



## Recovery, rehabilitering og retspsykiatri

- begrebsafklaring og dilemmaer

KFR Arbejdsrapport 3/2019



# **Recovery, rehabilitering og retspsykiatri**

## **- begrebsafklaring og dilemmaer**

KFR Arbejdsrapport 3/2019

## **Recovery, rehabilitering og retspsykiatri - begrebsafklaring og dilemmaer**

KFR Arbejdspapir 3/2019

Forfatter: cand.mag., ph.d. Jette Møllerhøj

Ansvarshavende redaktører: Centerchef Bo Andersen, PC Sct. Hans og leder Jette Møllerhøj,  
Kompetencecenter for Retspsykiatri

ISBN: 978-87-89726-18-2

© Kompetencecenter for Retspsykiatri og Psykiatrisk Center Sct. Hans 2019. Der må refereres fra  
arbejdspapiret med klar kildeangivelse.

Forsidebillede: Nikolaj Brie Petersen: HuskhvemduR, 2016.

### **KFR ARBEJDSPAPIRER**

Formålet med KFR arbejdspapirer er at give en status præsens på aktuel viden indenfor et afgrænset tematisk område. KFR arbejdspapirer skitserer centrale aspekter og problemstillinger og giver forslag til videre læsning og fordybelse, men gør ikke krav på at være en systematisk eller udtømmende oversigt. Målgruppen for KFR arbejdspapirer er fagprofessionelle, der arbejder med retspsykiatriske patientforløb.

## INDHOLD

<b>INDLEDNING .....</b>	<b>6</b>
Formål og målgruppe .....	7
Begrebsbrug i arbejdspapiret .....	8
Afgrensning og fokus .....	10
Anvendt litteratur og søgeproces .....	11
<b>BEGREBERNE RECOVERY OG REHABILITERING .....</b>	<b>12</b>
Retspsykiatri – psykiatriske særforanstaltninger .....	12
Rehabilitering .....	14
Recovery .....	16
Hvad indebærer en recovery-orienteret tilgang? .....	18
<b>SÆRLIGE UDFORDRINGER I EN RETSPSYKIATRISK KONTEKST .....</b>	<b>20</b>
Stor variation i målgruppen og typer af forløb .....	20
Tid som faktor .....	21
Lukkede sengeafsnit – totale institutioner .....	22
Høj problemkompleksitet – dobbelt- og trippelbelastninger .....	23
Administrativ dom til udvisning .....	23
Stigma - selvstigma .....	24
Skyld og ansvar? .....	25
Det lyder alt sammen godt, men... ..	26
<b>TILPASNINGER – SIKKER RECOVERY &amp; KRIMINALITETSRELATERET</b>	
<b>RECOVERY .....</b>	<b>29</b>
Sikker recovery .....	30
Kriminalitetsrelateret recovery .....	32
Eksempler på recovery-orienterede tilgange i retspsykiatri .....	34
<b>HVAD SIGER PATIENTERNE OM DERES REHABILITERINGS- OG</b>	
<b>RECOVERYFORLØB? .....</b>	<b>40</b>
De professionelle rolle .....	43
<b>DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING .....</b>	<b>44</b>
Kolonialisering af recovery-begrebet og risiko for instrumentalisme .....	44
Hvad nu, hvis man ikke vil recover? .....	45
Er sygdomsindsigt en forudsætning for recovery? .....	46
Konsekvenser for de professionelle og deres roller? .....	47
Retspsykiatrisk recovery .....	48
<b>REFERENCER .....</b>	<b>50</b>

## INDLEDNING

Recovery – i betydningen at kunne komme sig og at kunne leve et for den enkelte tilfredsstillende liv trods konsekvenser af alvorlig sygdom – er ikke som sådan et nyt begreb eller en ny erfaring. Det er dokumenteret i en række forløbsstudier, hvor store grupper af patienter undersøges over tid, at et betydeligt antal patienter kan komme sig fra alvorlig psykisk sygdom.<sup>1</sup> Filosofien om og troen på, at patienterne kunne komme sig fra sindssygdom og udskrives som aktive og bidragende medborgere, lå til grund for arbejdet i de danske sindssygehospitaler fra midten af det 19. århundrede.<sup>2</sup> (Om end det i praksis kom til at vise sig, at en del patienter ikke kunne udskrives så hurtigt som forventet). Kvækernes arbejde på The Retreat i York fra slutningen af 1700-tallet fremhæves også ofte i recovery-litteraturen som et tidligt eksempel på recovery-orientering. Her var der fokus på, at patienterne skulle genvinde deres tidligere færdigheder og vende tilbage til deres lokalsamfund efter indlæggelse på The Retreat.<sup>3</sup>

Igennem de seneste 10-15 år har der været et markant øget politisk fokus på og forventninger om, at professionelle i såvel social- som behandlingspsykiatri skal yde en recovery-orienteret sundheds- eller socialfaglig indsats.<sup>4</sup> I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) er det strategisk udmeldt, at der skal arbejdes med ”at styrke brugerens muligheder for at komme sig” og ambitionen er at ”udvikle og udbrede en recovery-orienteret kultur og praksis”.<sup>5</sup> Der er fokus på patienten som beslutningstager, dvs. den enkelte patients perspektiver, ønsker og autonomi, og det er præciseret, at tilbuddet om en recovery-orienteret behandling og pleje skal tilbydes alle patienter, herunder også patienter, der er

---

<sup>1</sup> Albert, N. et al 2011; Harrison et al, 2001; Topor, 2001; Warnet, 2004. Ca. 25 % med alvorlige psykiske lidelser kan komme sig fuldstændigt af deres sygdom, og 40-60 % kan komme sig i den forstand, at de kan realisere og leve det liv, de ønsker, trods tilstedeværelsen af psykisk sygdom.

<sup>2</sup> Møllerhøj, 2006 og 2008.

<sup>3</sup> Shepherd, Boardman & Slade, 2008.

<sup>4</sup> Se f.eks. Regeringens Handleplan for psykiatrien: *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*, 2014.

<sup>5</sup> *På vej mod brugerdeltagelse i psykiatrien – en strategi for brugerinddragelse & samarbejde*, RHP 2014.

underlagt tvang.<sup>6</sup> I *Handleplan for udvikling af en recovery-kultur i Region Hovedstadens Psykiatri*, 2019, er fokus rettet mod at få recovery-orienteringen ”forankret som en del af den daglige kliniske praksis og organisationskulturen”. Der er endvidere fokus på, at værdier, sprog og handlinger ”skaber og understøtter en recovery-orienteret pleje, behandling og rehabilitering”.<sup>7</sup>

I 2012 og 2013 blev alle medarbejdere i RHP tilbudt undervisning i recovery-begrebet på en 1-dags workshop. Fra evalueringen af undervisningen var det et gennemgående mønster, at personalet efterspurgte mere specifik introduktion til, hvad der præcist var de skulle ”gå hjem at gøre” i deres interaktion med patienterne, og der blev efterspurgt mere målrettet viden om netop deres målgruppe eller område; f.eks. recovery og affektive lidelser, recovery og børne-unge-psykiatri osv.<sup>8</sup> Tilsvarende genfindes i uformelle samtaler med personale, der arbejder med patienter med retslige foranstaltninger: Hvordan skal man eksempelvis arbejde med recovery-orientering hvis patienten har udsigt til årelangt forløb i lukket stationært regi? Eller hvordan arbejder man med at styrke empowerment, deltagelse og øget autonomi, hvis der er grundlæggende ting man ikke kan bestemme selv, f.eks. hvornår man gerne vil ryge eller spise, hvordan man er klædt eller hvornår man har adgang til frisk luft?

## Formål og målgruppe

Formålet med dette arbejdsrapport er at bidrage til afklaring af begreberne recovery og rehabilitering, og at beskrive nogle af de udfordringer og dilemmaer, der knytter sig til at skulle arbejde recovery-orienteret i patientforløb, der rammesættes af retslige foranstaltninger.

Målgruppen for dette arbejdsrapport er afsnitsledelser og tværfagligt personale, der i den daglige kliniske praksis skal indfri RHPs visioner om, at alle patienter skal tilbydes en recovery-orienteret pleje, behandling og rehabilitering. Der er særligt fokus på udfordringer

---

<sup>6</sup> RHP Virksomhedsplan 2013. Da dette i sin tid blev formuleret, var det formentlig først og fremmest patienter underlagt civilretslig tvang i henhold til Psykiatriloven, der blev tænkt på, og ikke retslige patienter dømt til anbringelse eller indlagt i henhold til dom.

<sup>7</sup> *Handleplan for udvikling og forankring af en recovery-kultur i Region Hovedstadens Psykiatri*, 2019.

<sup>8</sup> Living et al., 2014. s. 8f.

i lukkede sengeafsnit i den specialiserede retspsykiatri, men arbejdsrapiret vil have relevans for alle professionelle aktører, der arbejder med patienter i retslige forløb.

Arbejdsrapiret kan læses som en status præsens, som den kommer til udtryk i forskningslitteraturen om recovery og retspsykiatri. Arbejdsrapiret kan ligeledes læses som et forsøg på at identificere og beskrive nogle af de vigtigste udfordringer og dilemmaer der kan opstå, når fokus på selvbestemmelse, deltagelse, magt og kontrol over eget liv skal forenes med behandlingspsykiatriens forpligtelse til at varetage retslige foranstaltninger.

## Begrebsbrug i arbejdsrapiret

Undervejs i arbejdsrapiret anvendes begrebet patient, om mennesker, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og som i kraft af denne er i berøring med behandlingspsykiatrien i ambulant og/eller stationært regi. For den enkelte, der idømmes en særforanstaltning, er det ikke at valg, hvorvidt man ønsker at have kontakt med den regionale behandlingspsykiatri, og det er derfor ikke meningsfuldt at tale om denne population som brugere.<sup>9</sup> Denne begrebsbrug betyder imidlertid ikke, at der ikke samtidig er blik for, at retslige patienter er så meget andet og mere end patienter; f.eks. borgere, medborgere, mennesker og medmennesker.<sup>10</sup>

I arbejdsrapiret er der fokus på recovery i betydningen *personlig recovery*, dvs. den enkeltes unikke og individuelle proces med at komme sig med eller på trods af alvorlig psykisk sygdom, og leve et for den enkelte tilfredsstillende og meningsfuldt liv. Denne forståelse af *personlig recovery* er forskellig fra en klassisk lægefaglig forståelse af *klinisk recovery* som fuld remission, og totalt fravær af sygdomstegn (se kapitlet om begrebsafklaring).

---

<sup>9</sup> Se f.eks. Livingston et al., 2018 s. 133: ” The term patient is used to describe an individual who is receiving inpatient mental health care. Although this concept carries certain symbolic meaning that may be perceived as being incongruent with the recovery paradigm, we believe it is appropriate for describing a forensic mental health hospital. The term service users and consumers imply choice in mental health services, which should be distinguished from involuntary nature of forensic mental health service”.

<sup>10</sup> Stølan & Møllerhøj, 2017.



I arbejdsrapporten anvendes begreberne *specialiseret retspsykiatri* (regionsfunktion) og *almen psykiatri* (hovedfunktion). Disse begreber betegner den arbejdsdeling, der er skitseret i Sundhedsstyrelsens specialeplan for psykiatri, hvor der skelnes mellem regionsfunktion og hovedfunktion. Regionsfunktion har højere specialiseringsgrad end hovedfunktion.<sup>11</sup> Aktuelt findes der retspsykiatrisk regionsfunktion og retspsykiatriske afdelinger syv steder i DK: Ålborg (Region Nordjylland), Skejby og Viborg (Region Midtjylland) Middelfart (Region Syddanmark), Slagelse (Region Sjælland), Sct. Hans og Glostrup (Region Hovedstaden).

Ca. 60 % af patienter med retslige foranstaltninger behandles i hovedfunktionen (dog har Region Syddanmark organiseret sig anderledes, og skelner ikke mellem hovedfunktion og regionsfunktion). Der er politisk taget stilling til fordelingen af retspsykiatriske patienter, og Danske Regioner formulerede i 2011, at: ”Hovedparten af de retspsykiatriske patienter behandles dog fagligt og sikkerhedsmæssigt fuldt tilstrækkeligt i hovedfunktionen, hvilket også fremadrettet vil være billedet”.<sup>12</sup>

Dette princip går igen i specialeplan for psykiatrien, hvor det hedder, at ”retspsykiatriske patienter kan varetages på hovedfunktionsniveau i et formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau”. Hvad der nærmere skal forstås ved formaliseret samarbejde, er ikke udfoldet, men det anføres, at ”der bør være særlig opmærksomhed omkring risikovurdering, herunder vurdering af patienters selvmordsrisiko og eventuelle farlighed”.<sup>13</sup>

I den britiske litteratur om retspsykiatri og recovery, som anvendes i arbejdsrapporten, skelnes imellem tre sikkerhedsniveauer; *low*, *medium* og *high* security. *Low* svarer til dansk almenpsykiatri og *medium* svarer til regionsfunktion/specialiseret retspsykiatri. *High security* svarer til sikkerhedsniveauet i Sikringen i Slagelse, der huser svært farlige sindssyge. Anbringelse i Sikringen forudsætter, at patienterne er sindssyge og at de har farlighedsdekret fra Justitsministeriet.

---

<sup>11</sup> SST specialeplan Psykiatri: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialplan-for-psykiatri>

<sup>12</sup> *Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed*, 2012, s. 2.

<sup>13</sup> SST specialeplan Psykiatri: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialplanlaegning/Gaeldende-specialeplan/Specialplan-for-psykiatri>

## Afgrænsning og fokus

Arbejdsrapporten har fortrinsvis fokus på de udfordringer de politiske forventninger om recovery-orienteret arbejde afstedkommer i behandlingspsykiatrisk regi. Men det ville være højest relevant at lave tilsvarende kortlægninger af, hvorledes de øvrige aktører og sektorer (kommuner og Kriminalforsorgen i Frihed), der er inde over retslige forløb, arbejder med recovery-orientering.

Vægtningen i arbejdsrapporten er sådan, at der er mere fokus på recovery end på rehabilitering. Det er i og for sig lidt paradoksalt, når budskabet samtidig er, at det professionelle kan og skal fokusere på, netop er rehabiliterende indsatser, der kan understøtte individuelle recovery-processer. Den tematiske vægtning på recovery skyldes, at dette ikke er et *hands-on* papir med konkrete anvisninger, men et arbejdsrapport, der fokuserer på begrebsafklaring, beskrivelse og diskussion af centrale udfordringer og dilemmaer, der kan opstå, når professionelle forventes at arbejde recovery-orienteret.<sup>14</sup>

Arbejdsrapporten behandler ikke de særlige problemstillinger der er i forhold til misbrugsbehandling og recovery. Der er en række forskellige syn på, hvad recovery fra en problematisk brug af legale og illegale stoffer indebærer, som i nogle tilfælde adskiller sig fra recovery-forståelser i psykiatrisk regi.<sup>15</sup>

Arbejdsrapporten er således ikke en udtømmende gennemgang af spørgsmål og temaer, der rejser sig, når professionelle i behandlingspsykiatrien, herunder i den specialiserede retspsykiatri, skal arbejde recovery-orienteret. Arbejdsrapporten giver en status på den aktuelle viden på området, og er tænkt som et indspil i forhold til fremadrettede refleksioner og drøftelser.

---

<sup>14</sup> Der er et stort kontingent af international litteratur, der vedrører afprøvning og evaluering af specifikke recovery-indsatser eller programmer; f.eks. Recovery Star, Good Lives Model osv. Enkelte af disse programmer er omtalt i afsnittet om recovery-orienterede tilgange. Der findes endvidere en del litteratur der har fokus på instrumenter og skalaer til måling af recovery-processer/grader af recovery hos individer, og til måling af recovery-orientering blandt professionelle og i organisationer. Se f.eks., Burgess et al: *Review of Recovery Measures*, 2010. Denne litteratur er ikke behandlet i dette arbejdsrapport.

<sup>15</sup> Se f.eks. Recke, 2015. I misbrugsbehandling baseret på 12-trins modellen indebærer recovery fuldstændigt ophør og afholdenhed, og her synes det ikke at være en mulighed, at en personlig recovery proces kunne være båret af f.eks. skadesreduktion.

## Anvendt litteratur og søgeproces

Spørgsmål vedrørende recovery og retspsykiatri og de særlige udfordringer dette kan indebære, ser ikke ud til at være adresseret i den dansksprogede recovery-litteratur. Rehabilitering af patienter med retslig foranstaltning blev dog kortfattet behandlet i antologien *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*, 2010. I 2013 blev *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling*, oversat fra norsk til dansk, og suppleret med en dansk litteratursøgning. Ingen af de fremsøgte referencer behandler recovery og retspsykiatri.<sup>16</sup>

Der har igennem de seneste 10 år været en opfattende publicering af engelsksprogede studier, der har haft særligt fokus på recovery og retspsykiatri (heriblandt også recovery-orienteret arbejde i såkaldte *medium* og *high secure* institutioner i Storbritannien). Disse studier er lokaliseret ved hjælp af en række søgninger i PubMed, PsycINFO og CINAHL i perioden 2010-2018. Dette arbejde er foretaget af Fagbiblioteket på PC Sct. Hans.<sup>17</sup>

Der refereres til den anvendte litteratur ved hjælp af fortløbende fodnoter i arbejdsrapporten. Bagerst findes en tematisk opdelt referenceliste med fuldstændige bibliografiske oplysninger på, det forfatteren har vurderet som, den mest relevante litteratur. Der findes en stor mængde litteratur om recovery og psykiatrisk sygdom generelt. Dette kontingent af litteratur er ikke bragt i spil, da arbejdsrapportens ærinde er at få beskrevet de særlige udfordringer og problemstillinger der kan udspille sig, når alvorlig psykisk sygdom har medført en psykiatrisk særforanstaltning. Såfremt man som læser ønsker en mere generel introduktion til recovery er *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling*, 2013, et godt sted at starte.

Arbejdsrapporten indeholder ikke en detaljeret gennemgang af den samlede litteratur, der er lokaliseret om specifikke problemstillinger relateret til retspsykiatri og recovery. For en række af de temaer, der behandles, gælder det, at der skitseres en række hovedproblemstillinger, som læseren selv kan læse sig yderligere ind på ved hjælp af referencelisten.

---

<sup>16</sup> *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling*, 2013 s. 53-61, samt personlig samtale med Lisa Korsbek, som forestod litteratursøgningen.

<sup>17</sup> For perioden 2015-2018 er søgningen afgrænset til PubMed og CINAHL, idet der ikke længere er adgang til PsycINFO for ansatte i Region Hovedstadens Psykiatri. Dette kan have begrænset søgeresultatet og referencer med tværfaglige tilgange, da PsycINFO er en bred database med interdisciplinære referencer. Dog burde sygeplejefaglige referencer være fremkommet ved hjælp af CINAHL.

## BEGREBERNE RECOVERY OG REHABILITERING

Recovery og rehabilitering nævnes ofte i sammenhæng, og begreberne bruges på meget forskellige måder. Disse tvetydigheder ses såvel i forskningslitteraturen på området, som i praksisfeltet og mellem fag og faggrupper, der arbejder på social- og sundhedsområdet.

Det er dog væsentligt at skelne og holde dem adskilt, da de benævner meget forskellige aktører og praksisser. *Recovery* vedrører det enkelte menneskes individuelle proces med at komme sig. Rehabilitering, eller måske mere præcist psykosocial rehabilitering, vedrører de indsatser, metoder eller værktøjer professionelle kan tilbyde. Disse indsatser kan forhåbentlig understøtte den enkelte patients recovery-proces, men det kan også være, at patienten oplever at komme sig med helt andre former for støtte, f.eks. aktiviteter i civilsamfundet, hjælp fra pårørende/netværk osv.<sup>18</sup>

For patienter idømt en psykiatrisk særforanstaltning vil recovery- og rehabiliteringsprocesser i behandlingspsykiatrisk regi være rammesat af den retslige foranstaltning.

### Retspsykiatri – psykiatriske særforanstaltninger

Psykiatriske særforanstaltninger idømmes på baggrund af straffelovens §16 og §68 personer der vurderes at have været sindssyge og utilregnelige på tidspunktet for den begåede kriminelle handling, og som derfor kendes straffrie. Endvidere kan mennesker med andre psykiske forstyrrelser omfattes af Straffelovens §69 og idømmes en særforanstaltning, såfremt det vurderes at være mere formålstjenligt (end en frihedsstraf) i forhold til at forebygge recidiv til kriminalitet.

Formålet med idømmelse af særforanstaltninger er, at de qua den indsats, der foregår i samarbejde mellem behandlingspsykiatrien, Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) og den psykosociale indsats i kommunerne, skal forebygge, at patienterne begår ny kriminalitet.

---

<sup>18</sup> [www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Om-rehabilitering-og-recovery/Sider/default.aspx](http://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Om-rehabilitering-og-recovery/Sider/default.aspx)

Dom til anbringelse i et psykiatrisk hospital er den mest indgribende foranstaltning, og kan kun ændres ved en domstolsbeslutning. Den mest anvendte foranstaltning er dom til behandling med mulighed for indlæggelse. De varer typisk 3-5 år, men kan være tidsbestemte ved mere alvorlig og personfarlig kriminalitet. Langt størstedelen af de patienter, der har dom til behandling, følges ambulant (80%). De resterende 20 % med behov for indlæggelse er en sammensat og varierende gruppe. Den består dels af patienter der undervejs i et, primært ambulant, forløb indlægges kortvarigt i henhold til dom f.eks. på grund af medicinsvigt, problematisk brug af rusmidler og/eller sociale forhold, og deraf følgende risiko for ny kriminalitet og dels af patienter, der har lange ophold i en psykiatrisk afdeling. Det kan være patienter med en behandlingsdom, der indleder dommen med en længerevarende stabiliserende indlæggelse, eller det kan være patienter med dom til anbringelse, der opholder sig i en psykiatrisk afdeling i en årrække, indtil en domstol ændrer foranstaltningen til en behandlingsdom. Bortset fra den lille gruppe af patienter, der har dom til ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse, kan patienter med dom til behandling på et hvilket som helst tidspunkt i dommens forløb indlægges i henhold til dom, såfremt den behandlingsansvarlige overlæge vurderer, at det er indiceret. Indikationerne for indlæggelse er brede og er angivet i Sundhedsstyrelsens vejledning til behandlingsansvarlige overlæger, 2010.<sup>19</sup>

” Indikation for genindlæggelse kan eksempelvis være recidiv af misbrug, risiko for eller mistanke om kriminelt recidiv, at patienten er ophørt med at tage sin medicin, eller at patientens psykiske tilstand i øvrigt er forværret”.<sup>20</sup>

Det primære ansvar for at sikre udmøntning af den domstolssanktionerede foranstaltning ligger hos behandlingspsykiatrien og den behandlingsansvarlige overlæge. Det indebærer, at såvel læger som plejepersonale har en dobbeltopgave og skal agere både i forhold til en enkelte patient og i forhold til det omgivende samfund. Denne opgave beskrives ofte som en *care-control*-akse, en opgave der omfatter god psykiatrisk pleje og behandling OG samtidig kontrol, regulering og eventuel begrænsning.<sup>21</sup> Denne opgave, hvor man både skal

---

<sup>19</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134099>. Derudover kan retspsykiatriske patienter i princippet, ligesom alle andre psykiatriske patienter, lade sig frivilligt indlægge, hvis de oplever behov herfor.

<sup>20</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134099>.

<sup>21</sup> Lawn et al, 2015; Adsheed in Sadler et al, 2014: *Ethical Issues in Secure Psychiatric Settings*.

varetage patientens tarv og hensyn til det omgivende samfund er i et tidligere antropologisk studie af retspsykiatriske praksisser beskrevet som *paradoksal psykiatri*.<sup>22</sup>

Personalets dobbeltopgave er velkendt i afsnit i den specialiserede retspsykiatri (regionsfunktion), og erfarne retspsykiatriske patienter er ligeledes også ofte bekendte med personalets forpligtelse og magt til at agere, ikke blot af hensyn til den enkelte patient, men samtidig også med hensyntagen til det omgivende samfund.<sup>23</sup> En undersøgelse fra 2016 tyder på, at det nogle gange forholder sig anderledes i almenpsykiatriske afsnit (hovedfunktion), hvor dobbeltopgaven i forhold til patienter med retslige foranstaltninger enten kan være uklar og/eller opleves som ubekvem.<sup>24</sup>

## Rehabilitering

I en dansk kontekst defineres rehabilitering ofte med henvisning til *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet* fra 2004:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.<sup>25</sup>

Psykosocial rehabilitering kan forstås som:

”de indsatser, metoder og værktøjer, som professionelle anvender for at forandre de betingelser og faktorer i omgivelser og miljø, der forhindrer recovery, ikke mindst fordomme og stigmatisering”.<sup>26</sup>

Rehabilitering af patienter med retslig foranstaltning er på dansk stort set kun beskrevet af Søren Bredkjær i antologien *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering – en recovery-*

---

<sup>22</sup> Jacobsen, 2006.

<sup>23</sup> *Retspsykiatrisk rapport*, 2009; Danske Regioner, 2011; Stølan & Møllerhøj, 2017.

<sup>24</sup> Møllerhøj et al., 2016.

<sup>25</sup> *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, 2004.

<sup>26</sup> *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling*, 2013 s. 3.

*orienteret tilgang*, 2010. Her beskrives det, at rehabilitering af retspsykiatriske patienter må ske i det omfang, det er sikkert for det omgivende samfund, og at:

”rehabilitering indenfor denne målgruppe bør ske langsomt, forsigtigt og med den viden, at man kan nå til et punkt i processen, hvor yderligere rehabilitering ikke er mulig, da det ikke er sikkert for det omgivende samfund”.<sup>27</sup>

*Ugeskrift for Læger* bragte i maj 2014 et stort tema om rehabilitering. I en statusartikel gjorde Eplow et al. rede for, hvad det vil sige at tilbyde en recovery-orienteret rehabilitering til patienter med psykiske sygdomme:

”recovery-orienteret rehabilitering medfører, at rehabiliteringen til enhver tid bygger på velovervejet, kritisk, systematisk og eksplicit brug af den aktuelt bedste viden om, hvilke indsatser, metoder og værktøjer der har den største effekt for borgeren, men at det samtidig er koblet til det recovery-orienterede værdigrundlag. Det handler således ikke kun om, hvilke metoder eller værktøjer, der bruges i samarbejdet med borgeren, men også om, hvordan disse vælges og bruges”.<sup>28</sup>

Det betones endvidere, at der tages udgangspunkt i fire værdier: selvbestemmelse, personorientering, personinvolvering og håb, og at ”medarbejderne møder, samarbejder og bringer metoderne i spil sammen med borgeren”.<sup>29</sup> Statusartiklen beskriver således de overordnede linjer, og de udfordringer, der kan identificeres på området, hvis man skal leve op til de forventninger Regeringens psykiatriudvalg i 2013 formulerede om en moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Dette stiller eksempelvis store krav til koordinering af indsatser på tværs af sektorer og aktører. I artiklen anføres det, at ”der har indtil nu været for lidt fokus på den rehabiliterende indsats i dansk psykiatri”. Det anbefales derfor, at der udarbejdes en national handlingsplan, der beskriver, hvorledes man omstiller til en recovery-orienteret indsats, såvel regionalt som kommunalt.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Bredkjær i Eplow et al. (red.), 2010 s. 140. Det ser ud til, at dette er stærkt inspireret af Roberts et al.: *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*, 2006.

<sup>28</sup> Eplow et al., 2014 s. 937.

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> Ibid.

## Recovery

Begrebet *recovery* har mange betydninger og kan ligesom *recovery-orienterede praksisser*, forstås på en række måder. Der kan skelnes imellem mindst tre betydninger:

- 1) Recovery som personlig proces
- 2) Recovery som social proces, hvor der er fokus på betydningen af sociale og strukturelle vilkår for recovery, og hvad der i konteksten henholdsvis hæmmer og fremmer recovery.
- 3) Recovery som resultat (klinisk recovery – remission)

Især den tredje forståelse giver ofte anledning til forvirring, da den ligger tæt på en mere klassisk lægefaglig forståelse af recovery som fuldstændig symptomfrihed og remission, og dermed som noget, der kan gøres til genstand for en faglig vurdering eller måling.<sup>31</sup> Dette er forskelligt fra de to første forståelser af recovery som en unik individuel eller selvoplevet proces, og dermed ikke en ydelse eller en metode.<sup>32</sup> Individuel eller personlig recovery kan forstås som:

”a proces by which people meet the challenges of illness or disability, re-establish a sense of integrity and purpose, and aspire to live, work, love and contribute to their community”<sup>33</sup>

Hos ngo-en ImRoc (Implementing Recovery Through Organisational Change), i England, bruges denne definition af recovery:

“Recovery handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som personerne selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer, som kan komme og gå”.<sup>34</sup>

Professor emeritus William Anthony fra Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University har været toneangivende i udviklingen af recovery-forståelser igennem årtier.<sup>35</sup> Det er således også Anthonys recovery-begreb, der er valgt som afsæt for recovery-

---

<sup>31</sup> Se f.eks. Alert, N. et al. 2011; Collier, 2010; Winship, 2016. Der er i forskningslitteraturen betydelig uenighed om, hvorvidt recovery kan og skal måles. *Recoveryorienterede praksisser, En systematisk vidensopsamling*, 2013 s.36f.

<sup>32</sup> *Recoveryorienterede praksisser, En systematisk vidensopsamling*, 2013 s.

<sup>33</sup> Simpson & Penney, 2018.

<sup>34</sup> Refereret i *Recoveryorienterede praksisser, En systematisk vidensopsamling*, 2013 s. 12.

<sup>35</sup> Anthony, 1993.



orienteringen i Region Hovedstadens Psykiatri. Anthony beskrev i 1993, personlig recovery som:

”en personlig, unik forandringsproces og som en måde at leve et tilfredsstillende liv præget af håb og muligheder, selv med de eventuelle begrænsninger, som psykisk sygdom medfører”. – Det er brugernes ønsker, der skal være udgangspunkt for det enkelte patientforløb og for udviklingen af psykiatriens behandlingsmetoder, og psykiatrien skal som organisation understøtte brugernes recovery-proces”.<sup>36</sup>

Håb, personligt ansvar, uddannelse og support er centrale elementer i en recovery-proces. Dens mål er ikke fuldstændig fravær af sygdom eller funktionsnedsættelse, men at nå en oplevelse af mestring og at komme overens med følger og konsekvenser af sygdom.<sup>37</sup>

Recovery beskrives ofte som et helhedsorienteret og holistisk perspektiv, hvor der er fokus på mange aspekter af et menneskeliv og dets livskvalitet, og ikke kun på eksempelvis symptom reduktion.<sup>38</sup> Et britisk studie har identificeret fem afgørende elementer, der fremmer personlige recovery-processer. Dette udgør tilsammen den såkaldte CHIME-model:

**Connectedness** – Tilknytning og samhørighed

**Hope and optimism** – Håb og optimisme

**Identity** – Identitet og selvværd

**Meaning of life**- Mening og mestring

**Empowerment** – Empowerment og selvstændighed

På baggrund af brugererfaringer er det påvist, at disse elementer, enten hver for sig, eller i samspil, kan understøtte, og er centrale for den enkeltes personlige recovery-proces.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> [www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Recovery/Om-recovery/Sider/Fakta-hvad-er-recovery.aspx](http://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Recovery/Om-recovery/Sider/Fakta-hvad-er-recovery.aspx)

<sup>37</sup> *Recoveryorienterede praksisser, En systematisk vidensopsamling*, 2013.

<sup>38</sup> Hillbrand et al., 2010 s. 452.

<sup>39</sup> *Handleplan for udvikling og forankring af en recovery-kultur i Region Hovedstadens Psykiatri*, 2019, s. 5f.

## Hvad indebærer en recovery-orienteret tilgang?

I forskningslitteraturen er der stor mangfoldighed, når det gælder forsøg på at indkredse, hvad en recovery-orienteret tilgang indebærer. Men, der synes at være nogenlunde enighed om, at det i hvert fald indebærer fokus på:

- Personens egen aktive indsats
- Det, den enkelte gør, for at holde håbet levende
- Ret til at bestemme selv
- Ret til det, den enkelte selv anser for brugbar hjælp
- At finde mening og tage kontrol over sit eget liv

Det indebærer også, at den enkelte person ses som ekspert i sit eget liv qua sin patient og brugererfaring, og at patientens forståelse og ekspertise får forrang, fremfor fagpersonens. En recovery-orientering i det sygeplejefaglige eller lægefaglige arbejde kan give store udfordringer og det stiller markante nye og andre krav til personalets vidensgrundlag og roller, idet den professionelle i højere grad skal agere som coach og facilitator og nedtone rollen som faglig ekspert.<sup>40</sup> En recovery-orientering indebærer også ofte nye krav til personalesammensætning i form af ansættelse af medarbejdere med brugerbaggrund, såkaldte peers eller recovery-mentorer. Såvel forskning som klinisk erfaring har demonstreret, at det kan være hjælpsomt i en recovery-proces at møde medarbejdere, der selv har erfaring med psykisk sygdom.<sup>41</sup>

Der er bred enighed i forskningslitteraturen på området om, at en recovery-orientering fordrer en kulturændring og måske endda et paradigmeskift i den daglige omgang og praksis mellem fagpersoner, patienter og pårørende. Recovery-orientering synes også at fordrer ”at man forstår og vil ændre på magtforhold”.<sup>42</sup> I forskningslitteraturen peges endvidere på, at der fortsat er stor begrebsmæssig uklarhed og forvirring omkring betydningerne af recovery og at dette afstedkommer betydelig usikkerhed i forhold til, hvordan man konkret arbejder med recovery-processer i den daglige sygepleje praksis.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> Järvinen & Mik-Meyer, 2012; Roychowdhury, 2011.

<sup>41</sup> [https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Publikationer/Documents/evaluering\\_af\\_recovery\\_mentor\\_projektet.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Publikationer/Documents/evaluering_af_recovery_mentor_projektet.pdf), Ahlmark et al.: *Peer to peer i arbejdet med udsatte mennesker*, 2016; <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/metoder-og-tilgange/peer-stotte>.

<sup>42</sup> *Recoveryorienterede praksisser, En systematisk vidensopsamling*, 2013 s. 26f.

<sup>43</sup> Cleary et al., 2013, s. 211; Collier, 2010 s. 16-21.

Som nævnt indledningsvis er der en grundlæggende skelnen mellem og forskel på psykosociale, rehabiliterende indsatser, som fagprofessionelle forestår, og den enkelte patients unikke og individuelle recovery-proces. Derfor bidrager det muligvis til begrebsmæssig forvirring, når der nogle steder tales om, at professionelle skal arbejde recovery-orienteret eller recovery-understøttende. Med forventninger til at professionelle skal tilbyde recovery-understøttende pleje og behandling, kan det komme til at lyde som om, der alligevel er tale om en form for metode eller struktureret indsats. Dog er der i litteraturen nogenlunde enighed om, at personlig recovery er en individuel og unik proces, og at andre således ikke 'recover' det enkelte individ.

Der er ligeledes en del litteratur, der har fokus på rehabiliterende indsatser, og som ser ud til at operere med en relativ klar begrebsbrug og distinktion mellem unikke individuelle recovery-processer og (psykiatrisk) rehabiliterende indsatser, som professionelle kan tilbyde og facilitere.<sup>44</sup> Man kan også formulere det sådan, at der er to parter i en rehabiliterings- og recovery-proces: Den ene er patienten, den anden er retten (der har idømt særforanstaltningen). Der er hele tiden tale om et samspil mellem *rehabilitering* og *recovery*:

”the interplay between *rehabilitation* – the things we do for the patient and *recovery* – how the patient assumes responsibility, choices, and independence”.<sup>45</sup>

Hvordan denne vekselvirkning og dette samspil mellem professionelles rehabiliterende indsatser og den enkeltes recovery-proces kan udspille sig, skal der ses nærmere på i det følgende kapitel. Der skal ligeledes ses nærmere på, hvilke udfordringer der kan relatere sig til dette, når konteksten og rammen herfor er præget af retslige foranstaltninger.

”balancing out the tensions between what is best for the individual patient versus the public’s protection remains a complex challenge to bringing recovery values into secure settings”<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Brown & Lewis, 2014; Robertson et al, 2011; Nijjam-Jones et al, 2015; Moore & Drennan, 2013; Livingston et al, 2012; Gustafsson et al., 2011; Gill et al., 2010; Doyle et al., 2012; Ferguson, 2015; Schaufenbil et al., 2015; Tapp et al., 2013; Simpson et al., 2015; Young, 2015.

<sup>45</sup> McLoughlin, 2011.

<sup>46</sup> Drennan & Alred (eds.), 2012 s. 38.

## SÆRLIGE UDFORDRINGER I EN RETSPSYKIATRISK KONTEKST

Hvis recovery og det at arbejde recovery-orienteret indebærer, at der lægges mere vægt på den enkelte patients selvbestemmelse, magt og kontrol over eget liv, ser det, i hvert fald for en umiddelbar betragtning, ud til at være vanskeligt at forene med de restriktioner og begrænsninger, der ligger i en retslig foranstaltning. Det gælder især patienter med dom til anbringelse og patienter, der er indlagt i henhold til deres behandlingsdom og dermed indebærer frihedsberøvelse og ophold i lukkede sengeafsnit. Det er derfor relevant at se nærmere på, de særlige udfordringer, der knytter sig til at arbejde recovery-orienteret i en retspsykiatrisk kontekst.

” it is not unsurprising that psychiatric services may feel they are being asked to achieve the impossible, which is to deliver on two objectives that are odds with each other”<sup>47</sup>

### Stor variation i målgruppen og typer af forløb

Der er aktuelt i alt ca. 4500 personer idømt en psykiatrisk særforanstaltning i Danmark.<sup>48</sup> Patientpopulationen repræsenterer stor variation og bredde i forhold til sygdomsbilleder og sygdomsforløb, komorbiditet, social udsathed og kriminalitetsprofiler. Nogle har omfattende kriminalitetshistorik og mindre sygdomshistorik, nogle har høj sygdomskompleksitet og lille eller mindre kriminalitetshistorik, og nogle har både og. Social marginalisering og belastningsgrad varierer, og der er ligeledes stor variation i tilgangen til hjælp og støtte fra pårørende og netværk.<sup>49</sup> En mindre del har årelange ophold i lukket regi som anbringelsesdømte, mens en stor andel har forløb med mange skift mellem ambulant og stationært regi.

---

<sup>47</sup> Roychowhury, 2011.

<sup>48</sup> Heraf behandles ca. 1/3 i Region Hovedstadens Psykiatri.

<sup>49</sup> Stølan et al., 2016; Stølan & Møllerhøj, 2017.

## Tid som faktor

Tid er en væsentlig faktor i retslige forløb. For mange forløb vil der være en lang tidshorison, hvor der kan arbejdes med rehabilitering i enten stationært eller ambulante regi. Hvor den generelle tendens i behandlingspsykiatrien er faldende indlæggelsestid og færre sengedage så er en retslig foranstaltning efterhånden en af de eneste adgangsbilletter til en længerevarende, stabiliserende indlæggelse.

For en del patienter vil denne tidshorison ikke være afgrænset, og det er veldokumenteret fra patientinterviews, at det skaber betydelig uvished og frustration hos patienterne, når de ikke ved, hvornår en foranstaltning ændres eller ophæves.<sup>50</sup>

For den del af patienterne der er indlagt kortvarigt i henhold til dom i eksempelvis almenpsykiatriske afsnit, er tidshorisonen ofte en anden. Fra en undersøgelse blandt personalet i almenpsykiatriske afsnit er det beskrevet, hvordan personalet ofte ikke har blik for, at der kunne være en rehabiliterende opgave i relation til patienten, for ”han skal jo bare ind og have depot og så ud igen”. Undersøgelsen viste endvidere, at personalet ikke opfattede opgaver vedrørende rehabilitering som en del af deres arbejdsområde, men forventede, at det var der andre, der tog sig af. For en del af det personale, der deltog i undersøgelsen, var det vanskeligt at se de sygeplejefaglige opgaver i relation til retslige patienter, og de oplevede, at de ikke rigtig havde noget sygeplejefagligt at tilbyde patienterne.<sup>51</sup>

Tid kan være en mulighed til at arbejde med et langvarigt blik og fokus, men kan også være en hæmsko eller barriere; det er velbeskrevet, at langvarige indlæggelser kan indebære risiko for funktionstab eller for udviklingen af institutionsadfærd. For den enkelte patient vil tid ofte være forbundet med uvished om, hvor længe indlæggelse og foranstaltning skal stå på. For professionelle indebærer den ukendte tidshorison, at det kan være udfordrende at arbejde med hvidbogens definition af rehabilitering som ”en tidsbestemt samarbejdsproces”. I en retspsykiatrisk kontekst vil det måske kunne oversættes til, at en rehabiliteringsproces afgrænses til forløbet hen mod en foranstaltningsændring (fra A-dom til B-dom), eller forløbet hen mod udskrivelse. For de fleste patienter vil dette afløses af ny fase med rehabilitering i ambulante regi.

---

<sup>50</sup> Stølan & Møllerhøj, 2017.

<sup>51</sup> Møllerhøj et al., 2016.

Det er en kendt metafor fra somatikken, at rehabilitering starter, når helikopteren lander med et traume på taget af Rigshospitalet. Det kan se ud som om, det er mindre klart, hvornår rehabilitering starter for en retspsykiatrisk patient. Er den principielt allerede i gang ved debuten som retspsykiatrisk patient, hvis den pågældende allerede har et forløb i almenpsykiatrisk regi, som eksempelvis ambulantly patient? Er det den dag, dommen påtegnes og den behandlingsansvarlige overlæge formelt overdrages ansvaret for at varetage den retslige foranstaltning? Starter rehabilitering, når der indstilles til foranstaltningsændring (fra anbringelsesdom til behandlingsdom)? Eller når man forbereder patienten til udskrivelse og ambulantly opfølgning? Eller starter rehabilitering ved indlæggelse med henblik på at undgå funktionstab, også i de tilfælde, hvor patienter er indlagt i varetægtssurrogat og afventer en afklaring af deres retslige status? Det er vanskeligt at finde entydige svar på i de aktuelle vejledninger og forløbsbeskrivelser.<sup>52</sup>

## Lukkede sengeafsnit – totale institutioner

Livet i et lukket retspsykiatrisk sengeafsnit er, ligesom så mange andre totale institutioner struktureret af en række spilleregler; f.eks. faste spisetider, krav til bordskik, regler for påklædning, fjernsynstid, regler for besøg, regulering af seksuelt samkvem mellem patienter osv. Dette er spilleregler, der skal få dagligdagen til at fungere, når et betydeligt antal mennesker skal leve og agere på begrænset plads. Det er samtidig regler, der sætter betydelige begrænsninger for den enkelte, der eksempelvis kunne tænke sig at gå med hættetrøje eller solbriller, tage frikadellerne med fingrene eller gerne ville indtage sin aftensmad som tv-dinner.

Derudover er der en række forhold, der bestemmes af hensyn til sikkerheden og antallet af personaler på arbejde; f.eks. at patienten skal aftale, hvornår han kan få udleveret cigaretter og komme ud at ryge, hvornår han kan komme i haven eller træningsrum/sportshal til fysisk aktivitet. Praksis vedrørende adgang til og brug af mobiltelefon varierer, ligesom adgang til internet kan være begrænset eller fraværende.

---

<sup>52</sup> Dertil kommer uklarheder om arbejdsdeling mellem regioner og kommune i forhold til psykosocial rehabilitering, snitflader mellem Sundhedslov og Servicelov, og hvad der kan være indeholdt i en psykiatrisk genoptræningsplan. Problemstillinger vedrørende genoptræningsplaner undersøges aktuelt i et udviklingsprojekt i RHP: *Afprøvning af G-GOP i psykiatrien*, og der forventes afrapportering herfra ultimo 2019.

Udover hensyntagen til sikkerheden i afsnittet for personale og medpatienter kan en del af disse reguleringer også have et pædagogisk eller terapeutisk formål: at nogle patienter som følge af deres psykopatologi har brug for faste rammer og strukturer, har behov for at øve spisesituationer eller social interaktion, eller har behov for at træne og øve behovsudsættelse, fordi det er nødvendigt for senere at kunne begå sig i sociale sammenhænge i civilsamfundet.

En lukket retspsykiatrisk afdeling er således en total institution, hvor et betydeligt antal handlinger styres og reguleres.<sup>53</sup> Det er for en del patienter deres hjem, hvor deres liv leves i måneder eller år. Med rækken af gennemgribende reguleringer og begrænsninger for den enkeltes udfoldelser kan det forekomme vanskeligt og absurd at skulle arbejde med at understøtte den enkelte patients selvbestemmelse og kontrol over eget liv: - For hvad er det egentlig man kan bestemme selv?

### **Høj problemkompleksitet – dobbelt- og trippelbelastninger**

Udover de restriktioner og begrænsninger i selvbestemmelsen der følger i kraft af psykiatriske særforanstaltninger og/eller de strukturelle rammer, der sættes af sikkerhedshensyn, husordener og hensyn til det sociale fællesskab i sengeafsnit, kan der være en række udfordringer forbundet med at arbejde recovery-orienteret med en patientpopulation med høj kompleksitetsgrad og problemtynge.<sup>54</sup> Den retspsykiatriske patientpopulation beskrives ofte som kompleks, idet en del af patienterne har været syge længe, har været vanskelige at behandle tilstrækkeligt og har betydelig komorbiditet. Ligesom den øvrige psykiatriske patientpopulation har retslige patienter ofte somatiske problemstillinger, og en markant overdødelighed som følge heraf.<sup>55</sup>

### **Administrativ dom til udvisning**

For en del af den retslige patientpopulation med anden etnisk baggrund end dansk kan det ske, at de udover den psykiatriske særforanstaltning idømmes udvisning. En dom til udvisning skal prøves ved domstolene, når det vurderes, at den pågældende er klar til

---

<sup>53</sup> Goffman: *Asylums*, 1961.

<sup>54</sup> Simpson & Penney, 2011 s. 302.

<sup>55</sup> Kugathasan & Nielsen, 2018.

udskrivelse fra psykiatrisk hospital. Domstolen kan på dette tidspunkt opretholde eller ophæve udvisningen, og tage stilling til selve udsendelsen.<sup>56</sup>

En dom til udvisning medfører ofte stor usikkerhed om, hvad der skal ske efter indlæggelse i psykiatrisk regi. Udsigten til at blive udvist efter endt behandling kan have stor betydning for den enkeltes recovery- og rehabiliteringsproces, og motivation til at samarbejde. Såfremt det ikke er særlig attraktivt med udsigt til en udsendelse af Danmark, kan det være vanskeligt at se grunde til at arbejde henimod at få det bedre og at håndtere sin sygdom og livssituation i det hele taget. Der savnes forskning og viden på dette område, ligesom der generelt savnes studier af demografi og etnicitet i den retspsykiatriske patientpopulation.

### Stigma - selvstigma

Det er veldokumenteret, at psykiatriske patienter oplever stigmatisering i mødet med sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionelle.<sup>57</sup> Danske undersøgelser vedrørende stigmatisering er foretaget i almenpsykiatrisk regi, men stigmatisering af patienter med en retslig foranstaltning (og/eller dobbeltdiagnose) synes også at være udbredt.<sup>58</sup> Pessimistiske eller negative fortællinger, eller decideret stigmatisering eller forskelsbehandling kan have stor indvirkning på menneskers tro på muligheden for at komme sig. Internationale undersøgelser af sundhedsprofessionelles holdninger til patienter i retspsykiatriske kontekster har vist, at de professionelle var overvejende positivt indstillede, men der var også negative holdninger, herunder pessimisme i forhold til, hvorvidt retslige patienter med en foranstaltning overhovedet kunne 'recover'.<sup>59</sup> Det er endvidere beskrevet, at negative holdninger, pessimisme og/eller stigmatisering fra omgivelserne ofte fører til selvstigmatisering; at patienter overtager og internaliserer billeder og fortællinger om 'monstre' og 'farlige kriminelle'. Dette kan ligeledes få stor betydning for mulighederne for at bearbejde den eller de kriminelle handlinger, der har ført til en særforanstaltning, og derved komme til at stå i vejen for muligheden for at opbygge nye fortællinger og nye selvforståelser i en recovery-proces.<sup>60</sup>

---

<sup>56</sup> <https://vidensbasen.anklagemyndigheden.dk>. Søg på dom til udvisning.

<sup>57</sup> Jacobsen et al., 2010; Jensen et al., 2016.

<sup>58</sup> Møllerhøj & Johansen, 2017, Stølan & Møllerhøj, 2017.

<sup>59</sup> Lammie et al., 2010, Simpson & Penney, 2011; Harris, 2010.

<sup>60</sup> Williams et al., 2011; West et al., 2014



## Skyld og ansvar?

Synes på og forståelsen af den eller de kriminelle handlinger, der har ført til dom, er meget individuelle, men for nogle patienter kan det være vanskeligt at komme overens med at have begået alvorlig personfarlig kriminalitet.<sup>61</sup> Den kriminelle handling ses nogle gange af patienten selv som den største barriere i forhold til recovery og i forhold til at forestille sig, at man (med tiden) har valg, selvbestemmelse eller håb om at komme til at deltage i sociale fællesskaber, eller endda måske arbejdssammenhænge.<sup>62</sup> Et af de spørgsmål, der typisk rejses i diskussioner af recovery og retspsykiatri er, hvordan man komme sig fra at have begået alvorlig personfarlig kriminalitet, i værste fald drab?<sup>63</sup> I den britiske litteratur er der meget fokus på, hvordan der kan arbejdes med at patienten kan finde ny identitet og mening, og arbejde med det personlige ansvar for det, der er sket. Den engelsksprogede recovery-litteratur ser ud til at være præget af retspraksisser, der baseres på principper om partiel tilregnelighed og på McNaughton rules, dvs. princippet om, at sindssygdom på gerningstiden betyder, at man ikke kendes skyldig (*not guilty by reason of insanity*). Dette ser ud til at rejse en række af filosofiske og etiske spørgsmål og dilemmaer i forhold til graden af *moralsk ansvarlighed*, *selvbestemmelse* og *agency*, og til hvorledes man forener strafferetslige principper med recovery-filosofi med fokus på den enkeltes magt over eget liv.<sup>64</sup>

## ” How do you recover from having killed someone?”<sup>65</sup>

I en dansk kontekst er det strafferetslige princip, at man kan kendes *straffri*, men ikke *skyldfri*, som følge af sindssygdom og deraf følgende utilregnelighed. Patienter idømt psykiatriske særforanstaltninger er således principielt skyldige, men fritages fra straf. Hvordan dette indvirker på recovery-processer i en dansk population af retslige patienter, vil være meget relevant at undersøge nærmere.

For danske borgere gælder det, at der går fem år fra en psykiatrisk særforanstaltning ophæves, til den slettes fra straffeattesten.<sup>66</sup> Indtil for nylig blev retspsykiatriske patienter

---

<sup>61</sup> Stølan & Møllerhøj, 2017.

<sup>62</sup> Drennan & Wooldridge, 2014, s. 4; Mezey et al., 2010 s. 692

<sup>63</sup> Drennan & Wooldridge, 2014

<sup>64</sup> Pouncey & Lukens, 2010.

<sup>65</sup> Drennan & Wooldridge, 2014 s. 4.

<sup>66</sup> Se <https://politi.dk/bestil/bestil-straftaestest/hvor-laenge-staar-afgoerelser-paa-straftaestest>.

per automatik idømt sagsomkostninger i forbindelse med deres retssag. Med en ny lovgivning fra vinteren 2018 er der nu mulighed for, at personer der idømmes psykiatriske særforanstaltninger ikke pålægges sagsomkostninger. Det er velkendt fra Kriminalforsorgens regi, at idømmelse af sagsomkostninger kan have stor betydning for rehabilitering og tilbagevenden til et liv uden kriminalitet, især hvis den pågældende allerede har gæld, og/eller også dømmes til at udrede erstatning til ofre for den kriminelle handling.<sup>67</sup>

I forhold til den danske retspsykiatriske patientpopulation er det værd at holde for øje, at der er stor spredning og variation i kriminalitetsgrad og i typer af kriminalitet, f.eks. personlig kriminalitet, herunder vold og trusler mod offentligt ansatte, berigelseskriminalitet, brandstiftelse, trafikforseelser, overtrædelser af våbenlovgivning eller lov om euforiserende stoffer.<sup>68</sup> For en del af den danske retspsykiatriske population vil det at arbejde med kriminalitetshistorik indebære fokus på en bred vifte af kriminelle handlinger, ikke kun meget alvorlig personfarlig kriminalitet.

## Det lyder alt sammen godt, men...

En del af forskningslitteraturen beskæftiger sig med indvendinger og betænkeligheder i forhold til, om det overhovedet er realistisk at arbejde recovery-orienteret i en retspsykiatrisk kontekst.

Sådanne overvejelser kom også til udtryk i evalueringen af recovery-workshop-undervisningen i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor nogle af deltagerne slet ikke kunne relatere arbejdet i specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit til undervisning i recovery-orientering.<sup>69</sup> Noget lignende fremkom også i den kortlægning KFR foretog i 2013 og 2014 blandt personale i den specialiserede retspsykiatri af, hvorledes de som professionelle forholdte sig til at arbejde recovery-orienteret:

- ”det er ønskværdigt – men svært, hvis ikke umuligt i en retspsykiatrisk kontekst”

---

<sup>67</sup> Med en ændring af Retsplejeloven pr. 1. januar 2018, blev pligten til at erstatte sagsomkostninger ved straffesager ændret. Formålet med ændringen var at give domstolene et større skøn til at vurdere, om det i en konkret straffesag er rimeligt, at en person, der som følge af sin psykiske tilstand idømmes andre foranstaltninger i stedet for almindelig straf, skal betale sagens omkostninger.

<sup>68</sup> Stølan et al., 2016; *Nye foranstaltningsdomme i 2017, 2018*.

<sup>69</sup> Living, 2014, s. 11f og 31.

- ”Hvis min patient skal være indlagt de næste to år, hvad er så pointen i at tale med ham om håb og drømme?”
- ”de kan jo ikke engang habilitere...”
- ”hvis min patient gerne vil være buschauffør, hvordan skal jeg så fortælle ham, at det ikke kan lade sig gøre før om mindst fem år?”<sup>70</sup> [fra foranstaltningsophør, JM]

Personalet opfattede det som vanskeligt at se, hvordan recovery-orientering er foreneligt med den kompleksitetsgrad og multiple udfordringer i forhold til sygdom, misbrug, kriminalitet og sociale udfordringer, og i forhold til de begrænsninger, der ofte præger retslige patientforløb. Endvidere pegede personalet på, at nogle af patienterne ofte har tilbagefald, og at det er de samme patienter, der recidiverer gang på gang. Der er en række begrænsninger og metodiske udfordringer knyttet til undersøgelser af recidiv. Det overordnede billede er dog, at foranstaltningsdømte recidiverer betydeligt mindre end personer, der har afsonet en frihedsstraf.<sup>71</sup> Imidlertid kan især personale i sengeafsnit have oplevelsen af, at patienterne kommer igen og igen, og at deres forløb er præget af tilbagefald. Det kan give anledning til behandlingspessimisme og måske endda nihilisme. Dette kan medføre manglende optimisme og tro på, at patienterne kan komme til at leve et kriminalitetsfrit liv. En sådan pessimisme kobles ofte til patienternes problemkompleksitet, men også til de begrænsninger, der knytter sig til de psykiatriske særforanstaltninger, f.eks. begrænsninger i udgange.

En anden klassisk indvending mod recovery-orientering er, at det ikke er muligt for mennesker med alvorlige eller langvarige sindslidelser:

”Recovery lykkes kun for ganske få mennesker med alvorlige sindslidelser. Du taler ikke om de mennesker, jeg møder. Der er for dårlige. Recovery er ikke en mulighed for dem”.<sup>72</sup> Komplex psykopatologi eller komorbiditet afvises imidlertid som hindring for recovery-processer i den engelsksprogede recovery-litteratur. Flere artikler peger på diagnose-specifikke indsatser f.eks. i forhold til recovery og Aspergers, personlighedsforstyrrelser eller sædelighedskriminalitet.<sup>73</sup>

<sup>70</sup> KFR undersøgelse 2013/2014: Recovery og rehabilitering i den specialiserede retspsykiatri. Upubliceret.

<sup>71</sup> *Udviklingen i antal foranstaltninger til psykisk syge og til dømte efter § 69 Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde om årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter*, 2015.

<sup>72</sup> Shepherd, Boardman & Slade, 2008 s. 8.

<sup>73</sup> Lord & Perkins, 2014; Bruve et al, 2010; Shepherd et al, 2017, McMurrin, 2013; Kelbrick, 2013.

## ” It all sounds very well but it won’t work with these patients”<sup>74</sup>

Samtidig viser forskningslitteraturen, at undervisning af personale i recovery-tilgange og recovery-filosofi øger de professionelles positive holdning og tro på, at arbejdet med recovery også er relevant og muligt i retspsykiatriske kontekster. Der er bred enighed i forskningslitteraturen om, at recovery-orienteret pleje og behandling er mulig i forhold til retspsykiatriske patienter, også patienter med høj kompleksitetsgrad som er placeret i hospitaler med højt sikkerhedsniveau (*medium* eller *high security*).<sup>75</sup> Men, der er også konsensus om, at der er behov for visse tilpasninger af recovery-forståelsen med fokus på håb, muligheder og kontrol over eget liv, når den skal udfoldes i retspsykiatrisk regi, hvor patienterne typisk opholder sig ufrivilligt.

I det følgende kapitel ses nærmere på nogle eksempler på sådanne justeringer og tilpasninger, der især er baseret på britiske erfaringer.

---

<sup>74</sup> Drennan & Wooldridge, 2014, s. 3.

<sup>75</sup> Gudjonsson et al., 2010, s. 327. Se endvidere Chandley et al., 2014; Corlet & Miles, 2010; Cromar-Hayes & Chandley, 2015; Doyle et al., 2011; Gill et al., 2010.

## TILPASNINGER – SIKKER RECOVERY & KRIMINALITETSRELATERET RECOVERY

Hovedbudskabet i den britiske recovery-litteratur er, at det kan være en stor udfordring at arbejde recovery-orienteret, når målgruppens kompleksitetsgrad er høj, som det er tilfældet med retspsykiatriske patienter; men, at det kan lade sig gøre, også i *high* og *medium secure* retspsykiatriske kontekster.<sup>76</sup>

I England har der siden årtusindskiftet været stærkt politisk fokus på recovery-orientering i psykiatrisk pleje og behandling. Også her er der fokus på, at dette skal gælde alle, også de mest komplekse patienter. Som følge heraf er der politiske forventninger om, at man også arbejder med recovery i en retspsykiatrisk kontekst.<sup>77</sup> Der er tre high secure hospitaler med tilsammen 800 senge i England. High secure svarer til sikkerhedsniveauet på Sikringen i DK, og huser de mest komplekse retspsykiatriske patienter, der har begået personfarlig kriminalitet.

Det er karakteristisk, at litteratur fra omkring 2010/2011 har fokus på udfordringer relateret til retspsykiatri og recovery, og at betones, at der er tale om ”early days” i forhold til implementering af recovery-orientering.<sup>78</sup> Det er samtidig påfaldende, at den nyere litteratur afspejler konkrete erfaringer med recovery-processer, der er tilvejebragt i den mellemliggende periode, og har et langt stærkere fokus, at det lader sig gøre at arbejde recovery-orienteret i komplekse retspsykiatriske sammenhænge.<sup>79</sup>

Fælles for litteraturen er, at der er udbredt enighed om, at forudsætningen for det recovery-orienterede arbejde er, at der foretages tilpasninger af recovery-begrebet og af forståelsen af personlig recovery. Det kan f.eks. ske ved at arbejde med *offender recovery* og *secure recovery*. Ved *offender recovery* forstås tilgange, der har fokus på, at et væsentligt led i en recovery-proces er at komme overens med tidligere kriminelle handlinger, og at patienter

---

<sup>76</sup> McLouglin & Geller, 2011; Cromer-Hayes & Chandley, 2015; Chandley, Simpson & Penney, 2011; Gudjonsson et al., 2010; Timmons, 2010; Drennan & Wooldridge, 2014; Simpson & Penney, 2018.

<sup>77</sup> Der er udgivet en række policy-papirer om recovery-orientering i Storbritannien, se f.eks. Mezey et al, 2010, Roychowdhury, 2011, Shepherd et al., 2015.

<sup>78</sup> Colett & Miles, 2010; Mezey, 2010.

<sup>79</sup> Se f.eks. McKeown, 2016; Shepherd, 2016; Simpson & Penney, 2018.

deltager aktivt i at forebygge recidiv til kriminalitet. Det er afgørende, at såvel patient som personale arbejder hen imod en forståelse af den eller de kriminelle handlinger, der har ført til dom. I begrebsbrugen vedrørende *secure recovery* er der en stærk betoning af, at sikkerhed, pleje, behandling, rehabilitering og recovery altid følges ad, og at de ikke er modsætninger. I det følgende er *secure recovery* forsøgt oversat til *sikker recovery*, og *offender recovery* oversat til *kriminalitetsrelateret recovery*.

## Sikker recovery

Simpson & Penny, 2011 har peget på, at recovery (med fokus på empowerment, autonomi og beslutningstagning) for en umiddelbar betragtning kan fremstå som en antitese til, og noget, der er meget forskelligt og uforeneligt med, sikker og tryk retspsykiatrisk pleje og behandling. Sikkerhed og pleje/behandling må imidlertid ses som gensidigt afhængige størrelser, ikke som modsætninger:

”viewing security and treatment as requirements of one another, rather than dichotomous goals, is necessary to align the recovery paradigm with forensic mental health”.<sup>80</sup>

En væsentlig forudsætning for, at der overhovedet kan arbejdes recovery-orienteret, er altså, at såvel patienter, medpatienter og personale føler sig trygge og sikre i det fælles miljø, de færdes og interagerer i.

Begrebet sikker recovery blev udfoldet i antologien *Secure Recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings*, 2012. Sikker recovery kan forstås som:

”the challenges of recovery from mental illness and emotional difficulties that can lead to offending behavior. It recognizes that the careful management of risk is a necessary part of recovery in our service but this can happen alongside working towards the restoration of a meaningful, safe and satisfying life”.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Simpson & Penney, 2011, s. 304.

<sup>81</sup> Preface in Drennan & Alred (eds.), 2012.

Undervejs i antologien understreges pointen om, at sikkerhed og risici kan adresseres og håndteres samtidig med udviklingen af en kultur, der understøtter elementer og principper i personlige recovery-processer. Dvs.:

- Finde, understøtte og bevare håb
- Genetablere en positiv identitet
- Opbygge et meningsfuldt liv
- Påtage sig ansvar og kontrol.<sup>82</sup>

Et element i sådanne processer kan være at fokusere på at give ansvaret for håndtering af en given risiko til(bage) til patienten. Det er således ikke noget, der alene skal håndteres af personalet, men af patient og personale i fællesskab. Det betyder, at risiko forstås som aspekter af adfærd og erfaring, og dermed også som noget der kan ændres, accepteres eller modificeres.<sup>83</sup>

#### *Måltrettet og involverende arbejde med risikovurderinger*

Hillbrand et al., 2010 betoner, at recovery-orientering er muligt at udfolde i retspsykiatriske sengeafsnit med høj sikkerhed og at forudsætningen er, at der udvikles en recovery-kultur der arbejder med risiko-håndtering:

”What is needed for this is the development of a culture of recovery that can enable clinicians to focus appropriate attention on managing risks while still viewing the patient as a whole person, a unique individual with likes and dislikes, strengths and weaknesses, trying to get various needs met”.<sup>84</sup>

Kunsten i udviklingen af en sådan recovery-kultur at have fokus på håndtering af såvel statisk som dynamisk sikkerhed, samtidig med, at der er fokus på den enkelte patients behov. Det betones, at dette arbejde med risikovurdering og risikohåndtering, er noget, der foregår i samarbejde mellem patienter og personale:

”It is invaluable to engage patients themselves from the beginning in ongoing frank discussions of how they understand their own static and dynamic risk factors for suicide and violence. [...] It can be helpful to enlist the patients’ interest in developing a list of

---

<sup>82</sup> Drennan & Alred (eds.), 2012.

<sup>83</sup> Drennan & Alred (eds.), 2012 s. 39.

<sup>84</sup> Hillbrand et al., 2010, s. 455.

simple practical measures that may help them regain control and avoid or at least abort a violent episode”.<sup>85</sup>

Et konkret tiltag i et sådant arbejde med at håndtere den enkeltes risici, kan det være nyttigt at udarbejde en liste med forskellige tiltag eller handlinger, der har vist sig at være forebyggende eller deeskalerende eller i forhold til en voldelig handling. I dette arbejde er det ligeledes væsentligt også at have blik for beskyttende faktorer, og ikke kun fokusere på risici.<sup>86</sup> Dette kan understøttes af nogle af de nyere risikovurderingsredskaber, der også har fokus på patientens ressourcer, styrker og beskyttende faktorer, f. eks. START eller SAPROF.<sup>87</sup> Simpson & Penney, 2011 konkluderede således, at “rather than fearing that recovery-oriented care will increase risk, the recovery approach can be utilised to clarify an individual’s existing domains of risk, to strengthen the working alliance between clinicians and patients and to help identify and strengthen those protective factors that can buffer risk”.<sup>88</sup> – Det vil sige, at konklusionen fra internationale erfaringer er, at fokusering på recovery ikke øger risici eller kompromitterer den dynamiske og statiske sikkerhed. Det er snarere omvendt, at det indebærer et intensiveret fokus på forebyggelse af utrygge situationer.

Henagulph et al., 2012 har beskrevet erfaringer fra etablering af *The HCR-20 Risk and Recovery Group* fra et medium secure rehabiliteringsafsnit i London. I denne gruppe arbejdede et antal patienter med at forholde sig aktivt til HCR-20 vurderinger. I begyndelsen af processen foregik dette med afsæt i korte og konstruerede vignetter. Senere i forløbet fik de kendskab til hinandens risikovurderinger og begyndte at arbejde med, hvad der for dem hver især skulle til for at blive visiteret til et lavere sikkerhedsniveau eller udskrivning til ambulans opfølgning.<sup>89</sup>

## Kriminalitetsrelateret recovery

Arbejdet med at bearbejde og komme overens med at have begået en kriminel handling er centralt i recovery-processer for retspsykiatriske patienter. Begrebet *offender recovery* blev

---

<sup>85</sup> Hillbrand et al. 2010, s. 453.

<sup>86</sup> Simpson & Penney, 2018, s. 386.

<sup>87</sup> Vandevalde et al., 2016; Viljoen et al., 2011.

<sup>88</sup> Simpson & Penney, 2011 s. 304.

<sup>89</sup> Henagulph et al., 2012.



ligeledes udfoldet i antologien *Secure Recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings*, 2012. Her defineres kriminalitetsrelateret recovery som:

“the subjective experience of coming to terms with having offended, perceiving the need to change the personal qualities that resulted in in past offending, which also create the future risk of reoffending, and accepting the social and personal consequences of having offended”.<sup>90</sup> Med denne definition er der således et dobbeltfokus på kriminalitet; dels bagudrettet på det eller de kriminelle forhold, der ligger til grund for den aktuelle indedom og foranstaltning, og dels fremadrettet i forhold til at forebygge recidiv til ny kriminalitet.

Traditionelt har man behandlet medikamentelt på symptomerne på psykisk sygdom og i denne forbindelse også antaget, at man derved samtidig adresserede en eventuel risiko for ny kriminalitet.<sup>91</sup> Det gør man muligvis også, hvis der er tale om åbenlys psykoseafledt kriminalitet. Risikoen for eksempelvis udadreagerende eller personfarlig adfærd vil formentlig i en række tilfælde kunne reduceres med antipsykotisk medicin. Men, hvis der er tale om andre typer af kriminalitet, f.eks. berigelseskriminalitet er det mindre entydigt om medikamentel behandling virker kriminalitetsforebyggende.<sup>92</sup>

Askola et al. 2016 og 2018 har undersøgt, hvordan man over tid kan arbejde terapeutisk med den pådømte kriminalitet, men peger samtidig på, at det er væsentligt at have blik for, at synet på kriminalitet hos den individuelle patient kan ændre sig i løbet af et behandlingsforløb, fra f.eks. benægtelse til stor skyld og anger. Tilgangen og tempoet i forhold til at arbejde med kriminalitetsrelateret recovery må derfor afpasses efter, hvor den enkelte patient er i sit forløb.<sup>93</sup> Et væsentligt element i recovery-processer, og ikke mindst i kriminalitetsrelateret recovery, er arbejdet med identitet og *labelling*, og at forsøge at skabe nye roller og nye identiteter.<sup>94</sup> På dette felt er der formentlig også en række erfaringer fra kriminalforsorg og fængselsvæsen, som måske kan overføres til psykiatriske kontekster.<sup>95</sup>

---

<sup>90</sup> Drennan & Alred (eds.), 2012.

<sup>91</sup> Drennan & Alred (eds.), 2012, s. 17.

<sup>92</sup> Stølan et al. 2016.

<sup>93</sup> Askola et al., 2016 og 2017.

<sup>94</sup> Coffey, 2012.

<sup>95</sup> Se f.eks. Stevens, 2012.

En række studier betoner, at de professionelles syn på kriminalitet og den tilgang de herefter møder patienterne med, har stor betydning. Det er afgørende, at patienter mødes på en respektfuld og ikke-dømmende måde.<sup>96</sup> Litteraturen betoner samtidig, at det kan være vanskeligt for professionelle over tid at agere empatisk og at blive ved med at bære håb om, at patienterne kan få det bedre og kan komme til at leve liv uden kriminalitet. Det beskrives ligeledes, at professionelle kan komme til at udvikle negative holdninger eller decideret modstand i det relationsopbyggende arbejde med retspsykiatriske patienter, hvis der ikke er blik for eventuelle reaktioner i forhold til eksempelvis alvorlig personfarlig kriminalitet. Derfor er det ifølge forskningslitteraturen essentielt, at der arbejdes aktivt med kommunikation, tværfagligt samarbejde, team support, supervision og debriefing til professionelle, der arbejder i dette felt, i forhold til at forebygge risiko for distancering eller dehumanisering.<sup>97</sup>

## Eksempler på recovery-orienterede tilgange i retspsykiatri

Der synes at være bred enighed i litteraturen om, at recovery for patienter med retsrlige foranstaltninger som udgangspunkt indeholder de samme centrale elementer som for alle andre psykiatriske patienter: Det vil sige, at håb og optimisme, og at udvikle en positiv identitet og et meningsfuldt liv på trods af sygdom. Dette er en logisk følge af princippet om, at en retspsykiatrisk patient er et menneske med en psykisk sygdom, som har begået en kriminel handling. I tillæg til dette er det endvidere nødvendigt, at patienter med retsrlige foranstaltninger arbejder med den eller de kriminelle handlinger, der ligger til grund for dommen. – dels ved at arbejde med at komme overens med den pådømte kriminalitet og dels ved at forebygge recidiv til kriminalitet.<sup>98</sup>

### *Recovery-orienteret psykiatrisk sygepleje*<sup>99</sup>

En svensk undersøgelse har haft fokus på, hvorledes personalet i en specialiseret retspsykiatrisk afdeling (med maximum secure sikkerhedsniveau) arbejder recovery-

---

<sup>96</sup> Rose et al., 2011; Harris et al., 2014; Lammie et al., 2010.

<sup>97</sup> Rose et al., 2011; Lawn et al., 2015; Lammie et al., 2010; Harris et al., 2014

<sup>98</sup> Simpson & Penney, 2018 s. 384.

<sup>99</sup> Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery udgav i 2016 et katalog over aktuelle recovery-orienterede praksisser i RHP. Ingen af disse er specielt målrettet patienter med retsrlige foranstaltninger, men en række af dem vil formentlig kunne bringes i anvendelse til denne målgruppe. Se *Recovery i praksis*, 2016 [https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Publikationer/Documents/recovery\\_i\\_praksis.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Publikationer/Documents/recovery_i_praksis.pdf)

orienteret. I undersøgelsen har forskerne interesseret sig for overgange og transitioner, og for såkaldte *vendepunkter (turning points)*, som er et centralt begreb i den generelle recovery-litteratur. Sådanne vendepunkter beskriver begivenheder eller oplevelser af, at noget ændrer sig markant. I denne specifikke retspsykiatriske kontekst blev recovery defineret som mulighed for udgang, deltagelse i rekreativ aktivitet og det at undgå voldelig adfærd. Olsson et al., 2014 fandt to vigtige opmærksomhedspunkter: dels ”det af fremme vendepunkter” (promoting a turning point) og at ”få øje på vendepunkter” (recognizing a turning point) i personalets praksisser. Personalet var i høj grad klar over hvilke praksisser, der kan bidrage til at fremme en forandring, og at det kan kræve stor tålmodighed og tid at opbygge en tillidsfuld relation. Der var ligeledes fokus på, at man som professionel skal kunne udholde, at det måske går langsomt, og at det er kontraproduktivt at presse for meget på, for at nå et bestemt mål. Som eksempler på udtryk for forandringer pegede personalet på små ændringer i adfærd; f.eks. muligheden for at få øjenkontakt, eller at patienten opholdt sig mere i fællesmiljøet. Olsson et al., 2014 anbefaler, at den psykiatriske sygepleje i retspsykiatriske kontekster konstant har blik for tegn og signaler i den enkelte patients adfærd, der kan understøtte recovery-processer, og at pleje og behandling løbende tilpasses hertil.<sup>100</sup>

Det fremhæves ofte, at en recovery-orienteret psykiatrisk sygepleje indebærer en bevægelse væk fra kustodial pleje mod en såkaldte patient-centreret sygepleje, der har fokus på størst mulig individualisering og tilrettelæggelse efter patientens ønsker og behov.<sup>101</sup> McKenna et al., 2014 har beskrevet, hvordan der er arbejdet med at indføre recovery-orienteret sygepleje i en australsk kontekst. Her har der været fokus på at arbejde hen imod patienternes forståelse af et liv, der er værdifuldt og værd at leve (”a life worth living”) ved bl.a. at arbejde med at fremme håb, autonomi og selvbestemmelse, deltagelse i meningsfulde aktiviteter og ved at fokusere på styrker og ressourcer hos den enkelte patient. Der er endvidere arbejdet mod øget grad af deltagelse og medborgerskab i lokalsamfund og med håndtering af risici i form af såkaldte kalkulerede risici. Forudsætningen for at arbejde med håndtering af risiko på denne måde er detaljeret viden om den enkelte patients risikovurdering, hans styrker og beskyttende faktorer og at vedholdende fokus på dynamiske risikofaktorer, herunder reduktion af risiko for voldelig adfærd/aggression ved hjælp af medicinsk behandling.<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> Olsson et al., 2014.

<sup>101</sup> Mejia & Vandevooren, 2011; Livingston et al. 2012.

<sup>102</sup> McKenna et al., 2014.

Et andet centralt begreb i patient-centrerede indsatser er partnerskaber (*partnerships*). Et sådant partnerskab kan forstås som ”the collaboration between the nurse and client, using the client’s personal strengths and resources, combined with evidence-based nursing practice, to facilitate recovery through client independence, self-esteem and safety”.<sup>103</sup> I en retspsykiatrisk kontekst, præges dette partnerskab af gensidige forhandlinger og en konsolidering af en terapeutisk alliance baseret på empati og forståelse. Når dette samarbejde lykkes, kan det understøtte patientens recovery-forløb.<sup>104</sup>

Salzman-Erikson et al., 2016 har ligeledes argumenteret for, at man skal forlade ”policing roles” og kustodiale aktiviteter, og i stedet arbejde med at fremme individuel recovery for den enkelte patient. Dette indebærer bl.a., at psykiatriske sygeplejersker skal gøre op med forestillinger om ”den produktive sygeplejerske” og i stedet øge fokus på at være tilstede og at opbygge tillidsfulde relationer over tid. Et væsentligt element i denne relationsdannelse er at komme til at kende personen bag den aktuelle diagnose og den aktuelle kriminelle handling.<sup>105</sup>

Chandley et al. 2014 beskriver, hvordan de i et løbende udviklingsarbejde har haft fokus på at gøre sygeplejen mere recovery-orienteret ved bl.a. at arbejde aktivt med at reducere og modvirke *labelling* og stigma af retspsykiatriske patienter, og ved at have fokus på kulturen i afsnit og opretholdelse af et miljø, der opleves sikkert af både patienter og personale. Konklusionen på dette arbejde med recovery-orientering i high secure-kontekster, indebar ifølge Chandley et al., et paradigme-skift og ændringer i pleje- og behandlingsfilosofi såvel som praksisser, herunder især en bevægelse væk fra en konsekvens-drevet tilgang og konfronterende tilgang til patienterne.<sup>106</sup> Chandley et al. konkluderer, at recovery-orientering først og fremmest handler om tilgang og holdning, og at *hvordan* man tilrettelægger og tilbyder sygepleje er lige så væsentligt som indholdet i denne sygepleje. Dermed kommer recovery til at handle om tilgang til og udførelse af psykiatrisk sygepleje: ”recovery is about the way care is delivered”.<sup>107</sup>

---

<sup>103</sup> van Schagen, 2017.

<sup>104</sup> Ibid.

<sup>105</sup> Salzman-Erikson et al., 2016.

<sup>106</sup> Chandley et al., 2014, s. 212.

<sup>107</sup> Chandley et al., 2014.

Gill et al., 2010 har beskrevet erfaringer med *Integrated Care Pathway* (ICP), som recovery-understøttende tiltag. Fremgangsmåden beskrives som udtryk for et skift fra “traditional security-focused model of care to a model of recovery”, og blev iværksat for at imødekomme politiske ønsker om øget brugerinvolvering, advocacy og personligt ansvar for egen recovery-proces.<sup>108</sup>

I arbejdet med *Integrated Care Pathway* blev der arbejdet med 5 søjler:

- 1) Somatisk behandling
- 2) Sygdom, indsigt, velbefindende og recovery
- 3) Stoffer og alkohol
- 4) Skadende adfærd
- 5) Psykosociale forhold, beskæftigelse og rehabilitering

De fem søjler danner et forløb og der skal være arbejdet med alle fem før udskrivelse. Endvidere er der løbende fokus på risikovurdering og risikohåndtering og på, at patienter skal deltage aktivt i arbejdet med specifikke og individuelle risikofaktorer og med at styrke beskyttende faktorer.<sup>109</sup>

Fokus på sikkerhed og på personalets velbefindende ses i et andet studie fra Ashworth Hospital i Liverpool. Her har man også arbejdet med recovery-orientering i en high secure-kontekst. Arbejdet tydeliggjorde, hvor afgørende betydning personalets tilgang og adfærd, og de professionelles oplevelse af at være trygge og sikre, kan spille for patienternes adfærd, deres risiko for at skade andre og dermed for deres recovery-proces: ”much of literature indicates that staff can enhance and aid a person’s recovery, which implies nurses could also hinder and halt an individual’s recovery. If this is so, what place does nurses’ fear have in all of this?”.<sup>110</sup> I studiet (der var udformet som et aktionsforskningsprojekt) blev der arbejdet med begrebet *dual recovery*, der har fokus på, at recovery-processer for retslige patienter er tosidede, og handler om både recovery fra psykisk sygdom og recovery fra det at have begået en kriminel handling. Studiets forfattere har endvidere udviklet en definition af recovery i en *high secure* kontekst:

“Recovery is life long. It involves taking responsibility, using strengths and creating and maintaining safe relationships to shape personal identity. It includes managing risky

---

<sup>108</sup> Gill et al., 2010, s. 29-36.

<sup>109</sup> Gill et al., 2010, s. 33.

<sup>110</sup> Cromar-Hayes & Chandley, 2015, s. 35.

behavior or attitudes. It involves openness and honesty and is aimed towards a positive future. It means being a useful and contributing member of society.”<sup>111</sup> Denne recovery-forståelse er præget af fokus på tryghed og sikkerhed, og på, at recovery-processer for mennesker med retspsykiatriske problemstillinger indebærer aktiv forholden sig til og håndtering af risikoadfærd.

#### *Offender rehabilitation/Risk/Need/Responsivity*

I den internationale forskningslitteratur er der endvidere en række eksempler på brug af forskellige rehabiliteringsprogrammer; f.eks. *Offender Rehabilitation*, *The Good Lives Model*, og *Reasoning and Rehabilitation Programme (R&R)*.<sup>112</sup> En del af litteraturen har fokus på Risk, Need and Responsivity-principperne (RNR), men der beskrives flere forskellige modeller og programmer for rehabilitering. Robertson et al., 2011 pegede i en litteraturgennemgang på, at der er behov for yderligere operationalisering og afprøvning af disse.<sup>113</sup> Det diskuteres endvidere om, og i hvilket omfang de kan overføres og anvendes i retspsykiatriske kontekster og i henholdsvis døgnafsnit og i ambulante regi.<sup>114</sup>

I Danmark har Kriminalforsorgen i Frihed ligeledes en strategi for indførelsen af Risk, Need and Responsivity-principper. RNR er en kriminalpræventiv rehabiliteringsmodel, hvor der er fokus på den enkeltes risiko, behov og responsivitet.<sup>115</sup> Det kan fremadrettet være relevant at følge med i indsætter, tiltag og erfaringer fra Kriminalforsorgen, herunder også erfaringer med brug af debriefing og supervision, og overveje i hvilket omfang dette kan overføres og bringes i anvendelse i en behandlingspsykiatrisk kontekst.<sup>116</sup>

Gustavsson et al. 2011 har beskrevet centrale elementer i rehabilitering og overgang fra institutionelle til mindre, eller ikke-institutionelle rammer, og har peget på følgende som helt centrale omdrejningspunkter i rehabiliteringsprocesser:

---

<sup>111</sup> Cromar-Hayes & Chandley, 2015, s. 36.

<sup>112</sup> Barnao, 2013; Young et al., 2010; Ward, 2012; Rees-Jones et al., 2012; Brown & Lewis, 2014; Young et al., 2015; Ferguson et al., 2009; Moore & Drennan, 2013; Tarasenko et al., 2012.

<sup>113</sup> Robertson et al, 2011.

<sup>114</sup> Nago & Davies, 2010.; Clarke et al., 2010; Campbell et al., 2015.

<sup>115</sup> Clausen, 2016: *Delanalyse 1 vedrørende evaluering af RNR i KiF*; se også:

<https://vidensportal.dk/temaer/ungdomskriminalitet>

<sup>116</sup> Se f.eks. planer for supervision og debriefing af personale: <https://www.kriminalforsorgen.dk/om-os/kriminalforsorgens-opgaver/fleraarsaftaler/>

- Veltilrettelagt plan for pleje og behandling
- Måltrettet beskæftigelse
- ”Secure housing”, forstået som et bosted med tilgang til personale ved behov
- Velfungerende sociale netværk, som man har tillid til
- Stærk relation til kontaktperson eller lign.

Gustavsson et al., 2011 fandt endvidere, at det var afgørende for rehabilitering, hvorvidt patienterne havde erfaring med at håndtere deres egen økonomi. Studiet viste, at dette var udfordrende for en række patienter, og det gav anledning til at anbefale, at man tilbyder undervisning i økonomihåndtering og privatøkonomi, under indlæggelse, som en del af forberedelsen på udslusning til ambulanseregion.<sup>117</sup>

Simpson et al., 2015 har peget på vigtigheden af at udvikle og arbejde med undergruppering og forskellig typologisering af de kriminelle handlinger, der ligger til grund for en særforanstaltning. Med afsæt i sådanne er det muligt at lave differentieret rehabilitering og at tilpasse indsatser til den enkelte patients rehabiliteringsbehov.<sup>118</sup>

Et sidste element, der ofte nævnes i litteraturen som afgørende for rehabiliterings- og recovery-processer er muligheden for meningsfulde aktiviteter eller meningsfuld beskæftigelse.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Gustavsson, 2011.

<sup>118</sup> Simpson et al., 2015.

<sup>119</sup> Craik et al., 2010, s. 339-344; Farnworth & Munoz, 2009; Tregoweth et al., 2012.

## HVAD SIGER PATIENTERNE OM DERES REHABILITERINGS- OG RECOVERYFORLØB?

I forskningslitteraturen om recovery og retspsykiatri er der en række nyere studier, der har fokus på, hvad patienterne oplever som hjælpsomt i deres recovery- og rehabiliteringsforløb.

Shepherd et al. 2016 har fundet frem til tre centrale elementer, som de interviewede patienter udpegede som det mest centrale i retspsykiatrisk recovery:

- 1) Tryghed og sikkerhed som nødvendigt udgangspunkt for recovery-processer. Denne tryghed kan dels opnås i kraft af fysiske rum (f.eks. et lukket afsnit) og dels via relationer til omsorgspersoner.
- 2) Betydningen af at arbejde med håb, og det at have støttende og hjælpsomme relationer i processen
- 3) Komplekst arbejde med identitetsdannelse og at skabe nye selvforståelser og roller

Nijam-Jones et al., 2014 har sammenfattet fem centrale temaer, der, ifølge patienter, har afgørende betydning i recovery-forløb:

- 1) Involvering i meningsfulde aktiviteter
- 2) At man har tiltro til regler og sociale normer og at de opleves som væsentlige for recovery
- 3) At man er tilknyttet støttende individer: professionelle, venner eller familie
- 4) At få nye færdigheder
- 5) Længden af hospitalsopholdet

McKeown et al., 2016 har undersøgt recovery-forløb i et britisk high secure hospital. På baggrund af interviews med 25 patienter og 30 personalemedlemmer blev der identificeret fire centrale recovery-elementer:

- 1) Meningsfuld beskæftigelse
- 2) Værdiskabende relationer
- 3) Recovery-rejser (recovery journeys) og dialog om fortiden
- 4) Recovery som personligt ansvar



Colet & Miles, 2010 har evalueret arbejdet med at implementere recovery-filosofi i et medium secure hospital i England, med afsæt i Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM). Her blev der udpeget i alt 24 centrale recovery-elementer:

- 1): Mening
- 2): Håb
- 3): Personlig identitet
- 4): Respekt om rettigheder
- 5): Positive relationer
- 6): Håndtering af symptomer
- 7): Personlige styrker
- 8): Meningsfulde aktiviteter for den enkelte
- 9): Forbedret sundhed
- 10): Nye færdigheder
- 11): "En hjælper, der bryder sig"
- 12): Kontrol og empowerment
- 13): Basale behov
- 14): Hjælp i forbindelse med kriser
- 15): Udfordring af stigma
- 16): Sociale roller
- 17): Peer støtte
- 18): Viden
- 19): Del af samfund/fællesskab
- 20): Spiritualitet
- 21): Nye udfordringer
- 22): At styre egen recovery
- 23): Positive rolle modeller
- 24): Intimitet og seksualitet<sup>120</sup>

Clarke et al., 2016 har på baggrund af en litteraturgennemgang sammenfattet seks centrale hovedtemaer, som retspsykiatriske patienter har peget på som essentielle:

- 1) Oplevelsen af tilhørighed (connectedness)

---

<sup>120</sup> Corlett & Miles, 2010, s. 14-25.

- 2) Selvfølelse (sense of self) – og at udvikle en selvfølelse, der er forskellig fra en ”offender identity”
- 3) At komme overens med fortiden
- 4) Frihed
- 5) Håb
- 6) Sundhed og intervention

Clarke et al. peger endvidere på, at positive og ligeværdige relationer med professionelle fremstår som et centralt omdrejningspunkt og som noget, der fremmer recovery. Det er essentielt at opleve sig respekteret, anerkendt og hjulpet af professionelle: “Positive relationships with staff influenced how patients defined themselves and nurtured self-esteem. For some, relationships with staff provided them with acceptance, inclusion, companionship and a sense of belonging that they had never experienced before”.<sup>121</sup> Ligeledes er det af afgørende betydning at kunne tage del i meningsfulde aktiviteter, fordi det bidrager til at øge troen på, at det er muligt at opbygge en tilværelse, der ikke er defineret af sygdom eller den pådømte kriminalitet.<sup>122</sup>

Disse beskrivelser af et ikke-konfronterende personale, der får patienter til at følge sig respekteret og taget hånd om, ligger i tråd med hovedkonklusioner i en stor dansk undersøgelse af retspsykiatriske patienters oplevelser af pleje og behandling. Det, der ifølge patienterne, kendetegner gode og hjælpsomme relationer til professionelle er, at de møder én i øjenhøjde, med respekt, og først og fremmest som et menneske.<sup>123</sup> Centrale elementer i de liv, de retspsykiatriske patienter drømmer om at leve er:

- et godt og trygt sted at bo
- noget meningsfuldt at lave
- mindre misbrug
- flere (eller genskabte) relationer til pårørende og netværk.<sup>124</sup>

I et svensk studie har Pollak et al, 2018 identificeret fire centrale temaer i personlig recovery som retspsykiatrisk patient:

- Tid og muligheder for forandringer

---

<sup>121</sup> Clarke et al., 2016 s. 47.

<sup>122</sup> Clarke et al., 2016.

<sup>123</sup> Møllerhøj & Stølan, 2018.

<sup>124</sup> Stølan & Møllerhøj, 2017.

- Tillid og det at få skabt betydningsfulde relationer til såvel personale som medpatienter
- Håb – og at tro på et fremtidigt mål
- Værktøjskasse med redskaber i bred forstand (f.eks. medicin, terapi, aktiviteter, samt regler, strukturer og rutiner i afsnittet)

## De professionelle rolle

Det er et gennemgående tema i forskningslitteraturen, at gode og tillidsfulde relationer til professionelle er centrale i recovery-processer, og at professionelle ofte spiller en stor rolle som facilitatorer. Dermed bliver også personalets menneskesyn og tilgang helt afgørende i forhold til at understøtte recovery-processer, eller at modvirke dem.

” The therapeutic relationship is consistently noted as central and catalytic to the recovery process”<sup>125</sup>

Harris et al., 2014 har ligeledes vist, at personalets tilgang har stor betydning for opbygning af relationer (og dermed for recovery og rehabilitering). Studiet peger på, at også personale påvirkes af at arbejde i miljø præget af stigma og lavprestige, og at dette kan få betydning for den hjælp og omsorg de vil være i stand til at udøve. Tilsvarende kan den enkeltes individuelle syn og reaktion på den kriminalitet patienten har begået influere på udøvelsen af psykiatrisk sygepleje. I studiet peges således på vigtigheden af klinisk supervision, betydningen af støtte fra et team, kommunikation og tværfagligt samarbejde i forhold til at håndtere eventuelle negative følelser.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Simpson & Penney, 2018 s. 385.

<sup>126</sup> Harris et al., 2014. Se endvidere Rose et al., 2011 og Lammie et al., 2010.

## DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING

Gennemgangen af forskningslitteraturen vedrørende recovery og retspsykiatri viser, at der er stor enighed om, at personlige recovery processer også er mulige for patienter med høj kompleksitetsgrad og som er idømt psykiatriske særforanstaltninger. Der er også udbredt enighed om, at det kræver visse tilpasninger, herunder især målrettet arbejde med risikovurdering og håndtering, og individuelle indsatser i forhold til at arbejde med håndtering af indexkriminalitet såvel som risiko for recidiv til ny kriminalitet.

Selvom litteraturen om recovery og retspsykiatri er vokset støt igennem de seneste 10 år, er det på mange måder fortsat et nyt og jomfrueligt felt. Det afspejles blandt andet i, at der, bortset fra dilemmaer knyttet til den retslige dobbeltopgave (*care and control*), stort set ikke ser ud til at være taget hul på nogle af de mere principielle diskussioner i relation til recovery-orientering. Det gælder eksempelvis kritikken af recovery-orientering som et liberalistisk ”enhver er sin egen lykkes smed”- projekt, eller problematiseringen af, at behandlingspsykiatri og socialpsykiatri har koloniseret recovery-begrebet. Et recovery-begreb, der i eksempelvis brugerbevægelsens øjne var ”deres”.

Afslutningsvis gøres der korte ophold ved nogle af disse centrale problematiseringer, da de også fremadrettet kan have betydning for recovery-orienteringen på det retspsykiatriske område.

### Kolonialisering af recovery-begrebet og risiko for instrumentalisme

Det fremhæves ofte, at recovery ikke er en metode eller et værktøj, men at begrebet favner den unikke og individuelle proces med at komme sig. Samtidig er der stærkt politisk og organisatorisk fokus på, at professionelle skal kunne tilbyde recovery-orienteret støtte, pleje og behandling, hvorved man kan få indtryk af, at der alligevel er tale om en form for metode eller struktureret indsats. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering har peget på, at der er sket et interessant sprogligt skift fra at tale om recovery-orienteret til recovery-understøttende, og at der er et forstærket fokus på indsatser med dokumenteret effekt.<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling*, 2013 s. 4.

Det afspejles blandt andet i videndeling fra Socialstyrelsen, der har fokus på ”metoder og tilgange, der har dokumenteret effekt i forhold til recovery og psykosocial rehabilitering”.<sup>128</sup> Blandt metoder med dokumenteret effekt nævnes f.eks. Critical Time Intervention (CTI), Feedback Informed Treatment (FIT), Assertive Community Treatment (ACT), Åben Dialog, Social Færdighedstræning og Livshistoriefortællinger.<sup>129</sup>

Der synes at være en vis tvetydighed i på en ene side at betone, at recovery vedrører den enkeltes proces med at komme sig, og på den anden side at have fokus på metoder og indsatser, der har dokumenteret effekt på disse processer. Det giver indtryk at, at recovery altså også er et resultat, der kan frembringes ved hjælp af bestemte indsatser? Derved øges risikoen for instrumentalisme. Det er ligeledes en risiko, at man kommer til at opholde sig ved og implementerer bestemte tiltag, men udelader andre dele af en bredere recovery-orientering.<sup>130</sup>

Det har endvidere været fremført som kritik, at såvel socialpsykiatri og behandlingspsykiatri har botaniseret vel rigeligt, eller ligefrem koloniseret recovery-begrebet. Præmissen for denne kritik synes at være, at der er en distinkt og særlig oprindelig forståelse af personlig recovery, som udgår fra brugerbevægelserne.<sup>131</sup> Som nævnt indledningsvist er der ikke et entydigt ophav til recovery-filosofi, da det kan iagttages såvel hos kvækerne før etableringen af psykiatrien som et lægevidenskabeligt speciale, som hos den første generation af psykiatere, der havde stor behandlingsoptimisme og fokus på patienternes hurtige tilbagevenden til lokalsamfundet. Det understreges ligeledes i den norske/danske vidensopsamling fra 2013, at, der er ”mange centrale værdier, perspektiver og principper indenfor recovery som er sammenfaldende eller beslægtet med andre begreber og perspektiver, som er velkendte i norske [og danske, JM] kontekster”.<sup>132</sup>

## Hvad nu, hvis man ikke vil recover?

Et helt andet spørgsmål, der kan rejses er, hvorvidt den aktuelle forståelse af recovery har for meget fokus på den enkeltes ansvar for at komme sig, og at man forventes at komme

---

<sup>128</sup> Citeret fra <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/metoder-og-tilgange>.

<sup>129</sup> <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/mennesker-med-psykiske-vanskeligheder-viden-der-virker>

<sup>130</sup> Se f.eks. Korsbek, 2017.

<sup>131</sup> Oute, 2017.

<sup>132</sup> *Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling*, 2013 s. 43.

sig på en, for samfundet mest optimal, måde.<sup>133</sup> Det vil sige, en måde, hvor man i størst muligt omfang kan klare sig selv og ikke er afhængig af offentlig hjælp og støtte? Eller at der en tendens til at hype patienter, der kommer sig på en sådan måde, at de kan arbejde som særlige rådgivere eller skrive velformulerede blog-indlæg. Caroline Livingstone formulerede i en meget tankevækkende kronik *Rend mig i min såkaldte recovery* eksempler på en tendens til sådanne snævre syn på recovery.<sup>134</sup> På samme måde problematiserede Sofie Skamris Pedersen en for snæver recovery-forståelse ved at stille spørgsmålet ”hvorfor hylder vi kun dem, der rejser sig igen efter en psykisk lidelse?”. I denne kronik blev der sat fokus på, at det kan være kontraproduktivt og stille hindringer i vejen for at få det bedre, hvis man oplever, at det er umuligt at komme sig på det, der fremstilles som ”den rigtige måde”. Eller at man kan komme til at føle sig som en (endnu større) fiasko, hvis man oplever tilbagefald eller at det ikke er muligt at komme sig på samme måde, som de, der fremstilles med succesfortællinger i offentligheden.

Endelig er der spørgsmålet, om det er muligt aktivt at vælge, at man ikke vil recover eller arbejde aktivt mod forandring? Ikke vil påtage sig det store arbejde med at prøve at overkomme konsekvenser af alvorlig psykisk sygdom? Hvor langt rækker den aktuelle besyngning af retten til selvbestemmelse? Er det muligt at fravælge recovery, og at aktivt vælge en anden vej, herunder også potentielt tage et valg om at gå i hundene? Eller er vi med den stærke politiske og strategiske betoning af recovery kommet til at antage, at sådanne recovery-rejser må alle selvsagt være interesserede i?

## Er sygdomsindsigt en forudsætning for recovery?

Seniorforsker Lisa Korsbek fra Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, problematiserede i en artikel i 2013 en gængs antagelse om, at sygdomsindsigt er en væsentlig forudsætning for recovery.<sup>135</sup> Korsbek demonstrerer i artiklen, at sygdomsindsigt ofte er blevet opfattet snævert og ud fra professionelles forståelse af, hvad det måtte indebære. Derved levnes meget lidt plads til den enkeltes subjektive forståelse af sin situation og tilstand. Patientinterviews tyder imidlertid på, at der kan være mange forskellige måder at forstå sine symptomer eller tilstand på; at man kan være sygdoms-

---

<sup>133</sup> Slade et al., 2014.

<sup>134</sup> Livingstone: Rend mig i min såkaldte recovery. Kronik i *Politiken*, 24. marts 2017.

<sup>135</sup> Korsbek, 2013.

erkendt, men uenig i sin diagnose, at man ikke opfatter sig selv som syg, men alligevel accepterer at tage imod medicinsk behandling osv..<sup>136</sup>

” You can’t recover from something you don’t think you have”<sup>137</sup>

Spørgsmålet om nødvendigheden af sygdomsindsigt bliver aktualiseret i forhold til patienter, der er dømt for en kriminel handling, der relaterer sig til en psykisk sygdom. Dette er et af flere områder, som det vil være meningsfuldt at granske nærmere i et fremtidigt arbejde. I forskningslitteraturen om recovery og retspsykiatri er der, som vi har set i det foregående, en stærk betoning af ansvar. Måske indebærer dette, at det ikke er nødvendigt at demonstrere en specifik form for eller fuld sygdomsindsigt, men dog en vis villighed i forhold til at arbejde med erkendelsen af en kriminel handling, begået mens man var i en bestemt psykisk tilstand?<sup>138</sup> Fra KFRs undersøgelse baseret på 50 interviews med retspsykiatriske patienter er det tydeligt, at der er behov for at revidere gængse fortællinger om, at retslige patienter ikke er sygdomserkendte eller at de er tilbøjelige til at benægte den kriminalitet, de er dømt for. Det viste sig at være langt mere nuanceret.<sup>139</sup>

### Konsekvenser for de professionelle og deres roller?

Den øgede fokus på recovery indebærer også nye syn på de professionelles roller. Når det fremhæves, at patienter er eksperter i eget liv, og at professionelle i højere grad skal agere som konsulenter, fødselshjælpere eller coaches, kan det give anledning til usikkerhed og frustration om den professionelles rolle og ekspertise.<sup>140</sup> Den samme slags frustration kan iagttages i forhold til ansættelsen af medarbejdere med brugerbaggrund.

” Recovery-tilgange devaluerer faglige indsatser. Hvorfor har jeg brugt 10 år på at uddanne mig, hvis det

---

<sup>136</sup> Stølan & Møllerhøj, 2017.

<sup>137</sup> Drennan & Alred (eds.), 2012 s. 82.

<sup>138</sup> Drennan et al., 2014 s. 5 og 21.

<sup>139</sup> Stølan & Møllerhøj, 2017.

<sup>140</sup> Järvinen & Mik-Meyer, 2012.

## er en anden uden uddannelse, der træffer alle beslutningerne”.<sup>141</sup>

Litteraturgennemgangen i dette arbejdspapir har tydeligt vist, at det at patienten opnævnes til ekspert i eget liv, ikke mindsker behov for professionel hjælp og støtte. Ikke mindst i relation til patienter med høj kompleksitetsgrad og multiple problemstillinger, er det tydeligt, at de professionelle har en meget væsentlig rolle at spille i forhold til at understøtte personlige recovery-processer.

Litteraturgennemgangen viser ligeledes, hvor vigtigt det er at italesætte begrebsklarheden på området, idet tvetydighed har oplagte konsekvenser for arbejdet med recovery-orientering i den kliniske praksis i hverdagen. Denne begrebmæssige uklarhed synes at være en væsentlig udfordring i forhold til at fremme en recovery-orienteret tilgang og kultur i behandlingspsykiatrien. Der synes fortsat at være behov for en tydeliggørelse for de professionelle, hvori deres opgaver består, og af hvorledes man kan arbejde recovery-understøttende.

### Retspsykiatrisk recovery

Uanset hvad den enkelte patient måtte mene om, hvorvidt en behandlingsdom er hjælpsom og brugbar i netop dette menneskes liv, er det et udefra sanktioneret vilkår, der ikke kan vælges fra, og som typisk griber betydeligt ind i den enkeltes forløb og liv igennem en årrække.

Eksempler på tilpasninger og udvikling af kriminalitetsrelateret recovery og sikker recovery peger i retning af, at der *kan* arbejdes med recovery, håb og muligheder, også i de forløb, hvor det ser allervanskeligst ud.

Det indvendes ofte mod recovery-orientering, at det jo bare er gammel vin på nye flasker, og at det er noget vi allerede praktiserer. Det er korrekt, at der er grundlæggende elementer i recovery-filosofi, som allerede var formuleret for flere hundrede år siden. Men, på mange måder indebærer en recovery-orientering fundamentale ændringer i måden vi opfatter såvel

---

<sup>141</sup> Shepherd et al., 2008 s. 9



sygdom som patienter på. Og der er derfor fortrinsvis tale om ny vin på nye flasker, som vi hælder op og håndterer på fundamentalt nye måder. Det gælder ikke mindst:

- Syn på sygdom
- Syn på muligheder for at aktivt og tilfredsstillende liv
- Villighed til ændringer af magtrelationer
- Individuel tilpasning af pleje, behandling og rehabilitering

Som det er demonstreret i det foregående, er der dilemmaer og paradokser en masse, når vi skal forsøge at omsætte disse filosofier i retspsykiatriske kontekster, hvor der ofte er en række restriktioner i det enkelte menneskes liv. Disse dilemmaer og paradokser skal vi opholde os ved, reflektere over, arbejde med og forsøge at overkomme. I denne proces er det værd at lære og at lade sig inspirere af de udenlandske erfaringer, der gennem de seneste 10 år er høstet på det retspsykiatriske område.

## REFERENCER

### **Begrebsbrug**

Anthony, WA 1993, 'Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's', *Psychosocial Rehabilitation Journal*, årg. 16, nr. 4, s. 11-23.

Collier, E 2010, 'Confusion of recovery: one solution', *International Journal of Mental Health Nursing*, årg. 19, nr. 1, s. 16-21.

Drennan, G & Alred, D 2012, *Secure recovery – Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings*, Taylor & Francis, London.

Eplov, LF et al. 2014, 'Rehabiliteringstilbud til patienter med psykiske sygdomme – en recovery-orienteret tilgang', *Ugeskrift for Læger*, årg. 176, nr. 10, s. 936-939.

*Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark*, Rehabiliteringsforum Danmark, 2004.

Livingston, JD et al. 2013, 'Supporting recovery by improving patient engagement in a forensic mental health hospital: results from a demonstration project', *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, årg. 19, nr. 3, s. 132-145.

Oute, J 2017, Recovery – et flydende begreb? *Stofbladet*, 28, 73-79

Roberts G & Wolfson P 2006, 'New directions in rehabilitation' I: Roberts, G et al. (red.), *Enabling Recovery: The principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. Gaskell, London, s. 18-38.

Roychowdhury, A 2011: 'Bridging the gap between risk and recovery: a human needs approach', *Psychiatric Bulletin*, årg. 35, nr. 2, s. 68-73.

Slade, M et al. 2014, 'Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems', *World Psychiatry*, årg. 13.

Vandavelde, S. et al. 2017, 'Dilemmas in applying strengths-based approaches in working with offenders with mental illness: A critical multidisciplinary review', *Aggression and Violent Behavior*, nr. 32, s. 71-79.

Winship, G 2016, 'A meta-recovery framework: positioning the 'New Recovery' movement and other recovery approaches', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, årg. 23, nr. 1, s. 66-73.

### ***Dobbeltopgaven***

Lawn, S et al 2015, 'A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders', *BMC Psychiatry*, årg. 15, s. 274.

Adshead, G 2014, 'Ethical Issues in Secure Psychiatric Settings' I: Sadler JZ, Fulford KWM & Werendly van Staden C (red.), *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics - Volume 2*. Oxford University Press, Oxford.

Jacobsen, C 2006, *Paradoksal psykiatri. Etnografiske analyser af samspillet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri*, Institut for Antropologi, Københavns Universitet, København.

### ***Recovery-orientering i medium og high secure retspsykiatri***

Askola, R et al. 2016, 'The Therapeutic Approach to a Patient's Criminal Offence in a Forensic Mental Health Nurse-Patient Relationship – The Nurses' Perspectives', *Perspectives in Psychiatric Care*, 00, s. 1-11.

Askola, R et al. 2018, 'Forensic Psychiatric Patient's Perspectives on Their Care: A Narrative View', *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, s. 64-73.

Chandley, M et al. 2014, 'The development of recovery based nursing in a high-security hospital: nurturance and safe spaces in a dangerous world?', *Mental Health & Social Inclusion*, årg. 18, nr. 4, s. 203-214.

Coffey, M 2012, 'Negotiating identity transition when leaving forensic hospitals', *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, årg. 16, nr. 5, s. 489-506.

Cromar-Hayes, M & Chandley, M 2015, 'Recovery in a high secure hospital in England', *Mental Health Practice*, årg. 18, nr. 8, s. 32-37.

Drennan, G et al. 2014: *Making Recovery a Reality in Forensic Settings. ImROC Briefing*, Centre for Mental Health, Mental Health Network & NHS Confederation, London.

Gudjonsson GH, Webster G & Green T 2010, 'The recovery approach to care in psychiatric services: staff attitudes before and after training', *The Psychiatrist*, årg. 34, nr. 8, s. 326-329.

Henagulph, S, McIvor R & Clarke A 2012, 'Risk and recovery group for offenders with mental disorders', *Psychiatric Services*, årg. 63, nr. 1, s. 94-95.

Hildbrand M, Young JL & Griffith EEH 2010, 'Managing risk and recovery. Redefining micibility of oil and water', *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, årg. 38, nr. 4, s. 452-456.

Livingston JD, Nijdam-Jones A & Brink J 2012, 'A tale of two cultures: examining patient-centered care in a forensic mental health hospital', *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, årg. 23, nr. 3, s. 345-360.

McKenna, B et al. 2014, 'Recovery-oriented care in a secure mental health setting: "striving for a good life"', *Journal of forensic nursing*, årg. 10, nr. 2, s. 63.

McLouglin, KA 2011, 'Is Recovery Possible in a Forensic Hospital Setting?', *Archives of Psychiatric Nursing*, årg. 25, nr. 5, s. 390-391.

Meja, J & Vandevoreen, J 2011, 'Serious mental illness: Person-centered approaches in forensic psychiatry' I: Rudnick A & Roe D (red.), *Serious Mental Illness. Person-centered Approaches*, CRC Press, s. 202-212.

Nijdam-Jones, A et al. 2015, 'Using social bonding theory to examine 'recovery' in a forensic mental health hospital: A qualitative study', *Criminal Behaviour and Mental Health*, årg. 25, nr. 3, s. 157-168.

Olsson, H et al. 2014, 'Turning towards recovery in forensic psychiatric inpatients – a study based on staff experience', *Nordisk Sygeplejeforskning*, nr. 3, s. 175-188.

Simpson, AIF & Penney, SR 2011, 'The recovery paradigm in forensic mental health services', *Criminal Behaviour and Mental Health*, årg. 21, nr. 5, - 299-306.

Simpson, AIF & Penney, SR 2018, 'Recovery and forensic care: Recent advances and future directions', *Criminal Behaviour and Mental Health*, årg. 28, nr. 5, s. 383-389.

Simpson, AIF et al. 2015, 'Developmental typologies of serious mental illness and violence: Evidence from a forensic psychiatric setting, *Australian*', *New Zealand Journal of Psychiatry*, årg. 49, nr.11, s. 1048-1059.

Salzmann-Erikson M, Rydlo C & Gustin LW 2016, 'Getting to know the person behind the illness – the significance of interacting with patients hospitalized in forensic psychiatric settings', *Journal of Clinical Nursing*, årg. 25, nr. 9-10, s. 1426-1434.

Schagen, SV 2017, 'Negotiating partnerships – a student nurse reflects on the challenges of establishing a negotiated partnership in a forensic mental health unit', *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, årg- 23, nr. 8, s. 16-18.

Timmons, D 2010, 'Forensic psychiatric nursing: a description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland', *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, årg. 17, nr. 7, s. 636-646.

#### ***Meningsfulde aktiviteter/beskæftigelse (occupational therapy)***

Craik, C et al. 2010, 'A qualitative study of service user experience of occupation in forensic mental health', *Australian Occupational Therapy Journal*, årg. 57, nr. 5, s. 339-344.

Farnworth L, Munoz JP & Anthony WA 2009, 'An Occupational and Rehabilitation Perspective for Institutional Practice', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, årg. 32, nr. 3, s. 192-198.

Tregoweth J, Walton JA & Reed K 2012, 'The experiences of people who re-enter the workforce following discharge from a forensic hospital', *Journal of Vocational Rehabilitation*, årg. 37, nr. 1.

#### ***Ansvar og skyld***

Pouncey. CL & Lukens, JM 2010, 'Madness versus badness: the ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry', *Theoretical Medicine and Bioethics*, årg. 31, nr. 1, s. 93-105.

#### ***Stigma***

Jacobsen, CB et al. 2010, *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*, Dansk Sundhedsinstitut DSI & Det Nationale Forskningscenter for Velfærd SFI.

Jensen, KB et al. 2016, 'Attitudes towards people with depression and schizophrenia among social service workers in Denmark'. *Nordic Journal of Psychiatry*, årg. 71, nr. 3, s. 165-170.

Johansen, KS & Møllerhøj, J 2017, 'Kronik: Inklusion gælder ikke for de alvorligt psykisk syge', *Altinget*, 5. april 2017.

West, M et al. 2015, *Triple Stigma of Forensic Psychiatric Patients: Mental Illness, Race, and Criminality*, Faculty of Psychology, The City University of New York.

Williams, A et al. 2011, 'Including the excluded; high security, hospital user perspectives on stigma, discrimination, and recovery', *British Journal of Forensic Practice*, årg. 13, nr. 3, s. 197-204.

#### ***Betydningen af professionelles tilgang til retspsykiatriske patienter***

Harris DM, Happell B & Manias E 2015, 'Working with people who have killed: The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients', *International Journal of Mental Health Nursing*, årg. 24, nr. 2, s. 130-138.

Lammie, C et al. 2010, 'Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings', *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, årg. 17, nr. 8, s. 706-714.

Lawn, S et al. 2015, 'Qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experience of community treatment orders', *BMC Psychiatry*, årg. 15, s. 274.

Rose, DN et al. 2011, 'Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships: A practical compromise', *Journal of Forensic Nursing*, årg. 7, nr. 1, s. 3-16.

### ***Policypapirer***

*Regeringens Handleplan for psykiatrien: Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*, Regeringen 2014.

*På vej mod brugerdeltagelse i psykiatrien – en strategi for brugerinddragelse & samarbejde*, Region Hovedstaden Psykiatri 2014.

*Virksomhedsplan 2013*, Region Hovedstaden Psykiatri 2013.

*Handleplan for udvikling og forankring af en recovery-kultur i Region Hovedstadens Psykiatri*, Region Hovedstaden Psykiatri 2019.

*Retspsykiatrisk rapport*, Region Midtjylland 2009.

*Retspsykiatri. Kvalitet og Sikkerhed*, Danske Regioner 2011.

### ***Vidensopsamlinger/kortlægninger/metaanalyser***

Borg M, Karlsson B & Stenhammer A 2013, *Recoveryorienterede praksisser, En systematisk vidensopsamling*, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering

Juliussen, FB 2013, *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker*, Socialstyrelsen, Odense.





**Psykiatri**

**Kompetencecenter for Retspsykiatri**  
Region Hovedstadens Psykiatri  
Psykiatrisk Center Sct. Hans  
Boserupvej 2  
4000 Roskilde  
[www.psykiatri-regionh.dk/kfr](http://www.psykiatri-regionh.dk/kfr)

Telefon: 2933 0292  
E-mail: [rhpkr@regionh.dk](mailto:rhpkr@regionh.dk)