



FAGSTOFF

Makt og avmakt i psykisk helse- og rustjenester: fra Foucault til Beresford og videre

Mars 25, 2025

Last ned som PDF



Erlend Rinke Maagerø-Bangstad
førsteamanuensis, programansvarlig
SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram
VID vitenskapelige høgskole
erlend.maagero-bangstad@vid.no

Denne teksten er basert på forelesning ved landssamling for SEPREP TU 13.09.24

I dette innlegget vil jeg drøfte ulike aspekter ved makt i psykisk helsetjenester. Jeg legger til grunn at makt og, dets motpol, avmakt, har vært, er og vil fortsette å være, viktige dimensjoner ved alt psykisk helse- og rusarbeid. For min egen del har maktaspekter vært en viktig del av mitt faglige og profesjonelle liv i psykisk helsefeltet, både som leder av slike tjenester, ansvarlig for kompetanseutviklingsprosjekter i Oslo kommune og til slutt som voldsforsker i psykisk helse- og rusfeltet.

Jeg vil låne de karakteristiske og etter hvert svært så velkjente brillene til Michel Foucault for å diskutere ulike aspekter ved makt i tjenestene. Foucault er kjent for sin beskrivelse av hvordan synet på og behandlingen av de gale endret seg i løpet av opplysningstiden fra samfunnsnedbrytende og truende irrasjonalitet, nær-dyriske tilstander, en kvalitativ forskjellighet mellom den galne og den ikke-galne majoriteten og hippokratisk humoralpatologi, eller troen på at ubalanse i de fire kardinalvæskene, blod, slim, gul og svart galle, i kroppen forårsaket galskap. Det sentrale argumentet jeg vil følge i dette innlegget er likevel at Foucault også påpekte at den tilsynelatende humanistiske frigjøringen av de innesperrede og fastlenkede galne som Phillippe Pinel og William Tuke stod for mot slutten av 1700-tallet og i begynnelsen av 1800-tallet egentlig pekte hen imot avvikerens primært moralske mangler og avstedkom nye, mer teknisk-rasjonelt og moralsk begrunnede – og, skal vi se, etter hvert internaliserte – lenker for individet.

Jeg velger å ta utgangspunkt i Foucault først og fremst på grunn av det jeg anser som en ubestridelig kritisk analytisk verdi ved hans intellektuelle arv, i full visshet om at arbeidet denne arven bygger på tidvis er mangelfullt og enkelte steder nær sagt helt fullstendig krise med henblikk på Foucaults arrogante og lemfeldige omgang med kilder, etablerte metoder for historieforskning og, skal vi kalle det, hans kreative kronologi og henvisninger til fenomener i historien. Metodisk er det mye man kan, og bør, kritisere Foucault for, men hans analyse viser seg likevel vital og relevant i forskning og fagpolitiske analyser den dag i dag. Foucault er for meg en tenker som trøbler med etablerte forståelser og tatt-for-gittheter, og tilbyr oss noen begreper og måter å tenke på som gjør det mulig for oss å utfordre idylliske overflateprosjeksjoner av oss selv og fenomener og praksiser i vår verden.

Makt blir gjerne forstått og omtalt i dagligtalen, men også i forskning og teori, som noe negativt, og da særlig som staters eller myndighetsinstansers repressive kontroll av samfunnsmedlemmene, deres tilbøyeligheter, ønsker og behov. Foucault tilbyr oss et annet og mer nyansert perspektiv. Makt handler ikke nødvendigvis kun om undertrykkelse (selv om dette selvsagt er en av maktens dimensjoner), men makt kan også være konstruktiv og produktiv. Foucault (i Faubion, 2020) sier følgende om hvordan makt kan forstås:

«Hvis makt ikke var annet enn undertrykkelse, hvis det ikke sa annet enn «nei», tror dere virkelig at man ville underlegge seg denne? Det som gir makten gyldighet, det som gjør den akseptert er bare det enkle faktum at den ikke ligger på oss kun som en kraft som sier nei, men også at den overkommer problemer, produserer ting, gir oss gleder, betvinger kunnskap og produserer diskurser» (s. 120, min oversettelse).

Ifølge Foucault er makt ikke en kvalitet man ensidig *har* eller blir gitt, ei heller er det noe som karakteriserer en spesifikk institusjon eller et system, men makt er isteden flytende, skiftende og en del av et strategisk samspill mellom og gjennom kropper i et gitt samfunn. Om makt kan man si at den virker på individer, som igjen virker på andre. Istedenfor en hierarkisk oppfatning av makt, anser Foucault makt som å operere i et bevegelig nettverk. Dette betyr videre at makt er relasjonell – men også kontekstuellet betinget og omskiftelig. Maktforhold kan endre seg, i tråd med endringer i omgivelser og roller.

Psykose og schizofreni forstås innen særlig den psykodynamiske tradisjonen som å være knyttet til forstyrrelser i utviklingen og erfaringen av selvet og selvets erfaringer i møte med andre selv (Møller, 2018). Ifølge Foucault-fortolkere Holmes og Gastaldo (2002) mente Foucault at selvet ikke er en essens, men isteden at det blir skapt og utviklet under innflytelsen av multiple former for makt – men, vil jeg legge til for egen regning, i tråd med maktens relasjonelle karakter – også multiple *maktkilder*. Selvet er derfor å anse som en konstruksjon, og som å være i stadig bevegelse. Denne konstruksjonen kan knyttes til etablerte kunnskapsformer – eksempelvis biomedisinske eller psykodynamiske forståelser av psykose og avvik, og institusjonaliserte praksiser – i møte med psykotiske vrangforestillinger eller selvforstyrrede individer.

I Foucaults maktanalyser står begreper som ‘governmentality’ (eller styringsmentalitet på norsk), disiplinærmakt, pastoralmakt og biomakt sentralt.

Styringsmentalitet er et begrep som peker på hvordan myndigheter i særlig vestlige land påvirker andres fremferd, ‘conduct’ gjennom ulike teknikker og strategier, eller ‘the conduct of conduct’. Gjennom et kompleks av institusjoner, prosedyrer, analyser, som kan være disiplinære, men også ta form som tilsynelatende omsorgsfulle (Powell, 2014) taktikker og strategier konstitueres subjekter som på sin side har internalisert styringsmentaliteten på en slik måte at de er mulige å styre og kontrollere for disse myndighetene. Paradoksalt nok forstås

derfor tilsynelatende liberale og «frigjørende» begreper som autonomi, selvrealisering og selvtillit også i lys av disse teknikkene i Foucaults terminologi (Madsen, 2015).

Foucault gjør sin historiske analyse av utviklingen av institusjonsvesenet, særlig fengsel, men også skole- og militæret, i «Overvåkning og straff», bruk av Jeremy Bentham's utopiske fremstilling av Panopticon, en, med våre dagers briller, gruppvekkende arkitektonisk innretning som var ment å sikre fangevoktere, men også lærere, voktere på galehus og andre med kontroll- og overvåkningsoppgaver i datiden, tilgang til å observere undersåttene kontinuerlig og uten selv å bli oppdaget. Tanken var at overvåkeren ikke skulle være nødt til å overvåke subjektet hele tiden, men heller at den overvåkede ikke skulle kunne vite når den ble observert, vurdert og analysert i henhold til den gjeldende normen for fremferd. På grunn av den konstante risikoen for å bli vurdert – og eventuelt straffet for manglende overholdelse av institusjonens regler for fremferd og eventuelt, produksjon, kommer subjektene til å se seg nødt til å adlyde reglene i situasjonen til enhver tid. Resultatet er at subjektene til slutt internaliserer reglene og normene, og forholder seg konformt til overvåkernes forventninger. For de fleste av oss høres dette mer ut som en skremmende dystopi enn en utopi, og jeg antar det er flere enn meg som assosierer denne teknikken til Georg Orwells (1949/2017) grelle fremtidsvisjon i «1984». Selv om Bentham's planer aldri ble gjennomført fullstendig i henhold til designerens ideer, ble en del fengsler bygget i tråd med prinsippene. Mange andre institusjoner innen psykisk helsevern ble likevel også sterkt inspirert av panoptiske prinsipper. Overført i en moderne teknologisk kontekst ser vi i dag at videoovervåkning av avdelinger og boenheter, kroppskameraer på ansatte og sågar apparater som overvåker pasienters fysiologiske status brukes i stadig større grad både i psykisk helse og rusfeltet i Norge og internasjonalt. Forskning viser at slik overvåkning påvirker folks psykiske helse, blant annet gjennom, forståelig nok, å øke paranoiditet, men også stress og depressive symptomer. Knappt nok oppskriften på god psykisk helse. I tillegg reiser slik overvåkning og kontrolltiltak, betydelige etiske problemstillinger og kan virke til å øke mistilliten og distansen mellom brukere, pasienter og deres hjelpere. I tråd med det vi vet om relasjonens betydning i hjelperelasjoner er dette derfor kontradprodiktivt med tanke på å fremme helse og livskvalitet og å øke inkluderingen av mennesker med psykiske lidelser.

Foucault viser likevel at det han kaller panoptismen har fått en enda mer subtil og langt mer virkningsfull innflytelse i Vesten. Gjennom styringsmentalitetens ulike teknikker og strategier skapes nemlig subjekter som kommer til å forstå seg selv i tråd med etablerte kunnskapsformer og institusjoner, og internaliserer de normer og regler som makten forutsetter. I tilfellet mennesker med psykoselidelser og eventuelt samtidige ruslidelser kommer disse til å forstå seg selv, sine muligheter og fremtidsutsikter og den oppfølgingen de får i henhold til hvordan de kategoriseres og behandles i hjelpeapparatet, deres lokalsamfunn, i familien eller i andre viktige relasjoner og institusjoner.

Dette kan ifølge Foucault skje gjennom to former for makt; disiplinærmakt og pastoral makt.

Førstnevnte betegner en type makt som virker gjennom å produsere effekter på et individ eller en gruppes fremferd, holdninger eller vaner som gjør dem i stand til å utvikle særlige ferdigheter, eller nye måter å tenke på eller å gjøre dem «klar» til å bli instruert (Hindess, 1996, i Holmes & Gastaldo, 2002) i henhold til et underliggende rasjonale ved en gitt styringslogikk. Disiplinærmaktens teknikker er hierarkisk observasjon av undersåttens kropp, lik nevnte Panopticon, normalisering, i form av normer, mikrostraffer- og belønninger, og undersøkelser, i vår sammenheng i form av det kliniske blikket, men også den strategiske bruken av tid og rom i behandlingen av brukere og pasienter. Disiplinær makt er virkningsfull gjennom at personen blir «opplært» i korrekt, produktiv atferd og styringsmakten er ikke avhengig av fysisk vold for å få gjennomslag for sin logikk.

I en undersøkelse av konstruksjonen av subjektivitet i psykisk helse fant forskerne Clinton og Nelson (1999, i Holmes & Gastaldo, 2002) at diskurser om empowerment for brukere av psykisk helsetjenester erstatter, heller enn kansellerer, tidligere tiders disiplin og overvåkning. Disiplinærmakten virker derimot mer effektiv gjennom at individet regulerer seg selv og søker tilfriskning, tilsynelatende egenmotivert, enn at subjektet er eksternt drevet gjennom frykten for straff og negative sanksjoner fra sine behandlere.

Dette leder oss rett inn i recovery-bevegelsen, og særlig den kritikken fra brukerhold som er blitt rettet mot recoverybegrepet. Recovery har sitt utspring i galebevegelsen selv. Prinsippene om selvbestemmelse og likeverd står helt sentralt i recoverytradisjonen etter galebevegelsen og er et resultat av en langvarig motmaktbevegelse og kamp om anerkjennelse som lenge var ledet av de gale selv. Etter hvert som prinsippene har blitt stadig mer utbredt i psykisk helse- og rusfeltet og blitt en stadig større del av mange lands offisielle policyer, har kritikken om at recovery er blitt «kidnappet» av helsemyndigheter og tjenestesystemene blitt stadig mer uttalt. Blant annet hevder kritiske røster at recovery passer som hånd i hanske med nyliberalistiske og konsumeristiske idealer og praksiser. Som vi så tidligere, oppfatter Foucault paradoksalt nok, verdier som autonomi og selvbestemmelse som disiplinerende strategier, i tråd med 'the conduct of conduct'. Empowerment, selvråderett og selvbestemmelse står helt sentralt innen recoveryparadigmet og er i henhold til dette essensielt for at mennesker kan oppleve livskvalitet, velvære og kunne leve godt i sine lokalsamfunn med eller uten symptomer på psykisk uhelse. Om brukerbevegelsens påstand om at recovery er blitt shanghaiet av systemer, helsepolitikere og fagfolk innen feltet er å ta på alvor, er det da også adskillig grunn til å se nærmere på om det vi ofte omtaler som bedringsfaktorer egentlig er en måte å strømlinjeforme og gjøre lydige ikke-konforme og 'avvikende' medlemmer av våre samfunn.

Foucault bringer også inn enda en annen maktform som virker på mennesker i det moderne samfunnet. Denne makten kaller hen *pastoral*makt.

Pastoralmakten springer i hovedsak ut fra den kristne tradisjonen fra ca. år 300 (Holmes & Gastaldo, 2002) hvor man gjennom veiledning, og da en åndelig sådan, yter omsorg for menneskers sjeler i møte med fortapelsen og den alltid overhengende trusselen fra Dyret i Åpenbaringen, Styggen sjøl. Pastoralmakt øver kontroll på individet i form av å skape en særegen kunnskap, *savoir*, om subjektet, utviklet gjennom maktformens primære verktøy, *bekjennelsen*. Bekjennelsesritualet har i tråd med den økende sekulariseringen i Vesten siden tatt veien fra skriftestolen til behandlernes kontorer i psykisk helse- og rusfeltet. Der inne blir individets små og store hemmeligheter og særegenheter kodifisert og integrert og inkorporert via de spesialiserte kliniske blikkene til psykiatere, psykologer, psykiatriske sykepleiere og andre faggruppers profesjonelle ekspertdiskurser. Dette er en forutsetning for om individet blir betegnet som å være normal eller avvikende, upåfallende eller diagnostiserbar.

Pastoralmakten er individualiserende og beskriver pasienten i detalj, og gjennom utøvelsen av den fremmer helsearbeidere individets egen overvåkning av seg selv og selvbevissthet – og i forlengelsen av dette – egenregulering- og kontroll, hos pasienten. Ifølge Foucault er detaljert kunnskap om den andre en viktig forutsetning for den moderne statens styring av andre. I Foucaults egne ord (riktignok oversatt av meg): «Det er ikke behov for våpen, fysisk vold og materielle begrensninger. Bare et blikk. Et inspiserende blikk... som hver enkelt utøver i en overvåkning av og mot seg selv» (Foucault, 1980 s. 155, i Holmes & Gastaldo 2002, min oversettelse).

En siste maktform jeg vil ta for meg her behandler er biomakten, de biologisk orienterte profesjoners særegne makt. Ifølge Foucault var ikke faktisk legestandens inntog i psykisk helsefeltet primært begrunnet i denne profesjonens særlige biologiske kunnskap knyttet til psykiske lidelser som biologiske tilstander, men isteden på grunn av deres moralske overlegenhet og kvalifikasjoner som moralske veiledere og forbilder. I *Galskapens historie* (Foucault, 1961/2022) argumenterer Foucault for at medisinen inntog etablerer mennesket som et *homo medicus*, et subjekt for medisinsk kategorisering og kontrollmekanismer. Legestanden benyttet dette utgangspunktet til å befeste sin fortsatt høyst vitale og dominerende makt i feltet, til tross for at over et århundre med medisinsk forskning ennå ikke har maktet å gi oss et overbevisende kunnskapsgrunnlag om biologiske markører og mekanismer bak psykiske lidelser (Crowe, 2022). Pilgrim (2013) påpeker i tråd med dette at psykiateres kunnskapsgrunnlag er svakt, men også at dette, paradoksalt nok, ikke gir seg utslag i psykiateres makt i psykisk helsetjenestene, der det er biologisk orienterte psykiatere som kategoriserer pasienter og definerer og sanksjonerer særlig medisinsk-, men også andre former for behandling og oppfølging. Makthierarkiet i klinikken toppes av psykiatere, uten at kunnskapsgrunnlaget for denne makten stilles vesentlige spørsmål ved. Under – kanskje – psykologene, råder så sykepleiestanden, og høyest av disse rangerer gjerne spesialiserte sykepleiere – som til alt overmål omtaler seg med prefikset «psykiatriske» og som tross eksplisitte holistiske pretensjoner, derigjennom identifiserer seg det samme reduksjonistiske

biomedisinske kunnskapsgrunnlaget som legestanden. Marie Crowe (2022) har påpekt at den biomedisinske dominansen i psykisk helsefeltet opprettholdes gjennom etableringen av ekkokamre, der biomedisinske forståelser av psykiske lidelser gjenfortelles av og reproduseres av og mellom likesinnede. Selv om psykiatriske sykepleiere i praksis ofte definerer seg som underlegne og avmektige overfor legestandens hegemoni, og altfor ofte er stilltiende vitner til biomedisinens dominans og innflytelse på praksiser i feltet, viser en studie av Jeppe Oute (2018) at det kunnskaps- og verdimesige grunnlaget til psykiatriens kanskje to mektigste grupper er mer uniformt enn de kanskje vil erkjenne selv. Der Oute finner psykiateres posisjon som å være en paternalistisk ekspertposisjon, finner hen den psykiatriske sykepleieren som en omsorgsorientert, men like fullt også korrigerende *maternalistisk* figur i møte med hovedsakelig uselvstendige, villfarne og gjerne ukyndige pasienter. I min lesning er denne posisjonen tett knyttet til den moralske begrunnelse for behandling som vi finner i for eksempel Pinel og Tuke og den pastorale makten vi ser Foucault benevner.

Nederst i hierarkiet finner vi fremdeles borgeren, hvis lidelser og problemer, jo er det egentlige grunnlaget for helseprofesjonenes makt.

Til tross for at vi de siste 30-40 årene har opplevd en stadig større innflytelse og utbredelse av recoveryparadigmet innen både praksiser og policyer på feltet, nasjonalt så vel som internasjonalt, viser forskning og erfaring fra brukere og pasienter at det fremdeles er langt igjen til prinsipper som likeverd, involvering i prosesser som angjelder en selv og deling på makt og innflytelse, får reell betydning i psykisk helse- og rustjenester. Som Marie Crowes (2022) analyser indikerer anvender psykiatrien selvbevarende strategier som enn så lenge effektivt lukker feltet for praksiser og kunnskap som ville kunne utfordre det bestående biomedisinske og medikamentavhengige hegemoniet. Jeg mener at blant annet den stemoderlige behandlingen vi ser medikamentellfrie behandlingstilbud blir utsatt for også i Norge, langt på vei bekrefter denne analysen.

I tillegg vil jeg også trøble litt videre om biomedisinens dominerende kunnskapssyn i denne anledning. Psykiatriens historie er på mange måter en historie om et uglesett fagfelts stadige kamp for å bli likestilt med øvrig medisin og anerkjent som en medisinsk spesialitet. For det første har dette gjort at psykiske problemer og lidelser, feilaktig har blitt omtalt – og behandlet – som helseproblemer og sykdomstilstander, tross at vi ennå ikke har blitt presentert for noen troverdige holdepunkter for at de har en entydig biologisk og somatisk basis. For det andre har dette ført til at vidt forskjellige uttrykk og atferd har blitt redusert og kategorisert til uniforme diagnoser, uten at det finnes et troverdig grunnlag for dette. At borgere gjerne kan oppleve psykisk helsetjenester som å være uten forståelse for deres unike og ureduserbare egenskaper og kvaliteter burde derfor aldeles ikke overraske oss. Den biomedisinske psykiatriens noe desperate etterfølgelse av medisinsens kvantitative, frekventistiske og gjennomsnittlige kunnskapshierarki der systematiske kunnskapsoppsummeringer og da primært basert på

kvantitative studier, selvsagt, og «gullstandarden», randomiserte kontrollerte studier, bidrar også til at reduktive praksiser og forståelser fortsatt får dominere i feltet. Dette gjør at standardiserte behandlingsformer blir prioritert fremfor tilnærminger som tar utgangspunkt i individets behov, ønsker og verdier og at en mer singulær og kompleks forståelse av kausalitet, fortsatt ikke får gjennomslag i tjenestene. Inspirert av min – og andres – lesninger av Foucault mistenker jeg at den biomedisinske diskursen fremdeles er såpass effektiv i kontrollen og strømlinjeformingen av den produktive, selvkorrigerende samfunnsborgeren at denne maktformen nok vil bestå i overskuelig fremtid. Derfor mener jeg også at Foucaults briller fremdeles vil være nyttige, og nødvendige, i innsatsen for å avdekke og kritisere paradoksale praksiser og maktforhold i psykisk helse- og rustjenester og at kritiske perspektiver stadig må videreutvikles og fornyes for at vi ikke skal havne i blind lydighet til det som er mer eller mindre trosbaserte tilnærminger og, i beste fall, lite virksomme praksiser. Psykiatrihistorien har vist oss så altfor vel at blind lydighet til det biomedisinske doxa har lagt til rette for regelrette drap, tortur, lemlestelser og krenkelser av utallige mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser opp gjennom tidene.

Det har vært innvendt mot Foucault at hen var nesten tvangsmessig besatt av makt. Makt går som en rød tråd gjennom hele hans forfatterskap, og Foucault anga selv Marquis de Sade som en betydelig inspirasjonskilde og hen både skrev om, og inngikk selv i sadomasochistiske praksiser, så denne innvendingen er nok ikke helt uberettiget. Likevel betegnet Foucault motstand som en viktig del av alle maktrelasjoner. Det er kanskje den intellektuelle og filosofiske påvirkningen fra hegelianismen og marxismen som gjør seg gjeldende i denne posisjonen. Selv om dette kanskje i mindre grad er utviklet hos Foucault, er utgangspunktet at vi alle, hele tiden, og uvegerlig, inngår i kamper om makt, fra ulike ståsteder og posisjoner og i ulike kontekster og situasjoner. Dette gjelder også for pasienter og brukere av psykisk helse- og rustjenester. Noen ganger er denne motstanden konstruktiv, slik vi for eksempel ser det beskrevet av den tyske sosialfilosofen Axel Honneth, der manglende anerkjennelse, menneskeretter og likeverd blir sett på som avgjørende faktorer for motmaktsbevegelser slik som borgerrettighetsbevegelsen, homobevegelsen og galebevegelsen. Det er nok likevel Pierre Bourdieu som har utviklet det mest tydelige begrepsapparat for menneskers motstand mot makt og som er høyst relevant for psykiske helse- og rustjenester, men det faller dessverre utenfor denne forelesningens rammer å bringe inn dette viktige blikket på makt.

Selvhevdelse og motstand mot å la seg definere og begrense av diagnoser og sykdomskategorier, selv manglende lydighet overfor medisin- og behandlingsregimer hos individuelle brukere, kan ses på som en individuell kamp om anerkjennelse. Imidlertid er også vold, i form av en reaktiv motvold, et langt mer destruktivt og skadelig individuelt svar på opplevelser av krenkelser, begrensninger og manglende forståelse i psykisk helse- og rustjenestene. Foruten at motmakt i form av vold er et omfattende og betydelig problem for praktikere og tjenestene som sådan, bidrar manglende evner i tjenestene til å forebygge

avmaktsopplevelser blant brukere også til fortsatt utstrakt bruk av tvang og fysisk maktbruk og dårligere og økonomisk pressede tjenester til brukerne.

Den medisinske forståelsen av psykisk lidelse fremmet en behandlingsform som i sin ideelle form skulle være upersonlig. I sin beskrivelse av endringen av behandlingsregimene overfor den galne kroppen viser Foucault (Joranger, 2009) hvordan den sinnslidende kong Georg III av England ble fratatt sine regalier og kongelige privilegier, og mot vanlig kutyme overfor kongelige inntil da, behandlet som en hvemsomhelst. Inntil da ville en slik behandling av en konge blitt straffet med en langvarig og grusom død. Legen som var ansvarlig for behandlingen utformet behandlingsprinsippene i detalj, traff heller selv aldri pasienten (!), hvilket var i tråd med idealet om en upersonlig og objektiv behandlingsfilosofi. Ved å vise til denne historiske hendelsen viser Foucault hvordan behandlingen av den gale kroppen i moderniteten blir standardisert, og individets egne opplevelser og perspektiver forblir å være ugyldige og mistenkelige.

I våre dager blir slik behandling problematisert av toneangivende kritiske forskere i psykisk helsefeltet som blant annet Peter Beresford, som å være uttrykk for *epistemisk urettferdighet*. Epistemisk urettferdighet opplever man når ens opplevelser, erfaringer og meninger blir underkjent og mistenkeliggjort på bakgrunn av ens status som gal eller rusmisbruker – eller enda verre – begge deler. Epistemisk urettferdighet gjør at brukeres stemmer ikke blir likestilt med behandlernes og 'ekspertenes' stemmer. På denne måten blir også kunnskap som brukerne besitter og som de har utviklet i møte med hjelpetjenestene, underkjent og får mindre betydning i utviklingen av tjeneste- og behandlingstilbud, eller for så vidt også i kunnskapsutviklingen på feltet (Rose & Beresford, 2024). Til tross for nyere praksisidealer om brukermedvirkning og slagord om «ingenting om oss uten oss», så indikerer en altfor stor del av forskningen på brukeres erfaringer og fortellinger fra brukere selv at deres meninger og ønsker for egen behandling og oppfølging fremdeles i beste fall blir tatt som veiledende, i verste fall ignorert og avfeid mer eller mindre eksplisitt.

En studie som undersøkte brukeres evalueringer av psykisk helsetjenestene de mottok (Killian et al. 2003) viste at manglende anerkjennelse og avmakt er utbredt i psykisk helsetjenester. Videre beskrev brukerne i undersøkelsen manglende anerkjennelse og avmakt som å være forbundet med ikke-virksom eller sågar skadelig «hjelp».

I Norge har vi siden 70-tallet opplevd en markant nedbygging av det psykiske helsevernet. Helge Ramsdal (2021) forteller om hvordan den manglende oppmerksomheten om å bygge opp et tjenestetilbud ute i lokalsamfunnene i sin tid førte til en kritisk mangel på helsehjelp for mange med alvorlige psykiske lidelser, og til slutt, etter voldsom kritikk fra både fag- og brukermiljøer og til slutt opinionen, nødvendiggjorde dette den første opptrappingsplanen for psykisk helse. Anne Harrington (2019) viser i sin innsiktsfulle bok om psykiatriens fåfengte

forsøk på å finne en biologisk forklaring på psykisk uhelse og lidelse at deinstitutionaliseringebølgen som startet i USA og siden spredte seg til Europa og Norge, aldeles ikke var begrunnet i en idealistisk tro på lokalsamfunnenes helbredende kraft, eller individets rett til å bo og leve i sine lokalmiljøer istedenfor i psykiatriske oppbevaringsanstalter. Isteden handlet det om en urealistisk og lite kunnskapsbasert tiltro til andregenerasjons psykofarmaka som dukket opp på 50- og 60-tallet og gav lovnader om å kunne helbrede pasienter og muliggjøre nedlegging av dyre og stadig ekspanderende psykiatriske institusjoner.

Peter Beresford og kolleger (2011) viser til at vi i vestlige samfunn, parallelt med at andre innbyggergruppers rettigheter til å motta helse- og sosialtjenester har økt, synes å ha akseptert at behovene til personer med psykiske lidelser, rusproblemer, men også kognitive funksjonshindringer og eldre, ikke blir ivaretatt eller blir underkjent. Gjennom dette hindres borgere å motta tjenester som øvrige borgere mottar, og blir heller henvist til segregerte og særskilte tjenester som ikke, alene i alle fall, er i stand til å ivareta individets helhetlige behov og ønsker om å leve inkluderte og likestilte liv. Individet blir derfor henvist til å orientere seg i et uoversiktlig tjenestenettverk bestående av et utall mer eller mindre samhandlende aktører. Det krever et ikke ubetydelig overskudd og adskillige ressurser å holde oversikten over dette nettverket. Ideen med Individuell Plan i Norge var at personer med sammensatte tjenestebehov skulle få hjelp til å orientere seg og koordinere de involverte tjenester, men vi vet fra forskning at IP fremdeles er et verktøy forbeholdt de færreste, særlig innen rusfeltet. Dette er, i min bok i alle fall, enda et eksempel på den epistemiske urettferdigheten og strukturelle underkjennelsen av behovene, perspektivene og rettighetene til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser.

Vi har videre sett i mange år nå at psykisk helse og rustjenester, både statlige og kommunale, taper i kampen om ressurser, og at den «gylne regel» som Høie holdt foran oss egentlig ikke kvalifiserer til annet enn i beste fall en hvit løgn. Og mens borgerne mottar stadig mer begrensede tjenester, jobber ansatte i både kommunal og statlig sektor seg skvett fordervet, og bukker under i egen avmakt, mens etterspørselen og konkurransen om å bli verdig behandling og oppfølging skyter i taket blant både etablerte og nyere brukergrupper i alle aldre.

Beresfords og kollegers (2011) forskningsfunn om barrierer for personorientert praksis viser, som vi også har sett eksempler på tidligere, at opplevd avmakt blant borgerne, fremmes gjennom psykisk helsetjenestenes paternalistiske, rigide og formalistiske praksiser, og dette bidrar videre til å fremme fortsatt asymmetri og avstand mellom borgerne og hjelperne i tjenestene. I tråd med det vi vet om relasjonens betydning i virksomt psykisk helsearbeid vil dette være svært uheldig for tjenestenes evne til å fremme bedring og økt livskvalitet hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.

Beresford og Slasberg (2023) argumenterer for at fremtidens sosiale og psykisk helsepolicyer ligger i person-orienterte praksisprinsipper, der individet settes i sentrum og i førersetet for tjenestene hen blir gitt, at tjenestene er innrettet mot å understøtte borgernes egne valg, og at tjenestene handler på det borgerne gir uttrykk for og at praksis er positiv og ressursorientert, og setter et større søkelys på hva borgeren kan og kan få til, enn hva hen ikke kan. En omdefinering av grunnlaget for tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser fra å være problembaserte til å ta utgangspunkt i alle-omfattende menneskerettigheter angir Beresford og Slasberg (2023) å være nødvendig for å oppnå autentiske og virksomme personorienterte tjenester.

Med utgangspunkt i Foucaults analyser av makt i blant annet psykiske helsetjenester, vil jeg legge til at vi som forskere, undervisere, ledere og praktikere i psykisk helsefeltet også kontinuerlig må gjøre oss umake med å trekke sløret av våre pretensjoner og overfladiske begrunnelser bak våre praksiser og undersøke kritisk hvorvidt vi inngår i praksiser som bidrar til kontroll, konformitet og reproduksjon av systemisk undertrykking av uregjerlige borgere, eller om vi gjennom våre praksiser fremmer frigjøring og levde liv på borgernes egne premisser.

Min fremstilling i dag er ikke å se som et forsøk på å gi et helhetlig bilde og konkludere endegyldig om makt i psykisk helse- og rusfeltet. Jeg har for eksempel unnlatt å omtale avmakten ansatte i tjenestene kjenner på, både i møte med brukere og pårørende, men også under påtrykket fra styrings- og tjenestesystemene- og logikkene de selv er underlagt. Isteden håper jeg mitt korthugde og muligens noe tendensiøse innlegg kan danne grunnlaget for refleksjon og kritisk ettertenksomhet. Mer tør jeg ikke håpe for i denne omgang. Takk for oppmerksomheten!

Referanser:

Beresford, P., Fleming, J., Glynn, M., Bewley, Croft, S., Branfield, F. & Postle, K. (Red.). (2011). *Supporting people: towards a person-centered approach*. Policy Press.

Beresford, P. & Slasberg, C. (2023). *The future of social care: from problem to rights-based sustainable solution*. Edward Elgar Publishing.

Crowe, M. (2022). Psychiatry and/or recovery: a critical analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1542-1551.

Faubion, J. D. (Red.) (2020). *Michel Foucault. Power. Essential works 1954-84*. Penguin Books.

Foucault, M. (2022). *Galskapens historie*. Gyldendal Akademisk.

Harrington, A. (2019). *Mind fixers. Psychiatry's troubled search for the biology of mental illness*. Norton.

Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.

Joranger, L. (2009). Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12), 1186-1190.

Killian, R., Lindenbach, I., Löbig, U., Uhle, M., Petscheleit, A. & Angermeier, M. C. (2003).

Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine*, 57(6), 1127-1142.

Madsen, O. J. (2015). *Det er innover vi må gå. En kulturpsykologisk studie av selvhjelp*. Universitetsforlaget.

Møller, P. (2018). *Schizofreni – en forstyrrelse av selvet: forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Universitetsforlaget.

Orwell, G. (2017). *1984*. Gyldendal.

Oute, J. (2018). «It's a bit like being a parent»: a discourse analysis of how nursing identity can contextualize patient involvement in Danish psychiatry. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 1-10.

Powell, J. L. (2014). *Theorizing community care: from disciplinary power to governmentality to personal care*. Nova Science.

Ramsdal, H. (2021). Statlige reformer på rus- og psykisk helsefeltet er virkemidlene tilstrekkelige? I Bjørquist, C. & Ramsdal, H. (Red.). *Statlig politikk og lokale utfordringer. Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse*. (s. 63-87). Cappelen Damm Akademisk.

Rose, D. & Beresford, P. (2024). PPI in psychiatry and the problem of knowledge. *BMC Psychiatry*, 24(1), Art. 52.