



Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri

Charlotte Bredahl Jacobsen
Katrine Schepelern Johansen

Dansk Sundhedsinstitut
Januar 2011

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2011

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-665-5 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 3184

Design: DSI

Forord

I 2010 var retspsykiatrien genstand for fornyet politisk interesse. Baggrunden var en række flugter fra retspsykiatriske afdelinger, som fik meget omtale i medierne. Flere politikere krævede højere sikkerhed mod flugter, og Danske Regioner gik i spidsen for en granskning af retspsykiatriens forhold.

Dansk Sundhedsinstitut har valgt at bidrage til diskussionerne om retspsykiatriens udvikling ved at belyse centrale dilemmaer og udviklingstendenser. Det er vores hypotese, at flugter fra retspsykiatriske afdelinger kun kan begribes og håndteres hensigtsmæssigt, hvis man også ser på, hvad det er, patienterne flygter fra, hvad det er, de flygter til, og hvad det er for normer i samfundet, som gør, at flugterne bliver et problem.

Publikationen er resultatet af et hurtigt udredningsarbejde, som har kunnet lade sig gøre, fordi en række mennesker har stillet sig parate til at øse af deres viden og erfaringer med kort varsel.

Tak til afdelingsledelserne ved de danske retspsykiatriske afdelinger, til personale, som har stillet op til interviews individuelt eller i grupper, og til Team for Misbrugspsykiatri. Også tak til Klinikchef Helle Hougaard, som har læst review.

Projektet er finansieret 50 % af Danske Regioner og 50 % af Dansk Sundhedsinstitut.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning	11
1.1 Formål	11
1.2 Notatets målgruppe og relevans	11
1.3 Baggrunden – kort om retspsykiatri og dens udvikling i tal.....	12
1.4 Metode.....	13
1.4.1 Litteraturen om retspsykiatri	13
1.4.2 Kvalitativ dataindsamling	13
1.5 Data fra tidligere forskning.....	14
2. Behandling af mennesker med psykisk sygdom	15
2.1 De retspsykiatriske patienter	15
2.2 Udviklingstendenser	16
2.2.1 Lukkede og åbne sengepladser samt ambulatorier og op-teams	16
2.2.2 Retspsykiatri og almenpsykiatri.....	17
2.2.3 Helbredelse eller stabilisering som mål med behandlingen?.....	17
2.2.4 Nye tilgange i den retspsykiatriske behandling	18
2.3 Opsummering	18
3. Kontrol og handlekraft.....	19
3.1 Plads til handlekraft i retspsykiatriens institutionelle rammer	19
3.2 Handlekraftige retspsykiatriske patienter – holder idealet vand?	21
3.3 Rammer for handlekraft – to gode eksempler	22
3.4 Opsummering	22
4. Kriminalitet	25
4.1 Et historisk blik på det kriminelle menneske.....	25
4.2 Den kriminelle med psykisk sygdom: den samme historie?.....	25
4.2.1 Domspraksis	25
4.2.2 Samfundsdiskursen	26
4.2.3 Synet på psykisk syge kriminelle.....	27
4.2.4 Risikovurderinger	27
4.2.5 Risikovurderingernes brugbarhed.....	28
4.3 Kriminalitet i dagligdagens behandlingsarbejde	29
4.4 Opsummering	30

5. Flugt.....	31
5.1 Hvor mange flygter eller udebliver?.....	31
5.2 Hvem flygter eller udebliver?.....	32
5.3 Er det farligt, når patienterne stikker af?.....	32
5.4 Hvorfor stikker patienterne af?.....	33
5.5 Hvad kan få patienterne til at blive?.....	34
5.6 Politiske krav om at forhindre flugter: en ny udfordring for behandlingen.....	35
5.7 Opsummering.....	36
6. Misbrug.....	37
6.1 Hvorfor misbruger retspsykiatriske patienter?.....	38
6.2 Hvad kan man gøre ved misbruget?.....	39
6.2.1 Konkrete behandlingstiltag.....	39
6.2.2 Dilemmaer i misbrugsbehandling på de retspsykiatriske afdelinger.....	40
6.3 Opsummering.....	41
7. Retspsykiatriens udvikling – en konklusion.....	43
7.1 Ændret syn på kriminalitet.....	43
7.2 Ændret fokus i behandling.....	43
7.3 Ændret fokus på sikkerhed.....	44
7.4 Fremadrettet.....	45
Litteratur.....	47

Resumé

Den retspsykiatriske subdisciplin gennemgår i disse år en interessant udvikling. Den bliver større, den bliver mere specialiseret, og den adskiller sig i stigende grad fra almenpsykiatrien. I denne publikation har Dansk Sundhedsinstitut ved Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelern Johansen beskrevet udvalgte udviklingstendenser med det formål at udbrede viden og diskussion om den allerede igangsatte og nødvendige udvikling i denne komplekse del af psykiatrien.

Konklusion

Helt overordnet synes retspsykiatriens udvikling domineret af et skred i synet på kriminalitet, som sker i samfundet såvel som i retspsykiatrien. Hvor patienternes kriminalitet tidligere blev behandlet og italesat af behandlerne som en følge af deres psykiske sygdom, anskues kriminalitet i dag i langt højere grad som et problem i sin egen ret. Det ændrede fokus på kriminalitet følges af ændringer i den behandling, som tilbydes og udvikles. Samtidig ser vi stigende krav til retspsykiatrien om at beskytte samfundet mod kriminelle med psykisk sygdom.

Således står retspsykiatrien i dag med to centrale udfordringer: at få udviklet relevante rammer og behandlingsmetoder, der sikrer en professionel håndtering af de reelle problemer, som retspsykiatriske patienter har, og fastholde at retspsykiatriens mål er behandling og ikke sikker forvaring.

Rapportens konklusioner hviler på en gennemgang af den nyeste litteratur samt interviews med retspsykiatrisk personale og afdelingsledelser i hele landet.

Kriminalitet

I Danmark straffer vi ikke mennesker, som har været sindssyge i gerningsøjeblikket. I stedet sikrer vi dem behandling for at forebygge gentagelser. Den lov er stadig gældende. Men dens fortolkning er under forandring.

I stigende omfang får retspsykiatrien stillet som opgave at sikre samfundet mod den psykisk syge, der har begået kriminalitet. Behandlingen af det syge menneske for dets egen skyld træder i baggrunden. Kravene om at undgå flugt og udeblivelse og tilgodese befolkningens retssikkerhed og retsfølelse bliver mere markante.

De interviewede personalemedlemmer og afdelingsledere i denne undersøgelse begræder den stigende marginalisering af deres patienter og det fravær af effektive kriminalitetsforebyggende foranstaltninger, som kunne have hjulpet deres patienter, inden de begik kriminalitet.

Samtidig påtager de sig i stigende omfang et ansvar for, at patienterne ikke begår ny kriminalitet inden for den nærmeste fremtid. Spørgsmålet er imidlertid, om de reelt har rammerne og metoderne til at løfte den opgave behandlingsmæssigt?

Kriminalitet og behandling

For 10 år siden talte man blandt retspsykiatrisk personale meget om, at psykisk sygdom var en selvstændig kriminogen faktor, dvs. at psykisk sygdom kunne lede til kriminalitet. Behandling af den psykiske sygdom var således i sig selv kriminalitetsforebyggende. Fokus kunne derfor holdes på patientens psykiske sygdom og behandling. I forhold til den forståelse ser vi nu en central forandring: Kriminalitet ses ikke længere kun som en følge af den psykiske sygdom, men som et fænomen der skal forstås og behandles i sin egen ret. Den psykiske sygdom som primær forklaringsmodel, og dermed

den psykiatriske behandling som universel behandling, er på retræte. Retspsykiatrien leder i disse år efter andre typer af behandlinger, som i højere grad er i stand til at adressere udadreagerende adfærd, kriminalitet og misbrug af stoffer og alkohol.

Retspsykiatrien inspireres også af udviklingen i almenpsykiatrien i de behandlingsmæssige metoder, men i stigende omfang fjerner de to typer psykiatri sig fra hinanden, fordi retspsykiatriens lange indlæggelser kræver noget andet af behandlingen – ikke mindst i forhold til aktivering og rehabilitering. Samtidig fjerner formålet med de to typer behandling sig også fra hinanden. I almenpsykiatrien stiles i stigende omfang mod helbredelse (recovery) og integration i samfundet. I retspsykiatrien stiles mod, at patienterne erkender, at de vil være varigt afhængige af psykiatrisk behandling (af hensyn til risikoen for fornyet kriminalitet under forværring af sygdommen).

Der er behov for udvikling af effektiv behandling for de retspsykiatriske patienter og mere viden om, hvad der virker helbredende for denne særlige patientgruppe, hvad der virker effektivt recidivforebyggende, og hvad der kan begrænse deres eventuelle misbrug. Den forskning om behandling, som pågår i dansk retspsykiatri i dag, omhandler primært risikovurderinger og aggressiv adfærd. Det er forfatterens anbefaling, at det følges op af forskning i behandlingsmetoder, som kan vise effekt på psykisk bedring og mestring.

Misbrug

Misbrug er et kerneproblem i retspsykiatrisk behandling i dag. Tidligere mente man i vid udstrækning, at patienternes misbrug var relateret til deres psykiske sygdom. Ved at tilbyde dem psykofarmaka kunne man derfor mindske deres behov for stoffer. Den forståelse er ændret. I dag ser man i stedet misbrug som en selvstændig faktor, som kræver behandling i sin egen ret. Misbrugsbehandlingen formodes at være kriminalitetsforebyggende. Retspsykiatrien er først for nylig begyndt at løfte den opgave, som patienternes misbrug reelt udgør. Her har man hentet inspiration fra behandlingen af mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom, men uden retslig foranstaltning. Undersøgelsen her peger på et behov for at få undersøgt, hvilken slags misbrugsbehandling der er mest effektiv inden for de særlige rammer, som retspsykiatrien udgør. Den peger også på, at retspsykiatrien i forhold til misbrug også står med de særlige udfordringer, at misbruget kan fremstå som særligt attraktivt, fordi det er en aktivitet, der ligger uden for personalets kontrol. Og samtidig kan de meget begrænsede aktivitetsmuligheder, som retspsykiatrien har til rådighed, gøre misbrug til en attraktiv beskæftigelse.

Flugt

I 2010 fik flugter fra retspsykiatriske afdelinger meget bevågenhed i medierne. Det rejste spørgsmålet, om der er brug for en højere grad af sikring af de retspsykiatriske afdelinger. Denne rapport konkluderer, at meget sikrede rammer med få muligheder for at komme ud ikke er hensigtsmæssigt for hovedparten af de indlagte retspsykiatriske patienter størstedelen af tiden. Det er dyrt i personaleresourcer, hvis det skal være forsvarligt, og det er problematisk for et behandlingsforløb, som har til formål at hjælpe patienten mod et liv, hvor han kan gebærde sig i samfundet.

Til gengæld er det også uhensigtsmæssigt med fysiske rammer, som gør det så nemt at stikke af, at personalet ikke kan bestille andet end at passe ekstra på. Derfor er det uhensigtsmæssigt med sikkerhedsmæssigt uigennemtænkt byggeri.

Der vil altid være patienter i retspsykiatrien, som i perioder er så farlige, at det er nødvendigt at have dem indlagt under særligt sikrede forhold. Og i nogle regioner mangler man de forhold. Men den gode behandling, der sikrer, at retspsykiatriske patienter kan begå sig i samfundet, når de udskrives, opnås ikke ved at gemme dem væk i sikrede afsnit med ringe muligheder for at komme ud. Hvis vi ønsker

færre flugter fremadrettet, skal vi blive klogere på, hvad det er, der får patienter til at flygte – og hvad der får dem til at blive. Og vi skal med det som grundlag rette blikket mod indholdet af det, som foregår i den retspsykiatriske behandling under de meget lange indlæggelsesforløb.

Der er brug for at øge forståelsen for, at samfundets sikkerhed sikres bedst på den lange bane, hvis man kan give de retspsykiatriske patienter tillid til behandlingen og meningsfuld behandling, således at de er parate til at følge en behandling eller søge hjælp, hvis de får det dårligt – også efter dommens ophør.

Fremadrettet

Rapporten er resultatet af en hurtig udredning af markante udviklingstendenser. Den lægger op til debat og yderligere udforskning af centrale etiske og behandlingsmæssige spørgsmål: Hvor meget kan synet på kriminalitet og det kriminalitetsforebyggende aspekt af behandlingen ændres inden for den nuværende lovgivning? Hvad er det, vi ønsker med retspsykiatrisk behandling i forhold til almen psykiatrisk behandling? Og er de krav, som stilles til den retspsykiatriske behandling, reelt mulige at indfri?

1. Indledning

1.1 Formål

Den retspsykiatriske subdisciplin er opstået som svar på en samfundsnorm om, at mennesker, som har været sindssyge i gerningsøjeblikket, ikke skal straffes for den kriminelle gerning med fængsel, men skal sikres behandling. Således har faget fra begyndelsen været tæt knyttet til etiske overvejelser og samfundets normer for, hvornår det er rimeligt og formålstjenstligt at straffe, og hvordan man bør behandle mennesker med psykisk sygdom.

Behandlingen af psykisk sygdom og måden at forstå og håndtere kriminalitet i samfundet har ændret sig i de ca. 30 år, som retspsykiatrien har eksisteret som en særskilt subdisciplin. Det medfører uvægerligt diskussion om retspsykiatriens mål og midler, og det stiller nye krav til retspsykiatrien. I takt hermed udvikler den retspsykiatriske subdisciplin sig.

Med dette udgangspunkt vil vi i denne publikation skitsere nogle af de overordnede linjer i den udvikling, som retspsykiatrien gennemgår disse år. Samtidig tjener publikationen det formål at beskrive nogle af de centrale dilemmaer i retspsykiatrisk pleje og behandling, som ansatte i retspsykiatrien dagligt skal håndtere. Vi har valgt fem fokuspunkter ud, som vi anser som centrale i den retspsykiatriske pleje og behandling:

- ◆ Behandlingen af mennesker med psykisk sygdom
- ◆ Kontrol og handlekraft
- ◆ Synet på den kriminelle
- ◆ Flugt og udeblivelse
- ◆ Misbrug.

De fem fokuspunkter vil blive behandlet i de fem følgende kapitler. Valget af fokuspunkter er truffet ud fra vores erfaring fra forsknings- og udviklingsprojekter i retspsykiatrien og almenpsykiatrien siden år 2000.

Det skal understreges, at vores perspektiv primært er på behandlingen og på retspsykiatrien, som den ser ud 'indefra'. Som det vil fremgå nedenfor, er hovedparten af dataindsamlingen til denne publikation baseret på informationer indsamlet på retspsykiatriske hospitalsafdelinger. Vi har bestræbt os på at gengive oplevelser, holdninger, diskurser og forståelser, som er fremherskende blandt de, som arbejder i retspsykiatriens sengeafdelinger i det daglige.

1.2 Notatets målgruppe og relevans

Notatet er primært skrevet til politiske beslutningstagere. Ikke mindst i forbindelse med sager, hvor patienter er stukket af fra de retspsykiatriske afdelinger med efterfølgende stor mediebevågenhed, kan der være krav til beslutningstagere om at træffe beslutninger med stor betydning for retspsykiatriens udvikling.

Vi finder det væsentligt, at beslutninger om retspsykiatriens udvikling træffes ud fra kendskab til basale fakta, kvalitet og etik. Danske Regioner har belyst basale fakta via en tværsnitsundersøgelse gen-

nemført i november 2010 (1)¹. De enkelte regioner har løbende beskrevet god retspsykiatrisk praksis i diverse arbejdsdokumenter og rapporter, bl.a. (2-4). Denne publikation udgør et etisk bidrag til beslutningsgrundlaget ved at beskrive de dilemmaer og udfordringer, som retspsykiatrien skal håndtere i dagligdagen.

1.3 Baggrunden – kort om retspsykiatri og dens udvikling i tal

Retspsykiatri som specialiseret subdisciplin er et relativt nyt fænomen. Den største retspsykiatriske specialafdeling i landet, Afd. R på Psykiatrisk Center Sct. Hans, oprettes i 1989. Det er en subdisciplin, som placerer sig i krydsfeltet mellem jura og medicin for her at behandle mennesker, som på grund af sindssygdom ikke betragtes som strafegnede. Begrundelsen er, at disse mennesker qua deres sindssygdom ikke har forudsætningerne for at vurdere deres handlingers beskaffenhed eller for at blive motiveret af samfundets normer – herunder truslen om straf (5). Dertil kommer, at vi i Danmark (principielt) ikke lader mennesker med psykisk sygdom afsone eller sidde i varetægt i fængsler.

Den retspsykiatriske specialisering opstår og udvikles parallelt med et andet fænomen i dansk psykiatri, nemlig nedlæggelsen af psykiatriske sengepladser og oprettelsen af distriktspsykiatrien. I dag står retspsykiatrien for de længste indlæggelser i dansk psykiatri. Stadig mere almen psykiatrisk behandling er lagt ud i ambulante behandlingstilbud: de distriktspsykiatriske centre og de opsøgende psyko-seteams, mens indlæggelser på sengeafsnit er blevet kortvarige. Tilbage på sengeafsnittene bliver en stadig større andel af patienterne retslige. I en tværsnitsundersøgelse gennemført november 2010 var 2.633 retslige patienter i behandling, heraf de 1.588 i almenpsykiatrien (1).

Retslige patienter udgør kun 3 % af borgere i Danmark med psykiatriske diagnoser. Når gruppen er væsentlig at beskæftige sig med, er det bl.a., fordi den er i kraftig stigning. I perioden 2002-2008 steg antallet af patienter med retslige forhold ca. 140 %, mens antallet af sengedage for denne gruppe steg med 40 %, og antallet af ambulante besøg steg med en faktor tre (6).

Langt de fleste patienter med en retslig foranstaltning (Z-diagnose) behandles ambulant. Patienter med en anbringelsesdom og patienter med en behandlingsdom, som vurderes komplekse, behandles imidlertid gerne på en af landets seks specialiserede retspsykiatriske afdelinger. Siden 1992 er antallet af retspsykiatriske sengepladser steget fra 124 til 266.

Samtidig er der blevet færre sengepladser til de øvrige psykiatriske patienter, og tendensen i almenpsykiatri går mod stadig kortere indlæggelser. I Danske Regioners seneste opgørelse er den gennemsnitlige indlæggelse i almenpsykiatri i dag på 22 dage. Den gennemsnitlige indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling er 222 dage. De retspsykiatriske patienters lange indlæggelser, og de behov som følger med en langvarig indlæggelse, bliver en udfordring, fordi det peger i andre retninger end udviklingstendenserne i almenpsykiatrien.

Grundet presset fra det øgede antal patienter med en retspsykiatrisk foranstaltning har de retspsykiatriske afdelinger været nødt til at definere og præcisere, hvilke af de retslige patienter der skal indlægges på de retspsykiatriske afdelinger, og hvilke de almen psykiatriske afdelinger kan behandle. Følgende karakteristik af den retspsykiatriske kernegruppe er taget fra Region Midtjyllands rapport om retspsykiatri, men tilsvarende findes for de øvrige regioner: "Den retspsykiatriske patientgruppe er ofte kendetegnet ved komplekse problemstillinger, der udover kriminalitet indbefatter: Behandlingsresistens; manglende eller ringe sygdomsindsigt; manglende eller ringe behandlingsalliance; komplicerende misbrug; problematisk udadreagerende adfærd; manglende pårørende netværk eller pårørende,

¹ Tallene fra Danske Regioners undersøgelse refereres løbende igennem denne publikation.

der på forskellig måde kræver en særlig indsats; evt. farlighed; risiko for at begå ny alvorlig personfarlig kriminalitet; flugtrisiko" (4).

Mennesker indlagt med henblik på at få foretaget en mentalobservation og mennesker indlagt i varetægtsurrogat (dvs. endnu ikke dømt) er ligeledes en del af den retspsykiatriske kernegruppe, da disse patienter kræver særlig viden om den lovgivning, som de er underlagt (ibid).

1.4 Metode

Rapporten bygger oven på forfatternes tidligere forskning i dansk retspsykiatri. Vi har med den tidligere forskning som fundament ønsket at spore nye udviklingstendenser. Vi har derfor gennemgået den nyeste forskningslitteratur samt danske undersøgelser og rapporter om retspsykiatri udgivet mellem 2006 og 2010. Dertil har vi indsamlet kvalitative data fra Danmarks seks retspsykiatriske afdelinger i Aalborg, Risskov, Middelfart, Nykøbing Sjælland, Roskilde og Glostrup. Endelig har vi fra vores tidligere forskning et stort datamateriale, som vi trækker ind, hvor vi finder det nødvendigt at supplere materialet med et patientperspektiv.

1.4.1 Litteraturen om retspsykiatri

Litteratur om dansk retspsykiatri begrænser sig stort set til registerforskning samt de beskrivelser af retspsykiatrisk praksis, som de enkelte regioner og staten har udfærdiget. Den internationale litteratur er også sparsom om end noget bredere end den danske. Der er imidlertid store forskelle mellem både retslige rammer og behandling de enkelte lande imellem – også inden for Skandinavien², og internationale forskningsresultater kan derfor sjældent overføres direkte til danske forhold. På et overordnet niveau kan den internationale forskning dog give et fingerpeg om, hvor den retspsykiatriske disciplin bevæger sig hen.

Vi har til denne undersøgelse søgt bredt på 'forensic psychiatry'/retspsykiatri i baserne PubMed, SveMed, PsycInfo, DanBib, DSI's database samt Google/Google Scholar. Søgningen har været begrænset til dansk-, norsk-, svensk- og engelsksproget litteratur samt med tidsbegrænsning til litteratur fra 2005-. Vi har frasorteret den forskning, som omhandler lovgrundlag og samarbejde på tværs af sektorer og kun sporadisk brugt den eksisterende registerforskning. Vi har ligeledes fravalgt den del af litteraturen, som omhandler mennesker med psykiatriske diagnoser, som afsoner i fængsler. Vi har gennemgået den forskning, som omhandler behandling, herunder behandling af misbrug og farlighed, etiske udfordringer og udviklingstendenser i retspsykiatri.

Litteraturgennemgangen er primært benyttet til at finde ud af, i hvilke retninger forskning i retspsykiatri bevæger sig tematisk. Litteraturens konklusioner og fund er derfor ikke beskrevet systematisk i denne rapport.

1.4.2 Kvalitativ dataindsamling

Den kvalitative dataindsamling foregik i november og december måned 2010 og omfattede følgende elementer:

- ◆ Fokusgruppeinterview med ledelserne af fem af de seks retspsykiatriske afdelinger og enkeltinterview med klinikchefen på den sjette afdeling.
- ◆ Gruppeinterview med plejepersonalet på to retspsykiatriske afdelinger (i to forskellige regioner) og individuelle interview med i alt fem personalemedlemmer på to andre retspsykiatriske afdelinger (i

² Der er endnu aldrig blevet gennemført sammenlignende studier af de nordiske landes retspsykiatri på trods af interessante potentialer heri (Pål Grøndal, ph.d.).

to andre regioner). Personalemedlemmerne, der deltog i disse interview, var aktivitetsmedarbejdere, sygeplejersker, plejere, social- og sundhedsassistenter og var personale med flere års erfaring fra arbejdet i retspsykiatrien.

- ◆ Rundvisning på fire retspsykiatriske afdelinger med fokus på de fysiske rammers muligheder og begrænsninger, samt hvilke aktiviteter de enkelte afdelinger har mulighed for at tilbyde deres patienter.
- ◆ Individuelle interviews med en erfaren overlæge og med en konsulent fra Team for Misbrugspsykiatri.

Dataindsamlingen har primært fokuseret på de retspsykiatriske hospitalsafdelinger. Dette skyldes dels, at det er her, at de centrale diskussioner om sikkerhed og behandling bliver mest tydelige, og dels behovet for at begrænse opgaven, som har haft en presset tidsfrist.

1.5 Data fra tidligere forskning

I dataindsamlingen til dette projekt har vi fravalgt at interviewe retspsykiatriske patienter. Baggrunden for dette fravalg er en erfaring fra vores tidligere projekter om, at det tager lang tid at opnå den nødvendige tillid og fortrolighed med indlagte retspsykiatriske patienter. Og denne opgave er løst på meget kort tid.

Som kompensation herfor trækker vi undervejs i rapporten på data om patientperspektiver fra datamateriale fra vores tidligere forskning i retspsykiatri (7;8). Fra 2001 til 2005 var begge forfattere ansat henholdsvis tilknyttet retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans som projektforskere og senere hen ph.d.-studerende. Fra den periode har vi meget stort observationsmateriale. Materialet er ikke gennemgået systematisk til denne opgave, men trukket ind hvor vi har fundet det hensigtsmæssigt.

En mere dybdegående analyse af eksisterende forskning, eget tidligere datamateriale og et udvidet nyt empirisk materiale vil kunne afdække flere nuancer og perspektiver. En sådan analyse ligger dog ud over denne rapports ramme og formål.

2. Behandling af mennesker med psykisk sygdom

Det personale, der er blevet interviewet til denne undersøgelse, oplever stort set alle sammen, at det omgivende samfund er blevet mere koldt og råt, end det har været tidligere. Det betyder, at der er blevet mindre omsorg og rummelighed over for folk, der af forskellige årsager har det svært. Der er blevet stigende krav til, hvad man skal kunne leve op til for at kunne klare en normal tilværelse, og dermed er der også blevet flere, som af den ene eller anden grund har svært ved at klare sig selv. Dette rammer i vid udstrækning mennesker med psykiske problemer eller sygdomme, som bliver mere marginaliserede.

Psykiatrien har igennem mange år været præget af en afinstitutionisering, hvor der blev nedlagt sengepladser, og hvor behandlingen er blevet overgivet til forskellige ambulante tilbud. Det betyder, at mange mennesker med alvorlige psykiatriske lidelser lever i det almindelige samfund.

Samtidig med den øgede integration af mennesker med psykiske sygdomme i samfundet er befolkningen blevet mere bange for mennesker med psykiske sygdomme. Forestillingen om, at de er farlige, har været i vækst (9). I en ny undersøgelse af stigmatiseringen af mennesker med psykiske lidelser finder man, at 42 % af danskerne i dag mener, at mennesker med psykiske lidelser er farligere end andre mennesker (10).

Det er denne generelle ramme – hvor man på den ene side ser en øget stigmatisering og på den anden side har et politisk ønske om inklusion og normalisering – som retspsykiatrien også er en del af, og som påvirker de krav og forventninger, der stilles til retspsykiatrien.

2.1 De retspsykiatriske patienter

Der findes flere forskellige retspsykiatriske foranstaltninger. Den mest indgribende er anbringelsesdommen, hvor patienten er dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling. Patienten kan først udskrives, når anbringelsen ophæves ved dom og konverteres til en behandlingsdom. De friheder, som afdelingen og den behandlingsansvarlige overlæge kan tildele en anbringelsesdømt, er ret begrænsede. Behandlingsdomme er en anden retspsykiatrisk særforanstaltning. Her dømmes patienten til behandling, men det overlades til den behandlingsansvarlige overlæge at træffe beslutning om behovet for indlæggelse og varighed, og lægen har langt større muligheder for at træffe beslutninger om fx udgang, orlov m.m. Endelig kan en patient idømmes en ambulant behandlingsdom, hvor det antages, at behandlingen primært skal foregå i ambulant regi. Patienter med ambulante behandlingsdomme kan dog indlægges, hvis den behandlingsansvarlige overlæge skønner det nødvendigt.

De retspsykiatriske patienter har gennem mange år altovervejende været patienter med en diagnose inden for det skizofrene spektrum. Det har ikke ændret sig nævneværdigt³. Det interviewede personale oplever imidlertid, at patientgruppen har ændret sig. Patienterne er blevet mindre autoritetstro, de har været mere marginaliserede, inden de indlægges, nogle steder oplever de langt flere adfærdsmæssige problemer på afdelingerne, og alle steder oplever de, at flere patienter misbruger stoffer.

³ Visse steder er der dog sket en mindre ændring i forhold til ADHD-diagnoser. Nogle af de interviewede mener, at der er tale om fejlagnostik; at man ikke kan stille diagnosen hos voksne, hvis den ikke har været diagnosticeret hos patienterne som børn. Andre peger på, at det er et problem, at de bliver dømt til indlæggelse på en (rets)psykiatrisk afdeling, og at behandlingen i stedet bør være ambulant.

Opgørelser over problemets omfang synes dog ikke at underbygge det (1)⁴. Personalet fortæller, at de oplever denne forandring som en direkte afspejling af en udvikling i samfundet. Der mangler forskning om, hvordan den retspsykiatriske behandling i højere grad kan tilpasse sig patientgruppen, som den ser ud i dag, og de nye problemstillinger.

Patienter med en anden etnisk baggrund end dansk udgør en relativ stor andel af de retspsykiatriske patienter. Tal fra Danske Regioners tværsnitsundersøgelse siger, at 19,3 % af de retspsykiatriske patienter er fra ikke-vestlige lande. For ca. 10 år siden skabte tilstedeværelsen af denne patientgruppe en del uro blandt personalet. Man diskuterede, om der var flere, der var fejldiagnosticeret i denne gruppe; om de skulle have den samme behandling som etnisk danske patienter; om hvor ofte det var rimeligt, at man brugte tolk til denne gruppe. Personalet havde generelt en oplevelse af, at der var flere adfærdsmæssige problemer med denne gruppe patienter. Dels fordi patienterne havde nogle anderledes kulturelle normer, der gjorde det vanskeligt for dem at indordne sig under retningslinjer og rammer på de psykiatriske afdelinger, og dels fordi man havde vanskeligere ved at kommunikere med denne gruppe og forklare om afdelingernes retningslinjer.

På grund af disse bekymringer havde man flere kurser og temadage på nogle af afdelingerne omkring patienter med anden etnisk baggrund og interkulturel kommunikation. Bl.a. retspsykiatrisk afdeling på Psykiatrisk Center Sct. Hans og Sikringsanstalten ved Nykøbing Sjælland gennemførte projekter for at ruste personalet til bedre at håndtere denne patientgruppe. Disse projekter indeholdt bl.a. retningslinjer for brug af tolke, viden om samspillet mellem psykisk sygdom og kultur og kulturforståelse.

Når man taler med personalet i dag, er oplevelsen, at denne patientgruppe ikke længere påkalder sig den samme opmærksomhed. Disse patienters tilstedeværelse er i højere grad blevet en del af hverdagen og udgør ikke et særligt problem. Initiativer i forhold til denne patientgruppe er primært praktisk orienteret fx med henblik på at sikre en forplejning, som patienterne kan spise. Der er således ikke nogen større bekymring, men heller ikke refleksion i forhold til, om den pleje og behandling, man tilbyder, er relevant for mennesker med en anderledes kulturel baggrund.

2.2 Udviklingstendenser

De følgende afsnit vil kort beskrive de mest centrale tendenser, som interviewedeltagerne diskuterede i de forskellige interview.

2.2.1 Lukkede og åbne sengepladser samt ambulatorier og op-teams

Udviklingen i retspsykiatrien går mod stadig flere sengepladser, og langt størstedelen af disse er lukkede pladser. Således var 258 af 295 patienter indlagt på retspsykiatriske afdelinger den 8. november 2010 på lukkede eller skærmede afsnit. Og det er tilsyneladende ikke, fordi patienterne flyttes til åbent afsnit i almen regi fra det lukkede retslige. På de almenpsykiatriske afdelinger lå samme dato 142 patienter på lukkede afdelinger og 80 på åbne. Tilgangen synes at være, at er man rask nok til at være på et åbent afsnit, er man også rask nok til at blive udskrevet. Til at behandle de udskrevne patienter har man de fleste steder udbygget ambulatoriefunktionen og oprettet opsøgende retspsykiatriske teams, og sammen med den almindelige distriktpsykiatri og de almindelige opsøgende psykoseteams varetager de ambulante tilbud behandling af langt størstedelen af de retslige patienter. Det betyder, at hovedparten af de retslige patienter i dag er en del af det almindelige samfund.

⁴ Ser man på statistiske opgørelser over misbrug, finder man dog ingen væsentlige ændringer i andelen af retspsykiatriske patienter med et misbrug af stoffer eller alkohol. Ligeledes er andelen af patienter med et misbrug ikke væsensforskellig i og udenfor retspsykiatrien.

De steder, hvor man har valgt at etablere egentlige opsøgende retspsykiatriske teams, har det betydet en opprioritering af det ambulante arbejde og en tættere integrering mellem hospitalspsykiatrien og det ambulante tilbud. Retspsykiatrien oplever, at man i højere grad har snor i de retslige patienter, og at man kan handle, hvis patienterne udebliver fra aftalerne på ambulatorierne.

For knap 10 år siden anvendte personalet på de retspsykiatriske afdelinger en tilgang til patienter og behandling, hvor patienterne skulle vise, at de passede deres behandling, kunne lære at tøjle aggressiv adfærd og overholdt aftaler med personalet. En sådan adfærd hos patienterne blev fulgt af gradvis flere friheder for patienten: aftaler om at kunne gå i haven uden personale eller aftaler om længere udgang. Dette blev nogle steder også effektueret i forhold til, hvilke sengeafsnit man var indlagt på. Fra lukket modtageafsnit ville man blive overført til et almindeligt lukket afsnit og derfra videre til åbent, inden man blev udskrevet. Denne form for behandlingsmæssig logik fungerer stadig i et vist omfang, men er dog begrænset af, at antallet af åbne pladser er blevet mindre i forhold til antallet af lukkede pladser. Der er således de fleste steder adgang til færre eller ingen åbne pladser. Det betyder, at patienterne i højere grad kan opnå forskellige frihedsgrader på de lukkede sengeafsnit, og man dermed får en større diversitet mellem patienterne på de lukkede afsnit.

Begrænsningen af antallet af åbne pladser udgør et særskilt problem for de anbringelsesdømte. Da de skal være indlagt på et hospital, kan de ikke udskrives, når behandlingen har vist sig effektiv. Nogle af disse patienter vil derfor opleve at skulle være på lukkede sengeafsnit og dermed i et meget begrænset og restriktivt miljø i flere år.

2.2.2 Retspsykiatri og almenpsykiatri

I Danmark har der traditionelt været en tæt relation mellem retspsykiatrien og almenpsykiatrien. For 10 år siden fremhævede ansatte i retspsykiatrien, at der ikke var den store forskel mellem de to. Og almenpsykiatrien – både hospitalspsykiatrien og distriktpsykiatrien – har da også behandlet en stor del af de retslige patienter. De senere års tendenser peger på en større adskillelse mellem retspsykiatrien og almenpsykiatrien. For det første er man i retspsykiatrien begyndt at arbejde mere målrettet med patienternes kriminalitet – metoder og tilgange til det vil blive beskrevet nærmere i kapitlet om kriminalitet. For det andet er rammerne og forudsætningerne for behandling efterhånden særdeles forskellige med almenpsykiatriens korte indlæggelse og retspsykiatriens meget lange. For det tredje synes målet, der sættes for behandling i almen psykiatri og i retspsykiatri, at være tiltagende forskelligt.

2.2.3 Helbredelse eller stabilisering som mål med behandlingen?

Som beskrevet ovenfor er en af de tendenser, som man kan se i almenpsykiatrien og særligt i socialpsykiatrien, tanken om, at det er muligt for patienterne at komme sig efter deres sindssyge (recovery). En undersøgelse af recovery har vist, at omkring 50 % er kommet sig, når man følger op 15 og 25 år efter diagnosticering (11). Visheden herom får stadig stigende opmærksomhed.

Når vi har spurgt til recovery på de retspsykiatriske afdelinger, er holdningen generelt, at det ikke er en tilgang, der er særligt anvendelig i forhold til retspsykiatriske patienter. Personalets fokus i forhold til disse patienter er i højere grad at give dem viden om deres egen sygdoms mere kroniske karakter, og at denne sygdom vil betyde en langstrakt og måske kontinuerlig kontakt til behandlingssystemet. Målet med behandlingen er i det perspektiv stabilisering, ikke helbredelse⁵.

⁵ Når det retspsykiatriske personale oplever de retspsykiatriske patienter som kroniske, skyldes det givetvis også, at det er de kroniske patienter, som de ser igen og igen. Det er derfor dem, som de husker. De patienter, der kommer sig, forsvinder ud af systemet.

Personalet peger på, at der mangler tilbud til patienter, som får et mere kronisk forløb. De oplever, at der mangler botilbud til deres patienter, når disse skal udskrives.

I retspsykiatrien etableres der for tiden flere steder sengeafsnit med fokus på rehabilitering. Disse er rettet mod patienter, der enten har brug for at optræne basale færdigheder i forhold til egen omsorg og daglige funktioner (fx rengøring og madlavning) eller vedligeholde disse færdigheder gennem en langvarig indlæggelse. I et notat fra Region Syddanmark peges der på, at et sådan rehabiliteringsafsnit med fordel kan indrettes, så det ligner et socialt psykiatrisk botilbud, som ofte vil være den form, patienterne udskrives til.

2.2.4 Nye tilgange i den retspsykiatriske behandling

Kontrol er stadig et væsentligt element i retspsykiatrisk behandling. I interview nævner personalet imidlertid, at der generelt er sket en udvikling på de retspsykiatriske afdelinger fra kontrol og straffetænkning mod en større interesse og åbenhed over for den enkelte patient. Noget personale beskriver dette som, at de er kommet lidt tættere på det enkelte menneske og i højere grad er i stand til at tilbyde dem en individuel rettet behandling. Noget af dette kan henføres til introduktionen af bl.a. kognitiv behandling og motivationsarbejde med patienterne. Personalet beskriver også, at den retspsykiatriske plejeuddannelse – som er et efteruddannelses tilbud til det retspsykiatriske plejepersonale – har betydet meget. Personalet fortæller, at de her har lært om bl.a. konflikthåndtering og konflikt-samtaler, og at det har gjort dem mere rummelige i forhold til deres patienter og deres problemer. En mindre konfliktfyldt relation til personalet er også vigtig, hvis man ønsker at styrke patienternes tillid til behandlingen.

Det er også karakteristisk, at inspiration til indførslen af nye behandlingsmetoder hentes fra almenpsykiatrien. Det betyder, at man søger at overføre redskaber og metoder, som har vist sig effektive under nogle anderledes rammer. Der mangler med andre ord forskning om, hvordan behandlingen virker i retspsykiatrien. En af årsagerne til denne mangel er, at man videnskabsetisk ikke må udføre forskning på patienter, der er indlagt under tvang – det vil bl.a. sige alle retspsykiatriske patienter. Man kan dog spørge, om det ikke også er etisk problematisk, at vi har en stor og voksende gruppe af psykiatriske patienter, hvor vi ikke ved ret meget om behandlingens effekt og begrænsninger.

2.3 Opsummering

Retspsykiatri og almen psykiatri adskiller sig i stigende grad fra hinanden. Begge steder bliver stadig flere patienter behandlet ambulant, men mange af de patienter, som indlægges på retspsykiatriske afdelinger, har indlæggelsestider, som i dag er unikke i dansk psykiatri.

Et andet af de steder, hvor tendenserne i almenpsykiatrien og retspsykiatrien peger i forskellige retninger, er i forhold til spørgsmålet om patienternes mulighed for at komme sig. Hvor et fokus på helbredelse i dag udbredes i dele af psykiatrien, peger det retspsykiatriske personale i en anden retning, hvor der fokuseres i højere grad på stabilitet; på at patienterne skal opnå viden om deres sygdoms mere kroniske karakter og behovet for kontinuerlig kontakt med behandlingsinstitutioner.

Der er meget begrænset forskning i, hvilke behandlingsmetoder som er mest effektive for gruppen af retspsykiatriske patienter og de særlige komplekse forhold, som ofte gør sig gældende for disse patienter.

Det retspsykiatriske personale står over for store udfordringer, som bl.a. er søgt imødekommet med forskellige tiltag inden for efteruddannelsesområdet. Det har skabt en oplevelse af en større professionalisme og tilfredshed blandt personalet og en vision om, at retspsykiatrisk pleje og behandling styrkes yderligere den vej.

3. Kontrol og handlekraft

Det er et centralt mål for retspsykiatrisk behandling at stabilisere patienternes sygdom på det bedst mulige niveau samt optræne dem i eller fastholde deres kompetencer til at kunne leve et acceptabelt liv ude i samfundet.

Forestillingen om det acceptable liv er formet af nogle meget stærke idealer i dagens samfund: Idealet om at mennesker skal tage ansvar for eget liv og egne handlinger, at mennesker skal være eller stræbe mod et godt fysisk og psykisk helbred, og at mennesker skal (kunne) leve selvstændigt i videst muligt omfang. Underliggende alle elementer i idealet ligger forestillingen om, at mennesker er og skal være handlekraftige, dvs. i stand til at handle med et mål i sigte (= intentionelt).

Det handlekraftige menneske er et ideal, som vi genfinder på alle niveauer i samfundet i dag. I stigende grad dyrker vi den gode handlekraft. Man etablerer eksempelvis patientskoler, hvor (ressourcestærke) somatiske patienter kan styrke deres evne til at handle på egen sygdom og indgå i dialog med sundhedsvæsenet med henblik på at forbedre behandlingen.

Tendensen i samfundet går således mod at tilstræbe handlekraftige mennesker, som handler på 'den gode måde', og mod at klæde mennesker på til at blive mere handlekraftige eller genvinde en midlertidig tabt handlekraft. Samtidig ses en tendens til øget kontrol af handlekraftige mennesker som handler på 'den dårlige måde' ved eksempelvis at snyde med sociale ydelser eller begå kriminalitet.

Spejlingen til den retspsykiatriske pleje og behandling ligger lige for. Her skal man gøre mennesker mere raske og i stand til at handle godt og selvstændigt på eget liv. Man arbejder med den opfattelse, at mennesker, som er stærkt plaget af deres psykiske sygdom, ikke formår at handle intentionelt på eget liv; handlingerne er i stedet psykotisk betingede. Efterhånden som patienterne bliver mere raske, genvinder de evnen til at handle intentionelt og handlekraftigt, og så skal den evne understøttes. Samtidig skal man på de retspsykiatriske afsnit kontrollere, at patienterne ikke udviser handlekraft på dårlige måder her og nu: ved at stikke af, misbruge stoffer eller begå kriminalitet.

Som påpeget af den amerikanske antropolog Desjarlais kan mennesker kun udvise handlekraft inden for institutionelle rammer, hvor kulturelle dynamikker former den og tillader den (12). Netop det er en af retspsykiatriens store udfordring. De retspsykiatriske afsnit sætter nogle rammer, som efterlader meget lidt plads til patienternes potentielle handlekraft (7). Særligt på lukkede retspsykiatriske afsnit er muligheden for at føle, at man handler på eget liv, stærkt begrænset. Skal man barbere sig, skal man bede personalet om at låse barbermaskinen ud til en, kaffe må drikkes i bestemte tidsrum, og hvis man trænger til en cigaret, kan det nogle steder kun foregå, når personalet har mulighed for at gå med ud på terrassen. Med det for øje har vi undersøgt muligheder og barrierer for at handle på eget liv – efterhånden som man bliver rask nok til det – i retspsykiatrien:

- ◆ Hvilke muligheder giver retspsykiatriens institutionelle rammer patienterne at handle i?
- ◆ Hvilke aktivitetsmuligheder har patienterne?
- ◆ I hvilket omfang forestillingen om det handlekraftige menneske er relevant for denne patientgruppe under de institutionelle rammer, de er indlagt under?

3.1 Plads til handlekraft i retspsykiatriens institutionelle rammer

Plejepersonale står med tre store udfordringer, når man ønsker at styrke patienternes handlekraft.

Den første udfordring er, at patienterne nogle gange er så syge, at handlekraft ikke er et meningsfuldt begreb. I de perioder handler alt om at behandle psykosen.

Den anden udfordring er de retslige forhold, retspsykiatriens patienter er indlagt under. Ofte meget lange surrogatvaretægtsfængslinger afløses af foranstaltninger på ubestemt tid eller med længstider på typisk fem år. Det er en særlig udfordring at handle med et mål i sigte, når fremtidsudsigterne er ubestemmelige og langsigtede. Og det skaber store frustrationer i patientgruppen. Nogle beskriver det som det sværeste ved at være indlagt overhovedet (7;13).

Særligt i Nykøbing Sjælland bekymrer personalet sig over de negative konsekvenser af de lange surrogatvaretægtsfængslinger. I det halve til hele år, som det ofte tager, førend dommen endeligt fastsættes, må patienterne ikke komme ud, og uvisheden skader dem.

"Vores patientgruppe er så dårlige, og nogle af dem har ligget så længe og siddet i varetægt meget længere, end de ville sidde i varetægt i det almindelige fængselsvæsen, og de bliver så bitre og gale, forbitrede over den lange tid. Så anker de, så tager det endnu længere tid. Det bliver svært at motivere dem. De opgiver næsten til sidst, fordi de har siddet her så længe. Specielt når de har siddet i varetægt, og der ikke sker noget som helst med deres dom" (Plejepersonale i interview).

Den tredje udfordring er de begrænsede handlemuligheder i de lukkede retslige afsnit.

"Vi kan jo se, at de er meget handlekraftige i forhold til fx at skaffe sig stoffer, selvom de er syge. Og det, der så er vores ønske, det er jo så at få muligheder for, at de kan bruge deres handlekraft på en sund måde og styrke deres ressourcer, at vi har de faciliteter, der skal til for at undervise dem, ergoterapi, fysioterapi, arbejde, uddannelse. De er ikke bare spærret inde på en røvsyg afdeling, hvor de kan gå fra den ene ende til den anden, og så er der en have på 400 m² og en kondicykel. Altså, der skal noget til, handlekraften kommer ikke bare af, at vi går og snakker med dem og giver dem medicin" (Afdelingsleder i fokusgruppeinterview).

Udviklingen de sidste 10 år har gjort det sværere. Som en afdelingsleder fortæller: *"Der har været en bølge, der har gået den modsatte vej. Alt, hvad der har været, er ligeså stille blevet lukket ned. Og så er retspsykiatrien jo det eneste sted, hvor man har lov til at have langtidsindlagte patienter, så det er alle steder os, der har problemet med, hvad er det så, vi kan sætte dem til, når vi ikke kan sende dem ud i det samfund, hvor aktivitetsmulighederne er? Og det begynder man så at få øje på, at nå er det sådan det er? Oppe hos os er man så ved at bygge en aktivitetsafdeling".*

På Psykiatrisk Center Sct. Hans har man i løbet af de sidste 10 år lukket stadig flere tilbud, herunder gartneriet, erhvervsterapi, den centrale ergo- og fysioterapi. I stedet har man fået aktivitetsmedarbejdere på afsnittene. På Glostrup er billedet det samme.

På Risskov har man aldrig haft egne fælles aktivitetstilbud. Man kan i dag købe pladser til patienter enkeltvis i et kommunalt værksted, men det er dyrt og sjældent brugt.

I Nykøbing Sjælland har man prioriteret meningsfulde aktiviteter til langtidsindlagte patienter højt i mange år, men har nu måttet skære kraftigt ned på disse. De har stadig en skoleordning, som de fremhæver. Her kommer en skolelærer fra VUC ud til patienterne i perioder, hvor de ikke selv må gå op på skolen.

"Hvis aktivitetstilbuddene lukkes ned, så kommer vi ingen vegne med vores patienter", siger en afdelingsleder, mens en anden supplerer: *"Vi kan ikke behandle dem, hvis de ikke har andet at lave end at gå op og ned ad de gange".*

Alle steder har man de seneste år udvidet kraftigt på sportsfaciliteter. Man har i dag alle steder flot træningsudstyr indkøbt på satspuljemidler, fordi man i dag ved, at fysisk aktivitet gavner psykiatriske patienter. Alle steder er man glade for at kunne give det tilbud til patienterne.

Samtidig er det aktivitetsvalg determineret af de politiske strømninger i samfundet. Afdelingerne kan få penge til at sikre patienterne motion. Langt sværere er det at få penge til de tilbud, som kan give patienterne andre muligheder for at handle selv på eget liv – her og nu og med et fremtidsperspektiv (eksempelvis via opgradering af fagkunderskaber).

Det er vores vurdering, at patienter, som er indlagt i årevis, har brug for et rum, hvor de ikke er patienter, men kan dyrke andre sider af sig selv, og hvor fokus ikke er på deres psykopatologi. Og de har brug for at skifte omgivelser. Det er ikke godt at sidde i årevis i det samme rum hele døgnet, som et plejepersonalemedlem forklarer under en rundvisning.

3.2 Handlekraftige retspsykiatriske patienter – holder idealet vand?

Idealet om det handlekraftige menneske indeholder tre dilemmaer, når vi bruger det på patienter med retspsykiatriske domme.

Det første handler om forestillingen om, at disse menneskers (gode) handlekraft kun er sat midlertidigt ud af kraft og kan genvindes eller opdyrkes, efterhånden som de bliver mere raske. Det ideal kan være svært foreneligt med nogle af de retspsykiatriske patienter, fortæller de interviewede afdelingsledere. I dagens behandlingstilbud og botilbud er der ikke plads til, at mennesker kan være kronisk syge på et niveau, hvor de vil vedblive at have brug for massiv omsorg. Målet er til stadighed at blive mere rask – og mere handlekraftig. Selv botilbud for de mest kroniske er officielt defineret som midlertidige. Det efterlader nogle i stikken. Og hvad giver samfundet i dag af tilbud til den gruppe? Stadig mindre og bekymrende lidt hvis man spørger de retspsykiatriske afdelingsledere. De oplever i alt for høj grad at mangle pladser at udskrive disse patienter til. Samtidig oplever de i stigende grad, at de må udskrive patienter til ensomhed og isolation, fordi der ikke er tilbud til mennesker som dem i samfundet (længere).

“Det der med overhovedet at have lov til at være kronisk patient, det er simpelthen svært politisk ukorrekt, det er der ikke noget der hedder... vi går og behandler en hel masse patienter, der slet ikke findes politisk set. Det svippede en lille smule tilbage igen, og man må godt have lov til at pippe lidt om, at der er jo altså nogen, som simpelthen er så dårligt fungerende, at vi tror, de skal blive boende et sted, hvor der er noget personale omkring dem resten af deres liv. Men det er sådan relativt nyt. Der har været en årrække, hvor de har været ikke eksisterende i politisk billede i hvert fald” (afdelingsleder).

Det andet dilemma handler også om forestillingen om at skabe handlekraftige mennesker, som lever selvstændigt, uafhængigt og bliver stadig mere raske. For selv om også retspsykiatriske patienter er vokset op i det danske samfund med det ideal, så fortæller personalet i retspsykiatrien, at de lærer dem noget andet: For at sikre behandlingskomplians, og derigennem forhåbentligt mindre kriminel adfærd fremadrettet, lærer personalet dem, at de aldrig bliver helt raske og altid vil have brug for psykiatrisk personale og psykiatrisk behandling (se 8 for beskrivelse af tilsvarende tilgang til dobbelt-diagnosepatienter). Den logik har måske altid været svær at sluge for psykiatriske patienter. I dag hvor den står i grel modsætning til alle andre idealer for det gode liv, er det måske endnu sværere?

Det sidste dilemma handler om, at rummet til at handle i retspsykiatrien er så stærkt begrænset og styret af personalet. Hvor bliver der plads og rum til, at patienter kan styrke og udvikle deres handlekraft på egne vilkår? Undervejs i vores dataindsamling, er vi stødt på to gode eksempler.

3.3 Rammer for handlekraft – to gode eksempler

Åbent afsnit for anbringelsesdømte i Dianalund. I Dianalund åbnede man 1. april 2009 en åben retspsykiatrisk afdeling med anbringelsesdømte patienter. I et projekt på satspuljemidler skulle man arbejde med motivation, med ophør af misbrug og sund levevis. Man visiterede patienter, som man mente kunne håndtere de åbne rammer, og som skulle være indlagte i årevis. Det har været en stor succes, fortæller afdelingsledelsen. De har arbejdet terapeutisk med livsfortællinger og lavet mange aktiviteter i rehabiliterende øjemed.

Patienterne er blevet støttet i at dyrke deres interesser, fx har en patient fået lov til at anskaffe sig en hest (der dog ikke er opstaldet ved afdelingen), og afdelingen har støttet en anden patient i at dyrke sin fodboldinteresse i den lokale fodboldklub, hvor personalet strækker sig langt for at ledsage patienten til træning og kampe. Dette kan være nødvendigt på grund af reglen om, at anbringelsesdømte højst må have tre timers uledsaget udgang.

Her er tale om patienter, som på grund af deres kriminalitet og lange dom har mistet deres netværk. For at undgå at de ryger tilbage i kriminalitet, bruges kræfterne på at rehabilitere dem, sådan så de får opbygget et nyt netværk.

På denne måde har man på Dianalund mestret en af de helt store udfordringer i dagens retspsykiatri: nemlig at skabe rammer for anbringelsesdømte patienter, som (efter en periode i behandling) er for raske til et lukket afsnit, og som mister kompetencer til at handle på eget liv, hvis man ikke gør noget for, at de kan fastholde dem.

Patienternes egen erhvervsterapi på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Erhvervsterapien på Psykiatrisk Center Sct. Hans lukkede i 2008. Den blev ikke brugt ret meget af centrets patienter. Det var primært de retslige patienter, som benyttede den, og i overvejende grad dem med en anbringelsesdom.

De patienter, som brugte erhvervsterapien, ville imidlertid gøre meget for at beholde den, og med hjælp fra satspuljemidler lykkedes det at finde en løsning: sammen med to værkstedsmedarbejdere flyttede patienterne maskinerne op i et gammelt ubrugt lokale. De satte lokalerne i stand og indrettede deres egen lille version af en erhvervsterapi. Patienterne kører i vid udstrækning terapien selv. De gør selv rent og holder orden. Der er ikke penge til at aflønne dem, men hvis der kommer overskud på det, de producerer, får de udbetalt overskuddet som bonus. Det betyder, at patienterne holder hinanden fast i, at de er der for at arbejde. Og de er selv kreative med at finde på nye arbejdsopgaver. Værkstedsmedarbejderne fortæller, at tonen i værkstedet er rigtig god. Patienterne irettesætter selv hinanden, hvis der er nogen, som ikke taler pænt til andre. Og de oplærer nytilkomne patienter i stedets værdier og kultur.

Med den nye erhvervsterapi på Psykiatrisk Center Sct. Hans er det lykkedes at skabe nogle institutionelle rammer, indenfor hvilke patienter selv kan udvise handlekraft på en særdeles positiv måde. Og patienterne har udfyldt rammerne. Desværre er tilbuddet kun åbent for patienter, som er indlagt på centrets åbne afsnit, og for de som ikke misbruger stoffer.

3.4 Opsummering

Retspsykiatrisk behandling og pleje er fanget i et paradoks: de skal på en gang kontrollere patienterne og samtidig styrke deres evne til at handle på eget liv.

Teoretisk set er paradokser karakteriseret ved at være uløselige, men i praksis er mennesker, der skal håndtere dem, nødt til at kunne forløse dem (7). Personalet i retspsykiatrien kan gøre det, hvis de har de institutionelle rammer og økonomien til det, som en af de interviewede forklarer.

Hvis det retspsykiatriske personale skal kunne forløse paradokset i det daglige, kræver det, at man er opmærksom på den svære balance mellem kontrol og handlekraft, hver gang man laver ændringer, som påvirker dagligdagen for de retspsykiatriske patienter. Når man lukker aktivitetstilbud, fjerner man så samtidig et frirum, hvori patienterne kan styrke deres handlekraft? Og hvad sætter man da i stedet? Når man øger kontrollen, får man så samtidig sikret sig skabelsen af frirum til at udvise handlekraft? Eller lader man flugt og indsmugling og misbrug af stoffer stå tilbage som det eneste reelle rum til at handle på eget liv?

Det, patienter og personale har formået med erhvervsterapien på Psykiatrisk Center Sct. Hans, er et særsyn. Men hvis man reelt skal styrke retspsykiatriske patienters evner til og muligheder for at handle intentionelt på eget liv, er det vores vurdering, at man skal sikre meget mere rum til sådanne aktiviteter.

4. Kriminalitet

4.1 Et historisk blik på det kriminelle menneske

Frem til ca. 1970 troede man, at kriminelle kunne forbedres, hvis man indsatte dem på anstalter beregnet til det. Fx er Anstalten ved Herstedvester oprindeligt oprettet som en sådan forbedringsanstalt. Ved oprettelsen i 1935 hed den psykopatforvaringen. Her tilbød man indsatte med personlighedsforstyrrelser psykiatrisk behandling under deres afsoning i troen på, at de kunne ændres. Omkring 1970 ændrede filosofien sig. Troen på, at man kunne ændre folk, var blevet svækket af de empiriske fakta, og der var en bekymring i tiden for, at foranstaltninger blev misbrugt. Samtidig begyndte man at søge nye forklaringer på den enkeltes kriminelle handlinger. Måske var det ikke det enkelte individ, men strukturelle og socioøkonomiske faktorer, som var den egentlige årsag til kriminaliteten? I det perspektiv blev det væsentligt at se på forholdet mellem den kriminelle og samfundet. Forebyggelse og rehabilitering af kriminelle blev nye nøgleord. Når fængselsstraf ikke virkede rehabiliterende, forsøgte man sig med alternativer. Denne tendens vendte imidlertid igen allerede fra slutningen af 1980'erne. Hvor man i 1970'erne ville fremstille tiltalte som socialt marginaliserede og pressede individer med behov for hjælp, fremstiller man dem i dag som skyldige og på nogle måder farlige individer. Retssikkerheden er kommet i fokus, og formålet med rehabilitering er ikke længere at redde forbryderen, men at sikre fremtidige ofre. Fokus er ikke hans personlighed og sociale relationer, men hans adfærd (7;14). På den måde behandles kriminalitet igen – men på en ny måde – som et problem relateret til individet (15).

I domspraksis ses fokus på individets problematiske adfærd i hårdere straffe for vold⁶.

I samfundsdiskursen ses det i et øget fokus på befolkningens retsfølelse og behov for at beskytte sig mod den kriminelle (14).

I kriminologien ses det i et ændret syn på den kriminelle. Fokus er i dag i højere grad 'den kronisk kriminelle', hans adfærd, kognition og psyke og på risikovurderinger for recidiv og voldskriminalitet (16).

4.2 Den kriminelle med psykisk sygdom: den samme historie?

Historien om den kriminelle med psykisk sygdom er ikke den samme. Men enkelte tendenser synes at gå igen.

4.2.1 Domspraksis

Patienter, der har været sindssyge i gerningsøjeblikket, tildeles fortsat en dom til behandling eller anbringelse på den baggrund, at de ikke betragtes som strafegnede. Fordi her er tale om straffritagelse fastsættes dommens varighed af behandlingsbehovet. På den måde er der ikke proportionalitet mellem den begåede kriminalitet og dommens varighed.

⁶ Straffen for simpel vold er steget fra 69 dage i 2001 til 84 dage i 2009. Alvorlig vold er steget fra 188 dage til 222 dage. Særlig alvorlig vold blev i gennemsnit takseret til 1.521 dage i 2001, mens gennemsnittet i 2009 var på 2.046 dage (Justitsministeriets forskningskontor 2010).

Undtagelsen er dog anbringelsesdomme, som gives til patienter, som har begået så alvorlige gerninger, at det vil udfordre retssikkerheden, hvis der ikke er en eller anden form for proportionalitet mellem det begåede og foranstaltningens varighed og frihedsgrader.

I 2000 vedtog Folketinget en lov om, at patienter som ikke havde begået alvorlig personfarlig vold, skulle have en længstetid på typisk fem år på deres foranstaltninger. Ordningen har givet en følelse af større retssikkerhed for patienterne ifølge adspurgte retspsykiatriske behandlere (17). Den sikrer, at mennesker, som har fået en behandlingsdom for en relativ lille forseelse, ikke forbliver retslige patienter i mange år.

Med denne lovændring satte man implicit og som noget nyt behandlingens længde i forhold til den begåede kriminalitets alvorlighed for andre end de anbringelsesdømte. En evaluering foretaget af justitsministeriet påpeger, at det ikke har gjort nogen forskel for det kriminelle recidiv (13). Det synes heller ikke at gøre noget for foranstaltningens varighed. I gennemsnit ophæves en behandlingsdom uden tidsbegrænsning 3,6 år efter domsafsigelse, mens der går 3,8 år for personer, der har fået en behandlingsdom med længstetid på 5 år. Det kan tyde på, at det ikke er kriminalitetens art, som afgør, hvor længe indlæggelsen varer (ibid.).

I gennemsnit synes varigheden af en indlæggelse for mennesker dømt til behandling at være faldet fra 2000 til 2008, mens varigheden af en retspsykiatrisk undersøgelse er steget (6). De retspsykiatriske afdelingsledere interviewet i denne undersøgelse peger imidlertid på, at tallene dækker over en tendens i almenpsykiatrien til at udskrive disse patienter meget hurtigt, mens mange indlæggelser på de retspsykiatriske afdelinger er blevet længere.

Afdelingsledelserne ved de retspsykiatriske afdelinger beretter i stedet om generelt længere indlæggelser for de patienter, som de har indlagt (samtidig med at nogle til gengæld har meget kortere indlæggelser). Det er ikke loven, som er lavet om, fortæller en ledende overlæge, men tendensen til længere straffe i kriminalforsorgen smitter tilsyneladende af. Samtidig er der i dag en stærk bevidsthed i retspsykiatrien om, at behandlerne har ansvar for, at patienten ikke går ud og gør skade på andre mennesker.

Alt i alt bevæger retspsykiatrien sig således i sin indstilling til kriminalitet: en retspsykiatrisk behandling er stadig ingen straf, men netop en sikkerhed for behandling. Men samtidig kommer visheden om proportionalitet mellem domsvarighed og kriminalitetens art på forskellig vis til at fylde stadig mere via mindre domsændringer og via udøvernes praksis.

4.2.2 Samfundsdiskursen

De adspurgte i denne undersøgelse oplever, at befolkningen er blevet mere bange for de retspsykiatriske patienter, og de giver mediernes hang til sensationelle historier en stor del af skylden. Den store historie i medierne handler ikke om patienter, som – i modsætning til andre psykiatriske patienter – er indlagt meget længe, men om det fåtal af patienter, som stikker af eller har begået spektakulær kriminalitet. Retspsykiatriske patienter bliver i stigende omfang beskrevet som farlige. Samfundets beskyttelse vejer tungt. Flere interviewede fortæller om at blive mødt med ekstreme fordomme, når de fortæller, at de arbejder i retspsykiatri. *"De forstår ikke at jeg arbejder uden bodyguards"*, som en beskriver det. Befolkningen synes at have svært ved at skelne mellem mennesker med dys-soziale personlighedsforstyrrelser, som begår spektakulære forbrydelser og dømmes til langvarige fængselsstraffe eller forvaringsdomme, og mennesker med psykiske sygdomme som ikke er strafegnede. Det primære billede i samfundsdiskursen er ikke af syge mennesker med behov for behandling, men af farlige kriminelle.

4.2.3 Synet på psykisk syge kriminelle

Også blandt retspsykiatriens plejere og behandlere har synet ændret sig. Man er begyndt at arbejde mere målrettet med patienternes kriminalitet. Tidligere havde man i højere grad havde den holdning, at den psykiske sygdom var årsag til, at patienterne begik kriminalitet. En ordentlig psykiatrisk behandling var derfor også en god behandling af patientens kriminalitet. Denne tilgang er i dag delvist afløst af en tilgang, hvor man arbejder med patientens kriminalitet i sin egen ret.

Der er stadig nogle, som begår kriminalitet efter flere års alvorlig og ubehandlet psykisk sygdom. I de tilfælde er der ofte tale om alvorlig vold eller drab i den nærmeste familie. Men, som en klinikchef udtrykker det, kan de måske tælles på en hånd.

I stedet taler alle interviewede om marginaliserede og misbrugende patienter, hvoraf mange begår kriminalitet for at skaffe penge til stoffer. Og de taler om den halvdel af patienterne, som allerede er i en kriminel løbebane inden første kontakt med psykiatrien (18).

En overlæge beskriver, at kriminalitetsaspektet er kommet til at fylde mere over de senere år i deres vurderinger af udskrivninger og behov for opfølgning. *"Patienter som ikke er særlig kriminalitetstruede, dem udskriver vi gerne så snart som muligt, og så dem, som der er problemer med kriminalitet, dem er vi jo også tilbøjelige til at have lidt længere indlagt. Det er ofte, kan man sige, at der er et eller andet misbrug og kriminalitet, som blanding, de er ofte lidt længere indlagt, og ofte er der lidt mere, der skal gøres ud af det, for at de bliver udskrevet, og de skal følges tættere, når de bliver udskrevet. Så på den måde bliver der, uden at vi kategoriserer dem i to eller tre grupper fra starten af, men det bliver sådan, at i forløbet, når man ser, hvad det er for en type, og deres forløb bliver ret forskelligt".*

Den behandling, man kan tilbyde, når man følger patienterne tæt, er dog stadig psykiatrisk og især psykofarmakologisk. På den måde er den gamle logik om, at kriminalitet for denne gruppe kan kæmpes med psykiatrisk behandling stadig herskende.

Parallelt med skiftet i den dominerende forklaring på den psykisk syges kriminalitet, ser vi et nyt begreb dukke op blandt retspsykiatrisk plejepersonale, i forhold til hvad forfatterne observerede tilbage i 2001-2003. Det er 'retsfølelse'. Et plejepersonalemedlem fortæller: *"Når vi har haft det der med retsfølelsen, så er det fx, hvis der har været lavet en alvorlig forbrydelse inde i byen, så er der adgang forbudt i byen, så er det den anden vej, vi kører, hvis vi skal til en by. På grund af retsfølelsen, man skal jo ikke møde den, man har forulempet. På den måde gør man jo noget for at beskytte ofret. Der er patienter, der har været i en anden del af regionen, hvor ofrets familie har set vedkommende i byen meget kort tid efter på udgang, og det vakte furore altså".*

Kravet om at sikre retsfølelsen kan også komme ovenfra. En sygeplejerske fortæller således, hvordan statsadvokaten ved det seneste kursus om retspsykiatri i regi af retspsykiatrisk interessegruppe gjorde opmærksom på, at de som behandlere også havde en pligt i forhold til patienternes begåede kriminalitet og i forhold til samfundets retsfølelse. På den måde er samfundsdebatten om kriminalitet og længere straffe også kommet til retspsykiatrien.

4.2.4 Risikovurderinger

Traditionelt har forskning i kriminologi og i retspsykiatri kørt i to adskilte spor. Retspsykiatri trak på den sundhedsvidenskabelige og psykiatriske forskning, kriminologi på den sociologiske tradition. I løbet af de seneste år har de imidlertid fået et fælles område: risikovurderinger (16). Langt størstedelen af den forskning, som pågår i retspsykiatri i dag, omhandler risikovurderinger; altså psykometriske instrumenter, der måler, hvor farlig en given patient er (19). Brugen af redskaber til risikovurdering er en relativ ny foreteelse i dansk retspsykiatri. For 10 år siden brugte man slet ikke risikovurderinger i

Danmark. I stedet lavede man farlighedsvurderinger ud fra et klinisk skøn. Det kliniske skøn er imidlertid blevet kritiseret for kun at vurdere rigtigt i halvdelen af tilfældene. Desuden er det afhængigt af et godt kendskab til patienten, som ikke alle personalemedlemmer har til alle patienter på alle tidspunkter i behandlingen.

Følgende redskaber er i dag mest anvendt i dansk sammenhæng:

- ◆ HCR20, som er et langt vurderingsskema, som vurderer den konkrete risiko for fremtidig vold via scoringer på spørgsmål vedrørende historik, kliniske billede og (aktuelle) risiko.
- ◆ Brøset violence checklist (BVC) og SOAS-R, som er små simple skemaer, som bruges af personalet på afsnittene til løbende at vurdere risikoen for voldelig og aggressiv adfærd indenfor det kommende døgn samt evaluere voldsepisoder.
- ◆ START, som er et dialogbaseret redskab, der bruges sammen med patienten
- ◆ Aggressive profile guideline (APG), som er et redskab, der systematiserer personalets observationer, så de kan følge med i, hvornår patienten er på vej ind og ud af forskellige faser af vrede, der kan føre til aggressiv adfærd.

I Århus begynder man at bruge ovenstående redskaber nu, mens man på Psykiatrisk Center Sct. Hans har brugt HCR20 siden 2005 og BVC siden 2006. I Nykøbing Sjælland har man længe brugt APG og vil snart begynde at bruge BVC. I Middelfart og Glostrup afviser man brugen af det med henvisning til de usikre internationale forskningsresultater. I stedet vægter man det kliniske skøn højt og bruger kræfter på at skabe en såkaldt relationel sikkerhed. Den grundlæggende idé er, at det er gennem relationen med patienten, at man lærer ham godt nok at kende til at vide, hvornår han er ude af balance, og det er gennem tillidsforholdet, at han fortæller, når han har det skidt. I Middelfart arbejder man med voldsforebyggelse i samtaler med patienterne om deres aggressioner og vredesudbrud.

På Psykiatrisk Center Sct. Hans, hvor man først begyndte at benytte risikovurderingsredskaber, var motivationen til at indføre dem en erkendelse af, at man i udlandet var begyndt at arbejde med differentieret kriminalitetsforebyggelse.

For personalet, som benytter risikovurderinger, opleves de som et godt redskab. *"Tidligere var det os som personer, som vurderede, om vi mente, at en var farlig. Jeg kunne synes det, men Lotte syntes det ikke. Det er vi væk fra, for nu kan vi teste dem, og det giver os noget mere konkret at forholde os til"* (personalemedlem). Personalet oplever, at deres vurdering af risikoen for vold og aggressiv adfærd bliver mere faglig, når redskaberne tages i brug.

På Psykiatrisk Center Sct. Hans fremhæver personalet, at BVC og SOAS hjælper dem til at vide, hvem som er farlige på forhånd, og det er en stor hjælp at vide, hvor det måske vil brænde på i løbet af vagten. Hvor sikkerhedsniveauet tidligere blev holdt oppe ved, at personalet kontinuerligt huskede hinanden på, at patienterne var uforudsigelige (jf. 7), har de nu et redskab, som skaber et vist niveau af forudsigelighed. I Nykøbing Sjælland beretter plejepersonalet om en tilsvarende gavn af APG.

For plejepersonalet synes interessen for risikovurderinger imidlertid ikke så meget rettet mod forebyggelse af kriminalitet i fremtiden. Risikoen for farlige situationer her og nu i afsnittet synes langt vigtigere

4.2.5 Risikovurderingernes brugbarhed

Ingen af stederne, hvor redskaberne bruges, sætter personalet spørgsmålstejn ved validiteten af dem. Redskabernes egnethed og reelle effekt på skizofrene patienter er imidlertid omdiskuterede både i dansk retspsykiatri og i den internationale forskning.

I udlandet har risikovurderinger vundet frem nogle steder, bl.a. i Sverige, hvor det har været lovpligtigt at gennemføre risikovurderinger på retspsykiatriske patienter siden 1991. Risikovurderinger som HCR20 er oprindeligt udviklet til at vurdere kriminelle uden psykisk sygdom, men det er ikke lovpligtigt at benytte vurderingerne på raske kriminelle. Svensk forskning påpeger, at risikovurderingsredskaber brugt på retspsykiatriske patienter har usikker evidens. I hver tredje eller fjerde tilfælde vurderer man forkert, når man benytter redskaberne (15).

I Sverige må man også erkende, at trods de mange års brug af risikovurderinger er man fortsat dårlig til at forudsige ny kriminalitet. Risikovurderinger giver et bud på det aktuelle niveau af udadreagerende adfærd hos patienten og kan som sådan være med til at sikre en bedre behandling, men det er usikkert, hvor lang tid efter vurderingen er foretaget, at den stadig kan siges at være gyldig for psykiatriske patienter. Risikoen for kriminel recidiv er fortsat bundet til ordinære faktorer som ung alder, misbrug, køn (hankøn) og antisocial adfærd, som begynder i en ung alder (ibid.).

På baggrund af de svenske erfaringer er det væsentligt ikke at forlange mere af risikovurderinger, end de kan bære. Med den usikre evidens for effekt og den store risiko for at vurdere forkert skal man være varsom med, hvilke konsekvenser man drager af brugen. Som Nilsson et al. påpeger, skal vi passe på ikke at kræve, at vores sindssyge kriminelle skal leve op til mere end vores raske kriminelle for at få orlov eller blive løsladt. Og vi skal tilsvarende ikke kræve af vores behandlende personale, at de skal kunne forudsige det, som reelt ikke er forudsigeligt: nemlig andre menneskers adfærd og udvikling over lang tid.

4.3 Kriminalitet i dagligdagens behandlingsarbejde

Som læge i retspsykiatrien skal man forholde sig til patientens kriminalitet på tre måder. For det første påhviler det lægerne at gennemføre et stærkt stigende antal mentalundersøgelser. For det andet skal man vurdere risikoen for, om patienten vil begå ny kriminalitet, hvis han får udgang, orlov, overflyttes til åbent afsnit eller udskrives. For det tredje skal lægen vurdere, hvornår en anbringelsesdømt patient er rask nok til at få omstødt sin anbringelsesdom til en behandlingsdom og da ansøge statsadvokaten om det.

De adspurgte læger oplever, at de skal udføre stadig flere mentalundersøgelser for små forseelser. Ofte ender de berørte med at få en behandlingsdom (evt. ambulant) for noget, som vi andre ville få en bøde eller tiltalefrafald for, beklager en klinikchef.

Ifølge afdelingsledelserne hersker i dag en nulfejls-kultur i politiet, ved domstolene og i fængslerne, som betyder, at der bestilles langt flere mentalundersøgelser – for en sikkerheds skyld. Samme kultur medfører, at langt flere surrogatvaretægtsfængslede henvises til de psykiatriske afdelinger til bedømmelse, vurdering og egentlig behandling. De er også indlagt i længere tid før dom (6). Det lægger et stort pres på sengepladserne.

Som plejepersonale skal man kende til de retslige regler og forhold, som patienterne er indlagte under. Men i øvrigt er behandlingen i fokus. Som en plejer siger det: *"For mig er det primære stadigvæk, at udgangspunktet er, det er syge mennesker. Det er jo den syge del, jeg skal tage mig af"*.

Som plejepersonale i retspsykiatri består en væsentlig del af arbejdet i at skabe relationer til mennesker, som har begået kriminalitet, ofte af personfarlig og grænseoverskridende karakter. Det er gennem relationen, at patienten får tillid til, at de kan få hjælp til at komme sig, og det er gennem relationen, at patienten motiveres til behandlingen.

I et tidligere forskningsprojekt, som en af rapportens forfattere gennemførte fra 2002-2006, blev det beskrevet, hvorledes personalet arbejdede med at skabe relationer til mennesker, som havde begået

alvorlig kriminalitet gennem det, man kan kalde dobbelttænkning: At glemme alt om kriminaliteten, og alligevel altid at huske den, når det var nødvendigt (7). Fordelen ved det var, at personalet som oftest lykkedes med at skabe de nødvendige relationer – og dermed kunne forholde sig til patienterne på trods af den kriminalitet, de havde begået. Bagsiden var, at kriminalitet blev et underspillet forhold. Nogle steder i landet har det ændret sig: *”Tidligere sagde vi, at de var indlagt her, fordi de havde det sådan og sådan. I dag siger vi, du er indlagt her, fordi du har begået det og det”*. Samme sted har man i dag gruppeterapi, som bl.a. har til formål at hjælpe patienterne til at leve med den kriminalitet, de har begået.

Andre steder underspilles kriminaliteten stadig. Dette er ikke kun, fordi personalet ser sig selv som behandlende, men også fordi patientens aktuelle farlighed ikke primært er bundet til den kriminalitet, han har begået, men til hans mentale stabilitet og adfærd. De fleste steder taler personalet mest om de patienter, som misbruger og har misbrugsrelateret kriminalitet, hvilket set fra kriminologisk perspektiv giver god mening: de er nemlig patienter, som begår røverier og tyverier, og dermed har det største recidiv til kriminalitet (13).

Alle steder lægger plejepersonalet vægt på, at en retspsykiatrisk afdeling ikke er og ikke må blive et fængsel. De fortæller i interviewene, at de hverken ønsker et fængsel eller en variant af de gamle statshospitaler, hvor man gemte psykisk syge mennesker væk. Formålet og hensigten er og skal være behandling med henblik på, at patienterne kan leve og begå sig bedst muligt (og sikrest muligt) ude i samfundet.

4.4 Opsummering

Retspsykiatrien har ændret sit forhold til kriminalitet de seneste 10 år. Om end retspsykiatrien stadig holder fast i at være behandlende psykiatri blot for meget komplekse patienter, er der i dag en stigende opmærksomhed på patienternes kriminalitet og de retslige aspekter. Således fremstår retspsykiatri i endnu højere grad en tidligere som en institution i spændingsfeltet mellem fængsel og hospital, mellem jura og medicin.

På nogle områder præges retspsykiatrien af samfundets syn på den kriminelle. Retsfølelse, proportionalitet mellem kriminalitet og behandlingens længde og faren for recidiv er kommet til at fylde meget. Det forhold, at disse mennesker behandles som alternativ til straf, fordi de ikke er straf-egnede, og fordi vi af etiske årsager ikke straffer psykisk syge mennesker med fængsel, synes lige så stille at glide i baggrunden. Samfundets behov for at søge beskyttelse af fremtidige ofre vinder frem til fordel for samfundets varetagelse af svært psykisk syge menneskers behandlingsbehov.

Antagelsen om, at patienterne har begået kriminalitet, fordi de har en psykisk sygdom er vigende. Troen på langvarig kontrol af patienter som er kriminalitetstruede er stigende. Dette er interessant – også i forhold til, at patienter i retspsykiatri generelt har mindre risiko for recidiv end raske kriminelle (13).

Behandlingsmæssigt arbejder man i dag med øget brug af risikovurderinger. Men den behandling man kan tilbyde – også til forebyggelse af kriminalitet – er stadig primært rettet mod behandling af psykotiske tilstande og psykofarmakologisk. Den tager således stadig ikke fuldt højde for den forskellighed, der er i patientgruppen i forhold til årsager til den kriminelle adfærd.

5. Flugt

Et antal flugter fra retspsykiatriske afdelinger fik meget bevågenhed i pressen hen over foråret og sommeren 2010. Det fik flere politikere til at kræve højere sikkerhed på afdelingerne, bl.a. i form af højere hegn og elektronisk overvågning. Vi vil her nuancere debatten om flugter, så den kommer til at omhandle andet og mere end højden af hegnet.

Ifølge Danske Regioners opgørelse flygtede i alt 142 patienter fra retspsykiatrisk indlæggelse i perioden november 2009 til november 2010 (1). Er det passende, eller er det for mange? Udgør det et problem for befolkningens sikkerhed? Og udgør det et problem for den enkeltes behandling? Vi ved det reelt ikke, for det er aldrig blevet undersøgt. Vi ved til gengæld, at det er et problem for politikerne, for hospitalsledelserne og for behandlerne, når medierne sætter spotlys på flugter og udeblivelser som sensationelle og farlige begivenheder.

Vi vil i dette kapitel give de bedst mulige svar på:

- ◆ Hvem flygter, hvornår de gør det, og hvorfor de gør det?
- ◆ Hvornår det er et sikkerhedsproblem eller en behandlingsbarriere?
- ◆ Og endelig vil vi diskutere, hvad der skal til for at få patienterne til at blive⁷.

5.1 Hvor mange flygter eller udebliver?

For at forstå, hvad en flugt betyder, er det væsentligt at skelne mellem de forskellige typer: man skelner mellem rømninger fra lukket afsnit eller aflukket have, undvigelse fra personale i forbindelse med ledsaget udgang og udeblivelse fra uledsaget udgang. Af de 142 flugter det forgangne år er de 122 foregået fra lukket regi. Heraf rømmede 39 patienter, 35 undveg, mens 48 udeblev (1).

Ikke sjældent er det de samme personer, som udebliver flere gange. På Psykiatrisk Center Sct. Hans har man gennemført en undersøgelse af samtlige, som flygtede, dvs. rømmede, undveg eller udeblev fra udgang fra lukkede afsnit i 2006. Af de 114 patienter, som var indlagt det år, flygtede 19 personer én gang, fem personer to gange og syv udeblev 3-6 gange. 16 gange foregik flugten fra sengeafsnittet eller afsnittets lukkede have. 41 gange løb patienten bort under ledsaget udgang eller kom ikke tilbage efter uledsaget udgang eller terrænfrihed (20).

Undersøgelsen er kun lavet det ene år, og vi ved derfor ikke, om året var exceptionelt. Vi kan dog se, at det samlede antal flugter fra lukket retspsykiatrisk afdeling Sct. Hans i 2006 svarer til antallet i 2010 (opgjort til Danske Regioner).

I undersøgelsen fra 2006 var knap 40 % af patienterne tilbage indenfor et døgn. Inden for en uge var 70 % tilbage, mens 95 % var tilbage indenfor tre måneder.

De interviewede til denne undersøgelse giver udtryk for samme billede: Hovedparten af patienter stikker af fra udgang, og langt de fleste vender hurtigt tilbage. Nogle kommer tilbage af sig selv, andre hentes af politiet på banegården, på det lokale værtshus, eller hvor politiet ellers møder dem.

⁷ Vi besvarer spørgsmålene ud fra et review af forskningslitteratur på området (20), en analyse af samtlige absenteringer fra Psykiatrisk Center Sct. Hans lukkede retslige afsnit i 2006 (ibid.), og ud fra interviews med plejepersonale og afdelingsledelser på de retspsykiatriske afdelinger.

5.2 Hvem flygter eller udebliver?

I Danske Regioners nye opgørelse har patienterne i gennemsnit været indlagt i 412 dage på det tidspunkt, hvor de flygter.

I Hougaards undersøgelse fra Psykiatrisk Center Sct. Hans 2006 havde patienterne tilsvarende været indlagt i knapt et år på det tidspunkt, hvor de stak af. De, som flygtede eller udeblev fra Psykiatrisk Center Sct. Hans, adskilte sig kun fra de andre patienter på et enkelt område: der var signifikant flere, som misbrugte hash (65 %), anden narkotika (74 %) eller alkohol (55 %). Der var en lille tendens til, at flere af de flygtede eller udeblevne var dømt for røveri og tyveri, mens flere af de tilbageblevne var dømt for alvorlig kriminalitet som drab, drabsforsøg, vold eller ildspåsættelse. Forskellen var dog ikke signifikant.

Der er os bekendt ikke lavet andre undersøgelser i Danmark. Internationalt er der fundet fem undersøgelser fra retspsykiatrisk regi gennemført i perioden 1960-2006. I de undersøgelser optræder misbrug ikke som en betydende faktor. I en enkelt af undersøgelse var 26 ud af 27 patienter dømt for indbrud (20). De fysiske, retslige og behandlingsmæssige forhold i de andre undersøgelser er imidlertid så anderledes, at resultaterne er vanskelige at overføre til danske forhold.

Studier af absenteringer fra almenpsykiatrien påpeger, at de, som flygter, hyppigere er yngre, mænd, lidende af skizofreni, og patienter som har været udsat for frihedsberøvelse eller anden tvang (20). Dvs. at de, som flygter hyppigst fra almenpsykiatrien, har fælles karakteristika med størstedelen af de retspsykiatriske patienter.

5.3 Er det farligt, når patienterne stikker af?

Det gennemgående budskab i samtlige interviews, vi har gennemført, er, at det kun i meget sjældne tilfælde er farligt for offentligheden, når en patient stikker af, men at det forekommer.

Særligt opleves det relativt uproblematisk med de mange patienter, som stikker af fra åbne afsnit eller udebliver fra udgang eller terrænfrihed. Det er en væsentlig del af behandlingen at lære patienterne at kunne gebærde sig i samfundet: at kunne tage bussen, at kunne gå ned og handle selv. Det at give patienterne stadig mere udgang til stadig flere ting er således et væsentligt element i et behandlingsforløb. Som en ledende overlæge siger det: *"Hvis vi aldrig havde nogen, der stak af, var det, fordi vi gav dem for lidt udgang"*.

Et tilknyttet formål med behandlingen er at gøre patienterne så raske, at de i stigende grad kan handle på eget liv. Deraf følger også et ofte hørt udtryk da vi lavede observationer på Psykiatrisk Center Sct. Hans i 2001-2003: *"Når de bliver raske nok til det, stikker de af"*. Hvis retspsykiatrien ikke formår at give patienterne muligheder for at handle på eget liv, i takt med at de bliver mere raske, så tager patienterne måske den mulighed, som står tilbage: at stikke af.

Terrænfrihed og udgang indebærer naturligvis en risiko for, at patienten udnytter chancen til at stikke af, men de interviewede vurderer, at alternativet er langt mere farligt: *Alle patienter får jo ophævet deres dom og bliver udskrevet på et eller andet tidspunkt, og hvis vi har holdt dem afsondret fra samfundet i årevis og så pludselig sender dem ud og leve i det – uden kompetencerne til det – så bliver det først farligt*, forklarer flere interviewede.

Mange interviewede beretter historier om patienter, som er stukket af under harmløse forløb: *En patient havde brug for at få tillagt flere ansvarsopgaver som led i hans behandling, og han fik derfor lov til at gå en tur med en hund (et personalemedlems). Efter 20 minutter ringede han og fortalte, at han havde bundet hunden ved kirken, fordi han blev nødt til at tage en lille tur. Personalet ringede med*

det samme til politiet for at få ham rundkastet. (En rundkastning er et niveau under efterlysning, hvor politiet kigger efter patienten, når de alligevel er på patrulje, men ikke specifikt leder efter vedkommende). Politiet reagerede ved at sende en meddelelse til pressen, og TV2 satte det på tekst tv. I mellemtiden havde patienten drukket sig meget fuld, var blevet fundet sovende på en station af nogle politifolk og var blevet kørt på skadestuen.

Historier som denne synes at illustrere personalets oplevelse af, at de retslige patienter gøres farlige – også når de reelt er harmløse og meget menneskelige. I sjældne tilfælde stikker en patient, som personalet vurderer som farlig, af fra et lukket afsnit. I de tilfælde opleves det som et stort problem.

I nogle regioner har man ikke de fysiske rammer til at rumme de mennesker, som (for en periode) vurderes så farlige, at det udgør en risiko for offentligheden, hvis de stikker af. Under sådanne rammer kan man som personale opleve, at man mere end noget andet bliver politibetjent og hovedfokus bliver sat til at holde øje med patienterne. Det er en stor belastning for personalet og gør det meget svært at skabe en god alliance med patienterne. Andre steder, bl.a. i Middelfart og på Psykiatrisk Center Sct. Hans, har man i dag pladser, som er så sikrede, at der skal ekstreme metoder til at slippe ud. Der er sluser, mur om haven m.m.

På nogle af disse meget sikrede afsnit har man til gengæld oplevet et nyt fænomen: patienter som overfalder personale og fravrister dem nøglerne, personale som holdes som gidsler for at slippe ud, og i et enkelt tilfælde har man oplevet, at personer udefra er brudt ind for at befri en patient, som sad varetægtsfængslet. For de interviewede udgør disse – relativt få eksempler – en klar indikation af at:

- ◆ Patienter altid kan komme ud, hvis de virkelig vil.
- ◆ Meget sikrede rammer gør det farligt for personalet at gå på arbejde, fordi det så bliver via vold mod dem, at patienterne kan komme ud.
- ◆ Jo højere sikkerhed man sætter op, jo mere personale er man nødt til at ansætte. Hvis personalet er vejen ud af afsnittet, kan den vej kun spærres (og personalets sikkerhed sikres) ved at være mange til stede.

5.4 Hvorfor stikker patienterne af?

Vi ved meget lidt om, hvorfor patienterne flygter eller udebliver. I 5 studier fra almenpsykiatrien har man spurgt patienterne, hvorfor de stak af, når de vendte tilbage. Patienterne her peger på kedsomhed, at de finder miljøet utrygt, at de ikke oplever, at de har behov for den behandling, de tilbydes, og at de bekymrer sig for deres venner og familie derhjemme (20). Det ene af studierne var kvalitativt og gik mere i dybden med fem patienters forklaringer. I de interviews beskriver patienterne en oplevelse af meningsløshed i forhold til indlæggelsen og behandlingen som den mest dominerende årsag til at stikke af (21).

Dolan og Snowden (22) interviewede tilbagevendte retspsykiatriske patienter fra en engelsk retspsykiatrisk afdeling, men havde svært ved at få klare svar, ud over at patienterne udtrykte en trang til at føle frihed, selv for en kort periode.

Moore (23) forklarer, at der findes to slags retspsykiatriske patienter: dem der tager chancen, når den opstår, og dem der skaber lejligheder til at stikke af. Den første gruppe patienter fortæller, at de 'bare vil leve livet og ikke føle sig begrænsede'. Nogle synes ikke, at de bliver hjulpet af behandlingen, andre mener sig selv klar til at blive udskevet, og at de ikke er til fare for nogen. Endelig er der nogen, som ser sig som ofre for systemet og uden indflydelse på deres egen sag. De patienter, der skaber lejligheder til at stikke af, er dem, som har sværest ved at acceptere, at de bliver tilbageholdt.

Så vidt vi ved findes der ingen danske undersøgelser af, hvorfor patienter flygter eller stikker af. I vores eget datamateriale indsamlet fra 2001-2003 kan vi finde:

- ◆ Patienter som stikker af, fordi de er i en fastlåst og udsigtsløs situation (fx med udsigt til udvisning eller overflytning til Herstedvester, når de bliver raske nok til det).
- ◆ Patienter som stikker af, fordi de trænger til, at der skal ske noget. Dette 'noget' kan for nogle patienter være knyttet til alkohol- eller stofindtag. Ikke sjældent kommer disse patienter selv tilbage igen efter 'en glad aften' eller besøg hos bekendte.
- ◆ Patienter som svarer igen ved at stikke af, når de ikke får den gulerod, de har fået lovning på ved god opførelse: fx overflyttelse til åbent afsnit, orlov eller udgang.

5.5 Hvad kan få patienterne til at blive?

Ovenstående giver kun en svag indikation af, hvorfor patienter stikker af. Hvis vi alligevel vender de beskrevne faktorer på hovedet, får vi imidlertid en idé om, hvad der skal til, for at patienterne bliver i behandlingen:

- ◆ De skal gives en følelse af frihed – også selvom det kun er kortvarigt
- ◆ De skal kunne se, at de er på vej ud af den situation, de er i
- ◆ De skal opleve progression i behandlingen og i de frihedsgrader, de opnår
- ◆ De skal føle, at de får noget ud af behandlingen
- ◆ Der skal ske noget
- ◆ Der skal være en særlig relation mellem patient og personale.

På Psykiatrisk Center Sct. Hans oplever personalet, at der er sket et fald i antallet af flugter. De mener, det hænger sammen med, at man i dag hurtigere får terrænfrihed. Patienterne kommer hurtigere ud for at trække vejret, og så behøver de ikke stikke af, forklarer det interviewede personale.

I Nykøbing Sjælland oplever de meget få flugter fra selve afsnittet. Her har patienterne fri adgang til en aflukket terrasse hele dagen. Og så snart de får havefrihed, har de mulighed for at føle lidt privatliv i den meget store lukkede have, som personalet udtrykker det. I øvrigt er afsnittet sikret med sluser m.v., som gør det vanskeligt at stikke af.

Med jævne mellemrum laver man skærpselser af sikkerhedsniveauet på de enkelte afdelinger. Man bygger sluser eller gør hegnnet højere. Det er den billigste løsning, påpeger de retspsykiatriske afdelingsledelser i fokusgruppeinterviewet. Men selvom et vist niveau af sikkerhed er vigtigt, er den løsning ikke holdbar på den lange bane. Som en ledende oversygeplejerske siger det: *"Det kan godt være, at man har fire meter hegn, som forhindrer rømninger lige nu. Næste år skal vi lige lægge en meter mere på og næste år en meter mere, og så skal vi lige lægge et tag over, og så skal vi huske, at de ikke må (kunne) grave sig ind under hegnet ... jeg ville da også forsøge at komme ud, hvis jeg skulle spærres inde. Så et eller andet sted, så jo vel er det meget vigtigt med den fysiske sikkerhed, men ligeså vigtigt er det med andre typer".*

De andre typer sikkerhed, som de interviewede taler om, handler om at skabe bæredygtige relationer med patienterne. Det er på grund af gode relationer mellem patienter og personale, at gidseltagning af personale afværges – fordi nogle patienter ikke vil være med og måske fortæller det. På den lange bane går vejen mod udskrivelse via relationen til personalet (jf. 7). Når patienterne accepterer og forstår det, er risikoen for voldsomme flugter også mindre.

På den anden side er et fornuftigt sikkerhedsniveau en forudsætning for, at personalet og patienterne kan skabe bæredygtige relationer. Personalet har brug for at kunne føle sig trygge i dagligdagen for at indgå i relationen. De interviewede afdelingsledere forklarer, at de via kontrol med, hvad der kan komme ind i afsnittet og skrappe sikkerhedsprocedurer, får ro til relationsarbejdet. Patienterne på deres side har brug for, at relationen handler om andet end kontrol. Ekstremt restriktiv og kontrollerende personaleadfærd kan hæmme patientens parathed til at indgå i en relation (jf. 7). I det perspektiv skaber det store udfordringer for hele behandlingsarbejdet, når man fra politisk hold kræver garantier for, at en afdeling forhindrer fremtidige flugter.

5.6 Politiske krav om at forhindre flugter: en ny udfordring for behandlingen

Flere flugter hen over sommeren 2010 fik meget mediebevågenhed. I et af tilfældene begik en af de flygtede alvorlig kriminalitet, inden han blev fanget. Et af resultaterne var, at en af afdelingerne fra politisk hold fik besked på at forhindre fremtidige flugter. Man satte en række sikkerhedstjek og foranstaltninger i søen de pågældende steder. Det, som også hører med til historien, er den måde, det har påvirket behandlingsmiljøet.

De interviewede afdelingsledelser fortæller, at personalet nogle steder oplever sig krænkede. De oplever, at det bliver deres skyld, at patienterne er stukket af. Nogle steder er personalet blevet tiltagende bange for flugter. De beder om at få støbt cement ned i jorden under hegnet, for at patienterne ikke kan grave sig ud. Selvom det eneste redskab, patienterne har adgang til, er en ske, og ophold i haven altid er overvåget. Eller de kræver, at en åbning mellem hegn og bygning i fire meters højde, som er så lille, at man nærmest skal være dværg for at mave sig igennem, skal lukkes, før at de tør tage patienterne med ud i haven. I sidstnævnte tilfælde var man nødt til at lukke hullet, fordi personalet var så stressede over det, at de slet ikke kunne skabe en relation til patienterne. I stedet stod de med patienterne i haven og nedstirrede dem af angst for, at de ville stikke af.

I Region Midt fortæller plejepersonalet, at en stor del af deres ressourcer bruges på at passe på, at patienter ikke stikker af, når de går ned i den lukkede have for at ryge. Personalet går kun i haven, når tre personalemedlemmer kan gå med, og patienterne får besked på kun at være lige ved siden af personalet i haven. Da langt de fleste patienter ryger, må man arrangere ture ned i haven en gang i timen eller en gang hver anden time.

Påbuddet om, at der ikke må ske flere flugter, påvirker også personalets adfærd, når de er på udgang med en patient. I gruppeinterview med plejepersonale fra en af regionerne opstod en heftig diskussion om, hvorvidt det var deres pligt at holde patienter fast med magt, hvis de ville stikke af på en udgang. Nogle mente, det var dét, som var kravet nu. Andre mente, det var for farligt for dem selv – eller hurtigt kunne blive det. En fortalte, hvordan et nyt element var kommet ind i overvejelserne, når man stod med en flygtende patient ude på terrænet og skulle vurdere, om man turde gribe fat i ham: Hvad siger den øverste ledelse og regionsformanden, hvis jeg ikke gør det?

Kravet om, at flugter ikke må kunne ske, forhindrer på den måde behandlingsarbejdet på mindst tre måder:

- ◆ Personalets fokus skifter fra behandling til sikkerhed.
- ◆ Når personalet skal bruge så mange ressourcer på at undgå flugter, er der ikke mange ressourcer tilbage til at lave behandlingsarbejdet.
- ◆ Det kan få personalet til at tøve med at tage patienterne ud på de udgange, som er så væsentlige for behandlingen og patientens trivsel i de meget lange indlæggelsesforløb, fordi de er bange for følgerne, hvis de holder patienter, der vil flygte, fast – og bange for følgerne hvis de lader være.

Vi har ikke interviewet patienter i denne undersøgelse, men mener, man må forvente, at patienter, som lever under så stærk en kontrol, vil blive kraftigt påvirket af det. Dette er ikke gavnligt i et behandlingsforløb, der bl.a. skal give patienterne tillid til behandlingsinstitutionerne og bæredygtige relationer.

5.7 Opsummering

Overordnet er konklusionen, at det er uhensigtsmæssigt med meget sikrede rammer med få muligheder for at komme ud for hovedparten af de retspsykiatriske indlagte patienter. Det er dyrt i personaleressourcer, hvis det skal være forsvarligt, og det er skidt for et behandlingsforløb, som har til formål at hjælpe patienten mod et liv, hvor han kan gebærde sig i samfundet.

Til gengæld er det også uhensigtsmæssigt med fysiske rammer, som gør det så nemt at stikke af, at personalet ikke kan bestille andet end at passe ekstra på. Derfor er det uhensigtsmæssigt med sikkerhedsmæssigt uigennemtænkt byggeri.

Der vil altid være patienter, som i kortere perioder er så farlige, at det er nødvendigt at have dem indlagt under særligt sikrede forhold. I nogle regioner mangler man de forhold. Men den gode behandling, der sikrer, at retspsykiatriske patienter kan begå sig i samfundet, når de udskrives, opnås ikke ved at gemme dem væk i sikrede afsnit med ringe muligheder for at komme ud.

Hvis vi ønsker færre flugter fremadrettet, skal vi blive klogere på, hvad der er, der får patienter til at flygte – og hvad der får dem til at blive. Og vi skal med det som grundlag rette blikket mod indholdet af det, som foregår i den retspsykiatriske behandling under de meget lange indlæggelsesforløb.

6. Misbrug

Ifølge Danske Regioners tværsnitsundersøgelse har 50 % af de retspsykiatriske patienter også en misbrugsdiagnose. Litteraturen omkring mennesker med en samtidig psykisk sygdom og stofmisbrug peger dog på, at antallet af psykiatriske patienter, der bliver ordentlig udredt for et evt. stof- eller alkoholmisbrug, er begrænset og leder til en underrapportering af den egentlig forekomst af misbrugsdiagnoser i psykiatrien (24).

I interview med det retspsykiatriske personale anslår de, at et sted mellem 50 og 90 % af patienterne har et brug eller misbrug af illegale stoffer. Det er således et markant antal (og sammenlignet med tallene fra tværsnitsundersøgelsen peger de også på, at det officielle antal patienter med misbrug er absolut minimums antal). Ifølge personalet misbruger langt de fleste patienter hash. Men nogle har også et misbrug af kokain, amfetamin eller alkohol. Heroin og andre opioider ses til gengæld stort set ikke.

Personalet oplever, at misbruget har en række negative konsekvenser både for den enkelte patient og for afdelingen. Patienten bliver ofte psykisk dårligere i forbindelse med misbrug, og samtidig giver det tit en række adfærdsmæssige problemer, hvor patienten lyver om sin adfærd og prøver at skaffe stoffet ind i afdelingen. Når der er patienter med misbrug på en afdeling, bliver miljøet også tit mere råt. Der kommer flere konflikter patienterne imellem, de skylder hinanden penge, og patienter uden udgang prøver at presse patienter med udgang til at tage stoffer med ind på afdelingen.

Fra retspsykiatrien side ser man også misbrug som en af de risikofaktorer for kriminalitetsrecidiv, som retspsykiatrien er ansvarlig for at kontrollere og evt. forhindre/forebygge. Dette skyldes, at stofferne kan betyde, at patienterne mister kontrol som påvirket og derfor nemmere kommer til at begå kriminalitet; fordi nogle stoffer fremkalder aggression eller psykose; fordi patienterne kommer til at skyldes penge, som skal skaffes på en eller anden måde. Stofmisbrug har med andre ord betydning for centrale områder af retspsykiatrien. I den retspsykiatriske rapport fra Region Midt nævnes misbrug som en komplicerende faktor, som kan kvalificere til indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling (frem for almen psykiatrisk afdeling). Det samme gælder i forskelligt materiale fra Region Syd. Fra litteraturens side peges der også på en sammenhæng mellem misbrug hos psykiatriske patienter og risikoen for vold (24;25).

Stofmisbrugende patienter er ikke et problem, som retspsykiatrien står alene med. Generelt set regner man med, at ca. halvdelen af alle psykiatriske patienter også har et misbrug af stoffer og/eller alkohol (26). De retspsykiatriske patienter er dermed formentlig hverken mere eller mindre misbrugende end andre psykiatriske patienter. Fra litteraturen ved vi, at et samtidigt misbrug giver en dårligere prognose og øger risikoen for andre tilstødende helbreds-mæssige problemer (fx systemiske infektioner). Der er ligeledes flere adfærdsmæssige problemer med patienter med et samtidigt misbrug (27;28).

Psykiatrien er generelt dårligt rustet til at tage sig af tilstødende misbrugsproblemer. Man har dårligt kendskab til området, til stoffernes samspil med den psykiske sygdom og den medicin, som patienten får for sin sygdom, og til relevante behandlingsmæssige tiltag i forhold til misbruget. I almenpsykiatrien har svaret på et stofmisbrug hos psykiatriske patienter ofte været udskrivning. Misbruget er set som i modsætning til behandling, misbruget er blevet set som patientens egen skyld, og at vedkommende måske selv var skyld i sin sindssygdom ved at have fremkaldt denne ved at tage stoffer (29; 30). Nogle gange er patienter blevet udskrevet med besked om at komme tilbage, når de var ophørt med stofmisbruget, og derved havde bevist, at de var motiveret for behandling (8;29). I retspsykiatri-

en er denne form for udskrivelse sjældent en mulighed. Men den forståelse af misbrug, som en sådan praksis er bundet i, er bestemt genkendelig (se også 7). Der er heller ikke blandt retspsykiatrisk personale nødvendigvis den store forståelse af, at stofmisbruget skal håndteres og behandles, og ikke negligeres og fornægtes (30;31).

I dette kapitel vil vi dels komme med nogle bud på, hvilken rolle misbrug spiller for retspsykiatriske patienter, og dels på hvilke behandlingsprincipper som det kan give mening at anvende på retspsykiatriske afdelinger.

6.1 Hvorfor misbruger retspsykiatriske patienter?

Der er ikke nogen entydig forklaring på, hvorfor psykiatriske patienter misbruger stoffer. Nogle forklaringer går på, at det er fordi, stofferne afhjælper eller dæmper symptomer ved den psykiske lidelse eller bivirkninger ved den psykiatriske medicin. Andre forklaringer er, at misbrug er normal praksis i den sociale gruppe, man tilhører eller ønsker at tilhøre. Andre igen går på tilgængeligheden af stofferne i samfundet i dag (32). Et fjerde aspekt af forklaringen på nogle psykiatriske patienters misbrug er, at de er afhængige af det/de pågældende stof/fer og derfor vil opleve abstinenser, hvis de stopper deres indtag.

Men ud over disse generelle forklaringer på misbrug kan man pege på, at den retspsykiatriske kontekst også har sig egen specifikke betydning. Som beskrevet i flere af de foregående kapitler udgør retspsykiatriske afdelinger nogle miljøer, hvor der er regler for og kontrol med store dele af patienternes liv. Misbrug af stoffer og/eller alkohol udgør et felt, der i højere grad ligger uden for personalets kontrol. Der er tale om aktiviteter, der er illegitime, og som patienterne derfor søger at holde uden for personalets vidende. I en tidligere analyse har en af rapportens forfattere påpeget, at stofmisbrug er et af de få områder i retspsykiatrien, hvor patienterne har mulighed for at udøve en ukontrolleret handlekraft (7). I litteraturen omkring stofmisbrugsbehandling er det gentagne gange påpeget, at øget kontrol i forbindelse med behandling fører til, at klienterne søger at udfordre denne kontrol og omgå kontrolforanstaltningerne (33-35). Det er formentlig ikke muligt direkte at overføre disse erfaringer til retspsykiatrien, men at mennesker – herunder psykiatriske patienter – med misbrugsproblematikker søger at undgå den kontrol, som autoriteter søger at underlægge deres misbrug, er der formentlig ikke nogen tvivl om.

Nogle patienter bruger formentlig også misbruget af stoffer til at markere en mere reel modstand eller trods mod personalet. I et tidligere projekt beskrev nogle patienter "... hvordan de misbrugte stoffer i sidste weekend fordi "det restriktive personale på det her afsnit kan rende dem i røven", fordi lægen alligevel ikke gav dem den plads på åbent afsnit, han havde lovet, eller fordi de er "dødtrætte af det her sted" ..." (7: 177).

Et andet særligt forhold ved retspsykiatrien er som beskrevet i kapitel 3, at det er ret begrænset, hvad de retspsykiatriske afdelinger kan tilbyde af aktiviteter. For nogle patienter fungerer misbruget altså også som en alternativ beskæftigelse eller aktivitet, der kan gøre det lettere at udholde de lange dage på afdelingerne og de – for nogle patienter – meget lange indlæggelser.

Endelig har en del retspsykiatriske patienter også en ret begrænset motivation til at gøre noget ved deres misbrug. På grund af de ret restriktive vilkår, der gør sig gældende for dem – og igen udgør de anbringelsesdømte en særlig belastet gruppe – kan det være svært for personalet at motivere patienterne til at arbejde med deres misbrug. I mange tilfælde kan man ikke love dem, at de kan blive udskrevet, hvis de holder sig fra misbrug. Motivationen til ændringer kan for mange retspsykiatriske patienter være ret begrænset.

6.2 Hvad kan man gøre ved misbruget?

Da vi lavede vores oprindelige projekter i retspsykiatrien i 2001-2005, var den dominerende behandlingsmæssige forståelse, at hvis man behandlede patienternes sindssygdom, ville det også hjælpe på deres behov for stoffer. Her er der sket en holdningsændring hos personalet, og man er begyndt at inddrage forskellige behandlingsprincipper fra misbrugsbehandlingssektoren i psykiatrien.

Dengang gjorde man meget lidt behandlingsmæssigt i forhold til misbrugsproblematikker hos de retspsykiatriske patienter. Og det, man gjorde, var primært at forsøge at kontrollere adgangen til stoffer. Havde man en periode, hvor man oplevede, at mange patienter på et sengeafsnit var påvirkede, var initiativet typisk, at man fratog patienterne deres udgangstilladelse, stoppede besøg af pårørende, visiterede dem, der alligevel var ude af afsnittet, og gennemførte ransagninger på afsnittene. Disse initiativer medførte som regel en periode med færre stoffer, men også frustrerede patienter der blev endnu mere begrænset end ellers.

Disse initiativer er fortsat en del af repertoireet på de retspsykiatriske afdelinger i deres forsøg på at håndtere misbrug. På visse afdelinger suppleres disse kontrolforanstaltninger af urinkontrol på patienter, enten i forbindelse med udgange fra afdelingen eller som led i en mere generel kontrol med misbrug. Finder man stoffer eller alkohol i urinprøven, vil det typisk betyde, at patienten mister retten til udgang i en periode. Men kontroltilgangen er typisk blevet suppleret af forskellige andre tiltag.

Hos en del personale finder man en meget pragmatisk holdning til noget af misbruget. Hvis patienterne er diskrete omkring det, ikke fremtræder alt for påvirkede, og hvis deres sygdom ikke påvirkes negativt, ser man til en vis grænse gennem fingre med misbrug af hash og alkohol.

6.2.1 Konkrete behandlingstiltag

Der er ikke lavet noget forskning om, hvilken slags misbrugsbehandling der giver den bedste effekt på indlagte retspsykiatriske patienter (31), og det er et af de områder, hvor der efterlyses forskning. Det er dog generelt antagelsen, at behandlingsprincipper, som har vist sig velegnet til behandling af patienter i almenpsykiatrien, også kan anvendes på retspsykiatriske patienter.

Et første vigtigt udgangspunkt er, at der i forbindelse med indlæggelser på retspsykiatrisk afdeling bør foretages en grundig screening og udredning med henblik på at kortlægge et evt. misbrug hos den retspsykiatriske patient. Dette for at fastslå omfang, hvilke stoffer det drejer sig om og misbrugsfunktion hos den enkelte patient. Retspsykiatrisk afdeling på Sct. Hans har etableret et særskilt afsnit for patienter, der ønsker at gøre noget ved deres misbrug, mens de er indlagt. Her benytter man sig bl.a. af DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) og AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) i forbindelse med udredning (36). Også Team for Misbrugspsykiatri, der er en specialafdeling i Region Midt, peger på behovet for en grundig misbrugsanamnese som et vigtigt udgangspunkt for ordentlig misbrugsbehandling hos psykiatriske patienter: *“Så kan man jo også måske tænke på en ordentlig diagnosticering. En differentiell diagnosticering. Man kan gå ind i at blive bedre til at adskille. Der mener vi, at der er mange problemer. Næste trin er jo så ... der kan være flere trin. Men at arbejde med psykofarmakologi i forhold til dobbeltdiagnosepatienter det er lidt specielt alligevel. Både modificeret brug af almindelige stoffer. Men også med trang-dæmpende behandling, substitutionsbehandling og afgiftning.”*

Efter en ordentlig diagnosticering er næste skridt den egentlige behandling. Her har man i vid udstrækning valgt at læne sig op ad de generelle anbefalinger for misbrugsbehandling, og man arbejder således med udgangspunkt i kognitive tilgange og motivational interviewing. Den kognitive tilgang passer sammen med en generel interesse for kognitiv behandling i psykiatrien de sidste ca. 10 år. I kognitiv misbrugsbehandling arbejder man systematisk med at afdække de situationer, hvor patienten

misbruger (risikosituationer), hvilken funktion misbruget har for patienten, hvilke tanker og følelser der forudgår et misbrug, og man arbejder med at identificere alternative handlinger end misbruget. I motivationsinterview arbejder man – igen systematisk – med at afdække patientens motivation for forandring. Man antager, at mennesker kan gå igennem forskellige faser af forandringsparathed – og mangel på samme, og at man ved at være opmærksom på disse forskellige faser kan målrette indsatsen. Hvis en patient fx ikke er motiveret for forandring i vedkommendes misbrug, er der ingen grund til at igangsætte egentlig behandling – så skal man i stedet arbejde med at skabe motivation for forandring.

Personalet på de forskellige retspsykiatriske afdelinger bruger disse principper i større eller mindre grad. Det er dog en fælles oplevelse, at man i dag – i højere grad end tidligere – forsøger at arbejde professionelt med misbruget. Introduktionen af disse behandlingstilgange har gjort det muligt for personalet at handle på misbrug med andet end kontrol. Og denne mere konstruktive tilgang gør, at personalet er mindre frustrerede end tidligere. I forhold til motivational interviewing har denne tilgang den – set fra personalets side – store fordel, at tilbagefald og manglende motivation ikke længere behøver at blive set som fejlslagen behandling, men kan rummes inden for behandlingstilgangen. Der er dog også enighed om, at man godt kunne gøre mere på afdelingerne for at behandle patienternes misbrug.

Yderligere peger personalet også på, at man i retspsykiatrien har bedre muligheder for at arbejde med patienternes misbrug, end man i dag har i almenpsykiatrien. Grundet de lange indlæggelser, som ind imellem opfattes som en udfordring, har man i retspsykiatrien mulighed for at arbejde systematisk og grundlæggende med patientens misbrugsproblematikker.

6.2.2 Dilemmaer i misbrugsbehandling på de retspsykiatriske afdelinger

Med reference til ovenstående diskussion af misbrugets forskellige funktioner på de retspsykiatriske afdelinger er det vigtigt at påpege, at det øgede fokus på misbrugsbehandling i retspsykiatrien også tjener det formål at bringe endnu et område af patienternes liv inden for den behandlingsmæssige kontrol. Hvad det vil betyde for patienter er endnu et åbent spørgsmål, men vil være relevant at adressere i evt. fremtidige forskningsprojekter omkring misbrugsbehandling i retspsykiatrien.

Derudover stiller den retspsykiatriske ramme kognitiv misbrugsbehandling over for en særlig udfordring. Som beskrevet ovenfor er en del af tilgangen inden for denne behandling, at man søger at afdække misbrugets funktion for det enkelte menneske. Heri ligger der også en anerkendelse af de positive funktioner, som misbruget kan have (fx fornøjelse, afslapning, sociale relationer). I misbrugsbehandling, der ikke foregår på retspsykiatriske afdelinger, har man gennem de sidste ca. 15 år i stigende omfang accepteret disse effekter, og meget behandling foregår i dag inden for rammerne af det princip, som kaldes skadesreduktion, og hvor behandlingsudkommet ikke nødvendigvis er afholdenhed, men at begrænse de skader, som misbruget kan lede til (37).

Denne tilgang kan dog være vanskelig at føre ud i praksis i retspsykiatrien. Dels kan denne tilgang være i modstrid med psykiatriens syn på misbrug – nemlig at misbruget kan være sygdomsfremkaldende. Og dels kan den være i modstrid med retspsykiatriens retslige forpligtelser, hvor misbrug og besiddelse af stoffer er forbudt. Endelig kan man ikke tillade sig at se stort på misbruget, fordi misbruget kan lede til ny kriminalitet, som retspsykiatrien jo netop er forpligtet til at forhindre. Noget af personalet i interview præciserer da også, at selvom man måske ser gennem fingre med et begrænset misbrug, når patienterne er på udgang, så er der dog nul tolerance, hvad angår stoffer og misbrug inde på afdelingerne.

6.3 Opsummering

Misbrug er et reelt og stort problem på de retspsykiatriske afdelinger. Retspsykiatrien er først for nylig begyndt at løfte den opgave, som patienternes misbrug reelt udgør. Her har man hentet inspiration fra behandlingen af mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom, men uden retslig foranstaltning. Samtidig påpeges behovet for at få undersøgt, hvilken slags misbrugsbehandling der er mest effektiv inden for de særlige rammer, som retspsykiatrien udgør.

Kapitlet har også peget på, at retspsykiatrien i forhold til misbrug også står med de særlige udfordringer, at misbruget kan fremstå som attraktivt, fordi det er en aktivitet, der ligger uden for personalets kontrol. Og samtidig kan de meget begrænsede aktivitetsmuligheder, som retspsykiatrien har til rådighed, gøre misbrug til en attraktiv beskæftigelse.

Endelig har kapitlet peget på, at en mere systematisk misbrugsbehandling også kan være vanskelig at gennemføre, fordi retspsykiatrien kan have vanskeligt ved at tage de mere skadesreducerende principper fra misbrugsbehandlingen til sig på grund af de legale dimensioner i retspsykiatrien.

7. Retspsykiatriens udvikling – en konklusion

Vi har her belyst udviklingstendenser i den retspsykiatriske praksis med særligt fokus på de etiske aspekter og med et behandlingsmæssigt perspektiv.

Vi finder helt overordnet et skred i synet på kriminalitet i samfundet såvel som i retspsykiatrien, som følges af markante ændringer i den behandling, som tilbydes og udvikles. Samtidig ser vi stigende krav til retspsykiatrien om at beskytte samfundet mod kriminelle med psykisk sygdom. Synet på kriminalitet, på behandling og på sikkerhed er under forandring.

7.1 Ændret syn på kriminalitet

I Danmark straffer vi ikke mennesker, som har været psykisk syge i gerningsøjeblikket. I stedet sikrer vi dem behandling for at forebygge gentagelser. Den lov er stadig gældende. Men dens fortolkning er under forandring.

I stigende omfang får retspsykiatrien stillet som opgave også at sikre samfundet. Behandlingen af det syge menneske for dets egen skyld træder i baggrunden. Kravene om at undgå flugt og udeblivelse og tilgodese befolkningens sikkerhed, retssikkerhed og retsfølelse bliver mere markante.

Tidligere var retssikkerhed i højere grad noget, som domstolene vurderede ved at idømme anbringelsesdomme eller kræve surrogatvaretægtsfængsling. I dag fylder det nye ord 'retsfølelse'. Retvfølelse er egentlig et juridisk argument for at opretholde en varetægtsfængsling, men benyttes i stigende omfang bredere: befolkningen skal ikke møde en patient, der har begået alvorligt kriminalitet – heller ikke efter den dom, som har fritaget ham for straf, men idømt ham en behandling.

De interviewede i denne undersøgelse begræder den stigende marginalisering af deres patienter og det fravær af effektive kriminalitetsforebyggende foranstaltninger, som kunne have hjulpet deres patienter, inden de begik kriminalitet og blev retspsykiatriske patienter.

Samtidig påtager de sig i stigende omfang et ansvar for, at patienterne ikke begår ny kriminalitet inden for den nærmeste fremtid. De ønsker i stigende omfang at holde patienter med stor risiko for kriminel recidiv i kort snor efter endt indlæggelse, fx ved tilknytning til de nye opsøgende retspsykiatriske teams. De lægger i stigende omfang vægt på misbrug som kriminogen faktor frem for som tæt forbundet til den psykiske sygdom. Endelig har de ændret syn på forholdet mellem kriminalitet og psykisk sygdom.

7.2 Ændret fokus i behandling

Retspsykiatrisk behandling har som alt anden psykiatrisk behandling til formål at gøre folk raske eller i hvert fald hæmme forværring. I begyndelsen af dette årtusinde var man af den opfattelse, at der var en sammenhæng mellem kriminalitet og psykisk sygdom, som var så snæver, at man ved at behandle sygdommen kunne forebygge kriminel recidiv. Hvis patienten havde begået kriminalitet, fordi han var syg, ville han ikke gøre det, hvis man kunne gøre ham rask.

I dag ser vi en tiltagende skepsis mod denne logik blandt dem, som arbejder i retspsykiatrien. I dag betragter de den snævre sammenhæng som værende gældende for en særlig (og mindre) gruppe af patienter. Forklaringen på kriminalitet finder personalet i dag i langt højere grad i misbrug og i den marginaliserede position, som deres patienter har haft, inden de indlægges.

Behandlingsmæssigt har man ikke ændret metoder i forhold til behandling af kriminalitet. Der er dog en gryende opmærksomhed på behovet for at skabe måder at behandle patienter, hvis kriminalitet ikke er snævert bundet til deres psykiske lidelse. Området kalder på en øget differentiering af patientgruppen og tilsvarende øget systematisk differentiering i den behandling, som tilbydes.

I dag betragtes misbrug – primært stofmisbrug – som en meget væsentlig årsag til, at patienterne begår kriminalitet. Misbrug er blevet et kerneproblem. Tidligere var det en herskende opfattelse i retspsykiatrien, at mange patienter misbrugte for at dæmpe deres symptomer, og at retspsykiatrien kunne tilbyde dem noget bedre: psykofarmaka. Med den logik arbejdede man primært med at holde stofferne ude af afsnittene. Egentlig misbrugsbehandling foregik stort set ikke. I dag er flere af de retspsykiatriske afdelinger begyndt at arbejde mere målrettet med misbrugsbehandling som behandling i sin egen ret. Dette område er i gryende udvikling – og kalder på støtte og opfølgning. Der er behov for, at ny viden om misbrugsbehandling tilføres og tilpasses retspsykiatriens særlige forhold. Det er ikke nemt at motivere patienter indlagt under tvang til misbrugsbehandling, og de behandlingsregimer, man tror mest på i dag, kan være svært forenelige med retspsykiatriens kontrolforanstaltninger og nul-tolerance for stoffer under indlæggelse.

Retspsykiatrisk behandling tager stadig sigte på at gøre patienterne a-psykotiske (ikke sindssyge) og dermed give dem muligheder for at handle på eget liv. Men i forhold til kriminalitet, misbrug og flugt har det retspsykiatriske personales ændrede syn på relationen til den psykiske sygdom efterladt dem med et behandlingsmæssigt hul: de har ikke behandlingsmetoder, som har kunnet vise effekt på kriminel recidiv, misbrug og flugt for deres patientgruppe.

Risikovurderinger – som er et nyt redskab i retspsykiatrien – kan hjælpe personalet i forhold til patienternes evt. farlighed på afdelingerne, men er svært anvendelige i forhold til at ændre risikoen for kriminalitetsrecidiv efter udskrivelse. De primære faktorer med betydning for kriminel recidiv er fortsat ung alder, køn (hankøn) og asocial adfærd, som starter i en tidlig alder, dvs. faktorer som ikke er direkte påvirkelige af behandlingen.

Der er behov for øget viden om, ikke blot hvordan kriminel recidiv forebygges, men også hvilke metoder som bedst leder til bedring og helbredelse for den retspsykiatriske patientgruppe. Tilførslen af relevant behandlingsmæssig viden vanskeliggøres af, at der stort set ikke findes forskning, der har beskæftiget sig med retspsykiatriske patienters behandling, og hvordan retspsykiatriens rammer påvirker den psykiatriske behandling.

Overordnet er der en udvikling mod, at patienternes forskelligheder anerkendes – og at det kræver forskelligartet behandlingsmetoder til de enkelte subgrupper. Der er store ønsker til, hvad behandlingen skal kunne gøre, men meget begrænset kendskab til metoder, som har kunnet vise effekt på retspsykiatriske patienter.

7.3 Ændret fokus på sikkerhed

Sikkerhed har altid haft tre elementer i retspsykiatri: retssikkerhed, sikkerhed for samfundet og sikkerhed for det behandlende personale. Retspsykiatriens egen vægtning af de tre dele af sikkerhed synes at have forskubbet sig.

Særligt synes retssikkerhed at fylde meget i forhold til tidligere, jf. ovenfor.

Sikkerhed for samfundet har også fået nye dimensioner. Dels fordi personalet i stigende omfang betragter det som deres pligt at hindre ny kriminalitet, dels fordi mediernes spotlight på 'farlige flugter' påvirker dem i deres arbejde. Personalet har brug for, at samfundet forstår, at det ikke øger sikkerheden at spærre patienterne inde under indlæggelsen og gemme dem væk for samfundet. For så ved

ingen, hvordan de reagerer, når de kommer ud. Der er brug for at øge forståelsen for, at samfundets sikkerhed sikres bedst på den lange bane, hvis man kan give de retspsykiatriske patienter tillid til behandlingen og behandlingsinstitutionerne, således at de er parate til at følge en behandling eller søge hjælp også efter dommens ophør.

I forhold til den interne sikkerhed på afsnittene oplever personalet, at de er blevet dygtigere til at håndtere farlige situationer og aggressiv adfærd på en etisk forsvarlig måde – dvs. med respekt for patienten og uden unødvendig magtudøvelse. Efteruddannelse har hjulpet dem hertil. De steder, hvor man benytter risikovurderingsredskaber, oplever personalet også, at redskaberne er en stor hjælp.

Det vides ikke, hvordan ændret praksis i behandlingen påvirker patienterne eller opfattes af patienterne. Ligeledes ved vi ikke, hvorfor patienterne stikker af – og derfor heller ikke hvad der skal til, hvis det i øget omfang skal blive. En rehabiliterende tilgang med muligheder for beskæftigelse, et rimeligt omfang af frihedsgrader og muligheder for at kunne handle på eget liv vurderes dog af personalet som væsentlige delelementer.

På den måde bliver det centralt at skabe rum for, at patienterne kan udvise handlekraft. Og det kræver, at man er opmærksom på den svære balance mellem kontrol og handlekraft, hver gang man laver ændringer, som påvirker dagligdagen for de retspsykiatriske patienter. Når man lukker aktivitetstilbud, fjerner man så samtidig et frirum, hvori patienterne kan styrke deres handlekraft? Og hvad sætter man da i stedet? Når man øger kontrollen ved fx at begrænse patienternes mulighed for udgang, får man så samtidig sikret sig skabelsen af frirum til at udvise handlekraft? Eller lader man flugt og indsmugling og misbrug af stoffer stå tilbage som patienternes eneste reelle rum til at handle på eget liv? De seneste års udvikling mod flere lukkede (og dyre) retspsykiatriske pladser i landet og færre aktivitetsmuligheder vækker på den baggrund bekymring.

Der findes enkelte eksempler i retspsykiatrien i dag, hvor man har formået at skabe rum til at styrke den positive handlekraft. Hvis man reelt skal styrke retspsykiatriske patienters evner til og muligheder for at handle intentionelt på eget liv, er det vores vurdering, at man skal sikre meget mere rum til sådanne aktiviteter.

7.4 Fremadrettet

Med denne rapport har vi ønsket at åbne op for en debat om etiske aspekter af udviklingen i retspsykiatrisk behandling. Rapportens beskrivelser af udviklingstendenser på området får os som forfattere til at rejse en række spørgsmål, som vi kunne ønske ville blive diskuteret og udforsket i den nærmeste fremtid: Hvor meget kan synet på kriminalitet og det kriminalitetsforebyggende aspekt af behandlingen ændres inden for den nuværende lovgivning? Hvad er det, vi ønsker med retspsykiatrisk behandling i forhold til almenpsykiatrisk behandling? Og er de krav og forventninger, som stilles til den retspsykiatriske behandling, reelt mulige at indfri?

Litteratur

- 1) Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed. København: Danske Regioner; 2011.
- 2) Retspsykiatrisk rapport marts 2008. København: Region Hovedstadens Psykiatri, Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri; 2008.
- 3) Rapport vedr. "Afgrænsning af retspsykiatrien i Region Syddanmark" den 20. 11. 2006. [U.st.]: Region Syddanmark; 2006.
- 4) Region Midtjylland. Retspsykiatrisk rapport. Viborg: Region Midtjylland; 2009.
- 5) Adserballe H. Retspsykiatri. In: Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Kragh-Sørensen P, editors. Klinisk psykiatri. København: Munksgaard; 2002.
- 6) Madsen HM, Hvenegaard A, Fredslund EK. Opgaveudvikling på psykiatriområdet: Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- 7) Jacobsen CB. Paradoksal psykiatri. Etnografiske analyser af samspillet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri. København: Københavns Universitet, Institut for Antropologi; 2006.
- 8) Johansen KS. Dobbelt diagnose - dobbelt behandling. København: KABS Viden; 2009.
- 9) Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES, Sjolander P. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment--changes over time in a Swedish population. Nord J Psychiatry 2008; 62(3): 192-7.
- 10) Jacobsen CB, Martin HM, Andersen SL, Christensen RN, Bengtsson S. Stigma og psykiske lidelser - som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark. København: Danske Regioner, Dansk Sundhedsinstitut og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2010.
- 11) Harrisson G. Recovery from Psychotic Illness: a 15- and 25-year international follow-up study. British Journal of Psychiatry 2001; 178:506-17.
- 12) Desjarlais R. The office of reason: on the politics of language and agency in a shelter for the homeless mentally ill. American Ethnologists 1996; 23:880-900.
- 13) Sorensen DWM, Kyvsgaard B, Pedersen A-JB. Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger. København: Justitsministeriets Forskningskontor; 2010.
- 14) Garland D. The culture of control. Crime and social order in contemporary society. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 15) Nilsson T, Munthe C, Gustavson C, Forsman A, Anckarsater H. The precarious practice of forensic psychiatric risk assessments. Int J Law Psychiatry 2009 Nov; 32(6):400-7.
- 16) Dahlin MK, Gumpert CH, Torstensson-Levander M, Svensson L, Radovic S. Mentally disordered criminal offenders: legal and criminological perspectives. Int J Law Psychiatry 2009 Nov; 32(6): 377-82.
- 17) Sørensen DWM, Kyvsgaard B, Pedersen AJB. Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger. København: Justitsministeriets Forskningskontor; 2010.

- 18) Munkner R. Schizophrenia and Crime. Copenhagen: University of Copenhagen; 2004.
- 19) Pedersen L. Assessment of Violence Risk in Mentally Disordered Offenders. A Structured Professional Judgement Approach in Danish Forensic Psychiatry (Ph.d.-afhandling). København: Københavns Universitet, Institut for Psykologi; 2009.
- 20) Hougaard H. Absentering: En undersøgelse af absentering fra retspsykiatrisk afd. R, Sct. Hans Hospital i 2006 (ikke offentliggjort). Roskilde: Afd. R, Sct. Hans Hospital; 2007.
- 21) McIndoe KI. Elope. Why psychiatric patients go A.W.O.L. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1986 Jan; 24(1):16-20.
- 22) Dolan M, Snowden P. Escapes from a medium secure unit. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 1994;275-86.
- 23) Moore E. A descriptive analysis of incidents of absconding and escape from the English high-security hospitals. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 2000; 11(2):344-58.
- 24) Ogloff JR, Lemphers A, Dwyer C. Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services. Behav Sci Law 2004; 22(4):543-62.
- 25) Drake RE, Morrissey JP, Mueser KT. The challenge of treating forensic dual diagnosis clients: comment on "integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders". Community Ment Health J 2006 Aug; 42(4):427-32.
- 26) Vendsborg PB. Indsatser for mennesker med dobbeltdiagnose. In: Andersen KW, Perit D, editors. Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse. København: Socialt Udviklingscenter SUS; 2003.
- 27) Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Soc Sci Med 2005 Mar; 60(6):1371-83.
- 28) Behandlingen af psykotiske mennesker med misbrugsproblemer (arbejdsgruppe under H:S Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri). København: Hovedstadens Sygehusfællesskab; 2002.
- 29) Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. New York: The Guilford Press; 2003.
- 30) Foster JH, Onyeukwu C. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003 Oct; 10(5):578-84.
- 31) Rolfe G, Cutcliffe J. Dual diagnosis and forensic care. Are the needs of service users being met? J Psychiatr Ment Health Nurs 2006;13:117-24.
- 32) Henwood B, Padgett DK. Reevaluating the self-medication hypothesis among the dually diagnosed. Am J Addict 2007 May; 16(3):160-5.
- 33) Dahl HV. The Methadone Game: Control Strategies and Responses. In: Fountain J, Korf DJ, editors. Drugs in Society. European Perspectives. Oxford: Radcliffe Publishing; 2007.
- 34) Hunt G, Rosenbaum M. "Hustling" within the Clinic: Consumers Perspectives on Methadone Maintenance Treatment. In: Inciardi JA, Harrison LD, editors. Heroin in the Age of Crack-Cocaine. Thousand Oaks: Sage publications 1998; p. 188-214.
- 35) Jöhncke S. Treatment Trouble. On the Politics of Methadone and Anthropology (Ph.d.-afhandling). København: Københavns Universitet, Institut for Antropologi; 2008.

- 36) Afdeling R Psykiatrisk Center Sct. Hans. Manual for målrettet misbrugsbehandling. [U.st.]: Region Hovedstadens Psykiatri; 2009.
- 37) Narkotikarådet. Rapport. Narkotikarådets Skadesreduktionsgruppe. København: Narkotikarådet; 1999.

