

Region Hovedstadens Psykiatri Kompetencecenter for Retspsykiatri



30 år med retspsykiatri:

Hvem, hvad, hvor, hvorfor og hvor er vi på vej hen?

KFR Arbejdsrapport 4/2019

30 år med retspsykiatri:

Hvem, hvad, hvor, hvorfor og hvor er vi på vej hen?

KFR Arbejdsrapport 4/2019

30 år med retspsykiatri:

Hvem, hvad, hvor, hvorfor og hvor er vi på vej hen?

KFR Arbejdspapir 4/2019

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

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

ISBN: 978-87-89726-20-5

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

Forsidebillede: Nikolaj Brie Petersen: *Roskilde Fjord*, akryl på lærred, 2014 (privat eje)

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

Forord	7
Indledende forelæsning, netværksseminar for plejepersonale i den specialiserede retspsykiatri, København 21. maj 2019	8
30 ÅR MED RETSPSYKIATRI: HVEM, HVAD, HVOR, HVORFOR OG HVOR ER VI PÅ VEJ HEN?	8
DEN FØRSTE RETSPSYKIATRISKE AFDELING	10
UDVIKLINGEN – VOLDSOM VÆKST I ANTALLET AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER .	14
AKTUELLE TENDENSER – SPECIALISERING ELLER BUSINESS AS USUAL?	16
BUSINESS AS USUAL UNDER UDFORDRING.....	19
Også hos os selv	20
Stærke fortællinger og narrativer: Forandringer i patientpopulationen?	21
AKTUELLE UDFORDRINGER – RECOVERY-ORIENTERING	25
Det lyder jo alt sammen godt, men.....	27
Hvad siger patienterne om recovery-processer?.....	29
SAMMENFATNING	30
REFERENCER	32

Forord

I 2019 er det 30 år siden, der blev etableret en specialiseret retspsykiatrisk afdeling R på Sct. Hans. Dette blev markeret og fejret med en patientfest og en personalefest i maj måned. Markeringen af 30 år med retspsykiatri falder endvidere sammen med Afdeling R og Psykiatrisk Center Sct. Hans' værtskab for det årlige netværksseminar for plejepersonale fra den specialiserede retspsykiatri i de fem regioner. Som optakt til dette netværksseminar holdt leder af Kompetencecenter for Retspsykiatri (KFR) Jette Møllerhøj forelæsningen *30 år med retspsykiatri – hvem, hvad, hvor, hvorfor og hvor er vi på vej hen?* I forelæsningen udfoldes dels et historisk tilbageblik på argumenter for at etablere specialiseret retspsykiatri, og dels foretages en diagnose af feltet, som det ser ud i dag.

Det er centerledelsens ønske, at denne historiske gennemgang og status på aktuelle udfordringer skal gøres tilgængelig for en bredere kreds. Den indledende forelæsning publiceres derfor i sin oprindelige form.

Forelæsningen kan med fordel læses i sammenhæng med jubilæumsbogen *Sct. Hans 1816-2016*, der blev udgivet i anledning af 200-året for Sct. Hans, men kan også læses i sin egen ret. I forelæsningen antydes en række udfordringer, der knytter sig til en recovery-orienteret retspsykiatri med øget fokus på deltagelse, selvbestemmelse, muligheder og håb. Disse udfordringer er nærmere beskrevet i *KFR Arbejdsrapport 3/2019: Recovery, rehabilitering og retspsykiatri – begrebsafklaring og dilemmaer*.

KFR Arbejdsrapporter kan downloades fra KFRs hjemmeside: www.psykiatri-regionh.dk/kfr

God læselyst!

Bo Andersen
Centerchef
Psykiatrisk Center Sct. Hans

Indledende forelæsning, netværksseminar for plejepersonale i den specialiserede retspsykiatri, København 21. maj 2019

30 ÅR MED RETSPSYKIATRI: HVEM, HVAD, HVOR, HVORFOR OG HVOR ER VI PÅ VEJ HEN?

Allerførst mange tak for muligheden for at lave denne introduktion. Jeg arbejder til daglig i Kompetencecenter for Retspsykiatri, hvor vi samler og frembringer ny viden på det retspsykiatriske område. Tidligere har jeg forsket i psykiatriens historie i Danmark, og en gang imellem har jeg det store privilegium, at jeg kan tage min historikerkasket på og trække lange historiske linjer mellem nutid og datid.

I det første opdrag til mig, stod der noget i retning af ”30 år med retspsykiatri - hvad kan vi lære af historien?” - Men; er der noget, der kan gøre historikere utilpasse og angste, er det at skulle svare på, hvad vi præcist kan lære af fortiden. Én af mange grunde til, at dette spørgsmål og læringsperspektiv er vanskeligt at levere klare eller entydige svar på er, at der hele tiden sker ændringer i den kontekst, der præger historiens gang. Der er derfor ikke tale om et 1:1 forhold, hvor vi kan overføre erfaringer fra én kontekst til en anden. Derudover er der mange eksempler på, at vi som mennesker ofte har vanskeligt ved at lære af historien eller for den sags skyld lære af vores egne selvgjorte erfaringer...

Historikere er langt mere tilpasse ved at pege på forskelle og ligheder mellem forskellige tider, og på at finde mønstre og bølgegeange; historien har det med at forløbe i bølger og at pendulere mellem yderpunkter.

Når alle disse forbehold så er taget, er det min opfattelse, at der lige præcist på psykiatriområdet er åbenlyse ting, som vi kan lære af forgængere på feltet. Eller måske snarere, at vi har smidt en række ting ud med badevandet, som man allerede i midten af 1800-tallet havde stor indsigt i, var hjælpsomme og betydningsfulde for patienterne. Det gælder ikke mindst muligheden for beskæftigelse og varierede meningsfulde aktiviteter for at modvirke funktionstab, og oplevelsen af at bidrage til et fællesskab.

Min forelæsning kommer til at være struktureret af dels et tilbageskuende blik på etableringen af den første retspsykiatriske afdeling (som jo for så vidt er anledningen til, at

I er beskæftiget i den regionale retspsykiatri idag) og et mere fremadskuende eller nutidsskuende blik på, hvilke udfordringer og tendenser, der aktuelt præger det retspsykiatriske felt. Blandt disse vil jeg især fokusere på:

- at dogmet om, at retspsykiatriske patienter fejler det samme som andre psykiatriske patienter, og derfor skal modtage samme psykiatriske pleje og behandling, er under udfordring
- At stigmatisering og monstrøse fremstillinger af ”de farlige” og ”de kriminelle” er fremherskende
- At der er øget politisk og strategisk fokus på deltagelse/inddragelse, inklusion, muligheder, selvbestemmelse og personlige recovery-processer, også for retspsykiatriske patienter

DEN FØRSTE RETSPSYKIATRISKE AFDELING

Kigger man i lærebøger i psykiatri og retspsykiatri, står der som noget af det første, at retspsykiatri ikke er et speciale, eller subspeciale, men et ekspertområde, og en del af den almene psykiatri. Det retspsykiatriske område indeholder en civilretslig del afledt af Psykiatriloven, og en strafferetlig del, der vedrører forløb før og efter dom. Fokus idag er på strafferetspsykiatri. (Straffe)retspsykiatri er først og fremmest defineret ved, at den får opgaver fra retssystemet; fx i form af ønske om mentalundersøgelser, husning af varetægtsurrogerede eller syge afsonere, samt varetagelse af foranstaltningsdomme.

Psykiatriske afdelinger, der kun tager sig af retspsykiatriske patienter, er en relativ ny opfindelse set i psykiatrihistorisk perspektiv. Indtil for nylig og gennem det meste af psykiatriens historie er retslige patienter blevet håndteret i almenpsykiatrisk regi.

For 30 år siden, i 1989, blev det besluttet at etablere et afsnit på Sct. Hans, der kun skulle huse retspsykiatriske patienter. Argumenterne for dette særlige retspsykiatriske afsnit var, at det var nødvendigt at oparbejde en særlig ekspertise i det retslige arbejde. To år senere gjorde overlægerne Erik Brandrup og Peter Gottlieb status på dette arbejde og skrev om det i jubilæumsskriftet for Sct. Hans. Her kiggede de tilbage på erfaringerne, og konkluderede, at man havde høstet mange erfaringer; såvel klinisk som ”i administreringen af love og cirkulærer”. Endvidere beskrev de, at ”mange behandlingsforløb har været særdeles krævende, især for plejepersonalet, hvorfor en vis udskiftning har fundet sted”. Status var imidlertid, at der nu på afdelingen er ”et stabilt, kyndigt, robust og behjertet personale”. Overlægernes artikel efterlader det indtryk, at der tidligere havde været ”betænkeligheder ved at koncentrere et måske særligt belastet klientel” i et afsnit for sig, men, at dette nu var blevet overvundet.¹

Går man længere tilbage i historien, findes flere eksempler på, at man også tidligere havde diskuteret, om man skulle lave særlige opdelinger for henholdsvis retslige og almenpsykiatriske patienter.

¹ Brandrup & Gottlieb i Lund et al. (red.), 1991 s. 21-22.

I jubilæumsskriftet fra 1966, der blev udgivet i anledning af 150-året for Sct. Hans, gjorde overlæge Munke Hertel Wulff rede for problemer relateret til behandling af kriminelle i psykiatrisk hospital: ”Problems relating to the treatment of criminal cases in a mental hospital”. Ifølge Hertel Wulff var der mange argumenter for og imod etablering af en særlig institution for sindssyge, der havde begået kriminalitet. Og spørgsmålet var endvidere, om en sådan i så fald skulle være for dem alle, eller kun for den andel, der havde udvist personfarlig adfærd. Hertel Wulff konkluderede, at det nok var en god ide at etablere en særlig institution for patienter med dom til anbringelse, og at de så kunne tilbageføres til almen psykiatriske hospitaler, når dommen blev konverteret til en behandlingsdom. Dette ville give mulighed for, at den almenpsykiatriske afdeling lærte patienten at kende og til at forberede udskrivelse og overgang til ambulat behandling.

I sin diskussion af den ideelle tilgang lagde Hertel Wulff meget vægt på, at et væsentligt led i patienternes behandling og rehabilitering er, at de trænes i at få øget frihed, så de igen kan komme til at begå sig og leve i det omgivende samfund. I en beskrivelse af, hvor meget kritik det kunne give anledning til, hvis en patient absenterede, konkluderede han, at personalet ofte burde have været mere forsigtige, men også, at offentligheden har en tendens til at glemme, at øget frihed og ansvar er centrale behandlingselementer:

”It is often obvious that the medical officers of the hospital should have been more attentive and more cautious in their arrangements. On the other hand, the public is apt to forget that, in many cases, the psychiatric treatment will be ineffective if it is not accompanied by the increasing freedom and responsibility of the patient”.²

Det er med nutidens øjne også interessant at læse Hertel Wulffs konstateringer af, at antipsykotisk behandling kunne være ét væsentligt element i opgaven med at forebygge kriminalitetsrecidiv, men ikke det eneste:

”The criminal psychotic patients of course also benefit from that treatment; psychopharmacological drugs, on the other hand, do not always have the intended effect on the criminal propensities of the patient, such propensities often being due to a character defect rather than to any existing psychosis”.³

² Hertel Wulff i Dein (red.), 1966 s. 65.

³ Ibid.

Selvom vi idag har et andet syn på kriminalitet og er gået væk fra at tænke det som en iboende egenskab eller en karakterbrist, så er denne beskrivelse af, hvordan den farmakologiske behandling kommer til kort i forhold til at forebygge kriminalitet, der ikke er direkte psykoseafledt, spot on.

Afslutningsvis konkluderede Hertel Wulff, at når der endnu ikke var truffet nogle politiske beslutninger om etableringen af en sådan særlig institution for psykisk syge kriminelle, så var det nok, fordi det samlede antal patienter med særforanstaltninger var lille, og at de var fordelt rundt omkring på de psykiatriske hospitaler. I 1966 var der i alt 1914 indlagte patienter på Sct. Hans, heraf havde 60 en retslig status: 25 med A-dom, 19 med B-dom, 4 indlagt til mentalobservation, samt en restgruppe med uklar retslig status.⁴

En sådan enhed målrettet patienter med A-dom blev aldrig virkeliggjort, og man skal altså frem til 1989, før der blev indrettet en særlig retspsykiatrisk afdeling på Sct. Hans. Afdelingen bestod i 1991 af et lukket, to åbne og et åbent udslusningsafsnit med en samlet kapacitet på 55 sengepladser. Derudover var der 40 ambulante retslige patienter i et ambulatorium på Forchhammersvej i København.

Brandrup og Gottlieb beskrev, at selv om ambulatoriet var sparsomt bemandedt, så havde det udviklet sig til ”at kunne tackle endog særdeles vanskelige situationer”, og at der var et tæt samarbejde med bl.a. Koefoeds Skole og Sundholm. Hvori sådanne vanskelige situationer nærmere bestod udfoldes ikke, men det understreges, at et væsentligt led i den ambulante behandling består i at vurdere, ”om og hvornår en indlæggelse mod patientens vilje, men sanktioneret ved dommen, er nødvendig”.⁵

I forhold til spørgsmålet om at lave særlige afsnit for retslige patienter er der imidlertid en vis tvetydighed at spore hos de to overlæger: dels ser det ud til, at det af praktiske og kapacitetsmæssige grunde fortsat var nødvendigt at have retslige patienter på nogle af de andre sengeafsnit på Sct. Hans. Og dels ser det ud til, at der fortsat var en vis tvivl om, hvorvidt det nu også fagligt var en god ide med specialisering: ”man kan diskutere, i hvor

⁴ Hertel Wulff i Dein (red.): *Sct. Hans Hospital 1816-1966. 150 years anniversary*, 1966 s. 60. Bl.a. skriver Hertel Wulff, at “15 were subject to psychiatric supervision on the part of the department”, og at “another six patients had originally been admitted under a court order of commitment, but the legal measure had later been revoked”. Det er lidt uklart af sammenhængen, hvilken retslig status der er tale om.

⁵ Brandrup & Gottlieb i Lund et al. (red.), 1991 s. 22.

vid udstrækning retspsykiatrisk afdeling skal have patient- og andet fællesskab med den øvrige psykiatri. På Sct. Hans Hospital er den overvejende holdning, at der ikke bør være alt for skarpe grænser”.

Ét argument herfor var, at ”det kan være frugtbart for den retspsykiatriske afdeling med enkelte ikke-retslige patienter”, et andet argument var, at der fortsat skulle være mulighed for at placere retslige patienter på et ikke-retsligt specialafsnit, når ”det er behandlingsmæssigt indiceret”.⁶ Det samlede indtryk er, at Brandrup & Gottlieb således plæderede for både-og: specialiserede retspsykiatriske afsnit, men samtidig at holde døren åben for at placere retslige patienter i almenpsykiatrisk regi.

I 1990 var den store omlægning til distriktspsykiatri ved at slå igennem, og antallet af sengepladser var betydeligt reduceret i løbet af 1980erne. Hvor der omkring 1976 var en samlet psykiatrisk sengekapacitet på omkring 11.000, var antallet i 1989 reduceret til omkring 4800 senge.⁷ I 1980 var der omkring 300 personer med dom til psykiatrisk særforanstaltning.⁸ I 1990 var antallet af retspsykiatriske patienter 654.⁹

⁶ Brandrup & Gottlieb i Lund et al. (red.), 1991 s. 22.

⁷ Bjerrum, 1998.

⁸ Brandt-Christensen i Hagemann & Bauer (red.), 2012 s. 223.

⁹ *Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed*, 2011 s. 2.

UDVIKLINGEN – VOLDSOM VÆKST I ANTALLET AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER

I løbet af de tre årtier der er gået siden da, har det retspsykiatriske felt ændret sig markant, og der har været en meget kraftig vækst i antallet af retspsykiatriske patienter.

I 1980 var der 300 psykiatriske patienter med dom til særforanstaltning, ved årtusindskiftet omkring 3000 og i dag er der estimeret et sted mellem 4000 og 4500, men registreringen er upræcis.¹⁰ Der er tale om en 4-dobling fra 654 patienter i 1990 til 2.638 i 2010, og en voldsom vækst, som er helt anderledes end i lande, vi sædvanligvis sammenligner os med.¹¹ Der er mange forklaringer og delforklaringer på denne udvikling. De blev diskuteret i en ekspertgruppe, der afrapporterede i 2015. Ekspertgruppen understregede, at der ikke var tale om enkeltstående eller entydige forklaringer, men en lang række mulige delforklaringer, hvoraf en del bør undersøges yderligere.

Mulige delforklaringer er:

- flere mentalobservationer
- flere domme for simpel vold og for §119 (vold/trusler mod offentligt ansatte)
- ændret retspraksis vedrørende tiltalefrafald
- lovændring vedrørende længstetider i 2000
- forekomst af skizofreni
- behandlingskapacitet

Antallet af nye retslige patienter steg frem til omkring 2015. Fra 2015 til 2016 var der et fald på ca. 7 % og siden da, er væksten stagneret, og kurven ser ud til at flade ud.¹² Det årlige antal af nye domme er godt 500. Justitsministeriets Forskningskontor udgiver årlige oversigter over antal nye foranstaltningsdomme, og det er derfor relativt nemt at følge med

¹⁰ Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe, 2016.

¹¹ Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed, 2011 s. 2.

¹² Justitsministeriet: Nye foranstaltningsdomme i 2015, 2016, Nye foranstaltningsdomme i 2016, 2017 og Nye foranstaltningsdomme i 2017, 2018.

i tilvæksten. Det er derimod langt mere vanskeligt at følge de igangværende domme og eventuelle foranstaltningsændringer og/eller ophævelser, og det er en væsentlig grund til, at det er vanskeligt at få præcise opgørelser af det samlede antal foranstaltninger. Det er tankevækkende i et land, der ellers plejer at fremhæve, at vi har gode registre, og at vi takket være cpr-numre kan trække data om stort set hvad som helst.

Det har indtil for nylig været vanskeligt at slå op nogetsteds, præcist, hvor mange retspsykiatriske sengepladser, der findes i DK. I en opgørelse fra 2011 var der 331 sengepladser på tværs af de retspsykiatriske afdelinger i DK: Ålborg, Risskov (nu Skejby), Viborg, Middelfart, Slagelse, Sct. Hans/Roskilde og Glostrup. Siden da, er der kommet flere senge til i Middelfart og Slagelse, samt 12 åbne senge på Sct. Hans. Danske Regioner har i maj 2019 opgjort antallet af specialiserede retspsykiatriske senge til 403.¹³

Der er aktuelt knap 2300 almenpsykiatriske senge i DK (plus 222 senge i børne- og ungdomspsykiatrien). Nu har alle 4500 retslige patienter heldigvis ikke brug for at være indlagt, men hvis de havde, ville der altså ikke være en seng til dem alle sammen, selv hvis vi lagde beslag på alle landets psykiatriske senge.

Langt de fleste retspsykiatriske patienter behandles ambulant, mellem 80 og 90 %. Det kommer ofte som en stor overraskelse for lægfolk, at flertallet af retspsykiatriske patienter er ambulante, og lever og færdes i nærmiljøer sammen med alle os andre. De følges enten i almindelig distriktspsykiatri, opsøgende psykoseteams/F-ACT-teams, eller i specialiserede opsøgende retspsykiatriske teams, som det kendes i Region Midt, Retspsykiatrisk Kompetencecenter i Slagelse, Retspsykiatrisk Ambulatorium i Glostrup og Opsøgende Retspsykiatriske Team (ROPS) på Østerbro/PC Sct. Hans. I Region Syddanmark har man valgt en lidt anderledes organisering, og her følges alle regionens ca. 500 ambulante patienter i et Retspsykiatrisk Ambulatorium. De ca. 20 % der har behov for at være indlagt, er enten indlagt i en af de 7 retspsykiatriske afdelinger i de fem regioner, eller i almenpsykiatriske sengeafsnit.

¹³ *Opdaterede psykiatrital for 2018*, Danske Regioner 2019.

AKTUELLE TENDENSER – SPECIALISERING ELLER BUSINESS AS USUAL?

De aktuelle tendenser på det retspsykiatriske område er altså, at der er kommet flere retspsykiatriske senge og flere retspsykiatriske patienter, og samtidig, at størstedelen af de retslige patienter behandles ambulant og i almenpsykiatrisk regi.

Kapacitetsøgningen kan godt lede tanken hen på, at retspsykiatri er et ”subspeciale”, der kræver særlige indsatser, kompetencer og organisering. Men, flertallet af retslige patienter er fortsat efter politisk ønske i almenpsykiatrisk regi. Dette er bl.a. formuleret i rapporten: *Retspsykiatri. Kvalitet og Sikkerhed*, 2011 fra Danske Regioner, hvor det hed, at:

”Hovedparten af de retspsykiatriske patienter behandles dog fagligt og sikkerhedsmæssigt fuldt tilstrækkeligt i hovedfunktion, hvilket også fremadrettet vil være billedet”.¹⁴ Princippet for visitation er, at kun patienter med høj sygdomsgrad evt. kombineret med høj farlighed skal behandles i regionsfunktion, dvs. specialiseret retspsykiatri.

Dette princip går også igen i Sundhedsstyrelsens specialeplan for psykiatri, hvor arbejdsdelingen mellem hovedfunktion (almen psykiatri) og regionsfunktion beskrives. Her hedder det, at retslige patienter kan varetages i hovedfunktionen ”i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen”. Hvori dette formaliserede samarbejde består, defineres ikke nærmere.

I en undersøgelse foretaget af Kompetencecenter for Retspsykiatri (KFR) blandt plejepersonale i almenpsykiatriske sengeafsnit blev det tydeligt, at indlagte retslige patienter kan opleves som en sten i skoen, som noget, der er udfordrende eller decideret besværligt. Personalet pegede i undersøgelsen på, at det er vanskeligt at håndtere korte forløb for akut dårlige almenpsykiatriske patienter parallelt med længere forløb for retslige patienter i samme afsnit, og at de savnede specifik viden om retslige forhold og de juridiske

¹⁴ *Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed*, 2011 s. 2.

begrænsninger i relation til anbringelsesdomme og behandlingsdomme. Undersøgelsen viste også, at det var vanskeligt for personalet at se, hvilken psykiatrisk sygepleje de kunne tilbyde retspsykiatriske patienter, og at der var stor frustration i forhold til fravær af aktivitetsmuligheder. Personalet beskrev patientforløb for retspsykiatriske patienter i almenpsykiatrien som ”ren opbevaring” og en ”P-plads”, og de var bekymrede for, at patienterne havde funktionstab under indlæggelse. Undersøgelsen viste endvidere, at en del af personalet ikke var bekendte med de politiske udmeldinger på feltet, og det politiske ønske om, at flertallet af retslige patienter kan og skal behandles i almenpsykiatrisk regi. I stedet forestillede de sig, at det kun var en midlertidig situation med retslige patienter i deres afsnit, og at det skyldtes kapacitetsproblemer i den specialiserede retspsykiatri. Med andre ord: at det var noget, der snart ville gå over.¹⁵ KFRs undersøgelse pegede i retning af, at pleje, behandling og rehabilitering af retspsykiatriske patienter ikke bliver set som en del af opgaven i almenpsykiatriske sengeafsnit. Det er interessant set i lyset af, at pleje og behandling af retslige patienter traditionelt er blevet beskrevet som *business as usual*.

I de mange år overlæge og leder af Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik Peter Kramp var toneangivende, var det et dogme, at retspsykiatriske patienter fejler det samme som alle andre psykiatriske patienter og skal have samme gode psykiatriske pleje og behandling som andre psykiatriske patienter. Det er formuleret i den lærebog i retspsykiatri, som Peter Kramp, Villars Lunn og Knud Waaben udgav i 1996:

”at de retspsykiatriske patienter ikke adskiller sig fra andre psykiatriske patienter, hvad angår psykopatologiske symptomer, kliniske tilstandsbilleder og det objektivt indicerede og subjektivt oplevede behov med hensyn til behandlingens indhold.”

”I princippet kan hospitalsbehandling af retslige patienter derfor ikke være noget, der skal beskrives som forskelligt fra anden psykiatrisk behandling”.¹⁶ Forfatterne fremhævede endvidere, at:

”det kan imidlertid betragtes som et samfundsmæssigt og behandlingsmæssigt tilbageskridt at accentuere de domfældte sindssyges stilling som en særgruppe i stedet for at anlægge det

¹⁵ Møllerhøj et al., 2015.

¹⁶ Kramp, Lunn & Waaben, 1996 s. 201.

synspunkt, at det er den psykiske sygdom, der kommer i første række, og at alle udtalt psykisk afvigende bør henhøre under det almindelige psykiatriske behandlingssystem”.

BUSINESS AS USUAL UNDER UDFORDRING

Dette dogme og denne opfattelse af, at det er *business as usual*, er imidlertid under udfordring. Dels indefra på psykiatriens egen banehalvdel, dels udefra i den generelle offentlige og politiske debat. Dette kommer blandt til udtryk i en stadigt voksende international forskningslitteratur om en særlig retspsykiatrisk sygepleje.¹⁷

Det kommer, som vi lige har hørt, også til udtryk blandt sundhedsprofessionelle i almenpsykiatrisk regi, og så kommer det i særdeleshed til udtryk i den offentlige debat. Det blev særligt tydeligt i debatten der udfoldede sig i relation til etableringen af de 150 særlige pladser. Her fik vi for alvor udgrænset ”de kriminelle, de misbrugende, og de farlige sindssyge”, som nogle ingen rigtigt vil have med at gøre. Det blev aldrig rigtigt en særlig præcist afgrænset gruppe, men der blev ofte stillet lighedstegn mellem det at have en behandlingsdom og så at være møgbesværlig, monstrøs og farlig. Det er også denne gruppe, der ind i mellem, meget uskønt, bliver omtalt som ”de uanbringelige”.¹⁸

Pressen bærer et betydeligt ansvar for sensationelle, generaliserende og reduktionistiske fremstillinger af mennesker med psykiske lidelser.¹⁹ Det ser ud til at være svært for journalister at huske, at der er forskel på at være klient i Kriminalforsorgens regi og på at være patient i sundhedsvæsenet. Indlæggelse af retspsykiatriske patienter i almenpsykiatriske sengeafsnit er et tema, der med jævne mellemrum bliver taget op i pressen. Tendensen er, at retslige patienter fremstilles som modsætninger til såkaldte ”almindelige patienter”, at de nogle gange holder helt op med at være patienter, men reduceres til såkaldte ”kriminelle”.²⁰

Almenpsykiatriens udfordringer vedrørende patienter med dom til behandling har ligeledes bevågenhed hos patient- og pårørende foreninger. Knud Kristensen udtalte på vegne af

¹⁷ Timmons, 2010; Gildberg et al. 2009.

¹⁸ Møllerhøj og Johansen, 2017.

¹⁹ Jacobsen et al., 2010; West, et al. 2015; Williams et al. 2011; www.en-af-os.dk: TÆNK FØR DU TASTER.

²⁰ ’Voldsdømte placeres sammen med psykisk syge’, *Kristeligt Dagblad* 23. januar 2015; ’Kriminelle og patienter side om side på psyk. Victoria blev seksuelt krænket’, *DR* 7. juli 2017.

SIND i februar 2018, at ”Det er et megaproblem, at dømt fra retspsykiatrien optager pladser for andre psykisk syge”.²¹ Dette svarer til, at direktøren for Kræftens Bekæmpelse stillede sig op og sagde, at det er et megaproblem, at dem med lungecancer optager pladser for dem med mammae cancer...

Det siger måske allermest noget om, hvor presset det psykiatriske felt er, når selv patient- og pårørendeorganisationer begynder at differentiere mellem sine egne patientgrupper. Og så var det jo i øvrigt sundhedsvæsenets egen interesseorganisation, der åbnede ballet, og satte et lavpunkt for, hvorledes man åbenbart synes, at det er legitimt at omtale en patientpopulation. Danske Regioner beskrev i et notat i 2010 de udfordringer, der var forbundet med væksten i antallet af retspsykiatriske patienter, og at de lagde beslag på almenpsykiatriske senge. Konklusionen på denne udvikling var, at ”den retspsykiatriske patientpopulation var blevet en gøgeunge, der skubber almenpsykiatriske patienter ud af sengene”.²² Man må forstå Danske Regioner derhen, at der altså er nogen, der har mere ret eller er mere værdige til at optage en hospitalsseng end andre.

Også hos os selv

Nå, men det er jo nemt nok at kritisere andres mangel på rumlighed. Det er desværre også veldokumenteret, at psykiatriske patienter oplever sig udgrænset, set ned på, diskrimineret eller stigmatiseret i mødet med sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionelle.²³

Det blev meget præcist formuleret af en af de patienter, der deltog i KFRs store interviewundersøgelse med 50 retspsykiatriske patienter. Han fortalte, at han følte sig opfattet og set på som et monster allerede inden han var kommet indenfor døren i et nyt afsnit.²⁴ Nu er der næppe nogen, der går på arbejde med den hensigt at stigmatisere eller at give patienterne dårlige oplevelser i deres møde med psykiatri og somatik, - og det er jo bl.a. derfor stigmatiseringsprocesser er så vigtige og så vanskelige at arbejde med, fordi det kan være noget, man kan komme til at bidrage til uden at tænke over det. Det er ligeledes velbeskrevet

²¹ ”Thi kendes for ret: Danske kriminelle er tre gange oftere sindssyge end svenske”, *DR* 27. februar 2018.

²² *Fakta om retspsykiatri*, Danske Regioner 2010.

²³ Jacobsen et al., 2010; Jensen et al., 2016.

²⁴ Stølan & Møllerhøj, 2017; Møllerhøj & Stølan, 2018.

i forskningslitteraturen om stigma, at oplevelser af stigmatisering kan forstærkes af selvstigmatisering

Stærke fortællinger og narrativer: Forandringer i patientpopulationen?

Det er kendetegnende for det retspsykiatriske område, at der er store videnshuller og rigtig mange ting, som ikke er undersøgt grundigt og systematisk.

Til gengæld har vi mange fortællinger og en lang række antagelser af, hvordan noget er, eller hænger sammen. Et eksempel på en sådan antagelse er fortællingen om, at den retspsykiatriske patientpopulation har forandret sig. Det kom bl.a. til udtryk i rapporten *Retspsykiatri. Kvalitet og Sikkerhed*, der kom i 2011 og i den bagvedliggende undersøgelse foretaget af det daværende DSI: *Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri*. Her beskrev personale, at de oplevede, at den retspsykiatriske patientpopulation havde forandret sig markant, og nu var ”meget mere misbrugende”, mere præget af antisocial adfærd og mindre autoritetstro. Personalet gav endvidere udtryk for, at der var mere fokus på den kriminalitet, disse patienter havde begået forud for kontakten med behandlingspsykiatrien. Problemet er bare, at det ikke rigtigt bliver klart, i forhold til hvad og hvornår? Hvad er det for en baseline, den nuværende situation holdes op imod? Er det 00’erne? 90’erne? 80’erne? Eller 1950’erne? Hvornår var det nu det var, dengang i en eller anden fjern fortid, hvor retslige patienter var ”ordentligt sindssyge”? Eller ”godt gammeldags skizofrene”, der ”nøjedes” med at begå personfarlig kriminalitet i deres nære relationer?

Vi mangler grundlæggende viden om eventuelle ændringer i den retspsykiatriske patientpopulation over tid; om deres diagnoser, ko-morbiditet, forløb osv. osv. Men jeg vil allerede godt nu lægge mit hoved på blokken og påstå, at dette ikke holder for en nærmere historisk analyse: Der har formentlig til alle tider været besværlige patienter og en mængde af varierende distinktioner mellem ”ordentligt syge” og ”mindre ordentligt syge”.

I forbindelse med forberedelsen af dette oplæg har jeg haft en samtale med Peter Gottlieb, og spurgt hvad han især kunne huske fra etableringen af afdeling R. Den måde han beskrev misbrugsrelaterede problemstillinger på var i bogstavelig forstand, ordret, som jeg også hører det beskrevet i den aktuelle kliniske praksis: At misbrug også omkring 1990 var ”det store problem”, at ”vi ku’ ikke få dem til at lade være” og ”ku’ ikke holde stofferne ude af

afsnittene". Gottlieb formulerede præcist, som det også formuleres af klinikere i dag, "at misbrug er ødelæggende for arbejdet med behandling og pleje af den psykiske lidelse". I øvrigt berettede Peter Gottlieb, at den daværende lægelige direktør for Sect. Hans, Rasmus Fog, skelnede mellem to grupper af retspsykiatriske patienter: henholdsvis "de uartige" og de såkaldte "ordentligt syge, der ikke kunne gøre for det".

Det er et sundt princip i psykiatrisk praksis, at man ikke tager oplevelser fra mennesker, hverken ansatte eller patienter. Jeg betvivler derfor ikke, at det kan opleves som, at der er sket ændringer i den patientpopulation, I arbejder med. Men, jeg vil samtidig plædere for, at vores vidensgrundlag for at udsige noget mere generelt om sådanne ændringer er meget sparsomt. Når det kan opleves som, at den retspsykiatriske patientpopulation har undergået store forandringer, kan det formentlig også forklares med ændringer i konteksten:

- F.eks. mere generelle ændringer i synet på autoriteter
- F.eks. i det generelle syn på og håndtering af vold eller trusler om vold.

Der er siden 1990'erne sket markante ændringer i synet på vold, og på om det håndteres 1:1 (fx værtshusslagsmål, der ikke tidligere involverede myndigheder), eller afstedkommer politianmeldelse og aktivering af retssystemet. Det er altid tankevækkende at minde om, at opdragelsesvold var tilladt i DK indtil 1997, hvor det eksempelvis var blevet forbudt i de andre skandinaviske lande langt tidligere. Generelle ændringer i samfundet i synet på vold eller trusler om vold får også betydning for synet på vold og trusler i arbejdslivet, og på ændringer i anmeldelsespraksis. – Det er der ikke tid til at gå nærmere ind på i dag, men det er et eksempel på, hvordan vores syn på fænomener skifter over tid.

En delforklaring på oplevelser af, at den retspsykiatriske patientpopulation har ændret sig markant, kan også være, at der simpelthen numerisk er mange flere patienter med en retslig foranstaltning, og at de mest komplekse af populationen fortættes i de 7 retspsykiatriske afdelinger. Det, der måske før var såkaldte "fortyndere" kan bedre huses i almenpsykiatrisk regi, og ses måske/måske ikke mindre hyppigt i retspsykiatriske afdelinger? Men..., det er værd at minde om, at blandt personale i almenpsykiatrisk regi findes tilsvarende fortællinger om, at de retslige patienter er nogen banditter, at de alle sammen har begået

alvorlig personfarlig kriminalitet, at de er meget mere misbrugende end almenpsykiatriske patienter, og meget mere præget af antisocial adfærd.²⁵

Vi mangler grundlæggende viden og undersøgelser af den retspsykiatriske patientpopulation og forandringer i den over tid, og de aktuelle fortællinger om, at populationen har ændret sig, er case- og erfaringsbaserede, og altså ikke baseret på grundige undersøgelser. Når den retspsykiatriske database en gang bliver klar, er der et påtrængende behov for grundige gennemgange af populationens sygdoms- og kriminalitetshistorik, deres sociale forhold osv.

Det vi aktuelt ved fra delundersøgelser er, at:

- Der er stor bredde i patienternes kriminalitetsportefølje. Retspsykiatriske patienter begår meget andet og mere end personfarlig kriminalitet og der er stor variation i kriminalitetsbelastning og kriminalitetsgrad.²⁶
- En del patienter har kontakt med og erfaring fra både behandlingspsykiatrien og Kriminalforsorgen. Det er i et vist omfang en høne eller ægget-diskussion, og det er formentlig ofte tilfældigt, hvilket regi, der tegner sig for den første kontakt. En screeningsundersøgelse fra Københavns Fængsler viste i 2013, at en meget stor andel af arresthusenes population havde forskellige psykiske problemstillinger.²⁷ Det er velkendt, at det nogle gange giver anledning til diskussion og gatekeeping; at henholdsvis behandlingspsykiatri og Kriminalforsorg synes, at det må da være en opgave for den anden part.
- En del særforanstaltninger kan betegnes som ”inhouse-debut”. Det vil sige, at patienter, der allerede er i kontakt med almenpsykiatrien, undervejs i disse forløb debuterer som retspsykiatriske patienter. Det er f.eks. tilfældet i række domme vedrørende §119-sager: at patienter er blevet politianmeldt for at true, sparke eller slå personalet i forbindelse med eksempelvis en bæltefiksering, eller under indbringelse til psykiatrisk afdeling (på civilretslig tvang). En ny undersøgelse baseret på gennemgang af 218 mentalerklæringer konkluderer ligeledes, at en række særforanstaltninger er resultat af utilstrækkeligt pleje og behandling, og af

²⁵ Møllerhøj et al., 2015.

²⁶ Stølan et al., 2016.

²⁷ Schütze et al. 2017; Adamsen, 2013.

utilstrækkelig opfølgning. Dette er i tråd med tidligere fund i blandt andet Peter Kramps KiF-undersøgelse fra 2010, og i rapporteringen fra Havarikommissionen, der gennemgik 50 patientforløb i perioden 2005-2009.²⁸

Når jeg har opholdt mig så længe ved fortællinger og forestillinger, er det fordi sådanne fortællinger om de svære og besværlige retslige patienter kan få betydning for, hvordan man tænker om opgaven med pleje, behandling og rehabilitering af retspsykiatriske patienter:

- F.eks., at det kræver noget helt andet, end det man aktuelt kan stille op i almenpsykiatrisk regi
- Det kan også få betydning for professionelles syn på patienters muligheder for at komme sig, og det kan føre til behandlingspessimisme eller ligefrem nihilisme, der kan gøre det vanskeligt for professionelle at bære håb for patienter om at kunne få det bedre.
- Det kan forstærke udgrænsning og rubricering af retspsykiatriske patienter, som nogle 'andre patienter', og gøre det vanskeligt at fastholde grundprincippet om, at alle er psykiatriske patienter med samme ret til psykiatrisk pleje og behandling

Det kan næppe siges ofte nok: Der er betydelig bredde og variation i forløb, sygdoms-kompleksitet, kriminalitetsportefølje, hvilken type af foranstaltning, der er tale om, misbrugsproblematik, social marginalisering osv. Der findes derfor ikke noget, der kan betegnes i bestemt ental som "den retspsykiatriske patient".²⁹

²⁸ Kramp, 2010; *Psykisk syges kriminelle forløb 2005-2009*, Sundhedsstyrelsen 2011; Ahle et al., 2019.

²⁹ Turner & Salter, 2008.

AKTUELLE UDFORDRINGER – RECOVERY-ORIENTERING

Udover bølgegangen i synspunkter på specialisering versus business as usual, så er der en anden stor udfordring, der aktuelt præger det retspsykiatriske felt:

Det faglige og det politiske fokus på individ- og patientcentreret sygepleje, øget inddragelse/deltagelse/personlig recovery/empowerment. Det blev formuleret i Regeringens handlingsplan *Ligeværd - Nyt fokus på indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan*, 2014:

”Værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery, inklusion og deltagelse skal udgøre fundamentet for indsatsen for mennesker med psykisk lidelse. Disse værdier skal være det naturlige udgangspunkt for det daglige arbejde for og med mennesker med psykiske vanskeligheder og deres pårørende. Det gælder både i planlægningen, tilrettelæggelsen og samarbejdet om indsatser og forløb.”³⁰

Denne recovery-orientering har fundet vej ind i strategi- og policypapirer på psykiatriområdet i hver af de fem regioner. Det har lidt forskellig udformning; nogle steder er der mest fokus på individuel og organisatorisk patientinddragelse, andre steder mere eksplicit fokus på recovery-processer. Der er imidlertid ingen tvivl om retningen, og at der er en generel orientering imod samarbejde og deltagelse, og en betoning af det enkelte, individuelle menneske, og dets muligheder og håb.

Region Midt: *Politik for Samarbejde*, 2015:³¹

- ”Styrke eksisterende kultur for patientinddragelse”
- ”at styrke patientens og de pårørendes evne til at mestre patientens psykiske sygdom. Patienten og de pårørende skal støttes, så patienten bliver hovedaktør i eget liv”

³⁰ *Ligeværd - Nyt fokus på indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan*, Regeringen, 2014 s. 9

³¹ *Politik for samarbejde mellem patienter, pårørende og medarbejdere i psykiatrien i Region Midtjylland*, 2015.

Region Sjælland: *Politik for recovery, 2014*.³²

- Recovery-orientering = ”at man ser mennesket, dets ressourcer, håbet og mulighederne”
- ”Den recovery-orienterede behandling og rehabilitering, som tager afsæt i at hjælpe mennesker videre i livet ved at fokusere på selvbestemmelse, involvering og håb”.

Politik for inddragelse af patienter og pårørende i Region Nordjylland, 2019.³³

- ”Vi vil en kultur, hvor patienter og pårørende bliver inddraget i alle faser af patientforløbet og på alle niveauer i organisationen”
- ”Vi indbyder patienten til et samarbejde, hvor det vi gør er med og for patienten, og i mindre grad ved patienten”

Region Syddanmark: *Patient- og pårørendepolitik, 2015*.³⁴

- ”patienter og pårørende meget mere markant er inddraget i planlægning og gennemførelse af behandlingen, herunder at patienterne understøttes ved deres egen aktive deltagelse i rehabiliterings- og recoveryproces”

Region Hovedstadens Psykiatri: *Handleplan for udvikling og forankring af en recovery-kultur i Region Hovedstadens Psykiatri, 2019*.³⁵

- ”at recovery-orientering bliver forankret som en del af den daglige kliniske praksis og organisationskulturen, så værdier, sprog og handlinger skaber og understøtter en recovery-orienteret pleje, behandling og rehabilitering”

Selvom der måske nok er fælles fodslag i forhold til den overordnede retning mod øget inddragelse og selvbestemmelse, så er der samtidig betydelig begrebsklarhed og forvirring på dette felt, ikke mindst i relation til recovery-begrebet. Det spænder fra en klassisk lægefaglig forståelse af recovery som fuld remission, og totalt fravær af symptomer til en forståelse af personlig recovery som en unik og individuel proces med at skabe øget magt

³² *Recovery - værdier og retning, 2014.*

³³ *Politik for inddragelse af patienter og pårørende i Region Nordjylland, 2019.*

³⁴ *Samarbejdet mellem patienter, pårørende og Psykiatrien i Region Syddanmark, 2015.*

³⁵ *Handleplan for udvikling og forankring af en recovery-kultur i Region Hovedstadens Psykiatri, 2019; se endvidere På vej mod brugerdeltagelse i psykiatrien – en strategi for brugerinddragelse & samarbejde, 2014 og Virksomhedsplan 2013.*

over eget liv, og at komme til at leve det liv man ønsker, sammen med og på trods af konsekvenser af alvorlig psykisk sygdom. En grundlæggende begrebsmæssig skelnen på området er, at:

- Rehabilitering/rehabiliterende indsatser vedrører det personalet kan tilbyde
- Recovery vedrører den enkeltes proces med at komme sig

Man kan således ikke 'recover' andre, men professionelle kan i kraft af rehabiliterende indsatser og recovery-orientering hjælpe med at fremme og støtte patienters recovery-processer.

Det lyder jo alt sammen godt, men...

Det rejser en lang række spørgsmål, dilemmaer og udfordringer i en retspsykiatrisk praksis. Det er det vi i fællesskab skal udforske og reflektere over på netværksseminaret det næste døgns tid. Udfordringerne står i kø, og her er blot nogle fra en lang liste:

- Dobbeltforpligtelsen i retspsykiatrien (care & control) sætter visse grænser for, hvad retslige patienter bestemmer selv
- Der er altid også et hensyn til eventuelle ofre og retsfølelsen i samfundet, og derfor må rehabilitering ske "i takt med, at det er sikkert for det omgivende samfund".³⁶
- Den dobbelte/eller trippel stigma, der knytter sig til sygdom/kriminalitet/misbrug kan stå i vejen for recovery
- Hvordan kan man recover fra alvorlig personfarlig kriminalitet?
- Patientpopulationens kompleksitet: alvorlig sygdom og (gentagen eller alvorlig/bred) kriminalitet, plus evt. misbrugsproblematik
- Afstedkommer tvivl hos personale om, hvad man forventes at gøre, og hvori den professionelles rolle består

KFR foretog i 2013 en undersøgelse, hvor vi spurgte personale i retspsykiatriske afsnit om deres syn på recovery-orientering. Svarene fordelte sig i to store grupper, enten:

- Recovery – "det gør vi allerede", "det er ligesom at lave kognitiv terapi" eller

³⁶ Bredkjær i Epløv (red.), 2010.

- Recovery – ”det kan slet ikke lade sig gøre med den her patientgruppe”, ”de er alt for dårlige”, ”de har jo helt urealistiske forventninger”.

Hvis vi lavede samme undersøgelse idag vil jeg tro, at der ville blive udtrykt mange flere forskellige positioner. Men, også, at der rimeligvis ville være fokus på de åbenlyse dilemmaer og paradokser, der knytter til recovery og retspsykiatri. For det er jo åbenlyst, især for jer, der arbejder i lukket regi, at der er rigtig meget man IKKE kan bestemme selv, når man er langvarigt indlagt i et døgnafsnit. Det er ligeledes åbenlyst, at recovery-orientering ikke må stå i vejen for hverken statisk eller dynamisk sikkerhed for personale, patienter eller medpatienter.

I kompetencecentret har vi netop færdiggjort en gennemgang af en stor mængde forskningslitteratur, der omhandler recovery-orientering og retspsykiatri.³⁷ Et af hovedbudskaberne er, at det *kan* lade sig gøre at arbejde recovery-orienteret, også i meget lukkede og sikrede kontekster. Men, at det kræver tilpasninger og et vedholdende fokus på såvel sikkerhed som kriminalitet. I Storbritannien har de været i gang med dette arbejde i en årrække, og det er derfor vi har inviteret gæster til dette netværksseminar for at videndele med os om dels *sikker recovery* (secure recovery) og dels *kriminalitetsrelateret recovery* (offender recovery).

Et andet meget vigtigt budskab i litteraturen og fra klinisk praksis er, at der i allerhøjeste grad er brug for professionelle til at understøtte og hjælpe med at fremme recovery-processer. Det har været en meget brugt indvending mod recovery, at det fratager sundhedsprofessionelle rollen som eksperter, og at de herefter kan nøjes med at være konsulenter eller en form for coaches, og at der mestendels skal være fokus på patienten som ekspert i eget liv. Det er hævet over enhver tvivl: Professionelle har en meget væsentlig rolle i forhold til at bære håb, når den syge ikke kan, og er ingenlunde sekundære. Vi ved ligeledes fra forskningslitteraturen, at den professionelles tilgang og syn på patientens muligheder for at komme sig har afgørende indflydelse på recovery-processer.

³⁷ Møllerhøj, *Recovery, rehabilitering og retspsykiatri – begrebsafklaring og dilemmaer*. KFR Arbejdspapir 3/2019. Kan downloades fra www.psykiatri-regionh.dk/kfr

Hvad siger patienterne om recovery-processer?

Når man spørger retspsykiatriske patienter, hvad der har været hjælpsomt og vigtigt i deres forløb, er relationer, der er hjælpsomme og støttende noget af det, der betones mest. Det gælder ikke mindst trygge og tillidsfulde relationer til professionelle. På spørgsmålet om, hvad det indebærer, svarede en af informanter fra KFRs store interviewundersøgelse *Drømme & Muligheder*, at det var, når personalet:

”lytter rigtig meget. De virker ufattelig professionelle, og de lytter til dig, og kigger dig i øjenhøjde. De ser ikke ned på dig, fordi du har en sygdom. De ser ikke ned på, at du ikke har et arbejde. De snakker med dig som et rigtigt menneske”.³⁸

I internationale undersøgelser af retspsykiatriske patienters recovery-processer ses den samme betoning af respekt, anerkendelse og ligeværdighed som afgørende ingredienser i gode relationer mellem patienter og professionelle.³⁹ Derudover har retspsykiatriske patienter peget på vigtigheden af:

- Det komplekse arbejde med ny identitetsdannelse og nye roller, at man kan arbejde mod at definere sig selv som mere og andet end en med en psykisk sygdom, der har begået kriminalitet
- Meningsfulde aktiviteter
- Håb
- Oplevelse af tilhørighed

De af jer, som jeg har mødt før i forskellige undervisningsrelaterede sammenhænge, vil vide, at jeg benytter enhver anledning til at beklage alt det, vi savner viden om på det retspsykiatriske område. Men, lige når det gælder retspsykiatriske patienters erfaringer med, hvad der kan være hjælpsomt i recovery-processer, er vidensgrundlaget faktisk rimelig solidt.

³⁸ Stølan & Møllerhøj, 2017 s. 77.

³⁹ Clarke et al. 2016.

SAMMENFATNING

Min opgave i dag har været at sige noget om 30 år med retspsykiatri: Hvem, hvad, hvor, hvorfor og hvor er vi på vej hen?

Jeg har peget på, at:

HVEM

- Fortællingerne om forandringer i retspsykiatriske patienters adfærd og fremtræden er stærkere end vores aktuelle viden om ændringer i patientpopulationen. Retslige patienter var også besværlige og blev forsøgt udgrænset i 1989, i 1966 osv.
- Det kan godt være, at patientpopulationen *har* forandret sig, men vores systematiske og forskningsbaserede viden herom er stærkt begrænset

HVAD kendetegner det retspsykiatriske område:

- Retspsykiatriske patienter lider under stigma og monstrøse fremstillinger i pressen og i den offentlige debat
- At den klassiske antagelse om business as usual, at retspsykiatriske patienter fejler det samme som andre og derfor skal modtage samme pleje og behandling, er under udfordring. Ikke mindst fra personale i almenpsykiatrisk regi, der nogle steder har ret eksplicite ønsker til at få driblet de retspsykiatriske patienter ”hjem” til retspsykiatrisk afdeling
- Der er mange argumenter for og imod specialisering; måske ville det være godt for nogle patienter, men øge stigmatisering for andre? Måske ville det være tilfredsstillende for personalet med højere grad af specialisering? Det er en meget kompleks diskussion, som, vi har set, allerede var i fuld gang for 30 år siden. Men, aktuelt er der ikke noget, der tyder på politisk vilje til at ændre på arbejdsdelingen mellem hovedfunktion og regionsfunktion, hvad angår placering af retslige patienter
- Forventninger til, at alle arbejder recovery-orienteret

HVOR udspiller det sig:

- Almenpsykiatri (hovedfunktion)
- De 7 retspsykiatriske afdelinger (regionsfunktion)

og **HVORFOR...** er det nu vi har retslige foranstaltninger og retspsykiatri:

- Princip siden landskabslovene, at vi ikke straffer mennesker med alvorlig sindssygdom, fordi sygdom bærer straffen i sig selv
- Formålet med en psykiatrisk særforanstaltning: at forebygge recidiv til kriminalitet

HVOR er vi på vej hen?

- Øget fokus på inddragelse, deltagelse, empowerment, personlig recovery
- Stigma og udgrænsning kan stå i vejen for recovery-processer
- Tendens til at se retspsykiatriske patienter som en anden slags patienter, - og risiko for, at de helt holder med at være patienter, og reduceres til ”de kriminelle” eller ”de farlige”
- Vigtigt at fastholde forståelsen i det omgivende samfund af, at det først og fremmest er psykiatriske patienter, der qua sygdom har begået kriminalitet
- Mere end måske nogensinde før behov for det Peter Gottlieb og Erik Brandrup kaldte ”et kyndigt, et robust og et behjertet personale”

Så er der kun tilbage at sige tillykke med de 30 - og fortsat god arbejdslyst.

Tak for ordet!

REFERENCER

Adamsen, ML 2013, *Screeningsprojektet for psykisk sygdom*. Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Ahle, G et al. 2019, *Er der sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? – En analyse med henblik på forebyggende tiltag*. Danske Regioner

Bjerrum, M 1998, *Dansk hospitalspsykiatri 1930-1990 med særlig henblik på organisatoriske og administrative forhold*, Ph.d.-afhandling, Århus Universitet.

Brandt-Christensen, M 2012, 'Retspsykiatri'. I: Hagemann, I & Bauer, JØ (red.) 2012, *Psykiatri for ikke-psykiatere*, Hans Reitzels Forlag, København.

Brandrup, E & Gottlieb, P 1991, 'Retspsykiatri' i: Lund, P et al. (red.) 1991, *Sct Hans Hospital 1816-1991*, s. 21-22

Bredkjær, S 2010, 'Rehabilitering ved dobbeltdiagnose og i retspsykiatrien'. I: Eplov, LF (red.) 2010, *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*, Munksgaard, København.

Clarke, C et al. 2016, 'What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature', *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, årg. 27, nr. 1, s. 38-54.

Faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri 2016, *Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe*, Sundheds- og ældreministeriet.

Fakta om retspsykiatri, Danske Regioner 2010.

Gildberg, FA et al. 2010, 'Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff-patient interaction', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, årg. 17, s. 359-368.

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

Hertel Wulff, M 1966, 'Problems Relating to the Treatment of Criminal Cases in a Mental Hospital' i: Dein, E (red.) 1966, *Sct. Hans Hospital 1916-1966. 150 years anniversary*, Munksgaard, København.

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.

Kramp, P. 2010, *Klienter idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Samarbejdet mellem Kriminalforsorgen i Frihed og psykiatrien – og noget om behandlingen af psykisk syge kriminelle*. Direktoratet for Kriminalforsorgen, Justitsministeriet, København.

Kramp, P, Lunn, V & Waaben, K 1996, *Retspsykiatri*, GadJura, København.

Møllerhøj, J 2019, *Recovery: rehabilitering og retspsykiatri – begrebsafklaring og dilemmaer*. KFR Arbejdsrapport nr. 3. Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstaden Psykiatri.

Møllerhøj, J et al. 2015, 'A Thorn in the Flesh? Forensic Inpatients in General Psychiatry', *Perspectives in Psychiatric Care*, nr. 52, s. 32-39.

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

Møllerhøj, J & Stølan, LO 2018, "First and foremost a human being...": user perspectives on mental health services from 50 mentally disordered offenders, *Nordic Journal of Psychiatry*, årg. 72, nr. 8, s. 593-598.

Nye foranstaltningsdomme i 2015, Justitsministeriet 2016.

Nye foranstaltningsdomme i 2016, Justitsministeriet 2017.

Nye foranstaltningsdomme i 2017, Justitsministeriet 2018.

Opdaterede psykiatrital for 2018, Danske Regioner 2019.

Psykisk syges kriminelle forløb 2005-2009, Sundhedsstyrelsen 2011.

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

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

Retspsykiatri. Kvalitet og Sikkerhed, Danske Regioner 2011.

Schütze, T et al. 2017, *Udviklingen i retspsykiatriske foranstaltninger i Danmark og Region Hovedstaden*, Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Stølan, LO et al. 2016, 'Kriminalitetsprofiler i en dansk retspsykiatrisk population – udfordringer for psykiatriens kriminalitetsforebyggende opgave?', *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, årg. 103, nr. 3, s. 245-270.

Stølan, LO & Møllerhøj, J 2017, *Drømme og muligheder. Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje-, behandlings- og rehabiliteringsforløb? Hvad har værdi for patienterne?*, Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstaden Psykiatri.

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.

Turner, T & Salter, M 2008, 'Forensic Psychiatry and general psychiatry: Re-examining the relationship', *Psychiatric Bulletin*, årg. 32, nr. 1, s. 2-6.

Virksomhedsplan 2013, Region Hovedstaden Psykiatri 2013.

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.



Psykiatri

Kompetencecenter for Retspsykiatri
Region Hovedstadens Psykiatri
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Boserupvej 2
4000 Roskilde
www.psykiatri-regionh.dk/kfr

Telefon: 2933 0292
E-mail: rhpkr@regionh.dk