

Absenteringer

fra retspsykiatrisk afdeling, 2006 - 2007

Speciale udført som en del af Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse ved Det Sundhedsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet

Specialestuderende:

Jacob Christian Johansen

Vejleder:

Lektor & Ph.d. Peter Dalgaard
Biostatistisk Afdeling
Københavns Universitet
Østre Farimagsgade 5, Opgang B
Postboks 2099
1014 København

Aflevering: 12. juni 2008

Forord

Overskrifter i danske aviser som "Morder flygtet fra hospital" (BT 18. april 2006) sætter mange forskellige tanker i gang både hos professionelle der varetager pleje og behandlingen af patienten, der er flygtet fra hospitalet og hos de efterladte, der eventuel stiller sig selv det spørgsmål "hvordan kan dette lade sig gøre"?

Dette speciale ved den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Københavns universitet handler om absenteringer. Et emne som er inspireret af min baggrund som sygeplejerske i retspsykiatrien, hvor jeg desværre jævnligt har oplevet at potentielt farlige retslige patienter absenterer sig.

Specialet er en udbygning af opgave, der er udarbejdet på 2. semester på kandidatuddannelsen. I specialet er der gjort brug af mixed-method; der som metode kombinerer den kvantitative og kvalitative forskningsmetode. I specialet er der i forhold til den tidligere opgave inkluderet flere patienter og variabler, samt er der udført interviews af seks patienter.

I forløbet med udarbejdelse af specialet har en del været deltagende:

Jeg vil starte med at sige tak til afdelingsledelsen for at give mig mulighed for at gennemføre uddannelsen, og for at have en positiv indstilling til mit arbejde med specialet og uddannelsen. Tak til de patienter, der lod sig interviewe til specialet.

Der skal lyde en særlig tak til min meget tålmodige kone Majken og mine drenge Mathias og Magnus for at udholde jeres mand/far i forbindelse med skriveriet og uddannelsen. Særlig tak skal også lyde til min svigerfar Erik Johansen for hjælp til udryddelse af de værste sproglige skrubbudser. Der skal lyde en særlig tak til seniorforsker, cand.cur., ph.d., sygeplejerske Ingrid Egerod for den stor hjælp til den kvalitative del af dette speciale. Ligeledes en særlig tak til Lektor og ph.d. Peter Dalgaard, der har fungeret som hovedvejleder på specialet.

Indholdsfortegnelse

1.0	Introduktion	4
2.0	Formål	4
3.0	Studiedesign	4
4.0	Specialets omfang og opbygning	5
5.0	Baggrund	5
5.1	Almen psykiatri	5
5.2	Retspsykiatri	8
6.0	Empiriske data	9
6.1	Materiale og metode	9
6.2	Fysiske forhold og patienternes placering	9
6.3	Definition af en absentering	10
7.0	Den kvantitative dataindsamling	10
7.1	Antal absentering og varighed af absentering	10
7.2	Patientkarakteristika	11
7.3	Patientkarakteristika: Risikovurdering ved HCR-20	12
7.4	Patientkarakteristika: Psykopativurdering ved PCL-SV	13
7.5	Patientkarakteristika: Staff Observation Aggression Scale – revised	14
7.6	Patientkarakteristika: Retslig status	15
7.7	Patientkarakteristika: Kriminalitet	16
7.8	Patientkarakteristika: Brøset violence Checklist	16
7.9	Selvstændig analyse af lukket/åbent afsnit	16
8.0	Interview	18
8.1	Udvælgelse	18
8.2	Interviewmetode	19
8.3	Interviewsituationen	19
8.4	Transskribering	20
8.5	Resultater fra interview af tre patienter, der har absenteret sig	20
8.5.1	Årsager til at absentere	20
8.5.2	Sammenfatning af emnet – årsager til at absentere	22
8.5.3	Tiden under absenteringen	23
8.5.4	Sammenfatning af emnet – tiden under absenteringen	24
8.5.5	Tiden efter absenteringen	24
8.5.6	Sammenfatningen af emnet – tiden efter absenteringen	26
8.6	Resultater fra interview med tre patienter der i løbet af deres indlæggelse ikke har absenteret sig	26
8.6.1	Hvad har betydning for dem der bliver	26
8.6.2	Sammenfatning af emnet – hvad har betydning for dem der bliver	29
9.0	Diskussion	30
9.1	Styrker og svagheder ved studiet	35
9.2	Kliniske implikationer og fremtids forskning	35
10.0	Konklusion	36
11.0	Resume	38
12.0	Engelsk abstract	39
13.0	Litteraturliste	40
14.0	Oversigt over bilag	44

1.0 Introduktion

Absentering af patienter fra psykiatriske afdelinger betyder ofte at der skabes en usikkerhed hos de professionelle, der har ansvar for pleje og behandling. Skyldes patientens absentering for eksempel, at patienten har et ønske om at skade sig selv eller ligefrem begå selvmord? Der skabes usikkerhed hos offentligheden, når det drejer sig om patienter, der er underlagt en retslig foranstaltning, og som absenterer sig, da disse patienter jo har begået kriminelle handlinger. Det er retspsykiatriens ansvar at varetage såvel en behandlings- som sikkerhedsmæssig opgave vedrørende denne gruppe af patienter.

Selvom der ikke behøver at være nogen følger af en absentering for patienten eller for den sags skyld andre, kan en absentering desværre også føre til en manglende tiltro til behandlingssystemet fra patientens pårørende, der nærer en forventning om, at hospitalet tager sig af deres slægtning.

For nogle patienters vedkommende, er det retsligt besluttet, at de skal underkastes behandling af det etablerede behandlingssystem, og at de skal behandles i forbindelse med indlæggelse. Det accepteres derfor ikke af myndighederne og offentligheden, at der er personer, der på trods af deres sindssygdom, ikke befinder sig i et miljø, hvor professionelle har mulighed for at observere dem. Der har igennem en årrække fra politisk side været øget fokus på absentering fra retspsykiatriske afdelinger, og pressen har været meget engageret i denne problematik. Fra begge sider gives der klart udtryk for, at absenteringer ikke bør finde sted. Faren for fornyet kriminalitet er dog ikke det eneste, der bekymrer, når patienter absenterer sig. Patienten har under sin absentering i sagens natur ikke mulighed for at modtage den ordinerede behandling.

Der findes en relativt begrænset mængde forskningslitteratur om emnet, specielt findes der meget lidt, der iagttager patienter, der er indlagt som følge af retslig afgørelse.

Målet med dette speciale er at identificere eventuelle forskelle i karakteristika hos patienter, der absenterer sig til forskel fra patienter, der gennem forbliven på afdelingens område accepterer deres indlæggelse. Undersøgelsen tager sit udgangspunkt i alle patienter, der var indlagt på retspsykiatrisk afdeling på Psykiatrisk Center Sct. Hans, Roskilde i årene 2006 og 2007.

2.0 Formål

Formålet med denne undersøgelse er, at identificere omfanget af absenteringer, belyse karakteristika ved patienter, der absenterer sig, samt grunde til at absenterer sig eller til at blive.

3.0 Studiedesign

Dette studie er udformet efter mixed-method metoden, der kort kan beskrives som en metode, der kombinerer den kvantitative og kvalitative forskningsmetode (Sandelowski, 2000) tanken er at de to forskningsretninger komplementerer hinanden og derved styrker studiet. Studiet er opbygget i to dele: Første del af specialet er den kvantitative del som er et studie af alle patienter, der var indlagt på Psykiatrisk Center Sct. Hans i årene 2006 og 2007. Denne population er opdelt i en gruppe af patienter, der har absenteret sig fra centeret og en gruppe, der under deres indlæggelse ikke har absenteret sig. Grupperne er sammenlignet med henblik på statistiske forskelle. Anden del af specialet er et studie, der er udformet som en interview undersøgelse af tre patienter der har absenteret sig under

deres indlæggelse og interview af tre patienter, der ikke har absenteret sig. Databearbejdningen er udført dels ved statistiske analyser og dels ved kvalitativ analyse af interview.

4.0 Specialets opbygning

Specialet er opbygget på følgende måde: Først præsenteres som baggrund fund fra studier, der beskriver karakteristika af patienter, der har absenteret sig fra den almen psykiatri eller fra retspsykiatrien. Derefter præsenteres fund fra den kvantitative del af studiet, og dernæst præsenteres fund fra de seks patientinterviews, der er gennemført i marts måned 2008. Til sidst diskussionen og sammenfatning.

5.0 Baggrund

Den undersøgte litteratur falder i to grupper, som beskriver patienter, der absenterer sig 1) fra almen psykiatri, og 2) fra retspsykiatriske afdelinger se bilag 1 for skematiskoversigt over anvendt litteratur.

5.1 Almen psykiatri

Tidligere studier har forsøgt at karakterisere de patienter, som absenterer sig. Studierne finder følgende resultater:

Det drejer sig oftest om yngre patienter (Dickens, 2001). Hovedparten er mænd (Bowers, 2000). De er ofte enlige (Bowers, 2000). Ofte er de indlagt med tvang (Dickens, 2001).

Patienter, der lider af skizofreni, er overrepræsenteret i studierne (Bowers, 2000). De lever under dårligere sociale forhold (Bowers, 1998). De har ofte flere indlæggelser bag sig (Tomison, 1989), og de har absenteret sig under tidligere indlæggelser (Bowers, 2000).

Bowers (1998) foretog et prospektivt studie af patienter, der absenterede sig fra 12 akutte modtageafdelinger på 3 hospitaler i det østlige London. I dette blev ud over ovennævnte karakteristika fundet, at de patienter, der absenterede, oftere havde været udsat for flere flytninger mellem sengeafsnit op til absenteringen, ligesom de oftere havde været afvisende overfor medicinering. De havde også oftere udvist en adfærd, der var så problematisk, at der var gjort bemærkning i deres journal, men det fremgik ikke altid præcis hvilken adfærd, der var tale om. Richmond (1991) beskriver i sin undersøgelse, at der ofte blev beskrevet en psykisk ændring hos patienten op til tidspunktet for absenteringen. Der var oftest tale om en forværret tilstand, med psykotiske symptomer.

Bowers (1999), fandt, at hele 82 % af patienterne absenterede sig ved at forlade den psykiatriske afdeling gennem hoveddøren. Kun 14 % absenterede sig, mens de var ude af afdelingen til behandling, terapi eller andet, og 3 % vendte ikke tilbage fra aftalt udgang.

1 % af patienterne absenterede sig via dør eller vindue fra den lukkede afdeling. Han bemærker desuden, at hele 11 % formåede at gå ud af en åben afdeling, selvom der var stationeret personale ved udgangsdøren.

Disse resultater står i kontrast til flere tidligere undersøgelser, som anfører, at de fleste absenterede sig, når de havde ærinde uden for den psykiatriske afdeling (Kleis, 1991). Kernodle (1966), fandt dog, at hovedparten simpelthen gik fra den åbne afdeling eller fra de rekreative områder. Kleis (1991) undersøgte også på hvilke måder, patienterne kom ud fra en lukket afdeling, og fandt, at de patienter, der var under tæt observation og derved havde sværere ved at absenterer sig, valgte mere risikable metoder.

I en undersøgelse fra 2001 deler Dickens patienterne op i to grupper de, der var indlagt på åben henholdsvis de, der var indlagt på lukket afdeling. Fra de åbne afdelinger finder han ligesom Bowers, at 80 % absenterede sig fra selve den psykiatriske afdeling. Anderledes forholder det sig for patienter på lukkede afdelinger. Her absenterede ca. 33 % sig fra uledsaget udgang, 12 % fra ledsaget udgang, mens 6 % stak af inde fra selve afdelingen, fx over hegnet eller i forbindelse med fejl fra personalets side (ulåste døre eller vinduer). Resten forlod selve den lukkede afdeling fra hospitalets område i forbindelse med deltagelse i andre behandlingsaktiviteter.

Bowers (1999) fandt, at de fleste absenteringer fandt sted inden for de første ugers indlæggelse, hvilket svarer til resultaterne af tidligere undersøgelser (Mehan, 1999).

Tidspunktet på dagen for absenteringer er også undersøgt. De fleste forfattere, der har iagttaget dette aspekt, angiver, at absentering hyppigst sker om eftermiddagen og først på aftenen (Dickens, 2001). Kun en enkelt undersøgelse fandt, at absentering hyppigst skete om morgenen og først på formiddagen (Mehan, 1999).

Flere peger på, at absentering ikke skete, når der er færrest ansatte på arbejde. Tomison (1989) fandt ikke, at absentering skete ved vagtskifte, hvor personale er optaget på kontoret med at overdrage vagten til det næste vagthold. Modsat fandt Bowers (1999), at absentering netop hyppigst skete i eftermiddagsvagt skiftet.

Enkelte har undersøgt, om der var særlige ugedage, hvor absentering skete, men dette anfører ingen. Til gengæld viser flere undersøgelser (Dickens, 2001), at absentering særlig forekommer om sommeren og i de varmeste efterårsmåneder, mens der er færrest i vintermånederne.

Der er få, der har interesseret sig for, hvad patienterne egentligt foretager sig, når de har absenteret sig. Men McIndoe (1986) fandt i sit kvalitative studie, at de absenterede patienter søgte normale dagligdags aktiviteter. Tilsvarende fandt Falkowski (1990) i sin undersøgelse, hvor patientinterview indgik, at 48 % af de absenterede tog hjem til sig selv, 19 % tog til et specifikt andet sted for eksempel venner, mens 16 % vandrede formålsløst omkring. Bowers (1999) fandt ved interviewundersøgelse af patienter, der havde absenteret sig, at langt størsteparten tog hjem og foretog sig dagligdags aktiviteter som rengøring, madlavning, så tv, så familie og venner, gik i byen og så på butikker eller gik tur.

Absentering giver som sagt anledning til bekymring og til tider også frygt såvel blandt personale som i samfundet, og det har i særdeleshed pressens bevågenhed. Selv om litteraturen viser, at risikoen for selvskadende handlinger og kriminalitet er lille set i relation til det store antal indlæggelser og antallet af udgange, er bekymringen reel, - for selv om der er tale om få hændelser, kan disse være alvorlige.

Crammer (1984) påviste, at 26 % af dødsfald blandt absenterede patienter i Storbritannien skete, mens de havde absenteret sig. Tilsvarende resultater fik Niskanen (1974) i en finsk undersøgelse og Sundquist-Stensman (1987) i en svensk undersøgelse. Disse to studier er de eneste skandinaviske undersøgelser, der omhandler absenteringer, og de gør det kun indirekte. Milner (1966) beskrev, at 19 ud af 69 absenterede patienter kom i potentielt farlige situationer i forbindelse med deres absentering, og at 3,6 % af disse patienter var voldelige overfor deres familie. Molnar (1993) angav fra sin undersøgelse, at 39 % af de absenterede af deres behandlende læge var blevet vurderet til at være til fare for sig selv eller andre.

Meehan (1999) beskrev få men alvorlige konsekvenser af absenteringerne. To patienter forsøgte at begå selvmord, to patienter kom til skade, og en begik omfattende hærværk. Meehan angiver desværre ikke, hvor stor en del af de absenterede, det drejer sig om. Bowers (1999) fandt i sin undersøgelse af 12 afdelinger, at langt de fleste tilfælde af absentering ikke resulterede i nogen form for skade. Men i 2,4 % af tilfældene skadede patienterne sig selv, og i 1,6 % af tilfældene skadede de andre. Dickens (2001) fandt, at knap 11 % havde udvist selvskadende adfærd, og at 4 % blev sigtet for kriminelle handlinger, herunder vold.

Der har været forholdsvis lille interesse for at beskrive mulige årsager til absentering. Tidligere undersøgelser har primært forsøgt at finde særlige karakteristika ved patienter, der absenterer sig, og ad den vej forsøge at finde ud af, hvilke patienter, man skulle være særlig opmærksom på.

Der har gennem tiden kun været foretaget fem studier, hvor patienter er blevet interviewet om deres motiver for at absentere. Muller (1962) fandt tre mulige årsager; 1) behandlingssvigt, det vil sige et svigt i behandlingen særligt fra behandlingssystemets side, 2) et mislykket læge-patient samarbejde og 3) familieproblemer. McIndoe (1986) beskrev på baggrund af interview af fem patienter, at kerneårsagen var en følelse af meningsløshed i forhold til indlæggelse og behandling. De fem interviewede patienter fandt alle, at absenteringsepisoden havde været en positiv begivenhed, og de gav udtryk for, at de ville absentere sig igen, hvis det var muligt. I Tabel 1. ses de hyppigste årsager til absenteringer ifølge undersøgelser udført af Falkowski et al. (1990), Meehan et al. (1999) og Bowers et al (1999).

Tabel 1. Viser de hyppigste årsager til absentering: Ifølge		
Falkowski et al. (1990)	Meehan et al. (1999)	Bowers et al (1999)
<ul style="list-style-type: none"> • bekymring for stigmatisering, • kunne ikke med personalet, • brød sig ikke om maden, • brød sig ikke om afdelingen, • savnede privatliv, • følte sig forstyrret af medpatienter, • bekymring for deres hjem eller familie • desuden havde flere patienter hallucinationer i form af kommanderende stemmer. 	<ul style="list-style-type: none"> • kedsomhed, • mangel på interessante aktiviteter, • uroligt og forstyrrende miljø i afdelingen, • manglende forståelse for behovet for indlæggelse, • manglende sygdomsindsigt, • bekymring for ting hjemme og • en forventning om at få mere opmærksomhed fra personalet, når de kom tilbage til afdelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedsomhed, • frygt for medpatienter, • følelse af at være indespærret, • forpligtelser hjemme (fx husdyr, betaling af husleje), • følelse af at være afskåret fra familie og venner, • bekymring for hjem og ejendele (frygt for indbrud) og • psykotiske symptomer, men patienterne havde ofte også andre reelle begrundelser for at absentere.

5.2 Retspsykiatri

Mange af de karakteristika, der findes hos de absenterende patienter indlagte fra almen psykiatrien, ses også hos patienterne i retspsykiatrien. Patienterne er yngre mænd i alderen 27 – 34 år (Moore, 2000). Alle studier finder, at patienterne overvejende er "hvide", dog finder et studie, at afro-caribbean er overrepræsenteret i gruppen af patienter, der absenterer sig (Dolan, 1994). Hovedparten af patienterne har tidligere begået kriminalitet og er flyttet til såkaldte *medium-/maximumsikrede* hospitaler på grund af en historie med gentagne absenteringer (Brook, 1999).

Dolan, 1994 beskriver, at 2 ud af 3 absenteringer er sket inde fra afdelingerne, og de resterende er sket, når patienterne har gjort brug af afdelingens rekreative områder (de er for eksempel kravlet over hegnet). Huws, 1993 fandt, at 13 ud af 36 patienter absenterede sig fra hospitalets område, og de resterende valgte at absenterer sig, da de befandt sig uden for området. Smith, 1990 og Brook, 1999 fandt matchende tal.

Flere af studierne fandt, at hovedparten af patienterne ikke havde planlagt deres absentering, men tog chancen, da den bød sig. (Moore, 2000)

Der er kun i to tilfælde i undersøgelserne lavet en opgørelse over, hvor længe patienterne var indlagt, inden den første absentering. Dolan, 1994 angiver, at første absentering finder sted indenfor de første 6 måneder af indlæggelsen, og Huws, 1993 finder, at patienterne i gennemsnit er indlagt i 5,1 år, inden de absenterer sig. Grunden til den store forskel i den gennemsnitlige indlæggelsestid inden første absentering er nok, at de to studier har iagttaget afdelinger med forskellige sikkerhedsniveauer. Dolan beskriver absenteringer fra medium sikkerhedsafdeling, hvorimod Huws' studie tager sit udgangspunkt i et maximum sikkerhedsafdeling.

Ingen af studierne omhandlende patienter, der er underlagt retspsykiatriske foranstaltninger undersøger, hvad patienterne foretager sig under deres absentering.

Hospitalet har ud over ansvaret for pleje og behandlingen også til opgave at sikre, at patienterne ikke begår ny kriminalitet. Når en patient absenterer sig, kommer der meget stort mediefokus på afdelingen. De fem studier finder samstemmende, at der ikke er den store fare for det omliggende samfund, når patienter absenterer sig, da de ofte findes indenfor meget kort tid. Huws, 1993 beskriver, at 26 % af patienterne er tilbage indenfor en time, 69 % er tilbage inden et døgn og 86 % er tilbage indenfor en uge; kun 11 % er væk mere end en måned. Huws, 1993 har ingen opgørelse over fornyet kriminalitet begået under absenteringer. Smith, 1990 finder, at de fleste er tilbage indenfor en time, og alle patienter var tilbage inden to dage. To patienter begik fornyet kriminalitet under deres absentering; en stjal en bil, der skulle bruges til at flugten, og en patient blev sigtet for forsøg på røveri og overfald. Brook, 1999 beskriver ligeledes, at de fleste patienter blev pågrebet indenfor den første time. Kun én patient var væk mere end 11 måneder. Fire patienter begik fornyet kriminalitet under absenteringen. Dolan, 1994 beskriver ligeledes, at de fleste patienter blev pågrebet indenfor det første døgn. Hans undersøgelse viste, at der kun var kendskab til 3 personer, der begik fornyet kriminalitet.

I de undersøgelser, der koncentrerer sig om patienter, der absenterer sig fra de restpsykiatriske afdelinger, har det ikke været omdrejningspunktet at finde frem til årsagerne til, at patienterne absenterer sig. Huws, 1993 finder, at én af patienterne valgte at absenterer sig, fordi han ønskede at se sin mor, der ikke havde adgang til at besøge

ham på hospitalet. Dolan, 1994 finder, at patienterne ikke rigtig kan give nogen forklaring på, hvorfor de vælger at absentrere sig. Flere nævner dog, at deres situation med ikke rigtig at vide, hvor længe de skal være indlagt, er meget utilfredsstillende og at de derfor beslutter at absentrere sig. Brook, 1999 finder, at flere af patienterne frygter overflytning eller står overfor at skulle flyttes til mindre sikre afdelinger, og at de derfor vælger at absentrere sig, fordi de forventer, at overflytningen så stilles i bero.

6.0 Empiriske data

6.1 Materiale og metode

Dette studie tager sit udgangspunkt i Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans, der varetager den retspsykiatriske behandling af de mest alvorligt psykisk syge, der er sigtet eller dømt for alvorlig og personfarlig kriminalitet i H:S' område (Hovedstadens Sygehusfællesskab), dvs. Frederiksberg og Københavns kommuner, som har været det geografiske dækningsområde siden 1989. Fra 2007 er afdelingen blevet en del af Region Hovedstaden.

Alle patienter, der har absenteret sig i 2006 og 2007, er identificeret ved hjælp af et absenteringsskema (se bilag 2), som personalet på de retspsykiatriske afsnit udfylder og vedlægger journalen, hver gang en patient absenterer sig fra hospitalet. Data fra afsnittene bliver krydstjekket med de månedlige oversigter, der modtages fra Roskilde politi. Roskilde politi modtager meldinger fra de afsnit, hvorfra patienterne absenterer sig, da det er politiets opgave at bringe de absenterede patienter tilbage til afdelingen. Som kontrolgruppe er valgt alle patienter, der ikke absenterede sig under deres indlæggelse i 2006 og 2007, disse patienter er identificeret ved hjælp af det patientadministrative system "grønt system", hvortil alle informationer om patientens indlæggelse indrapporteres. Patienter der indgår i den kvalitative analyse var alle indlagt på retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans i marts måned 2008.

Datatilsynet har givet tilladelse til bearbejdning og opbevaring af fortrolige data indsamlet fra den elektroniske patientjournal og patientinterview.

6.2 Fysiske forhold og patienternes placering

Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans, der er den største af sin art i Danmark, består af seks afsnit (2 højsikrede, 2 mellemsikrede og 2 åbne afsnit), med i alt 80 sengepladser. Forskellen på de tre niveauer er:

- a) Patienternes sygdomsgrad, varierende fra svært psykotiske patienter, med manglende behandlingscompliance og udadreagerende adfærd til patienter, der har behov for et stabiliserende miljø og hvis compliance er udmærket.
- b) Patienternes mulighed for frihed.
- c) Den bygningsmæssige konstruktion, overskueligheden, personalenormering og havernes indhegning.

6.3 Definition af en absentering

Til brug for specialet, er en absentering defineret som en situation, hvor patienten forlader hospitalet uden forudgående aftale med personalet og uden tilladelse. Alle absenterede

patienter er inkluderet i dette speciale uanset, om de officielt er blevet politianmeldt som absenteret patient, udskrevet, eller om de betragtes som orlovspatient.

7.0 Den kvantitative dataindsamling

Ved hjælp af litteraturen, der tidligere i specialet er refereret, plus generelle overvejelser over emnet, har jeg valgt nogle parametre, som det kunne være relevant at undersøge.

Da relevante patienter var identificeret, blev alle patientjournaler gennemgået under iagttagelse af følgende variable (se bilag 3 & 4): Køn, alder, antal absenteringer, afdeling, indlæggelsesdage før første absentering, antal dage patienter har absenteret sig, retslig status, kriminalitet, diagnose (WHO's klassifikation og diagnostiske kriterier, ICD-10, 1994), misbrug, forældres herkomst, etnicitet, tvangsanvendelse, risikovurdering HCR-20 (se bilag 5), psykopatuvurdering PCL-SV (se bilag 6), Staff Observation Aggression Scale – Revised SOAS-R (se bilag 7) og Brøset Violence Checklist BVC (se bilag 8). Der var ikke oplysningsmæssig dækning vedrørende alle variable for mere en 138 patienters vedkommende, det vil sige til 75,8 % af den samlede population (N=182).

De udvalgte variable er analyseret i statistikprogrammet SPSS, version 16. Mann-Whitney U test er brugt ved ordinal, kvantitative og ikke normalfordelte data. p-værdi på 0,05 er valgt som signifikansniveau. Der er ligeledes brugt logistisk regressionsanalyse, Chi-square og Fisher's Exact Test, hvor det var relevant.

Resultater

7.1 Antal absentering og varighed af absentering

På retspsykiatrisk afdeling var der i 2006 og 2007 indlagt 182 patienter, af disse absenterede 62 patienter sig i alt 174 gange. 30 patienter absenterede sig fra afdelingen én gang, mens de resterende 31 absenterede sig mellem 2 og 16 gange. Se tabel 2.

Tabel 2. Antal absenteringer pr. patient

	Antal patienter	Procent	Kumulativ procent
1 absentering	30	48,4 %	48,4 %
2 absenteringer	9	14,5 %	62,9 %
3 absenteringer	8	12,9 %	75,8 %
4 absenteringer	6	9,7 %	85,5 %
5 absenteringer	3	4,8 %	90,3 %
6 absenteringer	2	3,2 %	93,5 %
10 absenteringer	1	1,6 %	95,1 %
11 absenteringer	1	1,6 %	96,7 %
14 absenteringer	1	1,6 %	98,4 %
16 absenteringer	1	1,6 %	100 %
Total	62	100 %	

Af de i alt 174 absenteringer, foregik de 42 inde fra selve afsnittet, det vil sige, at patienten kom ud fra afsnittet ved at gå ud gennem døren eller kravle ud gennem et vindue, der skulle have været låst. Flere forcerede ligeledes hegnet omkring patienthaven. 104 absenteringer skete ved at patienten undlod at vende tilbage efter udgang eller forlod det ledsagende personale. De resterende 28 absenteringer foregik ved, at patienten blot forlod de åbne afsnit uden forudgående aftale.

Der ses en tendens til, at patienterne vælger at absenterer sig fra hospitalet i de varme måneder, men der findes ingen signifikant forskel (data ikke vist).

45 % af de absenterede patienter er tilbage på afsnittet inden for det første døgn, og 80,5 % er tilbage på afsnittet indenfor en uge, mens 97 % af patienterne er tilbage indenfor tre måneder. Få patienter var absenterede i endnu længere tid, og to patienter var på opfølgningstidspunktet endnu ikke tilbage på afdelingen. Se tabel 3.

Som tidligere beskrevet er det en opgave for politiet at bringe patienter, der absenterer sig tilbage til hospitalet, men på trods af, at patienterne absenterer sig er der alligevel nogle der selv vælger at vende tilbage til hospitalet. 74 patienter valgte selv at henvende sig til afdelingen efter deres absentering. 92 patienter blev bragt tilbage af politiet og af disse 92 patienter må nogle påregnes som patienter, der selv har henvendt sig til politiet med forventning om at politiet vil køre dem tilbage til afdelingen. 8 patienter er udskrevet i forbindelse med deres absentering (data ikke vist).

Tabel 3. Tid patienter er væk under en absentering

	Antal absenteringer	Procent	Kumulativ procent
Under et døgn	41	23,6 %	23,6 %
1 dag	37	21,3 %	44,9 %
2 dage	22	12,6 %	57,6 %
1 uge	40	23,0 %	80,5 %
2 uger	12	6,9 %	87,4 %
1 måned	10	5,7 %	93,1 %
2 måneder	4	2,3 %	95,4 %
3 måneder	2	1,2 %	96,6 %
Mere en 3 måneder	3	1,7 %	98,3 %
Mere end 6 måneder	3	1,7 %	100,0 %
Total	174		

7.2 Patientkarakteristika

I tabel 4 ses patientkarakteristika ved de patienter, der absenterede sig, henholdsvis karakteristika ved patienterne, der ikke absenterede sig. Den absenterede gruppe adskiller sig signifikant fra gruppen af ikke absenterede patienter, hvad angår misbrugsvariablene, samt enkelte variable under emnet tvangsansendelser. Hvad de øvrige karakteristika angår, findes der ingen signifikante forskelle.

Tabel 4. Patient karakteristika

	Absenteringsgruppe	Ikke absenterede	
Antal patienter	62 (34,1 %)	120 (65,9 %)	
Køn			
Mand	61 (98,4 %)	112 (93,3 %)	P = 0,170a
Kvinder	1 (1,6 %)	8 (6,7 %)	
Alder			
Gennemsnit (SD)	36,81 (9,98)	39,64 (10,48)	P = 0,080a
Variationsbredden (Range)	21 – 62	20 – 64	
Diagnose			
Psykosser	53 (85,5 %)	91 (75,8 %)	P = 0,277a
Personlighedsforstyrrelser	5 (8,1 %)	12 (10,0 %)	
Andet	4 (6,5 %)	17 (14,2 %)	

Misbrug	48 (77,4 %)	62 (51,7 %)	P < 0,001a
<i>Alkohol</i>	28 (45,2 %)	38 (31,7 %)	P = 0,077a
<i>Hash</i>	37 (59,7 %)	46 (38,3 %)	P = 0,008a
<i>Anden narkotika</i>	32 (51,6 %)	37 (30,8 %)	P = 0,010a
Etnicitet			
<i>Født i Danmark</i>	39 (62,9 %)	69 (57,5 %)	P = 0,527a
<i>Født i udlandet</i>	23 (37,1 %)	51 (42,5 %)	
Forældres herkomst			
<i>Begge forældre født i udlandet</i>	23 (37,1 %)	52 (43,3 %)	P = 0,667a
<i>En af forældrene født i udlandet</i>	3 (4,8 %)	4 (3,3 %)	
<i>Begge forældre født i Danmark</i>	36 (58,1 %)	64 (53,3 %)	
Tvangsanvendelse			
<i>Tvangsbehandling</i>	7 (11,3 %)	5 (4,2 %)	P = 0,111a
<i>Beroligende medicin</i>	18 (29,0 %)	17 (14,2 %)	P = 0,028a
<i>Tvangsfikseringer</i>	32 (51,6 %)	30 (25,0 %)	P < 0,001a
<i>Remme</i>	20 (32,3 %)	19 (15,8 %)	P = 0,013a
<i>Fastholden</i>	19 (30,6 %)	10 (8,3 %)	P < 0,001a
<i>Personlig skærmning</i>	6 (9,7 %)	4 (3,3 %)	P = 0,092a
<i>Tvangsindlæggelse</i>	1 (1,6 %)	3 (2,5 %)	P = 1,000a
<i>Tvangstilbageholdelse</i>	1 (1,6 %)	4 (3,3 %)	P = 0,663a

a = Fisher's Exact Test

Ved hjælp af en logistisk regressionsanalyse på variabelen misbrug/intet misbrug, hvor der er justeret for følgende confoundere: køn, alder og etnicitet, ses der en forhøjet risiko (OR 3,22, 95% CI 1,59 – 6,54) for absentering, hvis patienten er misbruger.

7.3 Patientkarakteristika: Risikovurdering ved HCR-20

Afdelingen indførte i 2006 en systematisk risikovurdering af alle patienter. Det indførte risikovurderingsredskab er HCR-20 (Webster, 1997), der bruges til vurdering af risikoen for fremtidige voldshandlinger. Vurderingsredskabet er det mest anvendte i den vestlige verden og er grundigt valideret. HCR-20 består af **20 risikofaktorer**, som er organiseret i tre grupper. 10 variable som relaterer sig til fortiden (historiske), 5 som relaterer sig til nutiden (kliniske), samt 5 der relaterer sig til fremtiden (risikohåndtering). På hver variabel kan patienten score 0 = nej, 1 = måske og 2 = ja. Instrumentet er udformet som en tjekliste, som kodes på baggrund af et klinisk interview, journalmateriale og observationer. Der udregnes en score for hvert af de 3 områder og en samlet. Jo højere scoren er, desto større risiko er der for fremtidig vold. (se bilag 5)

Det har ikke været muligt at risikovurdere alle patienter, der indgår i dette projekt. Det skyldes, at nogle patienters indlæggelsestid på afsnittet har været for kort til, at der er udarbejdet en HCR-20 vurdering.

Af tabel 5 ses en signifikant forskel på scoren på den totale HCR-20 vurdering, der ses ligeledes en signifikant forskel på den samlede score for de historiske, de kliniske variable samt for risikovariablene vedrørende de 151 patienter. På enkelte variable ses ligeledes en signifikant forskel på de to grupper. På de resterende 3 patienter var der ikke den fulde HCR-20 vurdering, tallene i parentes er antal af fulde HCR-20 vurderinger.

Tabel 5. HCR-20			
	HCR-20 score i absenteringsgruppen Score (gennemsnit)	HCR-20 score for de ikke absenterede Score (gennemsnit)	Absenteringsgruppen VS. De ikke absenterede
Antal vurderinger (fulde vurderinger)	57 (57)	94 (91)	
HCR-20 total (mean (SD))	27,61 (6,1)	23,50 (6,7)	P < 0,001 – 151 pt.
<i>Tidligere voldsadfærd</i>	1,63	1,70	P = 0,609
<i>Ung alder ved første voldshandling</i>	1,28	1,08	P = 0,135
<i>Ustabilitet i parforhold</i>	1,44	1,23	P = 0,097
<i>Beskæftigelsesproblemer</i>	1,72	1,54	P = 0,096
<i>Misbrugsproblemer</i>	1,67	1,42	P = 0,046
<i>Alvorlig psykisk sygdom</i>	1,79	1,78	P = 0,872
<i>Psykopati</i>	1,04	0,66	P = 0,003
<i>Tidlige tilpasningsproblemer</i>	1,53	1,18	P = 0,008
<i>Personlighedsforstyrrelse</i>	1,07	0,78	P = 0,034
<i>Tidligere tilsynsovertrædelser</i>	1,84	1,34	P < 0,001
Historiske Variable (Mean (SD))	15,00 (3,41)	12,79 (3,80)	P < 0,001 – 151 pt.
<i>Manglende indsigt</i>	1,46	1,24	P = 0,056
<i>Negative holdninger</i>	0,95	0,88	P = 0,535
<i>Aktive symptomer på alvorlig psykisk sygdom</i>	1,37	1,30	P = 0,446
<i>Impulsivitet</i>	1,40	1,07	P = 0,017
<i>Manglende behandlingsrespons</i>	1,16	0,78	P = 0,004
Kliniske variable (Mean (SD))	6,26 (2,33)	5,26 (2,48)	P = 0,017 – 151 pt.
<i>Urealistiske fremtidsplaner</i>	1,23	1,00	P = 0,058
<i>Eksponering for risikosituationer</i>	1,42	1,19	P = 0,049
<i>Mangel på personlig støtte</i>	1,33	1,19	P = 0,225
<i>Manglende behandlingssamarbejde</i>	1,02	0,79	P = 0,052
<i>Stress</i>	1,35	1,25	P = 0,327
Risikohåndteringsvariable (Mean (SD))	6,35 (1,91)	5,46 (2,13)	P = 0,008 – 151 pt.

Ved hjælp af en logistisk regressionsanalyse på den samlede HCR-20 score ses der en forhøjet risiko for absentering (OR 1,11, 95% CI 1,05 – 1,71 for hver gang den samlede score stiger med et point).

7.4 Patientkarakteristika: Psykopativurdering ved PCL-SV

Som en del af HCR-20 risikovurderingsredskabet indgår der en psykopativurdering, PCL-SV, Psychopathy Checklist – Screening Version (Hare, 1995). Alle patienter på afdelingen er systematisk vurderet med PCL-SV. Da PCL-SV er en del af en samlet risikovurdering, er der ligeledes patienter, der indgår i projektet, som mangler en vurdering på grund af de i afsnit 7.3 nævnte grunde.

PCL-SV består af 12 items, på hvert item kan patienten score 0 = nej, 1 = måske og 2 = ja. (se bilag 6)

Tabel 6. PCL-SV			
	PCL-SV score i absenteringsgruppen Score (gennemsnit)	PCL-SV score for de ikke absenterede Score (gennemsnit)	
Antal vurderinger	54	84	
0 – 12			
Ingen psykopati	17 (31,5 %)	40 (47,6 %)	
13 – 17			
Mulig/mindre alvorlig psykopati	21 (38,9 %)	29 (34,5 %)	
18 – 24			
Sikker/alvorlig psykopati	16 (29,6 %)	15 (17,9 %)	
	PCL-SV score i absenteringsgruppen	PCL-SV score for de ikke absenterede	Absenteringsgruppen VS. De ikke absenterede (Mann-Whitney Test)
PCL-SV score total (Mean (SD))	14,56 (4,61)	12,24 (5,54)	P = 0,014
<i>Superficial (overfladisk)</i>	0,85	0,78	P = 0,593
<i>Grandios (storhedsforstillinger)</i>	0,69	0,71	P = 0,874
<i>Deceitful (løgnagtig/manipulerende)</i>	1,02	0,70	P = 0,025
<i>Lacks remorse (mangler skyldfølelse)</i>	1,37	1,11	P = 0,048
<i>Lacks empathy (mangler empati)</i>	1,10	1,12	P = 0,782
<i>Doesn't accept responsibility (tager ikke ansvar)</i>	1,27	1,17	P = 0,503
<i>Impulsive (impulsiv)</i>	1,44	1,21	P = 0,109
<i>Poor behavioral control (dårlig adfærdskontrol)</i>	1,38	1,17	P = 0,070
<i>Lacks goals (mangler realistiske mål for fremtiden)</i>	1,35	1,01	P = 0,005
<i>Irresponsible (uansvarlig)</i>	0,98	0,99	P = 0,957
<i>Adolescent antisocial behavior (antisocial – ung)</i>	1,23	0,90	P = 0,026
<i>Adult antisocial behavior (antisocial – voksen)</i>	1,73	1,55	P = 0,081

I tabellen er patienterne først opdelt efter den score, som vurderingsredskabet "tildeler", det vil sige graden af psykopati. Det ses, at 30% af de scorede patienter i gruppen af absenterede, har en score på mellem 18 – 24 (Sikker/alvorlig psykopati). I gruppen af ikke absenterede patienter findes ca. 48 % af patienterne i gruppen med en score på 0 – 12 (ingen psykopati). Der ses en signifikant forskel i de to grupper, hvad den samlede psykopativurdering angår, ligeledes ses der på enkelte af variablene en signifikant forskel. Efter en Bonferroni-korrektion er den mindste p-værdi dog 0,06 (0,005 X 12), altså ikke signifikant.

7.5 Patientkarakteristika: Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R)

SOAS-R (Nijman, 1999) bruges til, at registrere aggressioner som personalet observerer, at patienterne udviser. Registreringsskemaet (se bilag 7) er opdelt i fem koloner. Første kolonne bruges til at beskrive hvilken provokation, der udløste den aggressive adfærd fra patienten, anden kolonne beskriver hvilke midler patienten brugte til at udvise sin

aggressive adfærd, tredje kolonne beskriver hvem, der var mål for patientens aggression, fjerde kolonne beskriver hvilke konsekvenser, den aggressive adfærd havde for offeret/ofrene, femte og sidste kolonne beskriver hvilke tiltag, personalet brugte for at stoppe aggressionen. Alvorlighedsscoren på SOAS-R kan variere fra 0 (den mindst alvorlig grad af aggression) til 22 (den alvorligste grad af aggression). Hvert underspørgsmål i kolonnerne er tildelt et antal point fra 0 – 9. Den overordnede SOAS-R score er udregnet ved at sammenlægge den højeste score fra hver af de fem kolonner (Nijman, 2002). Den gennemsnitlige alvorlighedsscore er udregnet på følgende måde. Hvis en patient havde mere end én SOAS-R registrering, er der taget et gennemsnit af disse. Derefter er der taget et gennemsnit for det samlede antal registreringer.

Tabel 7. SOAS-R	Absenteringsgruppe	De ikke absenterede	Chi-Square
Antal patienter i gruppen, der havde en SOAS-R registrering	30 (48,4 %)	23 (19,2 %)	P < 0,001
Antal SOAS registreringer	145	58	
<i>Alvorlighedsscore (Mean score (SD))</i>	13,06 (3,01)	11,87 (4,77)	P = 0,271
<i>Variationsbredden (minimum - maximum)</i>	8 – 19	2 - 19	

I tabellen ses der, at 30 patienter eller cirka 48 % af den samlede gruppe af absenterede patienter var registreret for 145 SOAS-R registreringer, hvorimod der i gruppen af ikke absenterede var 23 patienter eller cirka 19 % af den samlede gruppe af ikke absenterede patienter, der stod for i alt 58 registreringer. Der ses en signifikant forskel i antallet af patienter, der har fået registreret en SOAS-R score i de to grupper, men ingen forskel i den gennemsnitlige alvorlighedsscore.

7.6 Patientkarakteristika: Retslig status

Tabel 8 viser de to gruppers retslige status (Kramp, 1996), dvs. hvilken retslig foranstaltning, de enkelte patienter har som baggrund for deres indlæggelse på den retspsykiatriske afdeling. Langt de fleste patienter er indlagt i henhold til en psykiatrisk særforanstaltning (dom), mens en lille gruppe er indlagt som varetægtssurrogatfængslede eller indlagt med henblik på mentalundersøgelse under indlæggelse.

Tabel 8.	Absenteringsgruppen	De ikke absenterede	Chi-Square
Antal patienter	62	120	
Retslig status			
<i>Varetægtsfængslet</i>	4 (6,5 %)	10 (8,3 %)	P = 0,775a
<i>Mentalobservanter</i>	0	8 (6,7 %)	P = 0,053a
<i>Strafasoner</i>	1 (1,6 %)	6 (5,0 %)	P = 0,425a
<i>Anbringelsesdom</i>	14 (22,6 %)	22 (18,3 %)	P = 0,557a
<i>Dom til behandling</i>	39 (62,9 %)	59 (49,2 %)	P = 0,086a
<i>Dom til ambulante behandling</i>	2 (3,2 %)	6 (5,0 %)	P = 0,718a
<i>Ikke retslig</i>	2 (3,2 %)	9 (7,5 %)	P = 0,337a

a = Fisher's Exact Test

I tabellen ses en tendens til, at flere patienter i gruppen af absenterede er idømt en dom til behandling, men der ses i øvrigt ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.

7.7 Patientkarakteristika: Kriminalitet

Tabel 9 Viser den påsigtede eller pådømte kriminalitet for de to grupper. Der ses en tendens til, at der er flere absenterede, der er dømt for røveri og tyveri og, at der er flere i gruppen af patienter, der ikke absenterer sig, der er dømt for alvorlig kriminalitet såsom drab, drabsforsøg, vold med døden til følge, vold eller ildspåsættelse, men der ses ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.

Tabel 9.	Absenteringsgruppe	De ikke absenterede	Chi-Square
Antal patienter	62	120	
Kriminalitet			
<i>Drab, drabsforsøg, vold med døden til følge</i>	7 (11,3 %)	25 (20,8 %)	P = 0,150a
<i>Vold</i>	22 (35,5 %)	43 (35,8 %)	P = 1,000a
<i>Ildspåsættelser</i>	4 (6,5 %)	10 (8,3 %)	P = 0,775a
<i>Anden personfarlig kriminalitet</i>	1 (1,6 %)	2 (1,7 %)	P = 1,000a
<i>Voldtægt og voldtægtsforsøg</i>	2 (3,2 %)	4 (3,3 %)	P = 1,000a
<i>Anden sædelighedskriminalitet incl. incest</i>	1 (1,6 %)	2 (1,7 %)	P = 1,000a
<i>Lov om euforiserende stoffer</i>	2 (3,2 %)	4 (3,3 %)	P = 1,000a
<i>Røveri</i>	12 (19,4 %)	13 (10,8 %)	P = 0,119a
<i>Tyveri mm.</i>	9 (14,5 %)	9 (7,5 %)	P = 0,189a
<i>Hærværk</i>	0	1 (0,8 %)	P = 1,000a
<i>Ingen kriminalitet</i>	1 (1,6 %)	7 (5,8 %)	P = 0,268a

a = Fisher's Exact Test

7.8 Patientkarakteristika: Brøset Violence Checklist (BVC)

BVC bruges af personalet på patientafsnittene til at forudsige voldelige episoder indenfor 24 timer (se bilag 8). Personalet scorer alle patienter i slutning af hver vagt på seks items (verbale trusler, fysiske trusler, støjende adfærd, irritabilitet, angreb på genstande og forvirring). (Almvik, 2000). Hvert item gives en score på 1 = adfærd tilstede og 0 = adfærd ikke tilstede de seks items lægges til sidst sammen og ved en score på 0 = lille risiko for vold, 1 – 2 = moderat risiko for vold og hvis scoren er over 2 = høj risiko for vold.

Da BVC udfyldes efter hver vagt på hver enkelt patient vil der teoretisk i alt være 3654 vurderinger, ud af disse var der i alt 186 vurderinger hvor personalet havde vurderet at en patient havde en adfærd, der var forstærket fra tidligere. I 140 af disse vurderinger havde patienten en score mellem 1 og 2, altså en moderat risiko for vold. I 46 af vurderingerne havde patienterne en score på mere end 2 hvilket vil sige at der er høj risiko for vold.

Tabel 10.

Antal BVC vurderinger med en score på 1 eller derover	186	
Item		
Verbale trusler	53	28,5 %
Fysiske trusler	18	9,7 %
Støjende adfærd	74	39,8 %
Irritabilitet	154	82,8 %
Angreb på genstande	13	7,0 %
Forvirring	32	17,2 %

Af tabel 10 ses det, at variabelen irritabilitet udgøre cirka 83 % af de i alt 186 vurderinger personalet lavede. Det vil sige at personalet vurderede at patienten udviste en adfærd hvor han var mere irriteret end vanligt.

7.9 Selvstændig analyse af lukket/åbent afsnit

Da dette studie sammenlignet med den litteratur, der er fundet, er ret unikt, med hensyn til de anvendte variable og typer af hospitalsafsnit, har jeg også valgt, at udføre en analyse på populationen af patienter, der har absenteret sig fra lukket afdeling. De sammenholdes med patienter, der også har været indlagt på lukket afdeling, men som ikke har absenteret sig. En kort redegørelse følger.

Når de karakteristika, der kendetegner denne gruppe iagttages, ses ingen signifikante forskelle i diagnoserne for de to grupper, men der ses en signifikant forskel på misbrugsdiagnoserne. Der ses heller ingen signifikant forskel i patienternes etnicitet.

Ved analysen af variable, der beskriver tvangsindgrebene, der er udført på de to grupper, ses signifikante forskelle på de tilsvarende variable, som er vist i tabel 4.

Ved analyse af risikovurderingen ses der ikke en signifikant forskel på den samlede HCR-20. Ligeledes findes der ingen signifikante forskelle på de overordnede variable. Ved analysen af de enkelte items findes signifikant forskel på de to grupper; hvad angår de enkelte items, findes der kun en signifikant forskel på tidligere tilsynsovertrædelser med en (p-værdi på 0,049). Ved fornyet analyse af psykopativurderingen ses der ingen signifikante forskelle på de to grupper i forbindelse med den samlede PCL-SV - vurdering.

Analyseres data fra patienter, der er absenteret fra åben afdeling, og sammenlignes disse data med data fra patienter, der også var indlagt på åben afdeling, men som ikke abenterede sig, ses stadig ingen signifikante forskelle på de to grupper, hvad angår variablerne beskrevet i tabel 4. En kort redegørelse følger.

Ved analysen ses der ingen signifikante forskelle på den totale HCR-20 vurdering. På historiske, kliniske og risiko-delscoren findes der heller ingen signifikante forskelle. På de enkelte items ses der ingen signifikante forskelle. Ved den fornyede analyse af PCL-SV - vurderingen ses der ingen signifikante forskelle på de to grupper.

8.0 Interview

Patienterne, der deltog i interviewene, var alle indlagt på retspsykiatrisk afdeling ved Psykiatrisk Center Sct. Hans. Deres alder var mellem 20 – 60 år, og de havde alle diagnosen skizofreni. Interviewene blev gennemført i marts måned 2008.

Patienternes symptomer kan være: Tankeforstyrrelser (hallucinationer, vrangforestillinger og kognitive forstyrrelser), autisme og emotionelle forstyrrelser, der giver sig udtryk i, at patienterne er præget af: Træghed, sløvhed, affektafladninger, initiativløshed, passivitet, sprogfattigdom, kontaktføringelse, manglende fremdrift eller interesse for omverdenen, formålsløs adfærd, indsynken i sig selv og social tilbageslækning.

8.1 Udvalgelse

De seks interviewede patienter fordeler sig således: Tre har absenteret sig under nuværende eller tidligere indlæggelser, tre har været indlagt i en årrække, hvorunder de har haft mulighed for at fortage absenteringer men ikke har udnyttet muligheden.

Da jeg arbejder på retspsykiatrisk afdeling betød det, at jeg havde let adgang til at lave aftaler med patienterne, og at jeg havde mulighed for at opbygge en relation til dem, inden jeg skulle interviewe dem. De seks patienter er strategisk udvalgt på baggrund af opgørelser over antal absenteringer og indlæggelseslængde. De tre patienter, der havde absenteret sig i løbet af undersøgelsesperioden, er udvalgt ud fra, hvor mange gange de havde absenteret sig. Alle patienter, som skønnedes egnede til interviewet, blev opstillet på en liste og derefter blev de spurgt, om de havde lyst til at deltage. Den patient, der havde absenteret sig flest gange i undersøgelsesperioden, blev spurgt først, fordi jeg antog, at det var sandsynligt, at patienter, der havde absenteret sig flest gange, havde større mulighed for at bidrage med de mest varierede informationer om emnet.

Tabel 11 Karakteristika af de interviewede patienter der havde absenteret sig (n=3)

Karakteristika	Fordeling blandt de interviewede patienter, der havde absenteret sig
Alder	26, 32 og 52 år
Køn	3 mænd
Ægteskabelig status	3 ugifte
Etnicitet	1 dansker og 2 af anden etnisk oprindelse
Uddannelses niveau	7. til 10. klasse
Diagnose	Alle havde diagnosen skizofreni
Antal absenteringer	Fra 4 til 16
Absenterings varighed	Fra 2 timer til 24 dage
Længde på indlæggelse	25, 30 og 65 måneder
Længde på interview	Fra 35 min til 45 min
Boligforhold	2 havde egen lejlighed og 1 var hjemløs
Indkomst	Alle var på pension

De tre patienter, der ikke havde absenteret sig, blev udvalgt således, at den, der havde været indlagt længst, blev den første, der blev spurgt, om han vil deltage i interviewet. Derpå blev den patient, der havde været indlagt næstlængst, spurgt og så videre.

Tabel 12 Karakteristika af de interviewede patienter der ikke har absenteret sig (n=3)

Karakteristika	Fordeling blandt de interviewede patienter, der havde absenteret sig
Alder	28, 41 og 59 år
Køn	3 mænd
Ægteskabelig status	2 ugifte og 1 gift
Etnicitet	2 danskere og 1 af anden etniske oprindelse
Uddannelses niveau	7. klasse til gymnasiet (en havde startet på mere uddannelse, men havde ikke gennemført denne.
Diagnose	Alle havde diagnosen skizofreni
Længde på indlæggelse	56, 63 og 122 måneder
Længde på interview	Fra 35 min til 50 min
Boligforhold	2 havde egen lejlighed og 1 var hjemløs
Indkomst	2 var på pension og 1 fik kontanthjælp

Jeg opfordrede patienterne til at tage kontakt til mig, hvis de efter interviewet mente, at de havde mere at fortælle mig, ligesom jeg forhørte mig, om jeg måtte kontakte dem igen, hvis det viste sig, at der var andet, jeg havde brug for at få belyst. Alle accepterede og gav mig deres tilladelse hertil.

8.2 Interviewmetode

Som inspiration for patientinterviewene anvendte jeg Kvaless (Kvale s. 40-8) beskrivelser af det kvalitative forskningsinterview, fordi det handlede om at indhente dele af de interviewedes "livsverden", med henblik på at fortolke meningen med de fundne fænomener. Grundlæggende set, var dette kvalitative forskningsinterview en samtale mellem interviewer og de interviewede. Deltagelsen var som sagt helt frivillig. I samtalen forsøgte jeg at indhente ufortolkede beskrivelser så præcist og nuanceret som muligt, fordi jeg ønskede at nå frem til så mange forskellige beskrivelser af deres oplevelser som muligt. Selve samtalen ville ikke kunne reproducere, fordi spørgeguiden kun var udgangspunkt for samtalen, og fordi jeg anvendte, gensvarteknikker og fulgte spørgsmål op med uddybende efter-spørgsmål, med henblik på at få belyst emnet så bredt som muligt.

Det kvalitative forskningsinterview, tog udgangspunkt i semistrukturerede spørgsmål til de interviewede. Det vil sige at spørgsmålene, hverken var lukkede eller helt åbne/ustrukturerede. Spørgsmålene blev skrevet i en spørgeguide, som dannede udgangspunkt for interviewet. Nogle af spørgsmålene i interviewene blev dog/alligevel forholdsvis lukkede. Det skyldes, at mange skizofrene patienter på grund af deres sygdom var konkret tænkende og sprogfattige. Det medførte, at de ikke kunne svare på spørgsmål, der var for åbne. Interviewguiden udarbejdede jeg ud fra litteraturgennemgang af kvalitative og kvantitative artikler og ud fra mine egne erfaringer (se bilag 9 og 10).

8.3 Interviewsituationen

Interviewene foregik i besøgsrummet, der var et "neutralt" sted, og som af de fleste patienter oplevedes som et trygt sted at opholde sig. Et enkelt interview foregik, efter ønske fra patienten på dennes eget værelse. Efter at jeg havde præsenteret mig og gennemgået patientinformationen, sørgede jeg for skriftligt samtykke og at interviewet blev optaget på bånd (se bilag 12), påbegyndtes interviewet. I interviewene forsøgte jeg at

overholde de kvalifikationskriterier som Kvale (Kvale s. 148-60) beskriver for interviewereren: Viden om emnet, opretholdelse af strukturen, at stille tydelige spørgsmål, at være venlig og imødekommende, at være aktivt lyttende og åben for nye aspekter samt kritisk og beredt til at efterprøve pålideligheden af svarene. Desuden at huske svar og fastholde dem samt at fortolke undervejs.

Varigheden af interviewene var mellem 35 og 50 minutter. Jeg valgte individuelle interviews, fordi de fleste patienter kunne forventes at være mere eller mindre psykotiske med kaotisk og ustruktureret tankegang til følge. En til én kontakten øgede trygheden og mindskede patientens oplevelse af kaos.

Kvale (Kvale s. 148-60) beskriver, at et veludført interview bør være en positiv oplevelse, fordi den kan give den interviewede indsigt i uerkendte dele af sin livssituation.

8.4 Transskribering

Da jeg havde hørt de bandede interviews igennem, blev de transskriberet umiddelbart efter. Jeg valgte selv at transskribere, for at undgå tolkninger under transskriberingen (se bilag 11). Alle interviewene blev overført ordret og med vigtige gestikulationer og følelsesudtryk beskrevet i parenteser. Jeg havde sikret mig, at jeg kunne kontakte patienterne igen, hvis der var problemer med at høre eller forstå det optagne, denne mulighed fik jeg dog ikke brug for. Patienterne fik efter transskriberingen udleveret materialet, som vi sammen læste igennem, så de havde mulighed for at give deres endelige godkendelse.

8.5 Resultater fra interviews af tre patienter, der har absenteret sig

Fundene der præsenteres i dette afsnit er baseret på tre interviews med patienter, der har absenteret sig fra retspsykiatrisk afdeling i løbet af deres indlæggelse.

8.5.1 Årsager til at absenterer sig

Patienterne fortæller, at de betragter det at være udenfor afdelingen som at være, hvor livet leves, og at opholdet på afdelingen er et midlertidig afbræk i at leve livet. For at få denne mulighed, vælger de at absenterer sig.

"... og så savner man også sine venner og familie. Det gør faktisk ondt, når man er indlagt i lang tid". (p1)

"fordi jeg savner mit kammeratskab derhjemme, og fordi jeg har venner". (p2)

Det synes at være savnet af familie og venner, der er en afgørende grund for patienterne til at absenterer sig. Det synes vigtigt for de interviewede at kunne vedligeholde kontakt til venner og familie, hvilket de finder meget svært under deres indlæggelse. De bekymrer sig meget om, hvorvidt vennerne også vil være der, når de udskrives fra hospitalet.

Patienternes mulighed for at pleje deres i forvejen meget skrøbelige netværk under indlæggelsen er meget begrænset. Ofte er besøget overvåget af personalet, hvilket de pårørende eller patienten selv ikke ønsker, ligeledes er Psykiatrisk Center Sct. Hans geografisk placeret i Roskilde og patienterne, der er indlagt på afdelingen, er med få undtagelser alle hjemmehørende i hovedstaden ca. 30 kilometer væk, hvilket besværliggør venners og families besøg (rejsetid og økonomi). Mange af patienterne har desuden på

grund af deres retslige foranstaltning ikke mulighed for at være væk fra afdelingen mere end 3 timer ad gangen eller de har slet ikke tilladelse til at komme ud fra afdelingen. Endelig skal besøgende af patientens læge eller kontaktperson godkendes til besøg, inden besøget er muligt. Denne forholdsregel er taget for, at mindske indsmugling af stoffer, våben og lignende. En patients argument for absentering var eksempelvis:

"jeg skal ud og have nogle stoffer da de dæmper mine stemmer meget bedre end det medicin jeg får her på stedet". (p3)

Stofmisbrug er en afgørende faktor for, om patienterne vælger at absentere sig fra afdelingen. Patienterne beskriver, at det er svært at skaffe sig stoffer på afdelingen, og at afhængigheden og abstinenser driver dem ud i at absentere sig, så de kan få fat i disse. Det er min opfattelse, at skizofrene patienter ofte gør brug af euforiserende stoffer til at dæmpe deres symptomer, og at de anvender stoffer som et hurtigt redskab til at dæmpe disse symptomer på en måde, som deres ordinerede medicin ikke gør. Patienterne beskriver, at de gerne vil have en mulighed for at bruge en lille smule stoffer under deres indlæggelse for på den måde at undgå at absentere sig. De fortæller, at de godt ved, at brug af stoffer ikke er lovligt, men at en lille smule vil betyde meget for deres velbefindende.

Det at overholde aftaler beskrives af en patient som værende noget, der er gensidigt. Patienten fortæller, at når han oplever, at personalet ikke overholde aftaler om for eksempel, hvornår han kan få frihed til at gå i kiosken, eller hvornår han kan få besøg, så overholder han heller ikke sine aftaler med personalet. Få og uvedkommende aktiviteter på afdelingen nævnes af patienterne som en grund til at absentere sig. En patient føler, at personalet og patienterne er alt for opdelt, han ønsker at det vil være muligt, at lave noget sammen med personalet. Der er efter denne patients mening ikke behov for, at det skal være noget spektakulært. Muligheden for at deltage i de praktiske gøremål på afdelingen nævnes som en aktivitet, der vil kunne være med til at afhjælpe kedsomheden.

"for det første så er der ikke så meget aktivitet her, og for det andet så keder man sig". (p1)

"aktiviteter med personalet det er det allerbedste, når der er en med og man kan snakke, imens man løber. Det er det allerbedste". (p1)

Absenteringerne virker som en pludselig indskydelse, der er en reaktion på at være indlagt i lang tid. Muligheden gribes ofte, når patienterne er ude at gå med personalet på terrænet, eller hvis patienten har haft mulighed for at være på udgang uden personaleledsagelse. Det beskrives ligeledes som en måde at håndtere sin selvbestemmelsesret på. Det er en mulighed, som de på sin vis suverænt selv er herre over.

"Ja, det er, når jeg har siddet for længe inde uden at være ude... hvis jeg er indespærret for længe, så skal jeg ud". (p2)

"Nej, jeg gør det bare". (p1)

Det sker da også en gang imellem, at patienterne planlægger deres absentering, ved enten at brække et vindue op eller ved at stjæle nøgler fra personalet. De planlagte absenteringer er meget afhængig af evnerne hos den pågældende patient, nogle patienter

evner ikke på grund af deres sygdom at iværksætte en planlægning alene, men har behov for hjælp til dette af medpatienter. En patient fortæller også, at det kommer meget an på, hvem han er indlagt med, hvad planlægning af en absentering angår.

"vi gør det nogle gange, så brækker vi vinduerne op og stjæler nøgler, det er jeg dygtig til, jeg kan stjæle fra deres lomme, uden at jeg bliver opdaget". (p1)

De tre patienter fortæller, at det ikke har nogen betydning for dem, hvem der er på arbejde, når de vælger at absentere sig. Jeg ser, at patienterne oplever, at personalet er der for at hjælpe dem, og at personalet vil dem det godt, så de finder ingen grund til at absentere sig på grund af problemer med personalet.

"personalet hjælper mig, og jeg er glad for dem, men når så stoftrangen kommer, så skal jeg ud". (p3)

Generelt beskriver patienterne, at de har det godt med deres medpatienter, og at de ikke har nogen betydning for, om de vælger at absentere sig. Patienter med psykiatriske lidelser kan ofte på grund af deres symptomer have meget svært ved at gennemskue, hvor andres grænser går, og de kan til tider komme til at overskride dem. Dette kan være vanskeligt at håndtere for en patient, der selv har det dårligt. Det er vigtigt, at personalet er opmærksom på dette problem. Når en patient har en adfærd, der er grænseoverskridende, skal personalet hjælpe patienten, der bliver provokeret, til at håndtere dette på en fornuftig måde, således at han ikke "tvinges" til at handle ved at absentere sig:

"Hvis jeg har det af helvede til med patienterne, så kan jeg godt finde på at tage en tur. Men det er sjældent". (p2)

Patienterne har under deres indlæggelse eget værelse, og har således mulighed for at trække sig tilbage, hvis de oplever disse grænseoverskridende medpatienter.

De tre patienter havde flere forslag til, hvordan det er muligt at undgå, at absentere sig. De peger alle på, at der bør være flere muligheder for beskæftigelse, og på, at typen af beskæftigelse bliver beskrevet, så de ved, hvad der er at lave. Patienterne vil gerne have mulighed for blandt andet bare at være med til dagligdags gøremål eller have mulighed for at lave aktiviteter sammen med venner eller familie, der kommer på besøg. En patient fortæller også, at hvis han bare fik lov til at misbruge en lille smule hash, der efter hans mening er det eneste, der dæmper de stemmer, han hører, så vil han blive på afdelingen.

"Noget mere aktivitet, noget mere terrænfrihed, det synes jeg er det vigtigste faktisk. Og samtidig hvis personalet også laver noget sammen med patienterne, så vi ikke keder os". (p1)

"Jo man kunne lukke mere op for besøg uden kontrol og sådan noget, men så er der det med stof indsmugling, det kan jeg godt se er et problem". (p2)

8.5.2 Sammenfatning af emnet - årsager til at absentere

Patienterne beskriver, at deres afhængighed af stoffer og den deraf følgende stoftrang er den helt store grund til, at de vælger at absentere sig fra hospitalet. Patienterne oplever, at

når stoftrangen virkelig begynder at melde sig, så må de ud og skaffe sig noget, der kan dulme denne trang, og derfor er absenteringerne ofte en impulsiv handling.

Patienterne beskriver i interviewene, at savnet af venner og familie kan blive så stort at absentering er den eneste mulighed for at bryde ud af den oplevede ensomhed. Ligeledes er det beskrevet af patienterne, at de finder det kedsommeligt at være indlagt og i den forbindelse efterlyser, de aktiviteter, der kan være med til at skabe lyst til at forblive på afdelingen.

Patienterne ønsker at blive taget alvorligt, de vil anerkendes og gerne opleve, at de bliver respekteret. Når der indgås aftaler med personalet, ønsker patienterne, at disse aftaler overholdes; de ønsker gensidig respekt.

8.5.3 Tiden under absenteringen

Som ovenfor beskrevet vælger patienterne ofte at absentrere sig for at vedligeholde deres kontakt til venner og familie eller for at komme ud og tage euforiserende stoffer. Patienterne tager hjem til venner for at være sammen med dem og lave dagligdags ting, så som at besøge andre venner og hygge sig med god mad. Patienterne forsøger på den måde at vende tilbage til deres vante omgivelser og at vedligeholde den tilværelse, de havde før deres indlæggelse.

"jeg tager til København og besøger mine venner, og engang imellem min familie". (p3)

"til Nørrebro til mine venner". (p2)

"sammen med venner, ryger noget hash sammen med kæresten og hygger mig". (p1)

Patienterne er meget beskyttende overfor deres pårørende. Alle kunne fortælle, at de ikke bryder sig om at tage hjem til familien, når de har absenteret sig, da de er klar over, at procedurerne på afdelingen er, at når en patient absenterer sig, meldes det til politiet, der så har til opgave at bringe patienten tilbage til afdelingen:

"De (familien) skal ikke opsøges af politiet". (p2)

Som tidligere nævnt er absenteringerne tit en pludselig indskydelse, og derfor kommer patienterne ofte af sted uden at have penge med sig. Derfor blev de adspurgt om, hvordan de skaffede sig penge, når de var ude. Patienterne fortsætter deres kriminelle løbebane, når de er ude, for eksempel ved at begå butikstyveri, hvor der stjæles ting, der hurtigt kan omsættes til penge, der bruges til stoffer. At låne penge eller at få stoffer på kredit er også en mulighed, patienterne nævner, og som de vælger at gøre brug af. Patienterne er generelt ikke meget for at fortælle, hvordan de skaffer penge, når de er ude. En nævner, at han gør "business", når han er ude, og at det er måden, han skaffer penge på. Han ville dog fortælle så meget, at det ikke altid var på ærlig vis:

"Kød og sådan noget – kød og tøj, som jeg sælger videre". (P2)

Som nævnt tidligere, anses det for en kriminel handling at absentrere sig fra afdelingen, når man er indlagt i forbindelse med en retslig foranstaltning. Politiet holder derfor udkik efter

patienterne på deres ture rundt i København. Patienterne kunne i den forbindelse fortælle, at dette føles som et stort pres, når de har absenteret sig. Det føles som om at politiet venter rundt om hvert gadehjørne, og at de kunne blive pågrebet hvert øjeblik, det skulle være. Det at absenterer sig kan være en meget belastende affære for patienterne, da det på en måde kan være med til at belaste deres i forvejen skrøbelige forsvar mod belastninger. Absenteringen kan ofte blive så belastende for patienten, at han selv vælger at vende tilbage til hospitalet, fordi han ikke længere kan håndtere at være ude på egen hånd. Patienterne har ikke mulighed for at modtage deres ordinerede medicin, når de absenterer sig, og de vil i løbet af et stykke tid begynde at få flere symptomer på deres sygdom. Det er ofte det, der får patienten til at bruge flere og flere euforiserende stoffer for på den måde at medicinere sig selv med henblik på at dæmpe symptomer:

*"Det er skide irriterende – man ved aldrig, hvornår klokken er slået".
(p2)*

"man kigger, og man er lidt bange for at politiet skal komme og snuppe en hele tiden man kigger til højre og venstre for at se, hvornår jeg bliver anholdt. Det sidder hele tiden i tankerne, det er faktisk herre irriterende, og når jeg er ude på en ordentlig måde, så har jeg slet ikke sådan nogen tanker. Der er jeg herre glad, det er jeg faktisk". (p1)

8.5.4 Sammenfatning af emnet - tiden under absentering

Patienterne kunne alle fortælle, at når de vælger at absenterer sig, så tager de tilbage til deres vante omgivelser for at være sociale med venner og familie. Alle patienter kunne fortælle, at det er vigtigt for dem at beskytte deres familie ved ikke at opsøge dem hjemme, for således, at undgå, at politiet opsøger dem dér.

Patienterne kunne alle fortælle, at deres absentering for det meste er en pludselig indskydelse, for at tilfredsstille et pludseligt opstået behov, særligt stoftrang. Patienterne kunne fortælle, at eftersom deres absenteringer er en pludselig indskydelse, kommer de af sted uden penge på lommen og må derfor skaffe sig penge, der skal bruges til stoffer og til at leve for. Patienterne vælger derfor i den situation at begå fornyet kriminalitet eller at låne penge i det kriminelle miljø.

Patienterne oplever, at det er meget stressende for dem at være absenteret, de har en følelse af, at politiet står rundt om hvert hjørne for at pågribe dem og bringe dem tilbage. Denne følelse kan ved længere absenteringer, hvor patienten ikke har mulighed for at modtage sin ordinerede behandling, blive forstærket ved, at patienten oplever en forværring af sin sygdom.

8.5.5 Tiden efter absenteringen

Ved tilbagevenden til afdelingen oplever patienterne ofte forskellige holdninger til deres absentering, nogle bliver mødt af personalet med et. "Det var ikke så godt at du absenterede dig". Ud fra data, der er fundet i den kvantitative del ses det at cirka 53% af patienter kommer tilbage til afdelingen ved, at politiet bringer dem tilbage, men der er også nogle patienter, der kommer tilbage af egen fri vilje. Disse patienter beskriver, at de ikke oplever, at de på nogen måde bliver taget anderledes imod. Det har samme konsekvenser for dem, selvom de selv kommer tilbage. Der kunne med fordel for disse patienter, der selv vælger at komme tilbage til afdelingen, pointeres, at det indgyder personalet en følelse af, at de demonstrerer medansvar overfor egen behandling, at de selv vender tilbage:

"Nogen af dem bliver glad, og nogen bliver bare, det var ikke godt og dem, der faktisk bliver sure, synes jeg tænker fornuftigt – de siger, at du ødelægger det for dig selv". (p1)

"Synes ikke rigtig, de siger noget – nogle patienter ligesom overfalder en for at høre, om man har noget med ind". (p2)

Patienterne oplever, at de konsekvenser, der er i forbindelse med, at de absenterer sig, er urimelige. Da de bliver spurgt om hvilke konsekvenser, der bør være i forbindelse, med at de absenterer sig, fortæller de, at det er forkert, at der er nogle konsekvenser, og at personalet bør se mere på, hvordan det kan undgås, at de absenterer sig; for eksempel kunne vi tilbyde flere muligheder for udgange og mere adgang til besøg af venner og familier.

Patienterne var generelt enige med lægerne om, at de skulle have medicin, men det at være indlagt var noget, de ikke rigtig synes, at der var nogen grund til. Det kan betyde at det er vigtigt at arbejde med patienters forståelse af behovet for at være indlagt. Patienter er dog ofte indlagt som følge retslig foranstaltning, der er besluttet af domstolen, så det er ikke op til den behandlingsansvarlige læge:

"Jeg er enig med, at jeg skal have medicin. Jeg skal have medicin, jeg har brug for medicin, og det hjælper mig meget. Faktisk hjælper det mig rigtig rigtig rigtig meget". (p1)

"Jeg skal have medicin, og jeg tager det også uden problemer, men det hjælper mig desværre ikke så godt som hash". (p3)

"Jeg er ikke så glad for at være indlagt, jeg vil helst have min frihed". (p1)

"Jeg har det skidt med at være indlagt". (p2)

Patienterne er meget bevidste om, hvad der kan være konsekvensen af, at de ikke fastholder deres behandling. En patient kan fortælle, at han mener, at han aldrig har haft behov for medicin, men at lægerne synes, at det er en god idé, at han indtager denne. Når der spørges lidt ind til symptomer på hans sygdom, kommer han dog frem til, at der nogle gange måske har været symptomer, hvor medicin alligevel var påkrævet for at dæmpe eller helt fjerne disse symptomer. Den skizofrene patient har ofte svært ved at erkende sin sygdom:

"Jeg hører ikke stemmer – men for eksempel hvis jeg ser fjernsyn og sådan noget, så er det som om nogen bagtaler mig. Det er sådan en fornemmelse jeg får ... og og så sidder jeg og er ked af det for mig selv, og hvis der er nogen, der er sure og ved skænderi, så stikker jeg ham ned eller gør et eller andet ved ham, så bliver jeg aggressiv". (p1)

"Stemmerne bliver meget værre, og så kommer de hele tiden og vil have tilgivelse, men jeg kan ikke tilgive, jeg er ikke Allah, og det er kun Allah der kan det". (p3)

8.5.6 Sammenfatning af emnet - tiden efter absentering

De fleste patienter vender tilbage til afdelingen i følge med politiet, men der er også nogle der vender tilbage fra deres absentering af egen fri vilje og de patienter, der blev interviewet, kunne alle berette, at de ikke oplevede, at de på nogen måde fik en positiv respons fra personalet, når de selv returnerede til afdelingen for at genoptage deres behandling.

Patienterne oplever, at de konsekvenser, der er af deres absenteringer, er alt for urimelige. Det hjælper ikke på deres lyst til at stoppe med at absentere sig i fremtiden, at der er hårde konsekvenser af deres absenteringer.

Der opleves en stor enighed hos patienterne med lægerne omkring deres behandling på trods af at de vælger at absentere sig. Patienterne kunne beskrive, at de synes, det er okay, at de skal modtage medicinske behandling, men de finder, at indlæggelsen ikke altid er en nødvendighed.

8.6 Resultater fra interview med tre patienter der i løbet af deres indlæggelse ikke har absenteret sig

Fundene der præsenteres i dette afsnit er baseret på tre interview med patienter der ikke har absenteret sig fra retspsykiatrisk afdeling i løbet af deres indlæggelse.

8.6.1 Hvad har betydning for dem, der bliver?

Patienterne blev adspurgt om årsager til, at de vælger at blive på afdelingen. De tre patienter udtalte alle, at de ikke føler, at det på nogen måde vil hjælpe dem, hvis de absenterer sig fra afdelingen. Patienterne har indset, at det ikke vil hjælpe dem på nogen måde, hvis de vælger at absentere sig. De har ikke mulighed for at modtage nogen former for behandling under deres absentering. Patienterne beskriver, at de har et ønske om, at de bare vil have deres dom overstået, og at de anser det at blive på afdelingen som det bedste signal, de kan sende til beslutningstagerne om, at de er villige til at gøre det, der skal til for, at de ikke begår fornyet kriminalitet:

"Hvis jeg nu stikker af, og jeg ikke får min medicin, jeg ved, hvordan jeg var, inden jeg fik min medicin, og så har jeg det sådan, at hvis jeg stikker af, så risikere jeg, at selvfølgelig hvis jeg bliver væk i en måned, så har medicinen ikke nogen virkning". (p5)

"Jeg vil bare have det overstået så smertefrit som muligt – selvom det ikke er gået helt efter hensigten, men jeg vil bare have det overstået, og så kan jeg ikke overskue at sætte min familie i forlegenhed ved, at jeg stikker af". (p6)

"Hvis jeg har gjort den forbrydelse, jeg er dømt for, hvis jeg er skyldig, så vil jeg stikke af". (p4)

Adspurgt om de nogensinde har haft lyst til at absentere sig fra afdelingen, fortæller de alle tre, at de tanker da til tider strejfer dem, men at de af forskellige årsager har valgt at forblive på afdelingen. Patienterne er meget opmærksomme på, at de handlinger, de fortager sig, ikke er nogle, der på den ene eller anden måde kan gøre deres familier kede af det. Patienterne er meget velovervejede og forstår de konsekvenser deres handlinger kan have.

En patient har en meget privat logik omkring emnet absenteringer, og hvorfor han aldrig har valgt at absentere sig. Patienten mener, at ved at forblive på afdelingen kan han bevise overfor, de personer, der var med til at dømme ham, at han er uskyldig dømt:

"Jeg tror, jeg vil såre dem meget, hvis jeg stak af, så vil de vide, at jeg gjorde det af den grund, at jeg vil hygge mig, at det ikke var for at være sammen med familien, og jeg bare vil sætte dem i bagerste række Det gør man ikke familien kommer i første række". (p5)

"At jeg havde friheden foran mig, hvis jeg gjorde det, så vil det blive ret isoleret, og det synes jeg ikke rigtig jeg kunne leve med og så var det jo også på lånt tid, på et tidspunkt så slap mine ressourcer jo op, og så måtte jeg gå for lud og kold, og så måtte jeg vende tilbage til hospitalet, og det kunne jeg ikke overskue, og så var der også en tredje ting. Det var, at hvis det kom ud i pressen, at jeg var stukket af, og hele mig sag vil blive rullet op igen, og store dele af min familie ved ikke, at jeg er her, og hvorfor jeg er her". (p6)

Patienterne har også en forventning til at deres ophold på hospitalet vil blive væsentligt kortere og nemmere, hvis de bliver på stedet. Patienterne er orienteret omkring den forretningsgang, der er i forbindelse med deres retspsykiatriske foranstaltning - forstået på den måde, at de ved, at der årligt kommer en forespørgsel fra statsadvokaturet vedrørende deres status. I denne besvarelse beskriver den behandlingsansvarlige læge blandt andet, om patienten i forbindelse med indlæggelser har absenteret sig. Absenteringer kan have betydninger for, om advokaturet kan støtte eventuel ændring eller ophævelse af patientens dom:

"Hvis jeg stikker af, vil det eneste, der vil ske bare være, at jeg ryger tilbage i behandlingsplanen, og det er en af grundene til, at jeg ikke stikker af". (p5)

"I starten tænkte jeg, at det vil gå hurtigere, hvis jeg blev, men det holder ikke altid stik". (p6)

Adspurgt om hvilke beskæftigelser/aktiviteter de deltager i, fortæller de, at de egentlig ikke deltager i så mange af de aktiviteter, der er på afdelingen, da de ikke finder dem særlig spændende og meningsfulde. Jeg finder, at patienterne ønsker, at de aktiviteter, de skal deltage i, skal have en relevans og skal give dem en mulighed for at gøre brug af nogle erfaringer, når deres dom ophører, eller når de kan udskrives. De fortæller, at de hellere vil lade være med at deltage i aktiviteter, der ikke giver mening for dem end bare at gøre det for at tilfredsstille andre:

"Der skal være en mening med de ting, som jeg laver, ellers er det sådan lidt nå ja dum i arbejde". (p6)

"Jeg læser avis ser tv, sidder i stuen og slapper af så tiden går". (p4)

Patienterne blev spurgt om, hvordan de oplever deres samarbejde med personalet omkring deres behandling og det at være indlagt. Patienterne var generelt enige med lægerne om, at det var vigtigt, at de skulle være i behandling. Der er dog en patient, der nævner, at medicin tager han kun, fordi lægerne siger det. Generelt er patienterne i gruppen af ikke absenterede mere bevidste om, hvordan de havde det, da de ikke modtog

medicinsk behandling. Patienterne udtrykker, at de ikke brød sig om, hvad sygdommen fik dem til at gøre, før de fik medicin. Jeg finder, at patienterne tager afstand fra deres tidligere handlinger, og at de er villige til at gå langt for at undgå, at der skulle opstå afbæk i deres behandling:

"Jeg har sagt til ham, at jeg ikke vil have noget medicin, jeg siger, jeg ikke er syg, han siger, at så længe du er her, skal du have medicin, jeg siger okay, jeg skal ikke lave ballade". (p4)

"Jeg kan mærke på mig selv, at medicinen virker i forhold til, hvordan jeg havde det tidligere, ja så jeg er ikke forbeholden, som jeg var i starten, da jeg kom herved". (p6)

"Jeg kunne gå ud og smadre én fuldstændig, og jeg kunne så gå på McDonald's fem sekunder efter og sidde og spise burger med min søn ik' uden, at det rørte mig, jeg havde det sådan, at jeg blev meget kold, jeg blev meget iskold, jeg kunne gøre lige, hvad der kræves for at opnå tingene, det vil jeg så ikke kunne på medicin, sådan som jeg har det nu, vil jeg ikke kunne gå ind og banke en og derefter gå ind på McDonald's og spise burgermad med min søn, men det kunne jeg inden jeg fik medicin". (p5)

Da vi kom ind på emnet medpatienter, fortæller de alle tre, at de generelt har det godt med de andre patienter. De siger, at de ikke så ofte blander sig med de andre patienter, men at de da taler med dem, hvis de bliver spurgt om noget. Jeg finder, at patienterne ikke har et ønske om at de på afdelingen skal finde det nære venskab, men mere overfladiske bekendtskaber. Det beskrives, at livet på afdelingen kan være trættende, og at det eneste, der snakkes om, er, hvor irriterende det er at få medicin og at være indlagt:

"Der er nogen, man snakker mere med end andre ... vi sidder i en situation, hvor vi er tvunget til at være sammen, så er man er nød til at tale med alle, og det kan godt blive trættende nogle gange". (p5)

"Jeg taler med alle, nogle mere end andre". (p4)

"Nej, det er sjældent, sommetider kan jeg godt lave noget på computeren sammen med (...), ellers så sidder vi bare og snakker sammen, men decideret laver noget, går ture og den slags, det gør vi ikke". (p6)

I forbindelse med snakken om, hvordan de havde med deres medpatienter, kommer vi også ind på, hvordan de har det med personalet på afdelingen. Her fortæller de, at de har det godt med stort set alle, men de kan alle nævne episoder, hvor der har været nogle kontroverser. En patient fortæller, at han særligt oplevede, at plejepersonalet og lægen ofte udbasunere deres uenighed overfor patienterne. Jeg finder, at det er vigtigt for patienterne at de ved, at den samlede personale gruppe arbejder i den samme retning omkring deres behandling. Det beskrives at det er vigtigt, at der er klare retningslinjer for deres behandling.

"Det, jeg opfattede, var, at lægen - at det var ham, der havde givet lov til det, men at plejerne gik imod, hvad lægen sagde, og jeg synes, at det var noget bæ; der var ikke meget styr på det, der over det var ikke sådan som det burde køre, det burde være sådan, at når lægen siger

noget, så har han snakket sammen med personalet, og så kan de sammen starte et behandlingsforløb". (p5)

8.6.2 Sammenfatning af emnet - Hvad har betydning for dem der bliver?

Patienterne, der har valgt at blive på afdelingen, har beskrevet, at det, der havde særlig betydning for dem i deres valg med hensyn til at blive på afdelingen, var, at de havde oplevelsen af, at deres gode adfærd ville blive belønnet. Forstået på den måde, at hvis de fulgte behandlingen og gjorde som personalet ønskede, vil det afkorte deres indlæggelse.

Patienterne kan beskrive, at de ser en mening med, at de er indlagt. De kan alle henvise til situationer, hvor de hvis de ikke var under behandling vil handle anderledes og ofte på en måde som de, ikke brød sig om.

Patienterne, der ikke absenterer sig, kan alle fortæller, at de til tider har haft en idé om at absenter sig fra hospitalet, men har afholdt sig fra det for ikke at såre deres pårørende.

9.0 Diskussion

De vigtigste fund i dette studie er; Patienterne, der absenterer sig kan typisk beskrives som mand på 37 (SD; 9,98) år er diagnosticeret som værende skizofren og havende et misbrug af euforiserende stoffer. Patienten er dømt til behandling og har som indexkriminalitet begået enten tyveri eller røveri. Patienten har en samlet HCR-20 score på 27,61 (SD; 6,1) og en samlet PCL-SV på 14,56 (4,61).

Jeg finder i dette studie, at de to grupper er meget sammenlignelige, hvad angår alder. Den gennemsnitlige alder på de patienter, der absenterer sig er på 37 år, hvorimod gruppen af patienter, der ikke absenterer sig, er på 40 år. Kønsfordelingen på de to grupper findes ligeledes sammenlignelig. I almenpsykiatrien blev patienterne karakteriseret som yngre mænd, der lider af skizofreni og er indlagt ved tvang. Bowers, 1999 beskriver blandt andet, at de mænd, der absenterer sig, er under 35 år. Dickens, 2001 anfører, at det er unge med en gennemsnitsalder på 28,5 år. Når karakteristikken af de patienter, som indgår i dette studie, iagttages, ses der imidlertid ingen signifikante forskelle i alder på de to grupper. Flere studier i almenpsykiatrien finder, at det ofte er patienter med en kriminel baggrund, der vælger at absenterer sig. Ofte er der ikke udført nogen signifikantest, men Dickens, 1999 angiver dog en signifikant forskel på dette område. I studierne af retspsykiatriske afdelinger i England og Wales beskrives der ligeledes, at patienterne, der absenterede sig, var yngre mænd. Brook, 1999 beskriver i sit studie, at der er signifikant forskel på de absenteredes alder i forhold gruppen, der ikke absenterer sig.

I de engelske studier af retspsykiatrien (Brook 1999, Dolan 1994, Huws 1993, Moore 2000 og Smith 1990), som har en undersøgelsesperiode mellem 5 og 12 år, absenterede langt færre patienter fra både minimum og maksimum afdelingerne end fra retspsykiatrisk afdelingen på Psykiatrisk center Sct. Hans. Det skal dog erindres, at der er meget store forskelle mellem de to lande. Det er indtrykket, at sikkerhedsforholdene på de engelske sikkerhedsafdelinger er væsentlig anderledes end på de danske. Der er en klar holdning til, at den danske retspsykiatri ikke på nogen måde må kunne sammenlignes med fængselsvæsenet. Da der ikke findes tidligere danske eller skandinaviske studier på dette område, er det vanskeligt at vurdere, hvad der er et rimeligt og acceptabelt absenteringsniveau.

I nærværende studie er der ikke fundet nogen signifikante forskelle i diagnoserne på de to grupper, men der findes en klar overrepræsentation af skizofrene patienter i forhold til gruppen af personlighedsforstyrrelser og andre. Dette findes ligeledes i en del af den omtalte litteratur (Bowers 1998), men ofte er det ikke beskrevet i studierne, hvilke diagnoser patienterne har. Når der ses på misbrug hos patienterne i de to grupper, ses der en signifikant forskel, idet gruppen af absenterede patienter havde en højere andel af misbrug end gruppen af patienter, der ikke absenterede sig. På baggrund af dette kan der stilles spørgsmål om hvorvidt vi i retspsykiatrien er gode nok til at behandle patienter med et misbrug.

I dette studie absenterede ca. 30 % (62 af 182 patienter). Derfor er absentering et væsentligt problem. Især hvis det medfører skade på patienten selv eller andre eller en øget grad af kriminalitet. Der er ikke i tidligere studier fra almenpsykiatrien medtaget nogen former for risikovurdering. Dette gælder ligeledes studier udført på en population af

retspsykiatriske patienter på trods af, at det netop er denne gruppe af patienter, der får politikere og presse til at reagere, når en absentering finder sted. Årsagen er som tidligere omtalt risikoen for, at undvegne patienter begår ny kriminalitet. Milner (1966) beskrev, at 19 ud af 69 absenterede patienter kom i potentielt farlige situationer under deres absentering, men der er desværre ingen uddybning af, hvilke situationer patienterne bragte sig i. Milner beskriver ligeledes at 3,6 % af de absenterede var voldelige overfor deres familie.

Molnar (1993) angav fra sin undersøgelse, at 39 % af de absenterede af deres behandlende læge blev vurderet til at være til fare for sig selv eller andre. Mehan (1999) beskrev få, men yderst alvorlige konsekvenser af absenteringerne. To patienter foretog angiveligt selvmordsforsøg, to patienter kom til skade, og en begik omfattende hærværk. Mehan leverer ingen opgørelse over hvor stor en del af de absenterede, det drejer sig om. Bowers (1999) fandt i sit studie, at langt de fleste tilfælde af absentering ikke resulterede i nogen form for skade. Men i 2,4 % af tilfældene skadede patienterne sig selv og i 1,6 % af tilfældene skadede de andre. Dickens (2001) fandt, at knap 11 % begik selvskadende handlinger og 4 % blev sigtet for kriminelle handlinger herunder vold.

Der er i nærværende studie ikke foretaget undersøgelse af, om patienterne under deres absentering har begået kriminalitet. Det er en meget vanskelig opgave at skabe et overblik over, hvor megen kriminalitet, den absenterede patient begår under sin absentering, da det kun kommer til afdelingens kendskab, hvis der rejses sigtelse mod patienten. Det sker en gang imellem, at anklagemyndigheden undlader at rejse en sigtelse overfor patienterne, fordi den begåede kriminalitet er af en sådan art, at det strafmæssigt ikke vil få nogen form for konsekvens.

I studierne af den retspsykiatriske population er der ingen opgørelser over, om patienterne har begået nogen form for kriminalitet under deres absentering. I dette studie er der som nævnt ovenfor medtaget en systematisk risikovurdering (HCR-20), der beskriver risikoen for fremtidige voldshandlinger. Der er fundet signifikant forskel imellem den absenterede gruppe og den ikke-absenterede gruppe, hvad den totale score på HCR-20 angår. Ligeledes er der fundet signifikante forskelle på de historiske og de kliniske variable, samt på risikovariablene. Dette kan give anledning til bekymring, da det på baggrund af den udførte risikovurdering må konkluderes, at det er patienter med de højeste risikovurderinger, som formår at absenter sig.

Risikovurderingen HCR-20 er i sig selv ikke målrettet mod at forudsige risiko for absentering. Det er dog ikke overraskende, at nogle af risikofaktorerne synes relateret til det at absenter sig fra hospitalet og den igangværende behandling. De risikofaktorer, som findes signifikant forhøjet hos gruppen, som absenterer sig, er netop faktorer, som relaterer sig til tidligere tilsynsovertrædelse og faktorer i forhold til en aktuel manglende forståelse for og lyst til at deltage i behandlingen. Selvom HCR-20 ikke er målrettet til at forudsige absenteringer, er der enkelte faktorer netop i forhold til patientens aktuelle tilstand, som ser ud til at kunne være med til at forudsige risiko for absentering som for eksempel det forhold, at patienter, der har en høj grad af impulsivitet og ringe behandlingsalliance har en signifikant forhøjet risiko for at absenterer sig. Mehan et al. (1990) identificerer i deres studie 6 årsager til, at patienterne absenterer sig, blandt andet: Manglende sygdomsindsigt og manglende forståelse for behovet for indlæggelse.

I studierne er der ingen opgørelser over hvor udadreagerende patienterne er i deres adfærd. Den udadreagerende adfærd er adfærd, hvor patienter optræder voldeligt eller er verbalt truende overfor personalet eller sine medpatienter. I dette studie er der medtaget en registrering af patientens udadreagerende adfærd. Som tidligere beskrevet udfylder personalet ved hver situation, hvor en patient har optrådt voldeligt, med slag, spark eller lignende eller har været verbalt aggressiv, en SOAS-R. Det ses at cirka 48 % af patienterne i gruppen af absenterede havde en SOAS-R registrering, hvorimod der i gruppen af patienter, der ikke tidligere har absenteret sig, var en andel på cirka 19 % en SOAS-R registrering. Denne forskel er så stor, at den er statistisk signifikant med en p-værdi på under 0,001. Der findes dog ingen signifikante forskelle når der ses på alvorligheder af den udadreagerende adfærd som patienterne i de to grupper udviser under deres indlæggelse.

I dette studie ses en tendens til, at de absenterede patienter hyppigere havde tyveri og røveri som indexkriminalitet. I studier fra almenpsykiatrien har det naturligvis ikke været en relevant variabel, men det fremgår af flere undersøgelser, at gruppen af absenterede oftere har haft kontakt til politi og retsvæsen, end ikke-absenterede har haft. I en af de engelske retspsykiatriske undersøgelser finder Dolan & Snowden (1994), at 26 ud af 27 absenterede tidligere var dømt for indbrud. Dolan & Snowden anfører, at der ikke er tale om indexkriminalitet, og at det er derfor vanskeligt at drage nogle paralleller til de tidligere undersøgelser.

Langt størstedelen af patienterne absenterer sig, når de er uden for sengeafsnittet. Dette er forventeligt, da der på den retspsykiatriske afdeling er en større fysisk sikkerhed end på almenpsykiatriske afdelinger, og det derfor er vanskeligere at komme ud inde fra afdelingen. I forhold til studier fra almenpsykiatrien er der forskellige resultater, men der er i de fleste studier ikke skelnet mellem åbne og lukkede afdelinger. Fundene i dette studie er i overensstemmelse med undersøgelserne fra den engelske retspsykiatri.

Patienterne absenterede hyppigere i de varme måneder. Dette fund svarer til resultaterne fra almenpsykiatrien, og på dette punkt er der ingen grund til at tro, at det skulle forholde sig anderledes i retspsykiatrien. Der er ikke i de engelske retspsykiatriske undersøgelser beskrevet, hvornår på året absenteringerne er sket.

I nærværende studie returnerede patienterne efter absentering relativt hurtig. Ca. 81 % af alle absenterede var tilbage inden for 1 uge, 93 % af alle var tilbage inden for 1 måned og 97 % af alle var tilbage inden for 3 måneder. Sammenlignet med de engelske retspsykiatriske forhold, er de danske patienter altså ude i længere tid. Langt de fleste engelske patienter er tilbage inden for få dage. Hvad årsagen til denne forskel er, vides ikke.

Begrundelse for absentering

De tre patienter i dette studie, der tidligere har absenteret sig, fortæller, at de vælger at absenterer sig på grund af sociale årsager som for eksempel deres savn af familie og venner bliver for stort for dem og at det er en måde for dem at vedligeholde kontakten og relationen. Sammenlignet med studier fra almen psykiatrien, hvor patienter ligeledes er blevet interviewet om årsager til at absenterer sig, kunne de blandt andet fortælle, at de absenterede sig fordi de havde en følelse af at være afskåret fra familie og venner

(Bowers 1999). De retspsykiatriske undersøgelser har ikke beskæftiget sig med at finde frem til årsager, Huws, (1993) kan dog beskrive, at en patient har beskrevet, at han havde et ønske om at besøge sin mor. Besøg på de afsnit, der indgår i dette studie er for afsnittene, der har karakter af lukket afsnit, en begrænset adgang for pårørende til de indlagte. De pårørende skal først gennem en godkendelses samtale med patientens behandlingsansvarlige læge, der skal godkende den besøgende inden besøg kan foregå.

Patienterne kunne ligeledes fortælle at de på grund af deres stofmisbrug valgte at absentere sig for at have mulighed for at komme ud og misbruge og i den forbindelse kunne patienterne fortælle, at de vælger at søge tilbage til deres vante miljø, hvor de hurtigt kan skaffe stofferne og har mulighed for at misbruge med personer, som de er trykke ved. I studier fra almenpsykiatrien er der ikke oplysninger fra patienterne om, hvorvidt de vælger at absentere sig på grund af et misbrug. Patienterne har som beskrevet en så voldsom stoftrang, at den er en af de altovervejende grunde til at patienterne absenterer sig, hvis afdelingen skal have succes med at mindske antallet af absenteringer er det vigtigt at, der iværksættes behandlingsprogrammer hvor, der arbejdes med patienters motivation for at reducerer eller stoppe med deres misbrug.

I nærværende studie kunne patienterne ligeledes fortælle, at de absenterede sig fra afdelingerne, fordi de keder sig på afdelingen; der er for få aktiviteter, de kan lave sammen med deres medpatienter eller personalet. Patienterne savner muligheden for at blive mentalt stimuleret under deres indlæggelse på afdelingen. I studierne fra almen psykiatrien kunne patienterne fortælle, at det var kedsomhed, der var en af årsagerne til, at de absenterede sig (Bowers 1999 & Meehan 1999). Patienterne i studiet kunne ligeledes fortælle, at hvis de var indlagt i længere tid, kom der et tidspunkt, hvor de bare måtte ud af afdelingen, fordi følelsen af at være indespærret blev for meget. Bowers, (1999) finder tilsvarende årsager i sit studie.

Falkowski et al 1990 fandt, at patienterne ofte vælger at absentere sig, fordi de ikke kan med personalet. I nærværende studie genfinder jeg ikke at personalet er beskrevet af patienterne som værende årsag til absentering. Patienterne beskriver, at de oplever, at personalet har et ønske om at hjælpe dem.

En enkelt patient kunne beskrive, at han vælger at absentere sig, når stemmerne bliver for meget for ham, og at han for at dæmpe disse stemmer vil ud og skaffe sig euforiserende stoffer, der ifølge ham dæmper stemmerne meget bedre end den ordinerede medicin, han får på afdelingen. I den fundne litteratur har jeg ikke fundet tilsvarende grunde til absentering, dog beskriver (Falkowski 1999), at kommanderende stemmer er en medvirkende årsag.

Som tidligere beskrevet har den litteratur, der beskriver absenteringer fra retspsykiatriske afdelinger, ikke som omdrejningspunkt på systematisk vis, at analysere årsager for patienternes absenteringer. Undersøgelserne beskriver enkelte, tilfældige udtalelser fra patienterne. De absenterer sig for eksempel fra afdelingen, fordi de finder det utilfredsstillende ikke at vide, hvor længe de skal være indlagt (Dolan, 1994). Jeg har ikke i forbindelse med interview af de absenterede fundet udtalelser i den retning – dog at de finder det utilfredsstillende at være indlagt for længe - efter deres mening.

I dette studie er patienterne, der absenterer sig blevet adspurgt om, hvad de foretog sig, når de var væk fra afdelingen. Her er det tydeligt, at den røde tråd for patienterne er

ønsket om at vende hjem til deres vante omgivelser med venner og familie for at vedligeholde den tilværelse, de havde før de blev indlagt. Patienterne kan dog fortælle at de ofte er tilbageholdende med at tage kontakt til deres familier, da de ikke ønsker at deres familier skal blive opsøgt af politiet. Den anvendte litteratur kan beskrive lignende valg af aktiviteter, som patienterne bruger deres absenteringer til. McIndoe (1986), der har foretaget en interviewundersøgelse af patienter i almen psykiatrien fandt, at de interviewede patienterne søgte normale dagligdags aktiviteter, og Bowers (1999) fandt tilsvarende, at patienterne søger aktiviteter som rengøring, madlavning og lignende. Som tidligere beskrevet er der ikke nogle studier, der på systematisk vis har beskæftiget sig med, om patienterne havde begået kriminalitet under deres absentering. I nærværende studie er patienterne blevet adspurgt om hvordan de skaffede sig midler til at leve for, når de absenterede sig, og her kunne de oplyse, at de enten selv måtte ud og skaffe sig penge ved hjælp af tyverier af let omsættelige ting eller måtte låne penge, der ofte skulle betales tilbage relativt hurtigt. Dette førte til, at de måtte skaffe sig likvide midler på kriminel vis.

Meehan et al. (1999) har i deres undersøgelse fundet, at patienterne til tider absenterede sig i forventning om at få mere opmærksomhed af personalet, når de vendte tilbage til afdelingen. I nærværende studie er der ikke fundet tilsvarende grunde til absentering. Patienterne kunne fortælle, at de oplevede, at personalet ikke er anderledes overfor dem når de vender tilbage. Der falder nogle kommentarer om, at det ikke var så "smart" at absenter sig og, at det kun er dem selv, det går udover, men ellers oplever patienterne kun, at der bliver etableret restriktioner for dem efter en absentering.

Patienter, der ikke absenterer sig

Det har i forbindelse med litteratursøgningen ikke været muligt at finde frem til undersøgelser, hvor fokus har været på patienter, der ikke tidligere har absenteret sig. I nærværende studie er tre patienter, der ikke har absenteret sig fra afdelingen, blevet interviewet, og disse patienter kunne alle fortælle, at de afholdte sig derfra, fordi de havde en forventning om at en absentering blot vil forlænge deres ophold på hospitalet. Det betyder meget for dem, at få overstået deres behandling så hurtigt det var muligt. Patienterne, der har absenteret sig reflekterede ikke på samme måde over tingene. De handlede mere impulsivt og beskriver deres absentering som en pludselig indskydelse, hvilket bakked op af fundene i analysen af HCR-20, der har en variabel, der specifikt iagttager, om patienten reagerer impulsivt (se tabel 5).

De ikke absenterende patienter blev under interviewet adspurgt, om de har haft lyst til at absenter sig, hvilket de alle tre kunne fortælle, at det bestemt var nogle tanker, de til tider fik, men at de afholdte sig fra det, da de mente at det ville skuffe deres familier, hvis de gjorde det.

I de studier, der har beskæftiget sig med årsager til, at patienter absenterer sig fandt alle undtagen én frem til, at patienterne kedede sig på afdelingerne (Meehan et al. 1999 & Bowers et al. 1999). Både gruppen af absenterede og ikke absenterede patienter efterlyser aktiviteter, der kan afhjælpe deres kedsomhed. De ikke absenterende patienter lægger meget vægt på, at de aktiviteter, der skal tilbydes, er aktiviteter, der er en mening med. Det skal være aktiviteter, der giver patienten mulighed for at opbygge kompetencer, der sidenhen kan benyttes.

Meehan et al. 1999 fandt i sin undersøgelse, at årsagerne, til at patienterne absenterede sig, var, at de havde en manglende sygdomsindsigt. I nærværende studie finder jeg frem, til at patienterne i gruppen af ikke absenterede og absenterende kan fortælle, at de godt kan forstå, hvorfor de skal have medicinsk behandling, og flere patienter kan beskrive, hvordan medicinen har hjulpet dem til en tilværelse, der for dem selv og andre er acceptabel.

9.1 Styrker og svagheder ved studiet

Styrken ved studiet er, at der er gjort brug af mixed-method metoden, hvor det er en sammenblanding af den kvantitative og kvalitative forskningsmetode hvorfor studiet er opdelt i to dele; første del en kvantitativ undersøgelse og anden del hvor seks patienter er interviewet.

Fordelen ved at gøre brug af mixed-method som metode er, at det giver mulighed for at præsentere en dybere indsigt i forskningsspørgsmålet end ved brug af den enten den kvantitative eller kvalitative forskningsmetode. En "blandet metode" styrker forskningen, fordi ingen enkelt metode er uden svaghed eller bias. Kvantitative data, for eksempel, kan være objektive, men de mangler ofte dybde, der er nødvendig for at belyse det, der for eksempel ønskes i dette studie – *"hvorfor vælger patienterne, at absenter sig"*. Kvalitative data kan forbedre forståelsen af hvorfor patienterne vælger, at absenter sig, men da kvalitative forskningsmetoder er langt mindre målbare er det ikke muligt ved hjælp af denne metode at give en grundig beskrivelse af den samlede gruppe af for eksempel patienter i dette studie. Derfor ved at kombinere de to forskningsmetoder styrkes studiet.

Problemet med at gøre brug af en metode som mixed-method, der stadig må betragtes som en relativ "ny" forskningsmetode indenfor sundhedsvidenskab, er at der ikke foreligger nogen "golden standard" eller anden form for metodiske standard (O'Cathain, 2008). Der findes ligeledes ingen aftalte kriterier for vurdering af kvaliteten af mixed-methods studie, hvilket er med til at gøre studierne, der er udført med denne metode meget forskellige og svære af sammenligne.

Der kunne med fordel have været data om patienternes tidligere absenteringshistorie samt om den eventuelle kriminalitet, der eventuelt er begået, mens patienterne var absenterede. Det fremgår tydeligt af studier fra almenpsykiatrien og retspsykiatrien, at det er en risikofaktor, at en patient tidligere har absenteret fra enten hospital eller fængsel. Derfor kunne data om, hvorvidt patienterne tidligere havde absenteret sig med fordel have indgået i studiet. Dette gælder for både absenteringsgruppen og gruppen, der ikke havde absenteret sig.

Der er tale om et mindre studie, hvor datamaterialet ikke er stort, der er således kun tale om 62 patienter, der absenterede i alt 174 gange ud af i alt 182 indlagte patienter. Det ville have været hensigtsmæssigt med et større datamateriale, som kunne tilvejebringes ved en længere dataindsamlingsperiode. Et større materiale ville gøre en bedre og mere omfattende statistisk bearbejdning mulig.

Sammenlignende undersøgelser mellem flere institutioner eller afdelinger kunne ligeledes være med til at belyse årsagssammenhænge, særligt hvad organisatoriske forhold i bred forstand angår. Her tænkes på selve organiseringen af afdelingen, holdninger til patienter

og deres behandling, behandlingens indhold, ressourcer, personalets og det generelle uddannelsesniveau, for at se om disse ting kunne have en indflydelse på absenteringerne.

9.2 Kliniske Implikationer og fremtidig forskning

Samtlige patienter, der deltog i interviewene efterlyser aktiviteter, der dels kan skabe adspredelse, socialt samvær og meningsfyldt indhold i dagligdagen. For nogle patienter vil aktiviteter give mulighed for at tillære nye eller vedligeholde tidligere lærte kompetencer. Aktiviteterne skal sammensættes på et meget individuelt plan. Her er det personalets opgave at identificere og skræddersy en aktivitetsplan der er tilpasset den enkelte patient behov. Der skal i denne aktivitetsplan tages højde for patientens retslige status forstået på den måde at det ikke må komme an på om patienten må forlade afsnittet eller ej. Hvis det ikke er muligt for patienten, at forlade afsnittet er det vigtigt at etablere muligheder for, at patienten kan deltage i aktiviteter i afsnittet. Der bør i samarbejde med patienten lægges en månedlig plan for hvilke aktiviteter, der er til rådighed for ham og i hvilket omfang disse kan benyttes.

Det er vigtigt at personalet, hvis ikke patienten selv har kompetencer til dette, hjælper patienten til at skabe et socialt netværk på afsnittet. Dette kunne eventuelt gøres ved i samarbejde med patienten at skabe en gruppe hvor patienterne i denne gruppe er fælles om et projekt som for eksempel at lytte til musik, læsning af avis eller aktiviteter der involvere sport i hold.

Som patienterne nævner, er det vigtigt for dem at vedligeholde kontakten til venner og pårørende, og ofte viser det sig at patienterne i forvejen har et meget skrøbeligt forhold til deres venner og pårørende blandt andet fordi de ofte er de forurettede i en eventuel kriminalsag. Det er vigtigt at personalet forsøger hvis der opnås samtykke fra patienten side at medinddrage venner og pårørende i patientens ophold på afdelingen for på denne måde at skabe de bedste betingelser og muligheder for at patienten kan vedligeholde sit netværk under indlæggelse.

Patienterne beskriver at det ikke kun er mangel på aktiviteter og savn af venner og familie der skaber trangen til at absentrere sig, men også deres misbrug af stoffer og eller alkohol, i denne situation vil det nemme være bare at sige at det er vigtigt at arbejde med at reducerer og eller helt hjælpe patienten til at stoppe med at gøre brug af disse afhængighedsskabende stoffer, men dette er meget nemmere sagt end gjort. For det første er det vigtigt at ønsket om at reducere eller stoppe kommer fra patienten selv og ikke noget der er skabt af personalet. Derefter skal patienten der måtte være motiveret hjælpes af personalet til at arbejde med denne afhængighed og dette er et næsten umuligt projekt med tanker på den nuværende måde hvorpå retspsykiatrisk afdeling er organiseret på. Det er ikke muligt at samle de patienter på en afdeling, der måtte have bare en lille grad af motivation for at reducere eller stoppe. Ved at samle patienter i et miljø hvor patienterne, der er motiveret ikke udsættes for patienter, der ikke er i en fase hvor de er motiveret, vil det i en teoretiske ramme være nemmere at kæmpe imod sin afhængighed.

Som ovenfor beskrevet kunne der være fordele i at udbygge dette studie med andre og lignende afdelinger fordelt på de øvrige regioner i Danmark for at undersøge om regionale forskelle kan have betydninger for karakteristikkene af patienter, der absentrer sig.

Afdelingen bruger som ovenfor beskrevet Brøset Violence Checklist (BVC) til at vurdere risikoen for fremtidig vold indenfor de kommende 24 timer, og i forbindelse med indhentning af data på dette område valgte jeg som beskrevet kun at indhente data for de absenterede patienter, hvilket jo kun kan give mig oplysninger om på hvilken eller hvilke items patienten, der absenterer sig, ofte score ugen for inden deres absentering og ikke noget sammenligningsgrundlag for de to grupper. Der kunne derfor med fordel opstilles et nested case-kontrol studie, hvor patienterne, der absenterer sig sammenlignes med ikke absenterede patienter på datoen for absenteringen. På datoen for absentering udvælges der en tilsvarende patient på samme afsnit hvorfra patienten absenterede sig.

10.0 Konklusion

Studiet af alle absenteringer i 2006 og 2007 fra retspsykiatrisk afd. R, Psykiatrisk center Sct. Hans, viste, at patienter med et misbrug har en signifikant større risiko for at absenterer. Yderligere blev der påvist en signifikant forskel på risikovurderingen, hvilket vil sige at de absenterede har højere risiko for fremtidig voldsadfærd, ligeledes ses det, at en stigning med én på en på den samlede HCR-20 score opstår der er forhøjet risiko for at patienten absenterer sig. Desuden har de en signifikant højere score på psykopati tjeklisten PCL-SV, i forhold til gruppen af patienter, der ikke absenterer sig. Der ses ligeledes, en tendens til, at de absenterede hyppigere er dømt for tyveri og røveri.

Da den presseskabte frygt, som følger i kølvandet på en absentering, netop har fokus på risikoen for, at den absenterede begår personfarlig kriminalitet, er det meget relevant, at også risikovurdering "medvurderes", når pressen eventuelt orienteres.

Interviewene af de tre patienter, der under deres indlæggelse har absenteret sig viser at patienterne savner mulighed for at vedligeholde deres forbindelse til venner og familie, samt muligheden for, at de under deres indlæggelse har mulighed for, at deltage i relevante aktiviteter, som for eksempel sportsaktiviteter der efter patienternes mening gerne må være med deltagelse af personalet. Patienterne, der absenterer sig er som ovenfor beskrevet oftere misbrugere af alkohol eller euforiserende stoffer i modsætning til patienterne, der ikke absenterer sig. Så for at begrænse mængden af absenteringer fra retspsykiatrien på Psykiatrisk Center Sct. Hans er det vigtigt at iværksætte og sætte fokus på misbrugsbehandlingen af misbrugende patienter.

Interviewene med de tre patienter, der under deres indlæggelse ikke har valgt at absenterer sig viser, at de ofte går med tanker om, at absenterer sig, men afholder sig fra det blandt andet for ikke at skuffe deres familier, ligeledes er gruppen mere fokuseret på at forblive i det planlagte behandlingsforløb for på den måde at mindske risikoen for recidivering i deres sygdom. Gruppen efterspørger beskæftigelsesmuligheder, der er mere mening i end de muligheder de har at gøre brug af for nuværende.

Både tidligere fund og resultaterne fra nærværende studie er så relativt uspecifikke, at man ikke udelukkende kan anvende dem som grundlag for forsøg på at reducere antallet af absenteringer. Der er også et behov for fokusering på, hvorledes en afdelingens organisering og behandlingens indhold indvirker på antallet af absenteringer.

11.0 Resume

Absentering af patienter fra psykiatriske afdelinger betyder ofte at der skabes en usikkerhed hos de professionelle, der har ansvar for pleje og behandling

Studiet er opdelt i to dele: Første del har til formål at identificere omfanget af absenteringer, varigheden af patienternes absenteringer, demografiske karakteristika (misbrug, diagnoser, etnicitet og brug af tvang) kriminalitetstyper, retslig status, HCR-20-, PCL-SV- og SOAS-R score for alle patienter, der var indlagt på retspsykiatrisk afdeling, psykiatrisk center Sct. Hans i 2006 og 2007. Anden del har, via kvalitativ interview, til formål at identificere grunde til at patienterne vælger at absenterer sig, eller at forblive på hospitalet under deres indlæggelse.

Resultatet af første del viser at 62 patienter absenterede sig i alt 174 gange, 120 patienter absenterede sig ikke. Resultaterne viser, at de absenterede oftere havde en misbrugsdiagnose og signifikant højere score på HCR-20 og PCL-SV. På andre variable var der ingen signifikante forskelle mellem de to grupper. De absenterede havde en tendens til oftere at være dømt for røveri og tyveri.

Resultatet af anden del viser at patienterne, der i løbet af deres indlæggelse har valgt at absenterer sig. Kan fortælle at deres grunde til at absenterer sig er at de ønsker at vende tilbage til vante omgivelser hvor de kan være sammen med venner og familie, samt at de savner aktiviteter på afsnittet, der kan beskæftige dem under deres indlæggelse, ligeledes fortæller patienterne at de på grund af deres misbrug af euforiserende stoffer skal ud og misbruge for at dække behovet. Patienterne, der ikke i løbet af deres indlæggelse har absenteret sig fortæller at de ofte har eller har haft tænker om at stikke af, men har afholdt sig fra at gøre dette for ikke at skuffe familien, samt at de har indset at de før deres indlæggelse og behandling ikke havde det godt og at de vil undgå at der er perioder hvor de ikke har mulighed for at modtage den ordinerede behandling

Studiet konkluderer, at fundene og resultaterne er så relativt uspecifikke, at man ikke uden videre kan anvende disse som grundlag for arbejde med reduktion af antallet af absenteringer. Der er altså behov fokusere på, hvorledes afdelingens organisering og behandlingens indhold indvirker på antallet af absenteringer.

En begrænsning for studiet er ligeledes, at studiepopulationen er relativt lille, men studiet kan fungere som et springbræt til yderligere studier i, hvordan man bedre kan identificere risikofaktorer for absenteringer.

12.0 Abstract

A study of absconding from at forensic psychiatric unit

Absconding of patients from psychiatric departments often creates an uncertainty among the professionals who have responsibility for the care and treatment

The study is divided into two parts: The first part seeks to identify the extent of abscondings, the length of patients abscondings, demographic characteristics (abuse, diagnosis, ethnicity and the use of coercion) crime, legal status, HCR-20, PCL-SV - and SOAS-R score for all patients who were hospitalized at forensic department psychiatric center Sct. Hans in 2006 and 2007. The second part aims to identify through qualitative interviews the reasons for, to the patients choose to abscond or to remain in the hospital during their hospitalization.

The result of the first part shows that 62 patients absconded with a total of 174 times, 120 patients didn't abscond. The results show that the absconded more often had a substance abuse and significantly higher scores on the HCR-20 and PCL-SV. On the other variables, there were no significant differences between the two groups. The absconders had a tendency to more often to be convicted of robbery and theft.

The outcome of the second part shows that patients who during their hospitalization have chosen to abscond. Can tell that their reasons to abscond is that they want to return to familiar surroundings where they can be together with friends and family, and that the lack of activity on the section that can employ them during their hospitalization, also tells patients that they because of their abuse of drugs must be out and abuse in order to meet the demand. Patients who didn't abscond during their hospitalization can tell that they often are or have been thinking to abscond, but has refrained from doing this in order not to disappoint the family and that they have realized that before their hospitalization and the treatment was not well and that all the world will avoid that there are periods where they do not have the opportunity to receive the prescribed treatment

The study overall concludes that the above findings and the results are so relatively non-specific that we cannot use these as a basis for work on reducing the number of abscondings. There is therefore a need to focus on how the department's organization and treatment content impact on the number of abscondings.

A limitation of the study is also that the population is relatively small, but the study could serve as an offset for further studies assessing risk factors for forensic patients absconding.

13.0 Litteraturliste

Almvik, R & Woods, P. (1998): The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Psychiatric Care*, 5 (6), 208 - 211

Almvik, R. et al. (2000): The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (12), 1284-1296.

Antebi, R. (1967): Some characteristics of mental hospital absconders. *British Journal of Psychiatry* 113, 1087-1090

Anthony, W. (1993): Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 116 (4).

Bowers, L. (1998): Absconding: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 343-353

Bowers, L. et al. (1998): Runaway Patients .Report to the GNC Trust. Department of Mental Health Nursing, City University, London

Bowers, L. (1999): 1. Absconding: why patients leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 199-205

Bowers, L. et al. (1999): 2. Absconding: how and when patients leave the ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 207-211.

Bowers, L. (1999): 3. Absconding: outcome and risk. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 6, 213-218.

Bowers, L. et al (2000): Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 644-649

Brook, R., Dolan, M., Coorey, P. (1999): Absconding of patients detained in an English Special Hospital. *Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 10, No. 1, 46-58.

Cancro, R. (1968): Elopements from the C.F. Meninger Memorial Hospital. *Bulletin of Meninger Clinic* 32, 228-238

Coyle, J., Williams, B. (2000): An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(5), 1235-1243

Crammer, J.L. (1984) The special characteristics of suicide in hospital in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 145, 460-463.

Dickens, G. L. & Cambell, J. (2001): Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*, 8, 543-550

- Dolan, M. & Snowden, P. (1994): Escape from a medium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 5, No. 2
- Falkowski, J. (1990): Patients Leaving Hospital Without the Knowledge or Permission of Staff – Absconding. *British Journal of Psychiatry*, 156, 488-490
- Farid, B. T. (1991): Absconders from a district general hospital. *Psychiatric bulletin*, 15, 736-737, London
- Gudeman, J.E., Dickey, B., Evans, A. & Shore, S.N: (1985): Four year assessment of a day hospital-inn program as an alternative to inpatient hospitalisation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1330-1333.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare PCL-R (2nd Edn.)*. Toronto, MHS.
- Hart, Cox & Hare (1995): *Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: MHS
- Huws, R. & Shubsachs, A. (1993): A study of absconding by Special Hospital patients: 1976 to 1988. *Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 4, No. 1
- Kleis, L. S. & Stout, C. E. (1991): The high risk patient: A profile of acute care psychiatric patients who leave without discharge. *Psychiatric Hospital*, 22, 153-159.
- Kernodle, R. W. (1966): Non medical leaves from a mental hospital. *Psychiatry* 29, 25-41
- Kramp, P., Lunn, V., & Waaben, K. (1996): *Retspsykiatri – Kapitel 6 Retslige patienter*. GadJura, København 1996. 1. Udgave/1. Oplag.
- Maden, A., Curle, C., Burrow, S & Gunn, J (1993): The treatment and security needs of patients in special hospitals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3, 290-306
- McIndoe, K.I.(1985): Elope: Why psychiatric patients go AWOL. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26. 16-20.
- Meehan, T., Morrison, P. & McDougall, S. (1999): Absconding behaviour: an exploratory investigation in an acute inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:533-537
- Milner, G. (1966): The Absconder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 7, No. 3 (June), 1966
- Moffatt, S., White, M., Mackintosh, J. & Howel, D. (2006): Using quantitative and qualitative data in health services research – what happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Services Research* 2006, 6:28 doi:10.1186/1472-6963-6-28

- Moore, E. (2000): A descriptive analysis of incidents of absconding and escape from the English high-security hospitals, 1989-94. *Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11, No. 2, 344-458
- Molnar, G., Pinshoff, D. M. (1993): Factors in Patient Elopements From an Urban State Hospital and Strategies for Prevention. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 44, No. 8, 791-792
- Muller, D.J. (1962): The "Missing" Patient. A Survey of 210 Instances of Absconding in a Mental Hospital. *British Medical Journal*, i: 177-9
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007): Why, and how, mixed methods is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Services Research* 2007, 7:85
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2008): The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research & Policy* Vol 13 No 2, 2008: 92-98.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002): Psychoeducation for schizofrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3
- Richmond, I (1991): Changing nursing practice to prevent elopement. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(1): 73-81
- Sandelowski, M. (2000): Focus on Research Methods – Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in Mixed-Method studies. *Research in Nursing & Health*, 2000, 23, 246-255
- Seeman, M (1972): On the meaning of alienation, in Finifter, A.W. (ed.): *Alienation and the Social System*. New York: John Willey and Sons, inc., pp 45-54
- Short, J. (1995): Characteristics of absconders from acute admission wards. *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 6, No. 2, 277-284, UK
- Smith, J & Quaynor, E. (1990): Absconding from a regional secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 1, No. 2
- Smith, T. & Munich, R (1992): Suicide, Violence, and Elopement: Prediction, Understanding, and Management. In: Tasman A. Riba M, eds. *Review of psychiatry*, Vol. II. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992:535-551.
- Tomison, A. R. (1989): Characteristics of Psychiatric Hospital Absconder. *British Journal of Psychiatry*, 154, 368-371
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997): HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2). *Mental Health Law, and Policy Institute*, Simon Fraser University,

Vancouver. Dansk oversættelse ved Liselotte Pedersen & Helle Hougaard (2005), Retspsykiatrisk Afdeling, Sct. Hans Hospital, Roskilde.

WHO ICD-10 (1994): Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard, København
www.regionh.dk/psykiatriplan

14.0 Oversigt over bilag

Bilag 1		
	Litteratur	45
Bilag 2	Registreringsskema ved absenteringer	48
Bilag 3	Registreringsskema alle patienter – speciale	49
Bilag 4	Registreringsskema ved absentering – speciale	52
Bilag 5	HCR-20 registreringsskema	53
Bilag 6	PCL-SV Scoresheet	56
Bilag 7	Staff Observation Aggression Scale – Revised	58
Bilag 8	Brøset Violence Checklist – BVC	59
Bilag 9	Interviewguide – Absenterede patienter	61
Bilag 10	Interviewguide – Ikke absenterede patienter	62
Bilag 11	Regler for transskription og anvendelse af citater	63
Bilag 12	Patientinformation	64

Bilag 1

Litteratur

Søgemetode

Den initiale litteratur blev identificeret ved elektronisk søgning på følgende databaser, PUBMED (Medline), EMBASE, CINAHL og PSYCHINFO og der blev anvendt følgende søgeord; 'abscond', 'escape', 'elope', 'AWOL' (absent with out leave), 'runaway' og varianter. Dette resulterede i en begrænset mængde litteratur, fra hvilke yderligere referencer blev identificeret. Litteratur, der ikke var enten engelsksproget eller af nordisk oprindelse, blev sorteret fra. På grund af den således fundne litteraturs begrænsning, blev der medtaget litteratur fra 1960'erne.

Viser oversigt over anvendt litteratur fra almenpsykiatrien.

Studie	Type af afdeling	Type af studie	Fund	Diagnose
Antebi (1967)	Psykiatrisk hospital med 1000 senge (All Saints) Antal absenterede (102 mænd og 64 kvinder) (UK)	Prospektiv identifikation af absenterede patienter, samt analyse af journaler. Sammenlignet med den totale population	Unge, mænd med en kriminel baggrund. (ingen signifikanstest)	Personlighedsforstyrrelser. (ingen signifikanstest)
Bowers et al. (1999)	12 sengeafdelinger fra 4 hospitaler deltog i studiet (østlige del af London) 175 patienter absenterede sig i alt 498 gange (UK)	Prospektivt studie af absenterede patienter. Alle absenterede patienter fra de 12 akut-afdelinger blev identificeret og inkluderet i studiet. En kontrolgruppe blev identificeret ved at parre en patient på samme afdeling som den absenteret patient.	Absenteret under tidligere indlæggelser (OR 5,63 (3,39 – 9,36)), udadreagerende adfærd indenfor 7 dag (OR 2,51 (1,09 – 5,76)), nægtet at tage medicin indenfor 48 timer (OR 1,89 (1,03 – 3,50)), flyttet afdeling indenfor 7 dage (OR 1,77 (1,05 – 2,98)), under 35 år (OR 1,57 (1,33 – 1,86)), etnisk herkomst (OR 1,46 (1,23 – 1,74)), mand (OR 1,40 (1,21 – 1,62)), ikke kristen (OR 1,24 (1,06 – 1,69)), arbejdsløs (OR 1,08 (1,02 – 1,15)).	Skizofren. (OR 1,41 (1,20 – 1,65))
Cancro (1968)	Psykiatrisk hospital med 100 – 200 senge. (U.S.)	Uklar. Data fra 9 år (1957-66).	Unge mænd (ingen signifikanstest).	Ikke beskrevet.
Dickens et al. (2001)	Psykiatrisk hospital med 464 senge. 88 patienter (50 mænd og 38 kvinder) absenterede sig i alt 148 gange. (UK)	Retrospektivt studie med analyse af alle absenterede patienter over en treårig periode med en kontrolgruppe på 1378 patienter.	Unge – mean 28,5 år ($p < 0.001$), kriminel baggrund ($p < 0.001$), indlagt på akut afdeling ($p < 0.001$), ugift ($p < 0.001$).	Ikke beskrevet.
Falkowski et al (1990)	Psykiatrisk hospital med 670 senge. 100 patienter absenterede sig i alt 231 gange. (UK)	Spørgeskema udleveret til de 100 patienter der havde absenteret sig, og 76 personer udfyldte skemaet.	Mænd var overrepræsenterede, de havde en gennemsnitsalder på 37,5 år, var indlagt under tvang og havde en anden etnisk baggrund end engelsk.	Skizofreni (ingen signifikanstest).

Farid, B.T. (1991)	Psykiatrisk hospital – antal senge er ikke oplyst. (21 patienter absenterede sig 31 gange) (UK)	Retrospektivt studie med analyse af alle absenterede patienter over en 3 måneders periode.	Unge, kriminel baggrund (ingen signifikantest).	Skizofreni (ingen signifikantest).
Kleis et al. (1991)	Privat psykiatrisk hospital med 170 senge. (46 patienter absenterede sig) (U.S.)	Retrospektivt studie med analyse af alle absenterede patienter fra 1. apr. 1988 til 31. dec. 1989.	Unge mænd (ingen signifikantest).	Affektiv lidelser, alkohol eller stof misbrug (ingen signifikantest).
Kernodle (1966)	Psykiatrisk hospital med 2500 senge. (221 patienter absenterede sig over en etårig periode) (U.S.)	Analyse af journaler og 160 spørgeskema til de patienter, der havde absenteret sig over et år, sammenlignet med den totale population på hospitalet.	Unge mænd, skilt eller separeret, lav uddannelses niveau (ingen signifikantest).	Personlighedsforstyrrelse (ingen signifikantest).
McIndoe, K.I. (1985)	Tre akutte afdelinger. (Canada)	Interview med 5 patienter, der havde absenteret sig.	De absenterede patienter søgte normale dagligdags-aktiviteter. Kerneårsagen var en følelse af meningsløshed i forhold til indlæggelse og behandling. De fem interviewede patienter fandt alle, at absenteringsepisoden havde været en positiv begivenhed, og ville absentere igen, hvis det var muligt.	Ikke beskrevet.
Molnar et al. (1993)	Psykiatrisk hospital med 500 senge (U.S.)	Retrospektivt studie med analyse af alle absenterede patienter gennem en etårig periode.	Unge mænd, indlagt under tvang, kriminel baggrund (ingen signifikantest)	Ikke beskrevet.
Muller (1962)	Psykiatrisk hospital med 1000 senge. (98 patienter absenterede sig 210 gange) (UK)	Prospektivt studie med analyse af alle absenterede patienter gennem en 9 måneders periode.	Muller fandt at svigt i behandlingen af patienten var den altovervejende grund til at patienter absenterede sig. Ligeledes fandt han, at familie-, alkohol-, pengeproblemer, og at patienter beskriver at de blev lokket til det (ingen signifikantest).	Skizofreni (ingen signifikantest).
Short (1995)	Psykiatrisk hospital med 350 senge. (43 patienter (23 mænd og 20 kvinder) absenterede sig 105 gange) (UK)	Retrospektivt studie med analyse af alle absenterede patienter gennem en 6 måneders periode. Med en kontrolgruppe på 43 patienter.	Tidligere indlagt, signifikant yngre end kontrolgruppen med en gennemsnitsalder på 36,7 år for mænd og på 34 år for kvinder, 24 personer var arbejdsløse i absenteringsgruppen og 12 i kontrolgruppen ($p = 0,02$)	Affektive psykososer (ingen signifikantest).
Tomison (1989)	Psykiatrisk hospital med 316 senge. (35 patienter absenterede sig 95 gange) (UK)	Prospektivt studie af absenterede patienter, gennem en etårig periode.	Unge mænd, tvangsindtaget, indlagt via politiet eller retssystemet.	Skizofreni eller personlighedsforstyrrelser. (hos kvinderne)

Viser oversigt over anvendt litteratur fra retspsykiatrien.

Studie	Type af afdeling	Type af studie	Fund	Diagnose
Brook et al. (1999)	Regional sikkerhedsafdeling (maksimum sikkerhedsafdeling) (Ashworth Hospital) 36 patienter absenterede sig i alt. (UK)	Retrospektiv studie med analyse af alle absenterede patienter gennem en periode fra 1985 til 1996. Med en kontrolgruppe på 150 patienter.	De absenterede var signifikant yngre end kontrolgruppen. De var mænd, hvide og havde en kriminel baggrund. De havde tidligere absenteringer bag sig.	Gruppen af skizofrene og personlighedsforstyrrelser var overrepræsenterede i gruppen af absenteret patienter. (ikke signifikant)
Dolan & Snowden (1994)	Regional sikkerhedsafdeling (medium sikkerhedsafdeling) 27 patienter stod for 31 absenterede i alt. (UK)	Retrospektiv studie med analyse af alle absenterede patienter gennem en periode fra 25. juni 1986 til 26. juni 1993. Med en kontrolgruppe på 238 patienter.	De absenterede var mænd, hvide, havde begået kriminalitet inden indlæggelses og havde tidligere absenteret sig.	Ikke beskrevet
Huws & Shubsachs (1993)	Regional sikkerhedsafdeling (maksimum sikkerhedsafdeling) (Broadmoor, Rampton, Park Lane og Moss Side) 36 patienter absenterede sig i alt. (UK)	Retrospektiv studie med analyse af alle absenterede patienter gennem en periode fra 1976 til 1988. Med en kontrolgruppe på 4571 patienter.	Den gennemsnitlig indlæggelses tid var på 5,1 år inden absentering hvilket var signifikant kortere end kontrolgruppen. Patienterne, der absenterede havde ofte begået røveri	Psykopati ($p < 0,01$)
Moore (2000)	Regional sikkerhedsafdeling (maksimum sikkerhedsafdeling) (Broadmoor, Rampton, og Ashworth) 45 patienter absenterede sig i alt. (UK)	Retrospektiv studie med analyse af alle måder hvorpå patienterne absenterede sig gennem en periode fra 1989 til 1994.	Moore fandt at de fleste absenteringer fra de tre maksimum sikkerhedsafdelinger skete når patienterne var på tur med personalet (ingen signifikantest)	Ikke beskrevet
Smith & Quaynor (1990)	Regional sikkerhedsafdeling med 30 senge. (17 patienter stod for 23 absenteringer). (UK)	Retrospektiv studie med analyse af alle måder hvorpå patienterne absenterede sig gennem en periode fra 1983 til 1990.	Unge mænd (ingen signifikantest)	Skizofreni (ingen signifikantest)

Bilag 2

Sct. Hans Hospital

Afdeling R

Registreringsskema - patienter, der absenterer sig fra hospitalet.

Instruktion: Skemaet udfyldes af plejepersonalet i afsnittet og sendes til lægekantoret, sammen med en kopi af rundkastningsskemaet (Anmeldelse af bortgået patient)

Patientens navn: _____ Cpr.: _____

Absenteret fra afsnit: _____

Dato: _____ Ugedag: _____ Klokkelæt: _____

Omstændigheder ved absenteringen:

Terrænfrihed, ledsaget: _____	Absentering fra afsnit via dør: _____
Terrænfrihed, uledsaget: _____	Absentering fra afsnit via vindue: _____
Udgang, ledsaget: _____	Absentering fra afsnit via elevator: _____
Udgang, uledsaget: _____	Absentering fra afsnit via have: _____
	Fik patienten hjælp indefra: _____
	Fik patienten hjælp udefra: _____

Absentering som følge af procedurefejl af medarbejdere, eller andre personer med adgang til afsnittet

Afsnittets eget personale: _____

Vikarer for afsnittets personale: _____

Andet afdeling R personale: _____

Serviceassistenter: _____

Håndværkere mv.: _____

Andre, hvilke: _____

Kort beskrivelse af hvordan patienten absenterede:

Udfyldt af: _____ Afsnit: _____ Dato _____

Sendes til lægekantoret, afdeling R.

Udfyldes af lægekantoret/lægen

Har patienten en retspsykiatrisk foranstaltning? _____

Hvis ja, da hvilken

- ____ 1: Varetægtsfængslet
 ____ 2: Indlagt til mentalundersøgelse
 ____ 3: Straffasoner, uformel indl. el. Straffuldbyrdsloven § 78
 ____ 4: Anbringelsesdom
 ____ 5: Dom til behandling eller ambulant behandling
 ____ 6: Ved ikke

Hvis nej, er patienten da indlagt.

- ____ 7: Frivilligt
 ____ 8: Tvangstilbageholdt iht Lov om tvang i psykiatrien

Patientens Diagnose, ICD 10, 3 første cifre

Aktionsdiagnose: _____

Bidiagnoser: _____
 (ud over de retslige)

Hvordan vurderes risikoen for personfarlig kriminalitet under absenteringen?

Høj

Middel

Lav

Bilag 3**REGISTRERINGSSKEMA ALLE PATIENTER - SPECIALE**

Navn	Efternavn: _____ Fornavn: _____
Cpr. nr.	
Løbenummer	_____
Absenteret	Absenteret = 1, Ikke absenteret = 2

Demografisk

Køn	Mand = 0. Kvinde = 1: _____
Fødested	Danmark = 0, Norden = 1, Øvrige udland = 2: _____ I Danmark, kommune: _____ I udlandet, land: _____
Alder ved ankomst til Danmark	_____ (fødsel i Danmark = 0)
Fødested for forældre	Begge født i Danmark = 0, Kun moderen født i Danmark = 1, Kun faderen født i Danmark = 2, Ingen af forældrene født i Danmark = 3: _____

Psykiatriske og behandlingsmæssige forhold

Hoveddiagnose ved behandlingsstart på afdeling R	ICD-10 kode: _____
Psykiatriske bidiagnoser ved behandlingsstart	ICD-10 kode: _____ _____ _____ (Retslige diagnoser anføres under "Kriminalitet")
Behandlingslængde i alt i afd. R	Antal dage (hele tal): _____ (Der medregnes hele den kontinuerlige kontakt i forbindelse med dom til psykiatrisk særforanstaltning, herunder forudgående indlæggelse som varetægtsfængslet.)
Sammenlagt tid i lukket R afsnit	Antal dage: _____
Sammenlagt døgnindlagt i afd. R	Antal dage: _____
Afsnitsskift	Antal: _____
Tvangsbehandling	Antal beslutninger om tvangsbehandling (hvor denne også er gennemført): _____
Tvangsfiksering	Hvor mange perioder med tvangsfiksering: _____
Andre tvangsforanstaltninger	Antal gange: _____ (Der sammenlægges antal beroligende injektioner og fastholdelse)

<p>Risikovurdering</p>	<p>HCR-20 score _____</p> <p>H1 Tidligere voldsadfærd: H2 Ung alder ved første voldshandling: H3 Ustabilitet i parforhold: H4 Beskæftigelsesproblemer: H5 Misbrugsproblemer: H6 Alvorlig psykisk sygdom: H7 Psykopati: H8 Tidlige tilpasningsproblemer: H9 Personlighedsforstyrrelse: H10 Tidligere tilsynsovertrædelser:</p> <p>Historiske variable total:</p> <p>C1 Manglende indsigt: C2 Negative holdninger: C3 Aktive symptomer på alvorlig psykisk sygdom: C4 Impulsivitet: C5 Manglende behandlingsrespons:</p> <p>Kliniske variable total:</p> <p>R1 Urealistiske fremtidsplaner: R2 Eksponering for risikosituationer: R3 Mangel på personlig støtte: R4 Manglende behandlingssamarbejde: R5 Stress:</p> <p>Risikohåndteringsvariable total:</p> <p>PCL-SV _____</p> <p>Item 1: Superficial (overfladisk): Item 2: Grandios (storhedsforestillinger): Item 3: Deceitful (løgnagtig/manipulerende): Item 4: Lacks remorse (mangler skyldfølelse): Item 5: Lacks empathy (mangler empati): Item 6: Doesn't accept responsibility (tager ikke ansvar): Item 7: Impulsive (impulsiv): Item 8: Poor behavioral control (dårlig afærdskontrol): Item 9: Lacks goals (mangler realistiske mål for fremtiden): Item 10: Irresponsible (uansvarlig): Item 11: Adolescent antisocial behavior (antisocial – ung): Item 12: Adult antisocial behavior (antisocial – voksen):</p>
<p>Aggression og grænseoverskridende adfærd</p>	<p>SOAS-score _____</p>
<p>Behandling med antipsykotisk medicin (a)</p>	<p>Nej = 0 Kun traditionelle antipsykotiske midler = 1 Kun atypiske antipsykotiske midler = 2 Både traditionelle og atypiske = 3: _____</p>
<p>Behandling med antipsykotisk medicin (b)</p>	<p>Antal forskellige antipsykotiske præparater: _____</p>
<p>Antipsykotisk depotbehandling</p>	<p>Nej = 0, Ja = 1: _____</p>

Behandling med antidepressiv medicin	Nej = 0, Ja = 1: _____
Behandling med stemningstabiliserende medicin (inklusiv antiepileptika uanset indikation)	Nej = 0, Ja = 1: _____
Misbrug	Nej = 0, Enkelte gange/ tvivlsomt til stede = 1, Jævnligt = 2: _____ Vigtigste misbrugsstoffer: _____ _____
Antabusbehandling	Nej = 0, Ja = 1: _____
Opiat vedligeholdelsesbehandling	Ingen = 0, Subutex = 1, Metadon = 2, Andet = 3: _____

Kriminalitet

Retslig foranstaltning	Ingen = 0, Anbringelsesdom = 1, Dom til behandling på psykiatrisk afdeling med tilsyn af Kriminalforsorgen i forbindelse med afdelingen under udskrivning = 2 Dom til behandling på psykiatrisk afdeling eller under tilsyn heraf = 3, Dom til ambulat behandling med mulighed for indlæggelse og tilsyn af Kriminalforsorgen = 4, Dom til ambulat behandling med mulighed for indlæggelse = 5, Dom til ambulat behandling med tilsyn af Kriminalforsorg = 6, Dom til ambulat behandling = 7 Anden foranstaltning = 8 _____
Arten af pådømt kriminalitet	Nej = 0, Ja = 1 Drab, drabsforsøg eller vold med døden til følge: _____ Vold i øvrigt: _____ Ildspåsættelse: _____ Anden personfarlig kriminalitet: _____ Voldtægt og/eller voldtægtsforsøg: _____ Anden sædelighedskriminalitet: _____ Grov narkotikakriminalitet: _____ Lov om euforiserende stoffer: _____ Røveri: _____ Tyveri, hæleri og ulovlig omgang med hittegods: _____ Anden berigelseskriminalitet: _____ Hærværk: _____ Færdselslovsovertrædelser: _____ Straffeloven i øvrigt: _____ Særlovgivningen i øvrigt: _____

Bilag 4

REGISTRERINGSSKEMA VED ABSENTERING - SPECIALE

	Navn	Efternavn: _____ Fornavn: _____
1	Cpr. nr.	
2	Løbenummer	_____
7	Absenteringsmåde	Ikke absenteret = 0 Absenteret fra aflukket have = 1 Absenteret fra sengeafsnit (indefra) = 2 Absenteret fra sengeafsnit (sluse) = 3 Andre omstændigheder = 4 Gået fra åbent afsnit = 5 Ikke vendt tilbage fra aftalt uledsaget TF = 6 Ikke vendt tilbage fra uledsaget udgang = 7 Løbet bort fra pers. under ledsaget TF = 8 Løbet bort fra pers. under ledsaget udgang til andre formål = 9 Løbet bort fra pers. under ledsaget udgang til hjemmebesøg = 10 Løbet bort fra pers. under ledsaget udgang til retten = 11
11	Absentering fra	Lukket = 0, Åben = 1: _____
10	Antal absenteringer	_____
8	Dato for absentering fra afd. R	Dag, måned, år: _____
9	Dato for tilbagekomst til afd. R	Dag, måned, år: _____

Psykiatriske og behandlingsmæssige forhold

49	Hallucinationer den sidste måned før absentering Sværhedsgrad	Ingen tegn på eller oplysninger om hallucinationer = 0 Usikre tegn på/oplysninger om hallucinationer = 1 Hallucinationer er klart beskrevet uden tydelig påvirkning af adfærden = 2 Adfærden er tydeligt influeret af hallucinationer = 3:
50	Kommanderende hallucinationer den sidste måned før absentering	Nej = 0, Tvivlsomt tilstede = 1, Ja = 2: _____
51	Vrangforestillinger den sidste måned før absentering Sværhedsgrad	Ingen tegn på eller oplysninger om vrangforestillinger = 0 Usikre tegn på/oplysninger om vrangforestillinger = 1 Vrangforestillinger er klart beskrevet uden tydelig påvirkning af adfærden = 2 Adfærden er tydeligt influeret af vrangforestillinger = 3:
52	Tankeforstyrrelser den sidste måned før absentering	Nej = 0, Tvivlsomt tilstede = 1, Ja = 2: _____
53	Negative symptomer på skizofreni den sidste måned før absentering	Nej = 0, Tvivlsomt tilstede = 1, Ja = 2: _____
92	Aggression og grænseoverskridende adfærd den sidste uge før absentering	Forvirring: Irritabilitet: Støjende adfærd: Verbale trusler: Fysiske trusler: Angriber genstande: BVC-score _____ BVC gennemsnit _____

Bilag 5

HCR-20 Registreringsskema

<i>Deltager</i> Navn _____	Dato _____	Cpr.nr. _____
-------------------------------	------------	---------------

<i>Historiske Variable</i>		<i>Rating (0, 1, 2)</i>
H1	<i>Tidligere voldsadfærd</i>	
H2	<i>Ung alder ved første voldshandling</i>	
H3	<i>Ustabilitet i parforhold</i>	
H4	<i>Beskæftigelsesproblemer</i>	
H5	<i>Misbrugsproblemer</i>	
H6	<i>Alvorlig psykisk sygdom</i>	
H7	<i>Psykopati</i>	
H8	<i>Tidlige tilpasningsproblemer</i>	
H9	<i>Personlighedsforstyrrelse</i>	
H10	<i>Tidligere tilsynsovertrædelser</i>	

<i>Historiske variable total:</i>		/ 20
<i>Kliniske Variable</i>		<i>Rating (0, 1, 2)</i>
C1	<i>Manglende indsigt</i>	
C2	<i>Negative holdninger</i>	
C3	<i>Aktive symptomer på alvorlig psykisk sygdom</i>	
C4	<i>Impulsivitet</i>	
C5	<i>Manglende behandlingsrespons</i>	
<i>Kliniske variable total:</i>		/ 10

<i>Risikohåndteringsvariable</i>	<input type="checkbox"/> Inde <input type="checkbox"/> Ude	<i>Rating (0, 1, 2)</i>
R1	<i>Urealistiske fremtidsplaner</i>	
R2	<i>Eksposering for risikosituationer</i>	
R3	<i>Mangel på personlig støtte</i>	
R4	<i>Manglende behandlingssamarbejde</i>	
R5	<i>Stress</i>	

Bilag 6

PCL:SV: Scoresheet

Case:_____ Date:_____ Rater:_____

PART: 1

Item 1: Superficial (overfladisk) 0 1 2 omit

Item 2: Grandios (storhedsforestillinger)..... 0 1 2 omit

Item 3: Deceitful (løgnagtig/manipulerende) 0 1 2 omit

Item 4: Lacks remorse (mangler skyldfølelse) 0 1 2 omit

Item 5: Lacks empathy (mangler empati) 0 1 2 omit

Item 6: Doesn't accept responsibility (tager ikke ansvar) 0 1 2 omit

PART: 2

Item 7: Impulsive (impulsiv) 0 1 2 omit

Item 8: Poor behavioral control (dårlig afærdskontrol) 0 1 2 omit

Item 9: Lacks goals (mangler realistiske mål for fremtiden) 0 1 2 omit

Item 10: Irresponsible (uansvarlig) 0 1 2 omit

Item 11: Adolescent antisocial behavior (antisocial – ung) 0 1 2 omit

Item 12: Adult antisocial behavior (antisocial – voksen) 0 1 2 omit

Bilag 7

SOAS-R Registrering af observeret aggression

Patient Initialer: _____		Registrerings nr.: _____		Afdeling: _____					
Episode nr.: _____		Dato: _____		Tid (time og min.): _____					
<p>Dette skema skal udfyldes af personale, som har været vidne til aggressiv adfærd hos en patient. Aggression defineres som følgende: nonverbal eller fysisk adfærd som var truende (overfor patienten selv, andre eller ejendom), eller fysisk adfærd som resulterede i faktisk skade (overfor patienten selv, andre eller ejendom) (Morrison, 1990).</p> <p>Ved hver aggressive episode noteres patients initialer og registreringsnummer, afdeling samt dato og tid. Sæt mindst ét kryds i hver kolonne.</p>									
1. Provokation		2. Midler brugt af patienten		3. Mål for aggression		4. Konsekvens(er) for offeret(rene)		5. Tiltag for at stoppe aggression	
Ingen åbenlys provokation		Verbal aggression		Intet / ingen		Nej		Ingen	
Provokeret af:		Genstande:		Genstande		Genstade:		Tale med patienten	
Andre patient(er)		Møbler		Anden patient(er)		Skadet, dog ikke ødelagt		Roligt fjernet fra situationen	
Hjælp til daglige gøremål		Glas / porcelæn		Patienten selv		Skadet og ødelagt		Medicinering, tablet el. flydende	
Patienten nægtes noget, evt. grænsesætning		Andet, specificer:		Personale(r)		Personer:		Medicinering, injektion	
Patienten påkræves at indtage medicin		Kropsdele:		Anden person(er)		Følte sig truet		Holdt med magt	
Andre provokationer:		Hånd				Smerte < 10 min		Skærmet / isoleret	
.....		Fod				Smerte > 10 min		Fastspændt med tvang	
		Tænder				Synlig skade		Andre tiltag:	
		Andet, specificer:				Brug for simpel behandling		
		Farlige genstande eller metoder:				Brug for lægebehandling			
		Kniv el. lign.							
		Kvælningsforsøg							
		Andet, specificer:							

Oversat til dansk efter: Nijman, Muris, Merckelbach, Palmstierna, Wistedt, Vos, van Rixtel & Allertz. (1999). The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R). *Aggressive Behaviour*, 25, 197-209.

Bilag 8

BRØSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC)

Brøset Violence Checklist er et redskab til at forudsige voldelig adfærd blandt psykiatriske patienter. Checklisten skal hjælpe klinikere til at forudse voldelig og aggressiv adfærd i løbet af det kommende døgn.

I 1994 blev der på ”Regional Sikkerhedsafdeling Brøset i Trondheim” gennemført et studie kaldt ”1000 års erfaring” (Linaker & Busch-Iversen). Her så man nærmere på hvilken type adfærd, der var typisk/ rapporteret lige før en ”acting out” fandt sted, og af de 56 forskellige adfærdsændringer, der blev beskrevet i sygeplejedokumentationen blev de seks hyppigste til det, der i dag hedder ”Brøset Violence Checklist” herefter forkortet til BVC.

De seks variabler, som er repræsenteret på checklisten er som følger:

- Mere forvirret
- Mere irriteret
- Mere støjende adfærd
- Ofte fysisk trusler
- Ofte verbale trusler
- Ofte slag, spark o.s.v. mod inventar

Brugervejledning:

BVC er et observationsskema hvor dine vurderinger af patienten er vigtige og skal udfyldes efter de observationer du gør af patienten på et givet tidspunkt

I de seks felter på skemaet skal der gives en score på 1 eller 0, hvis du vurderer at patienten opfylder en eller flere af de beskrevne symptomer scores der 1 i det aktuelle felt. Mener du, at patienten ikke har en eller flere af de i BVC beskrevet symptomer scores der 0 i det aktuelle felt. Patienter du kender godt fra tidligere indlæggelser gives en score på 1, såfremt den vanlige adfærd er forstærket fra tidligere. Altså; hvis en patient, du kender godt, som vanlig kommer med verbale trusler og som ingen egentligt tager alvorligt, fordi det er en del af patientens normaladfærd, gives der en score på 0 i feltet for den nævnte type adfærd. Hvis denne vanlige adfærd forstærkes eller bliver værre end kendt fra før scores der 1.

Patienter, du ikke kender fra tidligere, vurderes og observeres som vanlig og scores på skemaet efter dit skøn og vurdering.

Maksimum score er 6

Referencer:

- Almvik, R. Woods, P. (1998) The Brøset Violence Checklist and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Psychiatric Care* 5 (6) 208-211
- Almvik, R. Woods, P. (1999) Predicting inpatient violence using the brøset Violence Checklist. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 4 (3) 489-497
- Almvik, R., Woods, P., Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence* (Vol. 15 No. 12, December 2000, 1284 – 1296).
- Woods, P. & Almvik, R. (2002). The Brøset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106 (Suppl. 412): 103-105.

Operationalisering af begreber og tolkning af resultater:

1 = Adfærden er observeret

0 = Ingen forekomst

BVC adfærd	Definition
Forvirring	Opføre sig åbenlyst forvirret og desorienteret. Kan hænde at patienten ikke er orienteret i tid og sted samt person.
Irritabilitet	Patienten bliver let irriteret; tåler dårlig andres tilstedeværelse
Støjende adfærd	En støjende og vredladet adfærd; f.eks. smækker med døren, råber i stedet for at snakke osv.
Fysiske trusler	Viser med tydelig kropssprog at hensigten er at truer en anden person, f.eks. en aggressiv kropsholdning, griber fat i en anden persons tøj, løfter og truer med knyttet næve osv.
Verbale trusler	Et verbalt udbrud som er mere end bare at hæve stemmen og har til hensigt at ydmyge eller skræmme en anden person.
Angreb på ting eller genstande	Et direkte angreb på ting eller genstande og ikke en person; slå på eller knusning af vindue, slår eller skader en genstand eller slå et møbel i stykker.

SUM = 0	Lille risiko for vold
= 1-2	Moderat risiko for vold. Præventive forholdsregler bør tages.
> 2	Høj risiko for vold. Præventive forholdsregler <u>skal</u> tages og planer for hvordan et eventuelt angreb undgås.

Bilag 9

Interviewguide til patientinterview af absenterede patienter

Velkomst

Indledning (baggrund, formål og rammer for interviewet, se patientinformationen)

Udlevering af skriftlig patientinformation

Baggrundsspørgsmål (journal oplysninger)

- Hvor gammel er du (alder)
- Køn (observation)
- Er du gift eller bor du sammen med en (ægteskabelig status)
- Er du født i Danmark - Hvor stammer du fra (etnicitet)
- Hvad fejler du – hvad er din diagnose
- Hvor mange gange har du absenterede dig

Spørgsmål vedrørende årsager til absentering

- Hvorfor valgte du at absenterede dig ?
- Havde du planlagt din absentering ?
- Hvilke forhold havde betydning for din absentering ?
- Havde det betydning for dig, hvem der var på vagt eller hvem du blev ledsaget af, da du valgte at absenterede dig ?
- Hvordan tror du absenteringerne kan undgås ?

Spørgsmål vedrørende tiden under absenteringen

- Hvad fortog du dig under din absentering ?

Spørgsmål vedrørende tiden efter absenteringen

- Hvor længe var du væk fra afsnittet ?
- Hvordan oplever du dialogen med plejepersonalet og lægerne om din pleje og behandling (Er I enige – uenige) ?
- Hvordan har de andre patienter reageret på din absentering (Stiger eller falder din anseelse blandt de andre patienter efter du har absenteret dig) ?

Andre oplevelser

- Er der andre oplevelser omhandlende absenteringer du vil dele med mig ?

Hvis du kommer i tanke om andet, er du velkommen til at ringe til mig, du kan evt. sige det til personalet, så kan de tage kontakt til mig, og så kan jeg ringe til dig.

Bilag 10

Interviewguide til patientinterview af ikke absenterede patienter

Velkomst

Indledning (baggrund, formål og rammer for interviewet, se patientinformationen)

Udlevering af skriftlig patientinformation

Baggrundsspørgsmål (journal oplysninger)

- Hvor gammel er du (alder)
- Køn (observation)
- Er du gift eller bor du sammen med en (ægteskabelig status)
- Er du født i Danmark - Hvor stammer du fra (etnicitet)
- Hvad fejler du – hvad er din diagnose

Spørgsmål vedrørende hvad der har betydning for at du ikke absenterer

- Hvorfor har du valgt ikke at absenterede dig ?
- Hvordan tror du absenteringerne kan undgås ?

Andre oplevelser

- Hvordan oplever du dialogen med plejepersonalet og lægerne om din pleje og behandling (Er I enige – uenige) ?

Hvis du kommer i tanke om andet, er du velkommen til at ringe til mig, du kan evt. sige det til personalet, så kan de tage kontakt til mig, og så kan jeg ringe til dig.

Bilag 11

Regler for transskription og anvendelse af citater

Regler for transskription

- Alle interview er transskriberet af mig selv, maksimalt 72 timer efter interviewet, for at modvirke at nonverbale og kontekstuelle informationer gik tabt
- Interviewene er anonymiseret med hensyn til patienter
- Interviewene er anonymiseret med hensyn til steder og tider
- Alle interview blev udskrevet i deres fulde længde og ordret, bortset fra emner der ikke vedrørte studiets problemformulering og gentagelser
- Spørgsmålene er skrevet med sort skrift og svarende med rødt skrift
- Alle optagelser er opbevaret under lås

Regler for anvendelse af citater

- Citaterne fremstår i specialet som: "*Kursiv og indrykning*"
- Alle patienter er citeret i specialet, nogle dog mere hyppigt end andre
- Citaterne er gengivet som de blev transskriberet, dog nogle tilrettet en smule så de bedre fremstår som skriftsprog

Bilag 12

Patientinformation

Kære _____

Tak fordi du vil deltage i interviewet.

Jeg hedder Jacob Johansen, er sygeplejerske og studerer sundhedsvidenskab. I den forbindelse skal jeg udarbejde et projekt. Jeg har valgt at undersøge hvorfor patienter vælger at absenterer sig fra hospitalet (patienter, der forlader hospitalet uden forudgående aftale) eller hvorfor patienter vælger at blive.

Formålet er, at få mere viden om forhold der har indflydelse på grunde til at patienter vælger at absenter sig og hvordan nogle måske kunne undgås.

Jeg skriver til dig for at få tilladelse til at interviewe dig.

Interviewet vil forgå på afsnittet i et rum, hvor vi kan tale uforstyrret sammen. Interviewet vil vare 45 min - 1 time.

Det er vigtigt at du ved:

- At det er frivilligt at deltage og, at du på et hvilket som helst tidspunkt og uden begrundelse kan trække din deltagelse tilbage.
- At deltagelsen i interviewet, ikke vil få nogen indflydelse på din fortsatte pleje eller behandling.
- At alle oplysninger du giver mig, vil blive behandlet fortroligt og ikke vil indgå i din journal.

Hvis du har spørgsmål til interviewet er du velkommen til at kontakte mig på telefon nr. 46334639

Med venlig hilsen
Jacob Johansen