienterne lever under, og som bidrager til mange af disse menneskers deroute, men for de brugere vi interviewede, er disse reelle, og nogle gange de mest presserende. Vores studie rejser derfor spørgsmålet om hvilke ressourcer det kræver at blive en del af recoveryprojektet /den ny psykiatri?

Noter

¹ SATS-puljeprojekter er særlige sociale initiativer, der typisk er treårige, og er målrettet svage og udsatte grupper samt personer på overførselsindkomst. Hvert år aftaler partierne bag satspuljeforliget, hvordan de årlige satspuljemidler skal fordeles på baggrund af en række ansøgninger.

- ² Psykiatrien Syd, Vordingborg, er placeret i Oringe, der blev bygget i 1857 som en sindssygeanstalt. Placeringen på halvøen Oringe var nøje udvalgt; isoleret fra omverdenen i smuk natur, men alligevel tæt på anden beboelse.

Referencer

- Bacchi, C., 2009. *Analysing Policy: What's the problem represented to be?*, 1st ed. Pearson Australia, Frenchs Forest.
- Barrett, R., 1996. *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia: An anthropological study of person and illness*. Cambridge University Press, New York.
- Barse, M., 2018. *Patientstyrede indlæggelser i psykiatrien mindsker ikke tvang*. *videnskab.dk*. <https://doi.org/https://videnskab.dk/krop-sundhed/patientstyrede-indlaeggelser-i-psykiatrien-mindsker-ikke-tvang>
- Bernild, C., 2018. Patientbegrebet, in: Danbjørg, D.B., Twistholm, N. (Eds.), *Patient: Grundbog i sygepleje*. Munksgaard, København, pp. 55–75.
- Czarniawska, B., Sevón, G. (Eds.), 2005. *Global ideas: How ideas, objects and practices travel in the global economy*. *Advances in Organization Studies series*. Liber and Copenhagen Business School Press, Malmö.
- Danske Regioner, 2018. *Notat. Opdaterede psykiatrital for 2018*.
- Danske Regioner, 2017. *Benchmarking af psykiatrien 2017*.
- Davies, B., Harré, R., 1990. Positioning: The Discursive Production of Selves. *J. Theory Soc. Behav.* 20, 43–63.
- Ellegaard, T., Bliksted, V., Mehlsen, M., Lomborg, K., 2020. Feeling safe with patient-controlled admissions: A grounded theory study of the mental health patients' experiences. *J. Clin. Nurs.* 29, 2397–2409. <https://doi.org/10.1111/jocn.15252>
- Foucault, M., 1982. The Subject and Power. *Crit. Inq.* 8, 777–792.
- Goffman, E., 1961. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, Garden City N.Y.
- Hansen, T., 2008. Selvudviklingens opkomst i psykiatrien, in: Brinkmann, S., Triantafillou, P. (Eds.), *Psykens Historier i Danmark: Om Forståelsen Og Styringen Af Sjælelivet*. Samfundslitteratur, Frederiksberg.
- Harper, D., 2011. The Social Context of Paranoia, in: Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (Eds.), *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Cognition*. Palgrave Macmillan, London; New York, pp. 53–56.
- Holen, M., 2015. Patientinddragelse som politik - hvordan blev det muligt og hvad bliver det til? *Gjallerhorn* 20, 37–47.
- Holen, M., Kamp, A., 2018. Brugerinddragelse – ny professionalisme og nye omsorgsrum? *Nord. velfærdsforskning | Nord. Welf. Res.* 3, 47–57.
- Karlsson, B., Borg, M., 2017. *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kjær, P., Reff, A. (Eds.), 2010. *Ledelse gennem patienten: nye styringsformer i sundhedsvæsenet*, 1. udgave. ed. Handelshøjskolens Forlag, København.
- Langager, S., 2017. Recovery på skoleskemaet. *Dansk Pædagogisk Tidsskr.* 1, 41–48.
- Lindhardt, A., 2001. Den historiske udvikling, in: Blinkenberg, S., Vendsborg, P.B., Lindhardt, A., Reisby, N. (Eds.), *Distriktspsykiatri: En Lærebog*. Hans Reitzels Forlag, København.

- Mik-Meyer, N., Villadsen, K., 2007. *Magtens former : sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*, 1. udgave., ed. Hans Reitzel, København.
- Møllerhøj, J., 2005. *På gyngende grund. Psykiatriens praksisser og institutionalisering i Danmark 1850-1920*. Københavns Universitet.
- Morgan, A., 2015. Is psychiatry dying? Crisis and critique in contemporary psychiatry. *Soc. Theory Heal.* 13. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.5>
- Oeye, C., Bjelland, A.K., Skorpen, A., Anderssen, N., 2009. User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nurs. Inq.* 16, 287–296.
- Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J., 2011. *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Ringer, A., 2013. *Listening to patients: a study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice*. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde.
- Ringer, A., Holen, M., 2021. Discursive Ethnography: Understanding psychiatric discourses and patient positions through fieldwork, in: Brookes, G., Hunt, D. (Eds.), *Analysing Health Communication: Discourse Approaches*. Palgrave Macmillan.
- Ringer, A., Holen, M., 2019. Regulation and resistance in the smoking room at mental health ward: struggles for space 'in-between', in: McGrath, L., Reavey, P. (Eds.), *The Handbook of Mental Health and Space. Community and Clinical Applications*. Routledge, New York, pp. 39–49.
- Ringer, A., Holen, M., 2016. "Hell no, they'll think you're mad as a hatter": Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health* (London). 20.
- Rose, N., 2019. *Our Psychiatric Future. The Politics of Mental Health*. Polity Press, Cambridge.
- Storm, M., Edwards, A., 2013. Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatr. Q.* 84, 313–327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Sverdrup, S., Myhrvold, T.M., Kristoffersen, L.B., 2007. *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*, NIBR rappo. ed. Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo.
- Thomsen, C.T., Benros, M.E., Maltesen, T., Hastrup, L.H., Andersen, P.K., Giacco, D., Nordentoft, M., 2018. Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: a nationwide prospective multicentre study. *Acta Psychiatr. Scand.* 137, 355–363. <https://doi.org/10.1111/acps.12868>
- Vallgård, S., 2019. *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?*, 1. udgave. ed. *Moderne ideer; n.* 15. Information, København.
- Vrangbaek, K., 2015. Patient involvement in Danish Health Care. *J. Health Organ. Manag.* 29.
- Willig, C., 2011. Foucauldian Discourse Analysis, in: *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures i Theory and Method*. McGraw Hill/Open University Press, Maidenhead, pp. 106–124.
- www.regionsjaelland.dk, 2019. *Brugerstyrede indlæggelser - Region Sjælland* [WWW Document]. URL <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/afsnit-s3-vordingborg/brugerstyrede-indlaeggelser/Sider/default.aspx> (accessed 5.27.20).