



# DRØMME & MULIGHEDER

Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje-,  
behandlings- og rehabiliteringsforløb?  
Hvad har værdi for patienterne?

Rapport fra et forskningsprojekt baseret på interviews med  
50 retspsykiatriske patienter

Liv Os Stølan & Jette Møllerhøj



## **DRØMME & MULIGHEDER**

Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje-,  
behandlings- og rehabiliteringsforløb?

Hvad har værdi for patienterne?

Rapport fra et forskningsprojekt baseret på interviews med  
50 retspsykiatriske patienter

Liv Os Stølan & Jette Møllerhøj  
Kompetencecenter for Retspsykiatri

## **DRØMME & MULIGHEDER**

Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje-, behandlings- og rehabiliteringsforløb?  
Hvad har værdi for patienterne?  
Rapport fra et forskningsprojekt baseret på interviews med 50 retspsykiatriske patienter.

Liv Os Stølan & Jette Møllerhøj

Digte: Nikolaj Brie Petersen  
Forsidebillede: Nikolaj Brie Petersen: *Jungle*, akryl på lærred, 2016

ISBN: 978-87-89726-15-1

© Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri, maj 2017

2. oplag, november 2017

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

### *Referencegruppe:*

Christine Larsen, projektmedarbejder, Skolen for Recovery, Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, RHP

Christina Dahl Nielsen, brugerrepræsentant

Lea Marie Nielsen, kvalitetskoordinator, Psykiatrisk Center Sct. Hans, RHP

Lone Nielsen, sygeplejerske, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hovedstaden, afdeling Glostrup, RHP

Shaun Velaidum, recovery-mentor, Psykiatrisk Center Glostrup, RHP

Miriam Weiss, afdelingssygeplejerske, Psykiatrisk Center Amager, RHP

### *Fagfællebedømmelse:*

Karina Aga Sachse, chefkonsulent og faglig koordinator, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden

## INDHOLD

<b>FORORD</b> .....	<b>11</b>
<b>SAMMENFATNING</b> .....	<b>13</b>
<b>KAPITEL 1</b>	
<b>INDLEDNING</b> .....	<b>23</b>
Baggrund .....	23
Formål .....	24
Rapportens målgruppe, sprog og læringsperspektiv .....	25
Værdigrundlag for patientforløb i Region Hovedstadens Psykiatri.....	27
Eksisterende viden på området: Bruger- og patientperspektiv.....	28
Særlige erfaringer i relation til retslige foranstaltninger .....	29
Internationalt fokus på bruger- og patientperspektiv i psykiatrien .....	30
Andre eksempler på undersøgelser af bruger- og patientperspektiv.....	31
<b>KAPITEL 2</b>	
<b>METODE OG MATERIALE</b> .....	<b>33</b>
Semistrukturerede forskningsinterviews.....	33
Analysestrategi .....	34
Rekrutteringsgrundlag og rekrutteringsproces.....	34
Fra 20 planlagte til 50 gennemførte interviews: metodiske begrundelser for hvorfør og hvordan.....	35
Om interviewene .....	37
Samtykkeerklæring.....	37
Hvor er interviewene foretaget? .....	37
Interviewenes længde .....	38
Sikkerhedsforanstaltninger i interviewsituationen .....	38
Metodiske overvejelser knyttet til selve interviewsituationen .....	38
Når andre er med til interviewet – ”der er ikke noget, hun ikke allerede ved”.....	38
De der ikke deltager .....	39
Hvad tales der ikke om - og hvorfor ikke?.....	39
Ethiske overvejelser .....	41
Hvornår er patienten for psykisk dårlig og ustabil til at kunne deltage som informant?.....	41
Et godt forskningsinterview versus en terapeutisk samtale .....	42
Når man får kendskab til nye lovbrud eller konkrete truende udsagn.....	43
Kvalitet af interviews og materiale .....	43
Baggrundsinformation – informanter.....	44
Sociodemografiske oplysninger .....	44
Domstype og tidligere strafferetslig erfaring.....	45

### KAPITEL 3

<b>HVAD VIL DET SIGE AT VÆRE RETSPSYKIATRISK PATIENT? .....</b>	<b>47</b>
Dobbeltopgaven: Hensyn til patienten og hensyn til det omgivende samfund .....	47
Sygdom og foranstaltning som grundvilkår .....	48
Hvad indebærer en dom til anbringelse eller behandling ifølge informanterne? .....	49
Informanternes erfaringer med og opfattelser af behandling .....	52
Erfaringer med inddragelse i behandlingsplaner og deltagelse i behandlingskonferencer.....	53
Begrebsbrug og erfaringer fra behandlingspsykiatri og kriminalforsorg.....	55
Først og fremmest mennesker.....	57

### KAPITEL 4

<b>AKTIVITETSMULIGHEDER .....</b>	<b>63</b>
Hverdagen som indlagt patient.....	63
Hverdagen som ambulat patient.....	67

### KAPITEL 5

<b>RELATIONER TIL PERSONALET .....</b>	<b>71</b>
Patienternes forventninger om at få hjælp fra pleje- eller socialfagligt personale....	71
Tvetydighed .....	73
Tilgængelighed.....	73
Hjælp der kan skrues op og ned .....	75
Hjælp til selvhjælp .....	75
"Det kommer ikke dem ved" .....	76
Hjælp fra andre faggrupper .....	77
Betydningen af respekt og en oplevelse af ligeværd .....	77
Betydningen af resonans, attitude og tillid til faglighed.....	78
Det omsorgstrætte personale .....	80
Erfaringer med dehumanisering, infantilisering, kontrol og symbolsk vold.....	81

### KAPITEL 6

<b>RELATIONER TIL MEDPATIENTER OG MEDBEBOERE.....</b>	<b>85</b>
Ufrivillig nærhed og krav til sociale kompetencer.....	85
Forestillinger om andre retspsykiatriske patienter.....	86
De andres sygdom.....	86
Ønsket eller uønsket socialitet.....	87
Personalets betydning for relationerne mellem patienter og beboere.....	88

### KAPITEL 7

<b>RELATIONER TIL PÅRØRENDE OG NETVÆRK.....</b>	<b>91</b>
Spinkle netværk.....	91

Familie og partner .....	91
Kontakt med egne børn.....	93
Venner.....	93
Når andre tager afstand fra en .....	94
Andre sociale relationer .....	95
Udbredt ensomhed .....	96

## KAPITEL 8

<b>RUSMIDLER.....</b>	<b>99</b>
Rusmidler fylder meget i informanternes liv og fortællinger .....	99
Misbrug, forbrug eller totalt ophør – nuancer i fortællingerne om egen brug af rusmidler .....	100
Erfaringer med misbrugsbehandling .....	101
Utryghed, konflikter og kontrolomkostninger .....	102
Boligens betydning for håndtering af misbrug .....	103
Betydningen af netværk.....	104
Ingen nemme løsninger .....	104

## KAPITEL 9

<b>HVAD SKAL DER TIL FOR IKKE AT FÅ EN NY DOM?.....</b>	<b>105</b>
---	------------

## KAPITEL 10

<b>RETSPSYKIATRISKE PATIENTERS HÅB, DRØMME OG FORVENTNINGER .....</b>	<b>111</b>
---	------------

## KAPITEL 11

<b>INFORMANTERNES GODE RÅD.....</b>	<b>113</b>
Respekt, ligeværd, kontakt, lydhørhed og meningsfulde aktiviteter under indlæggelse .....	113

## KAPITEL 12

<b>PERSPEKTIVERING .....</b>	<b>115</b>
------------------------------	------------

<b>REFERENCER.....</b>	<b>117</b>
------------------------	------------

<b>Bilag 1: Informationsfolder.....</b>	<b>120</b>
---	------------

<b>Bilag 2: Samtykkeerklæring.....</b>	<b>121</b>
--	------------



“

SIGER SJÆLDENT  
HVAD JEG HAR PÅ SINDE  
NÅR JEG HAR LÅST MIG INDE  
EJ SELV OM MIN KONTAKT PERSON  
ER EN FLINK MAND ELLER KVINDE  
I TELEFONEN SIGER JEG MEGET LIDT  
OM HVAD JEG TÆNKER  
PÅ MIG SELV  
LÆGGER JEG LÆNKER  
ALLE SMS ER KORTE BESKEDER  
LÆGGER SKJUL PÅ MIN NEDER  
HAR DU BIVIRKNINGER  
SIGER NEJ JEG HAR INGEN  
UNDGÅR AT GÅ NOGEN PÅ KLINGEN  
VISER AT JEG HAR INTET MISBRUG  
SELVOM JEG TILBRINGER NATTEN I GRU  
KENDER DEM SÅ SIGER NEJ TIL SOVEMEDICIN  
NÅR JEG VÅGNER FOR 10 GANG  
TÆNKER JEG SVIN  
I MIN JOURNAL STÅR VENLIG OG GODT HUMØR  
KENDTE DE MINE TANKER STOD DER  
PARANOID OG SKINGRENDE SKØR  
DET JEG SER ER NOGET FORPULET LORT  
MIN MORMOR VILLE SIGE NOGET SKIDT  
MENS JEG GLIDER IGENNEM SENGE AFSNIT  
I AFLÅSTE RUM UD OG IND  
SKJULER MIT SIND

NIKOLAJ BRIE PETERSEN 2017

”



## FORORD

Formålet med denne undersøgelse, baseret på 50 semistrukturerede interviews med retspsykiatriske patienter, har været at skabe ny viden om patienternes perspektiver, oplevelser, drømme og håb. Undersøgelsen giver en unik og detaljeret indsigt i patienternes erfaringer med pleje, behandling og rehabilitering og kan hjælpe os til at forstå, hvad der kan være værdifuldt og hjælpsomt i patientforløb, når de rammesættes af en retslig foranstaltning.

Den retspsykiatriske patientpopulation er præget af stor heterogenitet og store variationer i forhold til psykopatologi, evt. dobbeltdiagnoseproblematik, og i forhold til, hvor langt de er i et behandlings- og foranstaltningsforløb. I den forstand er det ikke overraskende, at undersøgelsens informanter, der repræsenterer bred erfaring på tværs af almenpsykiatri, specialiseret retspsykiatri, fra døgnafsnit og fra ambulante enheder, fremkommer med bredde, nuancer og såvel gode som mindre gode fortællinger og oplevelser fra mødet med behandlingspsykiatrien. Til alle disse erfaringer knytter der sig et kæmpe læringspotentiale for personale i Region Hovedstadens Psykiatri, og vi håber, at denne samlede syntese og afrapportering netop vil blive læst og anvendt med et læringsperspektiv for øje: Desto mere viden om hvad patienter og brugere oplever som værdifuldt i patientforløb og i deres liv i det hele taget, desto bedre forudsætninger har vi for fortsat at arbejde med at tilbyde den bedst mulige pleje og behandling og at understøtte recoveryforløb.

Der er mange stærke fortællinger og pointer i undersøgelsens materiale, men noget af det, der gør størst indtryk, er informanternes betoning af, at de jo først og fremmest er mennesker. Mennesker der har allehånde komplekse og multiple problemstillinger, men ikke desto mindre først og fremmest mennesker som alle andre. En række informanter har efterfølgende fortalt, at det at deltage i undersøgelsen og at dele, genfortælle eller overhovedet at fortælle netop deres historie har været stærkt og betydningsfuldt for dem. For undersøgelsens forskere har både mødet i selve interviewsituationen, og den efterfølgende analytiske bearbejdning af interviewmaterialet ofte været bevægende og betydningsfuldt. Det er et særligt privilegium at få lov til at komme så tæt på medmenneskers liv og erfaringer. Til dette privilegium hører samtidig en stærk forpligtelse til på en respektfuld måde at vidensdele og nyttiggøre den viden, der er fremkommet i disse møder og samtaler.

Stor tak til undersøgelsens informanter for at ville berette om og stille deres unikke viden til rådighed, til personale, der har hjulpet med at rekruttere deltagere, til Nikolaj Brie Petersen for illustrerende digte, til Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse for fagfællebedømmelse, og til referencegruppen, der har givet værdifuld faglig sparring og opbakning til projektet.

København, maj 2017



Anne Hertz  
Vicedirektør  
Region Hovedstadens Psykiatri

# SAMMENFATNING

## Baggrund

Viden om hvordan psykiatriske patienter selv ser på det at være idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og på deres situation og forløb i psykiatrien i det hele taget, har indtil nu været meget begrænset. Der har igennem de sidste 20 år været en voldsom vækst i antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark. Gruppen af retspsykiatriske patienter udgør omkring 4 % af den samlede psykiatriske patientpopulation, men det er en gruppe, der ofte er meget fokus på i behandlingspsykiatrien. Der er påfaldende videnshuller på en lang række områder i forhold til den retspsykiatriske patientpopulation; fx det præcise antal af patienter med særforanstaltninger i Danmark; deres psykopatologi og komorbiditet, herunder tidligere psykiatrihistorik, sociodemografiske forhold, kriminalitetsprofiler, psykosociale rehabilitering, tilsyn fra Kriminalforsorgen og brug af socialpsykiatrisk støtte.

Sideløbende med fraværet af mere systematisk og forskningsbaseret viden eksisterer der påfaldende mange fortællinger og generaliserende forestillinger om retspsykiatriske patienter. Sådanne fortællinger findes blandt andet hos sundhedspersonale, i pressedækningen og i den offentlige debat generelt om retspsykiatri, og de rummer også stigmatiserende og rubricerende fortællinger om retslige patienter: fx at de er mere misbrugende end almenpsykiatriske patienter eller typisk er præget af en antisocial, udadreagerende eller ligefrem farlig og utilregnelig adfærd. Fra såvel danske som udenlandske undersøgelser af stigma ved vi, at der knytter sig mange generaliseringer og forestillinger til patienter, der lider af svære psykiatriske sygdomme som fx skizofreni, til patienter med dobbeltdiagnoseproblematik og til psykiatriske patienter, der har begået kriminalitet. De generaliserede fortællinger og forestillinger holder ikke for en nærmere granskning: Den retspsykiatriske patientpopulation er præget af betydelig variation og heterogenitet både i forhold til sygdomsgrad, sygdomsforløb og kriminalitetsbelastning. Disse nuancer fortaber sig ofte i fortællingerne om retspsykiatriske patienter.

## *Formål*

Formålet med denne undersøgelse har været at skabe ny viden om retspsykiatriske patienter perspektiver, erfaringer, oplevelser, drømme og håb. Udgangspunktet for undersøgelsen har

været en antagelse om, at den enkelte patients oplevelser og erfaringer med pleje og behandling, der rammesættes af en retslig foranstaltning, alt andet lige vil få stor betydning for patientforløbet og for mulighederne for at indfri det kriminalitetsforebyggende sigte, der knytter sig til en behandlingsdom. Derfor er det væsentligt med indgående kendskab til patienternes perspektiver.

Formålet har været at indhente bred viden om patienternes oplevelser og erfaringer, men også mere specifik viden om deres syn på og erfaringer med at være idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og på de, typisk længevarende og mere eller mindre restriktive, kontakter til behandlingspsykiatrien, som en foranstaltning typisk indebærer. Derudover har spørgsmål om håb og drømme også været et centralt omdrejningspunkt for undersøgelsen, idet det er væsentlige elementer i en recoveryunderstøttende tilgang til pleje og behandling.

Undersøgelsen er baseret på 50 semistrukturerede interviews med retspsykiatriske patienter. Undersøgelsens informanter repræsenterer bred erfaring fra såvel forløb i almenpsykiatrisk og retspsykiatrisk regi, som fra sengeafsnit og ambulatorier. Størstedelen har typisk, som følge af den psykiatriske særforanstaltning, årelange kontakter med behandlingspsykiatrien. En del har endvidere været i kontakt med almenpsykiatrien før de debuterede som retspsykiatriske patienter. Det er således en meget erfaren gruppe af patienter, der har stillet deres viden og erfaringer til rådighed.

## **Resultater**

### *Hvad vil det sige at være retspsykiatrisk patient?*

Langt størstedelen af informanterne ser ud til at være kommet overens med deres psykiatriske sygdom og deres retslige foranstaltning som et grundvilkår. De allerfleste oplever, at de er syge og typisk også, at de har behov for hjælp og støtte til at modvirke det funktionstab, der knytter sig til sygdom. Det gennemgående mønster er, at patienterne opfatter deres foranstaltning som en følge af en kriminel handling, og at denne handling på den ene eller anden måde relaterer sig til en psykisk sygdom. Selvom en dom til behandling ikke formelt indebærer, at man skal modtage medicinsk behandling, er det sådan det opleves af en række informanter. I praksis oplever de således, at eksempelvis muligheden for udgang er tæt forbundet med villigheden til at tage medicin, eller at det at modtage medikamentel behandling kan være præmissen for at undgå indlæggelse i henhold til dom. Lydhørhed i forhold til

justering af medicin spiller derfor typisk en central rolle for de informanter, der har erfaringer med at deltage i behandlingskonferencer og være inddraget i udformningen af behandlingsplaner. En betydelig del af informanterne har erfaringer fra såvel behandlingspsykiatrien som Kriminalforsorgen, enten fra varetægtsfængsling eller afsoning af frihedsstraf. Det er karakteristisk, at flere af dem anvender samme sprogbrug om det at være frihedsberøvet, hvad enten de har opholdt sig i fængselsregi, har haft dom til anbringelse eller har været indlagt i henhold til dom på en psykiatrisk afdeling. Flere af dem oplever den psykiatriske særforanstaltning som en straf, og at de soner eller afsoner. Lovgivers intention om, at en dom til anbringelse eller til behandling ikke skal være en straf, forbliver her et teoretisk aksiom, og for mange af informanterne er uvisheden om, hvor længe foranstaltningen skal vare, en stor belastning og kilde til frustration. Især patienter i ambulante forløb ser ud til at gå ind og ud af patientrollen, og oplever sig fortrinsvis som patienter i mødet med deres kontaktperson og behandlingspsykiatrien, men ellers ikke. En række af informanterne betoner, at de jo først og fremmest er mennesker, og ikke patienter eller retspsykiatriske patienter.

### *Aktivitetstilbud*

Det er en gennemgående erfaring og oplevelse, at informanterne savner aktivitetstilbud og større variation i aktivitetstilbuddene under indlæggelse. Dette ser ud til at gælde såvel langvarige indlæggelser i den specialiserede retspsykiatri, som kortere indlæggelser i henhold til dom i almenpsykiatrisk regi. Det er tydeligt, at informanterne er klar over, at der kan være en sammenhæng mellem personalenormering og muligheden for aktiviteter, og at de fysiske rammer såvel som sammensætningen af personalegruppen kan have betydning for mulighederne for at deltage i aktiviteter. Men det er samtidig karakteristisk, at informanterne efterlyser aktivitetstilbud, der ikke nødvendigvis stiller store krav til de fysiske rammer, fx ønsker om socialt samvær, og at personalet tager initiativ hertil. De informanter, der er i ambulante behandling, beskriver tilsvarende hverdage uden struktur og uden ret mange aktiviteter. Ganske få har tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsesinstitutioner, og meget få af dem deltager i en eller anden form for organiserede fritidsaktiviteter. Nogle informanter i ambulante forløb er tilfredse med deres aktuelle hverdag, mens andre efterspørger mere kontakt til og flere aktivitetsinitiativer fra den ambulante psykiatri eller deres socialpsykiatriske bosted.

### *Relationer til personale*

Relationerne til professionelle, og især til plejepersonale, har stor betydning for, hvordan informanterne oplever deres behandlingsforløb. Mange af informanterne er, eller har været, indlagt på psykiatriske afdelinger i lange perioder, mange i årevis. For disse udgør personale (og medpatienter) dem man deler hverdagen med. For de patienter, der aktuelt er i ambulans behandling, er de fysiske frihedsgrader større, og det personale, der varetager behandlingsansvaret, fylder fysisk mindre i informantens tilværelse. Betydningen af kontakten med den ambulante kontaktperson er alligevel central, og for mange informanter er relationen til kontaktpersonen, en af de mest stabile relationer i informanternes liv.

Det er karakteristisk for informanternes fortællinger om positive relationer til personale, at de oplever sig mødt med respekt og i øjenhøjde, at der er resonans og god kemi, mens negative fortællinger handler om, at patienterne har oplevet at møde et fraværende, distanceret, ikke-imødekomende og ikke-hjælpsomt personale. En række informanter beskriver vigtigheden af, at plejepersonalet er tilstede og tilgængeligt i fællesmiljøet i sengeafsnit. Mange har erfaringer med, at det kan være svært at få kontakt til eller hjælp fra personale, og at personalet er travlt beskæftiget med eksempelvis at dokumentere på kontoret. Informanternes forventninger, om at kunne få hjælp fra personalet, handler om mange forskellige ting; konkret hjælp til at løse et problem, adgang til mad og drikke eller behov for en samtale. Men det gennemgående mønster er, at informanternes efterlysning af hjælp og støtte fra plejepersonale under indlæggelse typisk handler om, at plejepersonalet skal være synligt og tilgængelige i miljøet, bl.a. fordi det virker beroligende og tryghedsskabende. En række af de ambulante patienter, der følges i opsøgende teams, beskriver også vigtigheden af tilgængelighed og fleksibilitet, og at hjælp og kontakthypighed kan skrues op i perioder, hvor der er behov for det og efterfølgende justeres ned igen.

### *Relationer til medpatienter og medboere*

Stor set alle informanter har erfaringer med at være tæt på andre mennesker, hvis selskab de ikke selv har valgt. Denne ufrivillige nærhed udfolder sig særlig tydeligt under indlæggelse i lukkede sengeafsnit, men forekommer også på socialpsykiatriske bosteder, om end muligheden for privatliv trods alt er større her. Relationer til medboere og medpatienter er derfor centrale, og informanterne fortæller om mange aspekter vedrørende dette. For mange opleves det anstrengende at skulle være tæt på andre, især hvis de oplever, at der

ikke umiddelbart er noget interessefællesskab, eller hvis medpatienter opleves som meget mere syge end informanten selv. Samtidig indebærer eksempelvis en indlæggelse også potentielt mulighed for nye sociale kontakter. For nogle informanter har relationer til medpatienter udviklet sig til varige venskaber. Andre fravælger aktivt kontakt og relationer til medpatienter, fordi det også medfører sårbarhed og risikoen for at miste. Såfremt man skal opholde sig i en total institution som fx et lukket sengeafsnit, har personalet, ifølge informanterne, afgørende betydning for relationerne mellem patienterne. En række informanter har oplevet utryghed under indlæggelse eller decideret angst for medpatienter, og i disse situationer er det afgørende, at personalet er synligt, tydeligt og tilgængeligt i forhold til at forebygge eller interagere, såfremt der opstår konflikter imellem patienter.

#### *Relationer til pårørende og netværk*

Der er store variationer i, hvorvidt informanterne har pårørende eller netværk, der giver mulighed for social, emotionel eller praktisk støtte. Nogle har betydningsfulde netværk af familie og/eller venner, mens andre er mere eller mindre uden et eksisterende socialt netværk og har mistet kontakten til familien. Tilbagetrækning fra sociale sammenhænge og nære relationer kan være en del af sygdomsbilledet for et menneske med psykisk sygdom, og en mangel på sociale relationer opleves ikke nødvendigvis som et savn. Alenehed er ikke nødvendigvis ensbetydende med oplevelsen af ensomhed, men kan være i overensstemmelse med den enkeltes ønsker og behov. Informanternes fortællinger vidner dog om en udbredt ufrivillig social og eksistentiel ensomhed, og om savn efter flere deltagelsesarenaer og sociale relationer. Patienternes spinkle, private sociale netværk er formentlig medvirkende til, at relationerne til personale og kontaktpersoner bliver så centrale for såvel indlagte patienter, som for patienter i ambulans behandling.

#### *Rusmidler*

Erfaringer med brug af legale eller illegale rusmidler fylder meget i informanternes fortællinger. Enten fordi de selv har brugt rusmidler, eller fordi medpatienters eller medbeboeres rusmiddelbrug får konsekvenser for informanterne. Mange af informanterne har erfaring med, at misbrug hos medpatienter under indlæggelse eller hos medbeboere eller deres omgangskreds på et bosted kan medføre utryghed og konflikter. For godt 30 af undersøgelsens informanter er deres eget nuværende eller tidligere forbrug af rusmidler en central problemstilling. Der er mange forskellige erfaringer, mange grader af brug/misbrug, mange grunde

til at anvende rusmidler og mange forskellige praksisser; fra noget informanterne selv mener, er håndterbart til svær afhængighed. For de allerfleste medfører brug af rusmidler komplekse sociale og psykosociale problemer og udfordringer. I rapportens gengivelse af informanternes erfaringer med rusmidler er der således mest fokus på misbrug og misbrug af illegale rusmidler. For de fleste informanter har deres misbrug ændret sig over tid, og de er enten kommet ud af det eller har fået det mindsket eller ændret til et mere kontrolleret forbrug. I arbejdet med disse ændringer betoner informanterne først og fremmest deres egen indsats, vilje og motivation, betydningen af støtte fra netværk og sikring af boligforhold, men også betydningsfulde indsatser fra professionelle.

#### *Hvad skal der til for at undgå en ny dom?*

På spørgsmålet om, hvad der skal til for at undgå en ny behandlingsdom, peger informanterne på en lang række af risikofaktorer og tilsvarende beskyttende faktorer; fx forhold vedrørende bolig og forsørgelsesgrundlag, beskæftigelse, sociale relationer og brug af rusmidler. Informanterne peger ligeledes på ændret og øget selvindsigt og på vigtigheden af at udvikle psykologiske og sociale mestringsstrategier. Der er stor variation i informanternes hidtidige kriminalitetsbelastning og kriminalitetsprofiler, og stor variation i, hvilken sammenhæng de selv ser mellem deres psykiatriske sygdom og deres kriminelle handlinger. Der er således også mange nuancer i informanternes syn på, hvorvidt håndteringen af deres sygdom fremstår som et vigtigt led i forebyggelsen af ny kriminalitet. De fleste, men ikke alle, betragter dog den medikamentelle behandling af deres sygdom som et vigtigt led i forhold til at undgå ny kriminalitet.

#### *Håb & drømme*

Langt de fleste af de håb og drømme informanterne beretter om, omhandler grundlæggende menneskelige behov. Drømmene afspejler ofte, hvad informanterne savner i livet, og de afspejler deres alder og livssituation. De flestes drømme er ret konkrete, de har tit en tids-horisont, og de vedrører socialt accepterede ønsker og behov. Nogle drømme er, set i lyset af informanternes samlede livssituation, ret ambitiøse, mens andre drømme, set udefra, synes ret beskedne. Informanterne drømmer om partner og familie, ordnede boligforhold, beskæftigelse eller fritidsaktiviteter og social kontakt. For informanter, der var indlagt på interviewtidspunktet, er det karakteristisk, at de drømmer om at blive udskrevet.

### *Informanternes gode råd til psykiatrien*

Informanterne blev undervejs i interviewsituationen bedt om at formulere gode råd til, hvad der fremadrettet er vigtigt at fokusere på i retspsykiatriske behandlingsforløb. Rådene vedrører især, hvorledes de professionelle i behandlingspsykiatrien skal begå sig i mødet med patienterne. Blandt de vigtigste elementer i denne interaktion peger informanterne på:

- En respektfuld, ligeværdig og empatisk tilgang til patienterne
- Mere og flere typer kommunikation mellem patienter og de forskellige faggrupper af personale
- Lydhørhed i forhold til justering af medicindosis og i forhold til præparatvalg
- Flere aktivitetstilbud under indlæggelse

### *Perspektivering og det videre arbejde*

Undersøgelsens informanter har bidraget med meget indsigtsfulde og nuancerede fortællinger om deres oplevelser og erfaringer. Projektets referencegruppe har allerede tidligt i arbejdsprocessen peget på vigtigheden af, at denne viden bruges i læringsøjemed og bringes i spil i tæt samarbejde med klinisk praksis. Der genstår således et stort arbejde med at formidle undersøgelsens resultater til personale på de psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri og at samarbejde om at nyttiggøre viden om brugerperspektiver i den fremadrettede tilrettelæggelse af recoveryorienteret pleje og behandling.

Derudover genstår et stort stykke arbejde med at bringe denne nye viden i spil og i diskussion i forhold den eksisterende internationale forskning på området, dels i form af artikelskrivning til forskningsbaserede tidsskrifter og dels i form af præsentationer på nationale og internationale konferencer.



“

HVEM ER I  
VI DER DEM DER BLIR  
VI FÅR INTET TIL GENGÆLD  
END EN BUKKET TIER  
SÅ I SPØRGER HVEM  
VI ER DEM DER SIDDER TILBAGE  
NÅR I GÅR HJEM  
VI HAR INGEN STEDER AT GÅ  
I SYNES VORES DRØMME  
ER LIGEGYLDIGE OG SMÅ  
MEN DE ER VORES  
JA VORES DRØMME ER VOR EGNE  
OG FØR I TAR VORES DRØMME ALVORLIGT  
KOMMER I MED OS INGEN VEGNE

”

**NIKOLAJ BRIE PETERSEN 2017**



# KAPITEL 1

## INDLEDNING

### Baggrund

Der har igennem de sidste 20 år været en voldsom vækst i antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark. Antallet af unikke patienter er steget fra 1445 i 2001 til 4393 i 2014.<sup>1</sup> Gruppen af retspsykiatriske patienter udgør omkring 4 % af den samlede psykiatriske patientpopulation, men det er en gruppe, der ofte er meget fokus på i behandlingspsykiatrien. Langt størstedelen, 80-90 %, af de retslige patienter behandles ambulant. Kun en mindre del af populationen, omkring 20 %, er indlagt, men hvilke patienter det er, varierer. Mange patienter har forløb, hvor de primært er ambulante patienter, men periodisk indlagt i henhold til dommen som følge af fx medicinsvigt, problematisk rusmiddelbrug eller anden risiko for recidiv til kriminalitet. Størstedelen af sådanne indlæggelser i henhold til dom foregår i almenpsykiatrisk regi (hovedfunktion), mens patienter med høj sygdomskompleksitet i reglen visiteres til den specialiserede retspsykiatri (regionsfunktion).<sup>2</sup> I Region Hovedstadens Psykiatri er det op til det enkelte psykiatriske center, hvorledes man vil organisere tilbuddet til retslige patienter i sit optageområde, fx ved at etablere en form for subspecialiseret afsnit, eller ved fordele retslige patienter med behov for indlæggelse på centerets lukkede afsnit.<sup>3</sup>

Til trods for den markante vækst i antallet af patienter, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, er der fortsat en række påfaldende videnshuller i forhold til den retspsykiatriske patientpopulation: fx det præcise antal af patienter med særforanstaltninger i Danmark og mulige forklaringer på væksten i antal domme. Der savnes også viden om populationens psykopatologi og komorbiditet, herunder tidligere psykiatrihistorik, sociodemografiske forhold, kriminalitetsprofiler, psykosociale rehabilitering, tilsyn fra Kriminalforsorgen og

---

<sup>1</sup> Faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri, 2015.

<sup>2</sup> Denne arbejdsdeling er beskrevet af Danske Regioner, 2011, og følges i fire af landets fem regioner. Region Syddanmark har organiseret sig på en anden måde, og skelner ikke mellem retslige patienter i henholdsvis hoved- og regionsfunktion.

<sup>3</sup> Se Møllerhøj et al, 2016 a for en beskrivelse af de udfordringer personalet oplever i relation til dette.

brug af socialpsykiatrisk støtte. Viden om hvordan psykiatriske patienter selv ser på det at være idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og på deres situation og forløb i psykiatrien i det hele taget, har indtil nu været meget begrænset.

Sideløbende med fraværet af mere systematisk og forskningsbaseret viden eksisterer der påfaldende mange fortællinger og generaliserende forestillinger om retspsykiatriske patienter. Sådanne fortællinger findes blandt andet hos sundhedspersonale, i pressedækningen og i den offentlige debat generelt om retspsykiatri, og de rummer også stigmatiserende og rubricerende fortællinger om retslige patienter: fx at de er mere misbrugende end almenpsykiatriske patienter eller typisk er præget af en antisocial, udadreagerende eller ligefrem farlig og utilregnelig adfærd. Fra såvel danske som udenlandske undersøgelser af stigma ved vi, at der knytter sig mange generaliseringer og forestillinger til patienter, der lider af svære psykiatriske sygdomme som fx skizofreni, til patienter med dobbeltdiagnoseproblematik og til psykiatriske patienter, der har begået kriminalitet. De generaliserende fortællinger og forestillinger holder ikke for en nærmere granskning: Den retspsykiatriske patientpopulation er præget af betydelig variation og heterogenitet både i forhold til sygdomsgrad, sygdomsforløb og kriminalitetsbelastning. Disse nuancer fortaber sig ofte i fortællingerne om retspsykiatriske patienter.

## **Formål**

Formålet med denne undersøgelse har været at skabe ny viden om retspsykiatriske patienter perspektiver, erfaringer, oplevelser, drømme og håb. Der har gennem de seneste 10 år været et forstærket fokus på inddragelse og samarbejde, på patienters ønsker og behov i mødet med psykiatrisk personale og det psykiatriske behandlingssystem, og på behovet for viden om patienternes oplevelser og erfaringer. Alligevel ved vi generelt meget lidt om, hvordan den enkelte patient oplever den psykiatriske pleje og behandling, hvilke ønsker og behov de har, og hvad der opleves som værdifuldt og hjælpsomt.

Udgangspunktet for denne undersøgelse har været en antagelse om, at den enkelte patients oplevelser og erfaringer med pleje og behandling, der rammesættes af en retslig foranstaltning, alt andet lige vil få stor betydning for patientforløbet og for mulighederne for at indfri det kriminalitetsforebyggende sigte, der knytter sig til en behandlingsdom. Derfor er det væsentligt med indgående kendskab til patienternes perspektiver.

Undersøgelsen har først og fremmest været struktureret af en bred erkendelsesinteresse og forsøg på at få mest mulig indsigt i patienters oplevelser og erfaringer. Men, der har samtidig været en specifik interesse for at afdække patienternes subjektive oplevelser af det at have en behandlingsdom og af den type af længerevarende og mere eller mindre restriktive kontakter til behandlingspsykiatrien, som en foranstaltning typisk indebærer. Undersøgelsen er udført i en tid og i en organisation, hvor der er stærkt fokus på recovery som en unik og personlig proces; at det er muligt at komme overens med konsekvenser af alvorlig psykisk sygdom, og at det enkelte individ skal tilbydes støtte og hjælp til selvhjælp i forhold til at komme til at leve det liv, han eller hun drømmer om. Derfor har spørgsmål om håb og drømme også været et centralt omdrejningspunkt for undersøgelsen.

### **Rapportens målgruppe, sprog og læringsperspektiv**

Rapporten er rettet mod en bred målgruppe af interessenter; patienter, pårørende, netværk og personale i den regionale behandlingspsykiatri. Den er forsøgt skrevet i et let tilgængeligt sprog og i en genre, hvor der er mange og tætte gengivelser af informanternes fortællinger i form af direkte citater. Rapporten er endvidere ledsaget af en række digte skrevet af kunstner og retspsykiatrisk patient Nikolaj Brie Petersen.<sup>4</sup> Digtene illustrerer og italesætter en række af de temaer og erfaringer, der er fremkommet i interviewmaterialet, og som beskrives i rapportens kapitler.

Ambitionen er at bringe den viden, der er skabt i interviewsituationerne og i bearbejdningen og fortolkningen af interviewmaterialet, tilbage til og tæt på patienter og fagprofessionelle, der interagerer i retspsykiatriske behandlingsforløb. I forhold til fagprofessionelle er rapporten skrevet med et læringsperspektiv for øje: Desto mere indsigt i og viden om, hvad patienter oplever som hjælpsomt og værdifuldt i deres forløb og møde med psykiatrien, desto bedre muligheder er der for fremadrettet at arbejde recoveryorienteret og at tilbyde den bedst mulige pleje og behandling.

---

<sup>4</sup> Nikolaj Brie Petersen, født 1973. I forbindelse med markeringen af 200-året for Sct. Hans i 2016, formidlede Nikolaj Brie Petersen malerier, skulpturer og digte i udstillingen STUEREN i det gamle patientbibliotek i Kurhus på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Se endvidere interview med Nikolaj Brie Petersen i Vaczy Kragh & Møllerhøj (red.), 2016: "Der skal meget til at vælte mig nu", 343-350.

Rapporten indeholder en samlet syntetisering og gennemgang af, det forfatterne har identificeret som centrale temaer og fund i det omfattende materiale. I denne sammenhæng er fundene ikke blevet bragt i spil og diskussion i forhold til den internationale forskning på området. Dette vil ske efterfølgende i forbindelse med eksempelvis artikelskrivning til forskningsbaserede tidsskrifter eller formidling på forskningsseminarer.

”Med værdi mener vi konkret, at vi vil øge patienternes livskvalitet, viden om sygdommen og oplevelsen af at blive behandlet ligeværdigt med fokus på patienternes ressourcer og mål. Grundlæggende er det patienternes ønsker og behov, der skal være udgangspunkt for det enkelte patientforløb, for hvordan vi udvikler behandlingsmetoder og kvalitet, og for hvordan vi indretter os som organisation.”

(RHP Virksomhedsplan 2015)

## Værdigrundlag for patientforløb i Region Hovedstadens Psykiatri

I Region Hovedstadens *Bruger-, patient- og pårørendepolitik* fra 2008, blev der sat fokus på inddragelse og samarbejde, og på brugere, patienter og pårørendes behov og ønsker. For psykiatrien blev dette fokus yderligere skærpet med *På vej mod brugerinddragelse i psykiatrien – en strategi for brugerinddragelse & samarbejde*, 2014. Her understreges det, at brugerinddragelse ikke kun er en teknik, men et menneskesyn, der ”kræver, at vi forholder os til brugerne som hele mennesker og samarbejdspartnere, og at beslutninger om den enkeltes forløb træffes sammen med brugeren”. Endvidere beskrives det, at brugerinddragelse i Region Hovedstadens Psykiatri handler om ”at bringe brugerens ønsker, ideer og viden i spil for at forbedre behandlings- og rehabiliteringsindsatserne og for at øge brugernes oplevelse af autonomi og evne til at mestre og komme sig over sygdom (recovery)”.

Strategien for brugerinddragelse er baseret på Region Hovedstadens Psykiatriens værdier: Faglighed, respekt, ansvar og udvikling. Med udpegningen af disse værdier lægges der vægt på høj faglighed, udvikling og forskning, at det er medarbejdernes ansvar at samarbejde med brugeren og at inddrage pårørende og netværk optimalt. Dette samarbejde forudsætter anerkendelse og respekt for den enkeltes brugers situation, ressourcer, ønsker og behov. Det understreges samtidig, at der kan være dilemmaer og udfordringer i at understøtte brugerinddragelse, fx hvis der opstår situationer, hvor det er nødvendigt at anvende tvang. I strategien er det endvidere beskrevet, at der skal arbejdes med systematisk indsamling af viden om brugernes erfaring, herunder direkte patient feedback og patienttilfredshedsundersøgelser.<sup>5</sup>

Det overordnede pejlemærke i Region Hovedstadens Psykiatri er ”at skabe mere værdi for patienten”. Herved forstås ”at øge patienternes livskvalitet, viden om sygdomme og oplevelser af at blive behandlet ligeværdigt med fokus på patienternes ressourcer og mål”. Endvidere hedder det i psykiatriens virksomhedsplan, at ”grundlæggende er det patienternes ønsker og behov, der skal være udgangspunkt for det enkelte patientforløb, for hvordan vi udvikler behandlingsmetoder og kvalitet, og for hvordan vi indretter os som organisation”.<sup>6</sup>

I de aktuelle politiske strategier i Region Hovedstadens Psykiatri er der således et stærkt fokus på såvel frembringelse af ny viden om patienters og brugeres erfaringer og oplevelser,

---

<sup>5</sup> Region Hovedstadens Psykiatri 2014.

<sup>6</sup> Region Hovedstadens Psykiatri 2015.

som på, at denne viden skal være omdrejningspunktet for den pleje og behandling, der tilbydes i mødet med psykiatrien.

## **Eksisterende viden på området: Bruger- og patientperspektiv**

Det strategiske fokus på bruger- og patientperspektiv har affødt en række initiativer og undersøgelser med henblik på at skabe mere viden på dette område. Et stort indsatsområde er *Den nationale undersøgelse af patientoplevelser*, LUP, hvor en af delundersøgelserne vedrører psykiatriområdet. *LUP Psykiatri* er en spørgeskemaundersøgelse, der gennemføres årligt i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Hvert tredje år inkluderes også pårørende. Formålet med LUP Psykiatri er at afdække patienters og pårørendes oplevelser af centrale temaer vedrørende personalekontakt, behandling og organisering af behandlingen. Resultaterne opgøres og sammenlignes over tid på en måde, så de kan fungere som input til kvalitetsudvikling og til ledelsesinformation i de lokale sengeafsnit og ambulatorier.<sup>7</sup> De hovedtemaer der undersøges er: *Information & Inddragelse* (herunder inddragelse, information, kommunikation og undervisning), *Behandling* (herunder behandlingstilbuddet, udbytte af behandling, mestring-/psykoedukation, tvang, fejl, pårørendestøtte), *Sammenhæng & Samarbejde* (herunder sammenhæng i forløbet og eksternt samarbejde), og *Samlet tilfredshed*. Der er endvidere mulighed for fritekstbesvarelser og kommentarer, og LUP afrapporteringen ledsages af en kommentarsamling. Den er ofte interessant læsning, fordi man her kan få indblik i mere individuelle og subjektive oplevelser af patientforløb.

I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) indsamles der endvidere viden om patientoplevelser via tabletundersøgelser og direkte patient feedback møder. Tabletundersøgelserne har bl.a. fokus på, om personalet optræder venligt og imødekommende, er forberedt, arbejder med patientens personlige mål og inddragelse i behandlingsplanen, inddragelse af pårørende, og hvorvidt personalet hjælper til at styrke troen på at kunne få det bedre. Besvarelser fra tablets indgår i forbedringsarbejdet på de enkelte centre og i driftsmålstyringen.<sup>8</sup> Direkte patient feedback foregår i fokusgrupper og faciliteres af Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden. Repræsentanter fra det pågældende afsnits persona-

---

<sup>7</sup> Defactum 2016.

<sup>8</sup> For en oversigt over spørgerammer til tabletundersøgelser i RHP, se: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/patient-og-paarørende/Patienttilfredshedsunders%C3%B8gelser/Sider/default.aspx>

legrube, centerledelse, RHPs direktion og det politiske niveau lytter til erfaringer og oplevelser fra patienterne. Der laves referat af de temaer, der kommer i spil, og disse er efterfølgende tilgængelige på RHPS website.<sup>9</sup> Fælles for disse undersøgelser er, at de primært struktureres af organisationens vidensbehov og ønske om at få viden, der kan anvendes i forhold til forbedrings- og kvalitetsarbejde eller som ledelsesinformation. Derudover er der et stærkt fokus på patienttilfredshed, som fx afspejles i målformuleringer og ønsket om at nå en patienttilfredshed på min. 90 %.<sup>10</sup>

### *Særlige erfaringer i relation til retslige foranstaltninger*

Det har været drøftet gennem en årrække, hvorvidt der skulle formuleres et særligt koncept for LUP undersøgelser målrettet retspsykiatriske patienter. I 2012 blev der gennemført en særlig undersøgelse i retspsykiatriske sengeafsnit baseret på et svensk koncept, og der er efterfølgende publiceret to engelsksprogede artikler på baggrund heraf.<sup>11</sup> I dette koncept deltog såvel patienter som personale. I afrapporteringen er der fokus på, at resultaterne vil kunne anvendes som input til kvalitetsudvikling på området, og det da også karakteristisk, at hovedfokus i undersøgelsen har været på kvaliteten i behandlingen, herunder fokus på patientinddragelse og patientinvolvering, personalets imødekommenhed og støtte, samt omgivelser, miljø og tryghed i relation til det enkelte sengeafsnit. Konceptet har betydelige svagheder, og er ikke anvendt siden.<sup>12</sup> I stedet er der siden gennemført delundersøgelser i specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit på baggrund af det standardiserede patientspørgeskema, der anvendes på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri. Det kan fortsat diskuteres, hvorvidt undersøgelsesdesignet er tilstrækkeligt valideret i forhold til de særlige omstændigheder, der knytter sig til en psykiatrisk særforanstaltning. Fx er der tvetydighed i spørgsmål vedrørende den rette behandling og indflydelse på behandlingen, og det kan være svært at tolke på, hvorvidt patienterne svarer vedrørende den medikamentelle behandling,

---

<sup>9</sup><https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/patient-og-paaroeerende/Direkte-patientfeedback/Sider/default.aspx>. Det har dog i praksis været vanskeligt at få gennemført direkte patient feed back møder i den specialiserede retspsykiatri (Psykiatrisk Center Sct. Hans og Psykiatrisk Center Glostrup). Der arbejdes aktuelt med afprøvning af nyt koncept med fokusgruppeinterviews og uden brug af reflekterende team på PC Sct. Hans.

<sup>10</sup> Region Hovedstadens Psykiatri 2017.

<sup>11</sup> CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2013; Lindsqvist et al. 2014; Schröder et al. 2016.

<sup>12</sup> Det fremgår af fritextbesvarelserne, at en række af de personaler der har deltaget, udtrykker undren over, hvorvidt undersøgelseskonceptet er valideret i forhold til patienter med retslig foranstaltning eller varetægtssurrogering. Se CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2013, s. 173-179. Patienter spørges, hvorvidt de kunne tænke sig at blive genindlagt, og personalet spørges, hvorvidt de kunne tænke sig at få indlagt pårørende på det pågældende afsnit. Svarene på disse spørgsmål defineres som indikatorer for den samlede tilfredshed med kvaliteten i retspsykiatrien. Med tanke på den stigma der kan knytte sig til en retslig foranstaltning og en ufrivillig indlæggelse/frihedsberøvelse (i henhold til dom eller i henhold til Psykiatriloven), er det metodisk betænkeligt, at netop holdningen til indlæggelse/genindlæggelse gøres til en indikator for kvalitet i retspsykiatrisk behandling.

psykologiske behandling, misbrugsbehandling eller social støtte, eller de vilkår, der knytter sig til det at have en retslig foranstaltning.

Flertallet af patienter med retslig foranstaltning behandles ambulant og i hovedfunktionen, dvs. i almenpsykiatrisk regi. Her vil de i princippet blive tilbudt at deltage i den generelle LUP psykiatri undersøgelse, men der vil ikke være særligt fokus på deres erfaringer med retspsykiatri. Deres svar på, i hvilket omfang de oplever sig inddraget, og hvorvidt de har indflydelse på egen behandling, kan bære præg af de særlige omstændigheder, der knytter sig til en behandlingsdom, men det kan være vanskeligt at læse ud af besvarelserne. For så vel retspsykiatriske patienter i specialiseret retspsykiatri og i almenpsykiatrisk regi gælder det, at LUP undersøgelserne giver viden om en række aspekter af det at være patient i psykiatrien, men ikke specifik viden om, hvordan det opleves at være underlagt en retslig foranstaltning.

#### *Internationalt fokus på bruger- og patientperspektiv i psykiatrien*

Der er stor interesse for og fokus på brugerperspektiver i den engelsksprogede forskning på psykiatriområdet. Der findes også en række studier, der specifikt har fokus på den retspsykiatriske patientpopulation. Det synes dog at være en tendens, at de interviewbaserede studier baseres på et relativt lille antal informanter, typisk omkring 10, og at interviews med patienter har kredset om et enkelt eller et mindre antal afgrænsede temaer, fx patienters oplevelser af vold eller synet på selve foranstaltningen, på personale eller på elementer i den psykiatriske sygepleje i en retspsykiatrisk kontekst.<sup>13</sup> En række studier har fokus på interaktionen mellem patienter og personale, og er en del af en større teoretisk diskussion om subspecialisering af en særlig retspsykiatrisk sygepleje. Det er dog karakteristisk, at studierne hovedsageligt har fokus på personalets oplevelser og syn på interaktion med patienterne, og at ganske få studier er udført med et egentligt patientperspektiv.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Se fx Olsson et al. 2015; Margetic et al. 2012; Wyder et al. 2015; Hörberg et al. 2012; Parkes et al. 2015; Maguire et al. 2014; Bronwen et al. 2016.

<sup>14</sup> Mason 2002; Gilberg et al. 2010.

### *Andre eksempler på undersøgelser af bruger- og patientperspektiv*

Social Udviklingscenter (SUS) udgav i 2016 rapporten *Undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser*. Undersøgelsen er lavet på opdrag fra Rådet for Socialt Udsatte, og baseres på ti kvalitative interviews med brugere af psykosociale indsatser i tre kommuner. Den har fokus på følgende temaer: *Værdighed, selvstændighed og inddragelse; Relationer til fagpersoner; Relationer til familie, venner og netværk; Fleksibilitet; Sammenhæng samt Livskvalitet*. Man har i designet forsøgt at få frem, hvad brugerne selv oplever som kvalitet i den psykosociale støtte, de modtager. SUS skriver indledningsvist i rapporten, at denne type af brugerundersøgelser på det sociale område er meget lidt udbredte, men at der er et stigende fokus på, at man fremadrettet mere systematisk inddrager borgeren i udviklingen af kvaliteten på de psykosociale botilbud.<sup>15</sup>

Et andet centralt vidensområde er livshistoriefortællinger som metode i psykosocial rehabilitering, hvor der er fokus på at se og forstå et menneske og dets forløb i et samlet og helhedsorienteret billede. En del af forskningen på området har fokus på sammenhængen mellem livshistorier, psykisk trivsel og psykisk sygdom.<sup>16</sup> Der er ligeledes en række erfaringer med at arbejde med livshistorie-perspektivet i relation til mentalt retarderede og på demensområdet.<sup>17</sup> Dr. theol. Lissi Rasmussen gennemførte i perioden 2008-2010 et livshistorieprojekt med etnisk minoritetsunge i Københavns Fængsler. Studiet har bidraget med et nuanceret helhedsbillede af de unges selv- og gruppeopfattelser, ressourcer, behov for relationer til voksne og ønsker om anerkendelse som ligeværdige medborgere.<sup>18</sup>

Vores studie er inspireret af den bredde og det helhedsorienterede blik, der præger livshistorie-perspektivet, men det har ligget udenfor vores mandat og muligheder at forfølge og udfolde dette. Ikke desto mindre er det karakteristisk, at en række af undersøgelsens informanter gerne har villet berette om hele deres forløb og liv. Det er en nærliggende tanke, at flere af informanterne kunne have udbytte af et decideret livshistorie-forløb med en række samtaler og målrettet fokus over tid på at skabe eller genskabe deres historier.

---

<sup>15</sup> Weigelt et al. 2016, s. 4.

<sup>16</sup> Fx Psykologisk Institut, AU. <http://psy.au.dk/forskning/forskningsprojekter/livshistorier/igangvaerende-undersoegelser/hvordan-haenger-livshistorier-sammen-med-psykisk-trivsel-og-psykisk-sygdom/>

<sup>17</sup> <https://viden.sl.dk/artikler/voksne/handicap-socialpaedagogisk-stoette/livshistorie/>; Gústafsson 2014.

<sup>18</sup> Rasmussen 2010.

Vi ved forholdsvis lidt om, hvordan det opleves at være retspsykiatrisk patient i Danmark. Der synes i høj grad at være behov for viden om patienter og brugeres oplevelser og erfaringer, og især behov for vidensindsamling og vidensgenerering, der ikke som udgangspunkt struktureres af organisationens vidensbehov eller foruddefinerede udviklingsområder eller mål, men af, hvad brugerne selv er optaget af. Dvs. studier, der har fokus på at spørge bredt og så åbent som muligt ind til det, der optager det enkelte individ. Vi håber, at den foreliggende undersøgelse kan være et bidrag hertil.

## KAPITEL 2

# METODE OG MATERIALE

### Semistrukturerede forskningsinterviews

Undersøgelsen baserer sig på semistrukturerede interviews med 50 personer, der alle er idømt en retspsykiatrisk særforanstaltning.<sup>19</sup> Interviewene tager udgangspunkt i en interviewguide, der tematisk er struktureret omkring følgende hovedspørgsmål og emner<sup>20</sup>: Hvordan oplever informanten at være idømt en dom til anbringelse eller til psykiatrisk behandling? Hvordan oplever informanterne behandlingsforløbet? Hvilke mål har informanterne for behandlingen? Hvilke udfordringer oplever informanterne i behandlingsforløbet? Hvordan oplever informanterne deres muligheder for deltagelse i behandlingsforløbet? Hvad var vigtigt for informanterne, inden de fik en dom/den aktuelle dom til behandling? Hvilke tanker og drømme har informanterne for fremtiden? Hvordan oplever informanterne muligheden for en recoveryproces, når de er underlagt en i udgangspunktet ufrivillig dom til behandling? Hvilke tanker/holdninger har informanterne til et liv uden en dom/efter aktuell dom?<sup>21</sup>

Alle informanter blev spurgt om, det var i orden, at interviewet blev optaget via interviewers telefon for efterfølgende at blive transskriberet. Tre informanter ønskede ikke, at interviewet blev båndet, og i disse tre tilfælde har interviewer efterfølgende lavet en skriftlig opsummering. De fleste interviews er transskriberet af en og samme lægesekretær, nogle få

---

<sup>19</sup> Interviewene er foretaget af ansatte i Kompetencecenter for Retspsykiatri: projektsygeplejerske/cand.scient.san. Dina Krarup Kopalska (21 interviews), projektleder/cand.polit. Liv Os Stølan (28 interviews) og leder/ph.d. Jette Møllerhøj (1 interview). Størstedelen (45) af interviewene er foretaget i perioden oktober 2015 - februar 2016, de resterende i perioden marts 2016 - januar 2017.

<sup>20</sup> Interviewguiden udlånes til gennemsyn i Kompetencecenter for Retspsykiatri.

<sup>21</sup> I denne undersøgelse omtaler vi fortrinsvis interviewpersonerne som informanter, som patienter eller som retspsykiatriske patienter. Ved informant forstås vi en person, der bidrager med oplysninger i en undersøgelse. Informanter er meget vigtige og uundværlige informationskilder for denne type af forskning. Fælles for informanterne er, at de er underlagt en psykiatrisk særforanstaltning. Derved har de alle et mellemværende med behandlingspsykiatrien, der har ansvaret for at varetage disse foranstaltninger. Som følge heraf bruger vi derfor også begreberne patient eller retspsykiatrisk patient. Dette er et aktivt og praktisk valg af terminologi som vi har foretaget velvidende, at interviewpersonerne også er så meget andet; fx brugere, klienter, individer, borgere, medmennesker og eksperter i eget liv.

af ansatte i Kompetencecenter for Retspsykiatri (KFR). Alle navne er udeladt/anonymiserede i transskriptionen, og af og til er kønsreferencerne byttet om.<sup>22</sup> Interviewene er udover dette transskriberet in verbum, dvs. ordret, men i rapportens brug af citater, kan der forekomme sproglige og grammatiske tilpasninger.

### *Analysestrategi*

Analyserne er baseret på en tematiseret meningskondensering og meningsfortolkning af de transskriberede interviews. Rapportens forfattere har først gennemlæst/evt. gennemlyttet interviewmaterialet individuelt. Derefter er der ved en fælles drøftelse og udpegning fundet temaer og undertemaer, som begge forskere finder betydningsfulde, både i de enkelte interviews, og for forståelsen og fortolkningen af interviewmaterialet som helhed.

## **Rekrutteringsgrundlag og rekrutteringsproces**

Informanterne er rekrutteret fra Psykiatriske Centre i Region Hovedstadens Psykiatri, og fra afsnit med hoved- eller regionsfunktion, dvs. almenpsykiatri eller specialiseret retspsykiatri, og fra både sengeafsnit og ambulante enheder.<sup>23</sup>

Inklusionskriteriet for deltagelse i undersøgelsen, er informanten der er, eller indtil for nyligt har været, idømt en psykiatrisk særforanstaltning i henhold til straffelovens §§ 68-69, og at behandlingsansvaret er varetaget af en overlæge i Region Hovedstadens Psykiatri. Informanterne skal være over 18 år; de skal tale og forstå dansk; de skal ikke være produktivt psykotiske; ikke være påvirket af alkohol eller narkotika (se også Ethiske overvejelser). Rekrutteringsproceduren var, at KFR først rettede en forespørgsel til de enkelte centres klinik- og udviklingschefer, og efter disses tilsagn, henvendte vi os til de aktuelle afdelings- sygeplejersker. Efterfølgende orienterede projektleder og/eller projektmedarbejder om projektet på morgenmøder i 10 forskellige afsnit/teams og på et centers fællesmøde for afdelings- sygeplejersker. Informanter blev efterfølgende rekrutteret ved, at de enkelte kontaktpersoner formidlede kontakt til aktuelle patienter, eller ved at projektmedarbejder deltog på

---

<sup>22</sup> Dette sker for at sikre anonymitet for de relativt få kvindelige informanter, der er med i undersøgelsen. Der er ikke noget mønster i de tilfælde hvor han/hun er udskiftet. Ligeledes tabes der ikke, i disse sammenhænge, kønsspecifikke pointer eller erfaringer knyttet til køn.

<sup>23</sup> Et projekt af denne type kræver ikke godkendelser fra Datatilsyn eller Videnskabsetisk komité. Se afsnittet *Om interviewene* for en nærmere beskrivelse af skriftlig og mundtlig information, samtykkeerklæring m.m.

de enkelte afsnits morgenmøder, hvor også patienter deltog. Efter deltagelsen på disse morgenmøder, opholdt projektmedarbejderen sig typisk nogle timer i afsnittets dagligstue, sådan at patienterne selv kunne henvende sig, hvis de var interesserede i at deltage i projektet. Informanter blev rekrutteret via nøglepersoner (i fx projektets referencegruppe), eller ved at den overlæge, der har behandlingsansvar for patienter bosat på et bestemt bosted, formidlede kontakt til aktuelle patienter, der var interesserede. Alle steder blev der uddelt en informationsbrochure om projektet med information om formål, tavshedspligt og kontaktoplysninger til KFR, projektleder og projektmedarbejder.

I alt fire psykiatriske centre i Region Hovedstadens psykiatri har været involveret i rekrutteringsprocessen, herunder ti forskellige sengeafsnit, fire opsøgende teams, tre specialiserede opsøgende teams samt et kommunalt socialpsykiatrisk bosted.

Størstedelen (ca. 75 %) af informanterne er i behandlingsforløb, hvor den specialiserede retspsykiatri (regionsfunktionen) har behandlingsansvaret, og for ca. 25 % af informanterne varetager almenpsykiatriske enheder (hovedfunktionen) det retspsykiatriske behandlingsforløb. Informanterne er rekrutteret både fra sengeafsnit og ambulante enheder:

- *Rekrutteret fra hovedfunktion:* I alt 12 informanter, og af disse er 10 i ambulante behandling, og 2 er indlagte til længerevarende behandlingsforløb på sengeafsnit.
- *Rekrutteret fra regionsfunktion:* I alt 37 informanter, og af disse er 25 i ambulante behandlingsforløb, og 11 er indlagte i længerevarende behandlingsforløb. Tre af de der er rekrutteret fra ambulante enheder, var på interviewtidspunktet indlagt på sengeafsnit (i afsnit med hovedfunktion eller i regionsfunktion).

#### *Fra 20 planlagte til 50 gennemførte interviews: metodiske begrundelser for hvorfor og hvordan*

I udgangspunktet var målet for undersøgelsen at interviewe 20 patienter. Ved projektets startfase blev vi tit mødt med skepsis med hensyn til, hvorvidt dette ville være realistisk, og der blev henvist til en forforståelse af, at patienterne var for dårligt kognitivt fungerende, for psykisk dårlige eller ville være direkte modvillige i forhold til at deltage i et forskningsinterview. Rekrutteringen af informanter gik derimod forholdsvis nemt, og vi besluttede at ændre målet til 50 interviews.

Formålet med undersøgelsen er at skabe ny viden om retspsykiatriske patienters perspektiver, oplevelser, drømme og håb, og via interviews med patienterne at få indblik i, hvad der kan være værdifuldt og hjælpsomt i patientforløb, når de rammesættes af en retslig foranstaltning. Hvor mange patienter, man skal interviewe for at kunne belyse dette så godt som muligt, er der ingen entydige regler for i den kvalitative metodelitteratur. Vi ønsker at give en grundig beskrivelse af retspsykiatriske patienters oplevelser med retslige behandlingsforløb, og ifølge fx Kvale og Brinkmann gennemfører man ”nye interview indtil det mætningspunkt, hvor yderligere interview ikke tilføjer meget nyt”.<sup>24</sup> I mange interviewundersøgelser vil det være tilstrækkeligt med 10-15 informanter for at få et rigt og bredt interviewmateriale.<sup>25</sup> Vores oprindelige mål med 20 informanter ville ud fra denne anbefaling være tilstrækkeligt. Den retspsykiatriske population er en sammensat og heterogen gruppe, og selv om der er mange gennemgående fællestræk i erfaringer og oplevelser, er der også stor variation i, hvilke typer og antal retslige patientforløb informanterne har erfaring med, og hvor langt den enkelte informant på interviewtidspunktet er i det aktuelle behandlingsforløb (se afsnittet *Baggrundsinformation – informanter*). Begrundelsen for at øge antal informanter fra 20 til 50 er motiveret af flere hensyn. Dels, at vi ønsker at favne denne forskellighed og kvalificere analyserne af de mangfoldige erfaringer og fortællinger. Det at øge antallet af interviews har bidraget til flere nuancer, og har styrket grundlaget for den analytiske bearbejdning. Dels er begrundelsen, at det var muligt, i og med at informanter udviste interesse. Flere, end det vi i udgangspunktet forventede, ønskede at deltage, og det ville vi ikke sige nej til.

Vores samarbejde med og tætte kontakt til klinisk praksis har været af afgørende betydning for rekrutteringen af et så højt antal informanter. Personalet fra i alt 18 forskellige enheder har på forskellige måder været involveret i rekrutteringen af informanter, men graden af involvering varierer – fra blot at lade projektmedarbejdere deltage på afsnittenes fællesmøder med patienter, til selv at være mellemlid og formidle kontakt mellem konkrete patienter og projektmedarbejderne. Vi har mødt et velvilligt personale i alle enheder vi har været i kontakt med, men når trefjerdedele af informanterne er rekrutteret fra den specialiserede retspsykiatri, afspejler dette også det kendskab der på forhånd var mellem projektmedarbejderne og de aktuelle enheder, i kraft af tidligere projekter og samarbejdsrelationer. Det tager tid at lære et felt at kende, og et kendskab til feltet og relationer der er opbygget over tid, kan være frugtbart og nødvendigt for at opbygge den nødvendige tillid og troværdighed

---

<sup>24</sup> Kvale og Brinkmann 2015, s. 167.

<sup>25</sup> Kvale og Brinkmann 2015, s. 167.

der medvirker til, at personalet har lyst til at bidrage med den ekstra indsats, der kræver for at initiere kontakt mellem projektmedarbejder og patienter. Tilsvarende, at patienterne får en mulighed for at se os an som potentielle samtalepartnere i et forskningsinterview. Det er således vores erfaring, at personalets velvilje til at fungere som kontaktfremidlere mellem patienter og projektmedarbejdere har været af afgørende betydning for det store antal informanter, der indgår i denne undersøgelse.

## Om interviewene

### *Samtykkeerklæring*

Alle informanter blev informeret mundtligt og skriftligt om projektets formål.<sup>26</sup> Intervieweren gennemgik derefter en samtykkeerklæring, og præciserede, at deltagelsen er frivillig; at informanten til enhver tid kan fortryde og uden begrundelse afslutte interviewet i selve interviewsituationen; at alle oplysninger der fremkommer, vil blive anonymiseret på en sådan måde, at informanten eller personer der omtales, ikke vil kunne genkendes i formidlingen af projektet; at deltagelse i projektet ikke på nogen som helst måde har betydning for informantens behandling og behandlingsforløb; at alle oplysninger behandles fuldt fortroligt, også i relation til personale på afsnit eller bosted. Informanten blev også givet en frist for, hvornår interviewet kunne tilbagetrækkes, og dermed ikke indgå i projektet (typisk to uger efter interviewdato). Samtykkeerklæringen blev derefter underskrevet af informanten.<sup>27</sup>

### *Hvor er interviewene foretaget?*

Interviewsted blev aftalt individuelt, og tilpasset den enkelte informants ønske og situation. Det betyder, at informanter, der var indlagt på interviewtidspunktet, uafhængig af hvilken enhed de var rekrutteret fra, blev interviewet på sengeafsnittet, enten på deres egen stue, eller i et lokale der blev stillet til disposition fra sengeafsnittets side. Informanter der blev rekrutteret fra ambulante enheder, blev for det meste interviewet i deres eget hjem, eller på et kontor i det ambulatorium hvor informanten er tilknyttet, evt. et andet sted efter informantens ønske. Totalt er 18 informanter indlagt på et sengeafsnit på interviewtidspunktet:

---

<sup>26</sup> Informationsfolder er vedhæftet bilag 1.

<sup>27</sup> Samtykkeerklæring er vedhæftet som bilag 2.

Fem informanter er indlagt på et lukket almenpsykiatrisk afsnit; en informant på et åbent almenpsykiatrisk afsnit; tolv informanter er indlagt på retspsykiatriske afsnit.

### *Interviewenes længde*

Interviewenes længde varierer fra 20 minutter til 1 ¾ time (i gennemsnit 45 minutter, og median er 41 minutter).

### *Sikkerhedsforanstaltninger i interviewsituationen*

Interviewer blev udstyret med alarm, når interviewet blev foretaget på et sengeafsnit. I de interviews, hvor interviewer var alene med informanten i informantens eget hjem, havde kontaktpersonen, der formidlede kontakt, og som kender informanten godt, vurderet, at dette var forsvarligt. Kontaktpersonen var dog informeret om interviewtidspunkt og sted, og interviewer meldte tilbage til denne (eller kollega), når interviewet var færdigt, og interviewer forlod informantens hjem.

## **Metodiske overvejelser knyttet til selve interviewsituationen**

### *Når andre er med til interviewet – ”der er ikke noget, hun ikke allerede ved”.<sup>28</sup>*

I tolv af interviewene var informantens kontaktperson, efter informantens ønske, til stede under interviewet.<sup>29</sup> Det rejser flere metodologiske spørgsmål. Overordnet var vi meget opmærksomme på, at vi ønskede, at interviewet skulle være en positiv og rar oplevelse for informanten. Her kan det gøre informanten mere tryk, at fx kontaktpersonen, som informanten kender, er med. Kontaktpersonen kan også supplere og spørge ind til ting intervieweren ikke medtænker, eller omformulere spørgsmålene på en sådan måde at informanten bedre forstår interviewerens spørgsmål. Samtidigt kan kontaktpersonens tilstedeværelse influere på hvad, og hvor frit, informanten fortæller under interviewet, fx i forhold til eventuelle konflikter eller negative oplevelser. Der kan være flere grunde til en sådan tilbageholdenhed: Patienten kan fx være optaget af ikke at såre eller støde kontaktpersonen, eller vælger måske aktivt at undlade at fortælle om forhold eller oplevelser, fordi han er bange

---

<sup>28</sup> Formuleringer der er markeret med ”..” er direkte citater fra informanter.

<sup>29</sup> I et tilfælde var det, efter informantens ønske, en anden ansat end kontaktpersonen der var til stede.

for, at den information der gives, kan få negative konsekvenser for det videre behandlingsforløb. De fleste af de informanter, der ønskede at kontaktpersonen var til stede, er i ambulantly behandling, og har kendt deres kontaktperson gennem lang tid, typisk over flere år. Vores indtryk er, at de informanter der ønskede, at kontaktpersonen skulle være til stede, har en god relation til kontaktpersonen. Nogle af disse informanter var overvejende positive i forhold til den aktuelle behandling, andre var mere kritiske og nuancerede. Den samlede vurdering er, at kontaktpersonens tilstedeværelse ikke bidrog til at farve eller fordreje informanternes fortællinger, eller bidrog til at de fremstår mindre valide eller troværdige.

### *De der ikke deltager*

De fleste patienter, der direkte er blevet spurgt om de vil deltage, har sagt ja, men nogle har aktivt takket nej. Andre har blot ikke responderet på vores rekrutteringsforsøg via præsentation på fællesmøder i sengeafsnit eller informationsplakater i afsnit. Selv om vi vurderer det indsamlede materiale til at have stor overføringsværdi og relevans i forhold til den samlede retspsykiatriske population, anser vi det som ærgerligt og uheldigt at nogle aktivt fravalgte at deltage. I nogle af disse tilfælde, er det patienter, vi antager, ville kunne have bidraget med fortællinger om særligt konfliktfyldte retspsykiatriske behandlingsforløb, eller patienter, der er fundamentalt uenige i deres diagnose og/eller den idømte særforanstaltning (vurderet ud fra observationer i klinikken i forbindelse med rekrutteringen af informanter til denne undersøgelse). Vi ville gerne give disse patienter en mulighed for at bidrage med deres eventuelle kritik, versioner og oplevelser. Analyserne af det foreliggende materiale viser dog, at andres konfliktfyldte erfaringer er godt repræsenteret.

Et semistruktureret forskningsinterview er en samtale og fordrer derfor, at informanten formår at verbalisere sine synspunkter og erfaringer. I denne sammenhæng kan det betyde, at patienter, hvis verbaliseringsevne er reduceret, fx på grund af en kognitiv svækkelse, kan være fravalgt som potentielle deltagere i de situationer, hvor plejepersonalet har bistået i rekrutteringen af informanter, og for nogle kan en begrænset verbaliseringsevne have bevirket, at de selv har undladt at melde sig som informant.

### *Hvad tales der ikke om - og hvorfor ikke?*

Mange emner og livsområder er berørt i interviewene, og andre mulige relevante problemstillinger er sikkert ikke italesat. I analyserne af interviewene bliver det derfor vigtigt at

være opmærksom på og lydhør overfor det, der ikke tales om. Der kan være flere metodologiske grunde til, at specifikke emner eller vinklinger ikke bliver italesat:

I mange af interviewene var informanterne meget aktive og selvkørende i forhold til at få deres egne fortællinger på banen, i andre situationer var det sværere at få interviewet til at blive en god samtale. Men også i de *selvkørende* interviews, hvor informanten selv leder fortællingen over i et nyt og for informanten nærliggende emne, er fortællingen som regel baseret på og initieret af de spørgsmål, der er stillet af interviewerens. Det får således stor betydning, hvad interviewerens aktivt spørger til, men også hvad der ikke spørges til. Spørgemåden kan fx have haft indflydelse på, hvilke faggrupper informanterne omtaler som betydningsfulde, eftersom vi her typisk har eksemplificeret med psykolog, socialrådgiver eller andre, men ofte ikke specifikt til fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller pædagoger. Vores mindre aktive italesættelse af disse faggrupper, kombineret med at disse faggruppers handlinger måske kan være svære at konkretisere eller visualisere, gør, at betydningen af disses handlinger og tilstedeværelse ikke nødvendigvis er kommet til udtryk i interviewene, selv om de måske er oplevet som betydningsfulde for informanterne. På samme måde kan der være livsområder eller emner, der ikke bliver berørt, hvor det kan være svært at vide, om det er, fordi vi ikke har spurgt nok ind til det, eller fordi der er emner eller indfaldsvinkler, der overhovedet ikke er af interesse for informanten. I nogle situationer, blev enkelte spørgsmål udeladt af etiske hensyn (se *afsnittet Etiske overvejelser*). I udarbejdelsen af interviewguiden tilstræbte vi en nem tilgængelig sproglig stil, men i nogle situationer måtte spørgsmålene omformuleres flere gange før spørgsmålet gav mening for informanten, eller for at sikre at informant og interviewer havde samme forståelse af en formuleringens betydning og intention. Et eksempel på en manglende fælles forståelse er en informants reaktion, da han læste informationsfolderen forud for interviewet, hvor projektets titel – *Drømme & Muligheder* -, fremgår: ”Drømme og muligheder, man skal ikke lægge for meget i sine drømme, de snyder dig gerne og laver pus med dig ... Det er hjernen, der spiller et pus med dig, fordi den skal falde til ro”. Her refererer informanten til en forståelse af drømme, som fremkommer, mens man sover. Andre misforståelser kan bunde i sproglige uklarheder og flertydigheder, og ikke nødvendigvis i en eventuel konkret tænkning fra informantens side.

Set retrospektivt er det fx også påfaldende, at ganske få informanter taler eksplicit om at blive raske og sygdomsfrie som et håb eller en drøm for fremtiden. Det kan der også være mange forklaringer på. Måske har nogle af dem levet så længe med alvorlig psykisk sygdom, at det ikke længere ses som et scenarium at blive sygdomsfri, men snarere at komme

til at leve så godt som muligt under de vilkår sygdom (og en retslig foranstaltning) medfører. En anden forklaring kan være, at der i interviewsituationen ikke blev spurgt direkte til forventninger om at blive rask; enten fordi interviewerens mere eller mindre ekspliciterede forforståelse har været antagelsen om, at alle formentlig drømmer om at blive sygdomsfrie, eller fordi det blev vurderet at være et upassende og ufølsomt spørgsmål set i lyset af et langvarigt og komplekst forløb, eller informantens aktuelle situation. I formuleringen af interviewguiden fravalgte vi aktivt specifikke spørgsmål vedrørende informantens diagnose, da den konkrete sygdomskategori blev vurderet underordnet og mindre relevant i forhold til en bred afdækning af patienternes oplevelser og erfaringer i retspsykiatriske behandlingsforløb. Dette fravalg kan have fået konsekvenser for vores opmærksomhed i forhold til håb om at blive sygdomsfrie.

Eksemplerne illustrerer vigtigheden af, at man som kvalitativt arbejdende forsker konstant reflekterer over forforståelser og så godt som muligt forsøger at blive opmærksom på blinde pletter i såvel problemformuleringer, i udførelsen af interviews, som i den analytiske bearbejdning.

## **Etiske overvejelser**

### *Hvornår er patienten for psykisk dårlig og ustabil til at kunne deltage som informant?*

Et af kriterierne for at kunne deltage som informant, er at patienten ikke er åbenlyst psykisk på rekrutterings- eller interviewtidspunktet. Dette kriterium er formuleret på baggrund af såvel etiske hensyn til patienten og af forskningsetiske grunde. En person, der er svært symptompræget vil måske have svært ved at forstå, hvad et forskningsinterview går ud på; interviewspørgsmålene vil nemmere kunne misforstås eller virke provokerende og sygdomsbelastende for en utryk patient; og det vil være svært for forskerne at vurdere svarenes pålidelighed. Samtidigt var vores udgangspunkt, at alle der havde lyst, skulle kunne deltage. I praksis blev denne problemstilling ikke aktualiseret, og ingen patienter blev afvist som informanter på dette grundlag.

I forhold til de ambulante patienter, var disses kontaktpersoner centrale i rekrutteringen af informanter. Derved blev der formentlig foretaget en vurdering af de enkeltes patienters aktuelle tilstand, og de der aktuelt var mest psykisk ustabile, blev næppe forelagt muligheden for at deltage. Når vi selv rekrutterede informanter direkte i afsnittene, var situationen

grundlæggende anderledes, i og med, at vi her var afhængige af, at informanten selv tog kontakt med interviewer. Det var i udgangspunktet klinik- og afsnitsledelsen, der havde givet tilladelse til at interviewer opholdt sig i sengeafsnittene, og ikke patienterne selv. Intervieweren opholdt sig derfor kun i afsnittenes fællesmiljø, så patienterne nemmere bibeholdt muligheden for at fravælge kontakt med interviewer. Rekrutteringen skete ved at der blev informeret om projektet på afsnittenes fællesmøder, via plakater og foldere i afsnittene, og ved at interviewer opholdt sig i fællesmiljøet. Intervieweren undlod at opsøge patienter, der ikke aktivt tilkendegav, at de ønskede kontakt til interviewer. Personalet blev orienteret, når der var indgået en aftale om interview, og de havde mulighed for at vurdere, om de fandt det forsvarligt af hensyn til patientens aktuelle psykiske tilstand. Der var ingen tilfælde, hvor personalet havde indvendinger mod patienternes deltagelse.<sup>30</sup>

I enkelte af interviewene opleves informantens psykiske sygdom som nærværende og present, og i et enkelt tilfælde overvejede interviewer at afslutte interviewet, men valgte at gennemføre. I et andet interview svingede informantens fortælling voldsomt, fra de mere sygdomsprægede udsagn og forestillinger til logisk sammenhængende udsagn. I disse to tilfælde, er det kun de sammenhængende og ikke sygdomsprægede udsagn, der medtages i de videre analyser.

### *Et godt forskningsinterview versus en terapeutisk samtale*

Et godt forskningsinterview er som en god samtale, og som sådan noget andet end et terapeutisk interview, hvor ny indsigt, øget selvindsigt eller en ændret selvforståelse, er målet.<sup>31</sup> Informanternes fortællinger om emner, der ikke nødvendigvis er berørt i interviewguiden kan være en adgangsbillet til informationer, der er relevante for forskningsspørgsmålene, men kan også bringe temaer op, der går ud over rammerne for det aftalte forskningsinterviews grænser. Hvis fortællingerne berørte emotionelt belastende emner (som fx traumatiserende opvækstforhold, tvangsfjernelse som barn eller af børn, familiemedlemmers dra-

---

<sup>30</sup> Det var et tilfælde, hvor interviewer var uenig med personalet i forhold til vurderingen af hvorvidt patienten var en mulig informant eller ej. Intervieweren vurderede derimod, qua kombinationen af sin forskningsmæssige erfaring og sin sygeplejefaglige baggrund, at patienten var for dårligt til at deltage, men følte sig presset til at følge personalets initiativ om at spørge patienten, om han ville være med. Det løste sig selv, eftersom patienten ikke ville deltage, med mindre han fik et større pengebeløb. Dette blev afvist, da der var truffet principiel beslutning om, at informanterne ikke skulle honoreres udover den forplejning der blev tilbudt i forbindelse med interviewet.

<sup>31</sup> Se fx Fog 2004; Kvale & Brinkmann 2015.

matiske død), blev uddybende spørgsmål begrænset eller udeladt, og interviewerens vurderede, at uddybende spørgsmål ville kunne bringe samtalen henimod en terapeutisk samtale mere end et forskningsinterview.

### *Når man får kendskab til nye lovbrud eller konkrete truende udsagn*

Informanterne er lovet fuld anonymitet, og forskerens tavshedspligt er beskrevet i den samtykkeerklæring, der ligger til grund for interviewet. Det indebærer blandt andet, at vi ikke har fortalt personalet om de få tilfælde, hvor vi har fået kendskab til nye lovbrud informanten har begået (fx berigelseskriminalitet, køb/salg af euforiserende stoffer). I et interview fremførte informanten alvorlige og konkrete verbale trusler mod et bestemt personalemedlem. Her fandt vi efter interviewets afslutning, at det var nødvendigt at afklare, hvorvidt personalet på det aktuelle afsnit var bekendt med patientens trusler, og det var de. Udover dette blev der ikke videreformidlet nogen information fra interviewet til personalet.

## **Kvalitet af interviews og materiale**

Interviewene fulgte interviewguidens hovedstruktur, dog tilpasset situation, sted og stemning, med den konsekvens at ikke alle spørgsmål blev stillet i alle interviewene. Det kan der være flere grunde til: Fx fordi de blev skønnet at være for svære eller for komplekse i forhold til den konkrete informants situation; enkelte spørgsmål blev indirekte besvaret via andre spørgsmål; de blev i situationen vurderet til at gå for tæt på, være konfliktskabende eller tangere et terapeutisk spørgsmål eller indfaldsvinkel. Et af interviewene er meget kort, da informanten blev optaget af noget andet, og geninterview blev aftalt. Umiddelbart efter interviewsituationen havde interviewer en længere samtale med informanten i dagligstuen, hvor dele af interviewguidens tematikker var omdrejningspunkt. Et andet blev afsluttet af interviewerens pga. informantens seksualiserende ageren (og dette forkortede interview indgår i begrænset omfang).

Alle informanter havde noget, de ønskede at bidrage med, og alle interviews bidrager til vores samlede analyse af hovedtemaerne i interviewguiden. Selv om interviewenes længde, dybde (forstået som hvor udfyldende informanten svarer på spørgsmål) og grad af flow (i hvilken grad informanten selv bidrager til tematisk uddybning og videreførelse) varierer, er den samlede vurdering af interviewmaterialet, at det har stor grad af pålidelighed og gyldighed. Interviewene har i høj grad udsagnskraft og troværdighed, og er relevante

i forhold til interviewguidens spørgsmål og emner; de enkelte interviews fremstår konsistente; der er en rød tråd på tværs af fortællingerne og samlet viser interviewmaterialet både variation og samstemthed.<sup>32</sup>

Størstedelen af undersøgelsens informanter (75 %) er på interviewtidspunktet i et behandlingsforløb i den specialiserede retspsykiatri, mens størstedelen af den samlede retspsykiatriske population i Danmark, er i almenpsykiatriske behandlingsforløb (ca. 60 %). Principet for den aktuelle arbejdsdeling mellem almenpsykiatri og specialiseret retspsykiatri er, at patienter med retslig foranstaltning som udgangspunkt er en opgave, der kan og skal løftes i almenpsykiatrisk regi. Den mindre del af populationen, der er præget af høj sygdomskompleksitet evt. kombineret med farlighed skal behandles i den specialiserede retspsykiatri (regionsfunktion).<sup>33</sup> Vores udvalg af informanter er dermed skævt sammensat i forhold til den samlede retspsykiatriske population, og indeholder formentlig en overrepræsentation af patienter med høj kompleksitetsgrad. Vi vurderer, at denne skævhed ikke svækker overførværdien af analyserne af materialet, i og med, at svært mange af de, der på interviewtidspunktet behandles i den specialiserede retspsykiatri, også beretter om tidligere erfaringer fra behandlingsforløb i almenpsykiatrien. Den dobbelte erfaring kan også ses som en styrke ved populationens sammensætning.

## Baggrundsinformation – informanter

### *Sociodemografiske oplysninger*

- *Alder:* Yngste informant er 19 år, og den ældste er 66 år. Gennemsnitsalderen er 40 år på interviewtidspunktet, og dette er også median alder for informantpopulationen (n = 47, da oplysningerne er ufuldstændige for 3 informanter)
- *Køn:* Af de 50 informanter, er 44 mænd (88 %) og 6 kvinder (12 %)
- *Etnicitet:* 60 % af informanterne er etnisk danske, og 40 % har en etnisk minoritetsbaggrund.<sup>34</sup>

<sup>32</sup> Se fx Kvale & Brinkmann 2015, for en diskussion af kvalitetskriterier for denne type forskning.

<sup>33</sup> Danske Regioner 2011. Se også Møllerhøj et al. 2016 a.

<sup>34</sup> Med etnisk minoritetsbaggrund forstås patienter, som enten selv er født udenfor Danmark, eller hvor mindst en af forældrene er født udenfor Danmark.

- *Anbragt udenfor hjemmet før fyldte 18 år:* Mindst fem af informanterne har i løbet af opvæksten i perioder været anbragt i familiepleje, på børnehjem eller i ungdomspension. Ikke alle informanter er adspurgte konkret om dette, men mange informanter fortæller om en voldelig og turbulent opvækst.
- *Økonomisk livsgrundlag:* De fleste af de interviewede, 38 personer, modtager førtidspension (otte af 10), nogle modtager anden overførselsindkomst som kontanthjælp (seks personer) eller uddannelsesstøtte (to personer), og to personer har en ordinær lønindkomst som livsgrundlag.<sup>35</sup>
- *Boligsituation:*

Selvstændig bolig:	21
Socialpsykiatrisk bosted:	13
Hos familie:	2
Hjemløs:	1
Indlagt over længere tid/ikke aktivt boligsøgende:	4
Indlagt, venter på boligtilbud:	9
- *Har kommunale hjælpe- og støttordninger i hjemmet:* I alt syv personer har, eller er i færd med at få, kommunale hjælpe- og støtteeordninger, såsom støtte-/kontaktperson/bostøtte eller hjemmehjælp.

### *Domstypen og tidligere strafferetlig erfaring*

Alle informanter er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og for 12 af dem, er indekssdommen en dom til anbringelse på psykiatrisk hospital (A-dom), hvoraf dommen på interviewtidspunktet for to af dem er ændret til en behandlingsdom med mulighed for indlæggelse på psykiatrisk hospital (B-dom). I alt 37 informanter er i indekssdom idømt en B-dom, og for to af disse, er dommen på interviewtidspunktet tæt på at skulle afsluttes (henholdsvis nogle uger før eller ugen efter interviewet).<sup>36</sup> Informanterne har samlet set en udstrakt og bred erfaring med retsvæsenet, og mange er tidligere idømt en eller flere strafferetlige sanktioner: 21 personer er kriminalitetsdebutanter, og indekssdommen er, ifølge deres eget

<sup>35</sup> Hvoraf den ene er beskæftiget via familiens virksomhed, mens den anden er i et ordinært ansættelsesforhold.

<sup>36</sup> Vi har ikke fyldestgørende information om, hvorvidt dommene er med eller uden længstetid, men ifølge informanternes egne oplysninger er mindst tolv af B-dommene uden en fastsat længstetid.

udsagn, den første strafferetslige sanktion de er idømt. Seks personer er tidligere idømt en fængselsstraf, men indeksdommen er deres første idømte særforanstaltning. Otte personer har tidligere erfaringer med både fængselsstraffe og særforanstaltninger, 12 personer er tidligere idømt kun særforanstaltninger. For tre af informanterne er informationen uklar eller upræcis, og en siger ”det kan jeg ikke huske”, når vi spørger ind til, hvorvidt han har tidligere erfaringer med strafferetssystemet. For de, der tidligere er idømt en særforanstaltning, er der store variationer i hvor mange gange, de tidligere er dømt: Tidligere B-domme varierer fra en til fem domme, og nogle har tidligere været idømt A-domme. Der er også stor variation i, hvor længe de på interviewtidspunktet samlet har været idømt særforanstaltninger, nogle fik den første dom for et til to år siden, mens andre har været idømt særforanstaltninger mere eller mindre sammenhængende i op til 25 år.

## KAPITEL 3

### HVAD VIL DET SIGE AT VÆRE RETSPSYKIATRISK PATIENT?

For alle undersøgelsens informanter gælder det, at de har eller har haft en anbringelses- eller behandlingsdom. Enkelte har netop fået ophævet foranstaltningen og kigger i deres interview tilbage på behandlingsforløbet som retspsykiatrisk patient. En del har erfaringer fra flere tidligere foranstaltningsdomme, erfaring med konvertering af A-dom til B-dom, og for andre, er det den første dom.

En del har tidligere erfaring fra behandlingspsykiatrien som almenpsykiatriske patienter, og kan sammenligne fordele og ulemper ved at være henholdsvis retspsykiatrisk og almenpsykiatrisk patient. En enkelt informant peger eksplicit på, at det var nødvendigt at begå kriminalitet og derved debutere som retspsykiatrisk patient for at få tilstrækkelig hjælp i behandlingspsykiatrien: ”Jeg blev selv nødt til at gå ud og begå kriminalitet og ringe til politiet for at få hjælp”.

#### **Dobbeltopgaven: Hensyn til patienten og hensyn til det omgivende samfund**

Det er en grundlæggende præmis for behandlingspsykiatriens varetagelse af psykiatriske særforanstaltninger, at det indebærer en dobbeltrolle: Dels patientens pleje, behandling og rehabilitering, og dels hensyn til samfundet mere generelt. Det betyder, at rehabilitering og tilbagevenden til samfundet kun kan ske i det omfang og tempo, hvor det er sikkert for det omgivende samfund.<sup>37</sup> Denne dobbelthed er der flere af informanterne, der er helt på det rene med. En af informanterne formulerer det, som at han skal ”få mere tilladelse til samfundet”. En anden udtrykker, at ”altså jeg skal jo ind i samfundet igen”. En enkelt informant adresserer direkte hensynet til ofrene og den såkaldte retsfølelse, og at der derfor skal gå en rum tid, før man kan få ændret en anbringelsesdom til en behandlingsdom og langsomt

---

<sup>37</sup> Bredkjær i Epløv et al. (red.) 2010; Roberts et al. (eds.) 2006.

vende tilbage til samfundet efter en alvorlig kriminell handling: ”Det det proportionalitetsprincip med, at det skal passe nogenlunde med tiden, man ville få i et fængsel, for at der ikke er en eller anden psykopat, som stiller op i Bubbers Badekar og fortæller om, hvordan han har slået en eller anden familie ihjel, og nu bare sidder her i Bubbers Badekar og spiser kage”. I dansk retspraksis har man traditionelt ikke gjort princippet om proportionalitet mellem forbrydelse og sanktion gældende i forhold til de psykiatriske særforanstaltninger.<sup>38</sup> Derfor er det interessant at se det bragt i spil her, og at det kobles med hensynet til ofre og efterladte. Det fremgår ikke af interviewsituationen, hvorvidt det er informantens eget ræsonnement, eller om det fx er fremkommet sammen med personale eller medpatienter. Uanset er det udtryk for en klar forståelse og anerkendelse af hensynet til det omgivende samfund.

### **Sygdom og foranstaltning som grundvilkår**

Langt størstedelen af informanterne demonstrerer det, der i psykiatrisk regi karakteriseres som sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse.<sup>39</sup> De oplever, at de er syge og typisk også, at de har behov for hjælp og støtte til at modvirke det funktionstab, der relaterer sig til sygdom. Det fremgår ligeledes af samtalerne med patienterne, at de typisk har været syge gennem en længere periode, og at de er eller har været belastet af sygdomsgraden: ”Det at være bipolar, det er sgu ikke en hel nem opgave”, siger en informant, mens en anden siger, at ”det er et helvede at være patient altså”.

Enkelte, men påfaldende få, af de i alt 50 informanter opfatter ikke sig selv som syge. En enkelt informant tilkendegiver, at han ”ikke ved, hvad jeg har fået en dom over”, og hos en anden er det uklart, præcist hvilket eller hvilke kriminelle forhold, der har ført til den aktuelle anbringelsesdom. Men, derudover tegner der sig et meget klart billede af, at patienterne forstår deres foranstaltning som en følge en kriminell handling, som langt størsteparten synes at vedstå sig, og at denne handling på den ene eller anden måde relaterer sig til en psykisk sygdom. Som en informant siger: ”Så jeg anser ikke mig selv først og fremmest som kriminell, men som psykisk syg, der har begået en forbrydelse”. ”Det er ikke dommen, der er problemet, men sygdommen”, konkluderer en anden informant, om sin oplevelse af sygdom og foranstaltning som grundvilkår for hans liv lige nu.

---

<sup>38</sup> Se fx Møllerhøj et al. 2016 b.

<sup>39</sup> Se også kapitel 9 *Hvad skal der til for ikke at få en ny dom?* for en diskussion af dette.

## Hvad indebærer en dom til anbringelse eller behandling ifølge informanterne?

Der er store forskelle i, hvorledes informanterne oplever det at være idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og hvad dette indebærer. ”Ikke noget. Jeg har fået den samme gode behandling, som jeg fik i almen- og så retspsykiatrien”, siger en informant. ”Jeg ser det som at være frihedsberøvet, det er jo forfærdeligt”, siger en anden, der er idømt en anbringelsesdom. For en tredje informant medfører behandlingsdommen, at det ”nærmest er, som om du har en engel på skulderen, der hjælper dig”. ”Så er man jo i behandling. Så risikerer man ikke at løbe ud i nye problemer med ny kriminalitet og sådan noget, fordi man er dækket ind af medicinen”, siger en fjerde, der også tilføjer: ”Jeg vil ikke ønske for nogen, at de får en behandlingsdom ligesom mig.” Citaterne afspejler bredden i informanternes oplevelse af, hvad en dom til anbringelse eller behandling indebærer, og at oplevelsen af dommen kan være betinget af både domstype, og hvor langt man er i behandlingsforløbet.

For en række informanter er der en indbyrdes sammenhæng mellem den psykiatriske særforanstaltning og medikamentelle behandling: ”Jeg forstår, at jeg har fået en dom til anbringelse, så jeg skal have piller”, og at villigheden til at indtage medicin er forbundet med muligheden for udgang: ”Hvis jeg ikke tager det [medicin], så får jeg ingen udgang”. En anden informant med dom til behandling udtrykker, at han er ”dømt til at spise piller”, og at behandlingsdommen indebærer, at ”derfor skal jeg være indlagt, når jeg er hjemløs”. En tredje informant med dom til behandling forklarer, at dette betyder ”at indordne dig en lægelig behandling, fx tage medicin og overholde ting og sager”. En fjerde siger om det at have en dom: ”Det er faktisk udmærket, men man skal ikke tvinges til at modtage medicin, hvis man ikke har symptomer på sygdom, og det kan jeg selvfølgelig ikke være med til”. Denne patient er tit indlagt i henhold til dom som følge af, at han modsætter sig den medikamentelle behandling, og også andre omtaler dommen som ensbetydende med, at man ”bliver hentet af politiet”, fordi man ikke er mødt til depotbehandling med psykofarmaka.

Informanternes udsagn afspejler, at de i praksis erfarer en tæt sammenhæng mellem det at være dømt til behandling og at modtage medikamentel behandling; fx at muligheden for udgang er tæt forbundet med villigheden til at tage medicin, eller at det at modtage medikamentel behandling kan være præmisset for at undgå indlæggelse i henhold til dom. At tvangsbehandling formelt kun kan ske i henhold til psykiatriloven forekommer her som et fjernt, teoretisk og principielt præmis, der opleves ganske anderledes i praksis og i det enkelte individuelle forløb.

”Der er mange døre der bliver åbnet, når du er retslig patient. Altså rent økonomisk fra kommunekassen og bevillinger og alle de der ting”, siger en informant. For nogle af informanterne er det fx betydningsfuldt, at de som følge af dommen ikke selv skal betale for medicinen: ”Praktisk betyder det, at jeg får min medicin gratis, og jeg får en masse behandling. Jeg får min psykolog, og jeg får min psykiater, og jeg får min medicin uden at skulle stå tilbage i køen. Rent praktisk er der meget positive sider ved det, men rent menneskeligt er det fuldstændig forfærdeligt”. Citatet peger i retning af, at det ikke kun er vederlagsfri medicin, der har betydning, men også tilgængelighed i forhold til det psykiatriske behandlingssystem i øvrigt, herunder tilgangen til samtaler med fx læge og psykolog. I det konkrete forløb er der tale om en behandlingsdom uden længstetid, og citatet illustrerer, at patienten har blik for både fordele og ulemper ved foranstaltningen, men også, at uvisheden omkring varigheden af forløbet er en stor belastning.

Flere informanter mener, at den idømte særforanstaltning, giver dem tilgang til værdifuld støtte og nødvendig hjælp og behandling. En siger, til spørgsmålet om hvad dommen indebærer: ”At man har lavet noget dumt og sådan noget, men jeg har til gengæld fået den behandling, jeg har brug for.” En informant, der i starten af behandlingsforløbet var meget negativ i forhold til behandlingsdommen, han var idømt, siger nu: ”Jeg er vågnet op og [har] set, at det her er sgu godt. Der er nogen mennesker, folk der er her for din.. [de spørger] har du det godt?, har du det ikke godt?, den medicin, er det for meget?, er det for lidt?, de står omkring dig, der er et team der står omkring dig, og det ser jeg som en luksus, at der står én flok mennesker, en overlæge, en sygeplejerske, en socialrådgiver, som står omkring og siger, hvad kan vi hjælpe dig med bedst muligt, i stedet for at sige... jeg har en dom, og jeg gider ikke have noget med dem at gøre, de er dumme mennesker”. For denne patient, blev dommen efterhånden noget positivt, og noget, der gav ham tilgang til ressourcer, han har kunnet bruge til noget positivt, og som har været væsentligt for hans håndtering af eget liv.

For nogle informanter indebærer dommen en bred palet af støtte- og behandlingstiltag. For andre repræsenterer den mest negative konsekvenser, og opleves kun som en uønsket indgriben. En ambivalent oplevelse af hvad en særforanstaltning indebærer, er derfor kendetegnende for de fleste informanters udsagn. Det at være indlagt på psykiatrisk afdeling opleves af mange patienter som negativt. Nogle informanter vægtlægger derimod muligheden for at blive indlagt, som en positiv konsekvens af særforanstaltningen. En siger: ”men altså,

det indebærer jo, sådan rent praktisk for mit vedkommende, der står i min dom, at hvis en overlæge mener det, så kan jeg blive indlagt” – og ”det vil sige, det er sådan lidt hurtigere vej til at blive indlagt på..”. Det at få hurtigere tilgang til en sengeplads, såfremt det er det, han har behov for, anser denne informant som positivt. En anden siger: ”De to første domme har ikke været til ret meget hjælp. Men jeg var også udenfor pædagogisk rækkevidde på det tidspunkt. Den sidste dom her tror jeg selv har været med til at gøre, at jeg har ændret mig så meget, som jeg har. Anbringelsesdommen gjorde, at jeg var tvunget til at være indlagt. Der var ikke noget alternativ. Lige meget hvor meget jeg plagede lægen, så kunne de ikke udskrive mig. Så jeg var tvunget til at acceptere, at jeg var der, hvor jeg var. Og det tror jeg har givet mig den ro, jeg havde brug for”. Men dommen er ikke kun noget entydigt positivt, og informanten fortsætter: ”Da jeg fik dommen, bandede og svovlede jeg det langt væk. Og det gør jeg stadigvæk den dag i dag, når jeg tænker tilbage på det. Men i dag kan jeg også se, at det har været til gavn”, og vægtlægger selv betydningen af den psykologiske terapi-behandling, der blev givet under den langvarige indlæggelse.

Hos enkelte informanter ses udsagn, der peger i retning af en oplevelse af at være en passiv kasterbold som andre forvalter: ”Og denne her bold, der hedder mit liv, bliver spillet mellem de her tre poler, der hedder KiF, psykiatrien og statsadvokaten, der skal tage stilling til min dom”. En anden informant har fokus på de begrænsninger og restriktioner, der er forbundet med indlæggelse i et døgnafsnit: ”Jeg bor her på afdeling R, man må ikke drikke, man må ryge, man må ikke have sex med nogen, man må ikke gøre noget. Man må ikke en skid”.

Det er oplagt, at de individuelle oplevelser af råderum og selvbestemmelse varierer afhængig af, om den enkelte patient aktuelt er i et ambulans forløb, eller er indlagt, men et gennemgående mønster er, at såvel sygdom som den retslige foranstaltning fremstår som et grundvilkår og en præmis, som langt størstedelen af patienterne er kommet overens med, arbejder og agerer ud fra. For patienter, der er meget langt i et rehabiliterings- og recovery-forløb, fremstår det retspsykiatriske behandlingsforløb, som noget der er eller har været hjælpsomt og som en mulighed: ”Jeg har set det som en mulighed at få en dom. Mulighed for at få noget hjælp og mulighed for at arbejde med mig selv”, siger en informant, mens en anden opsummerer, at: ”Nu har jeg lært flere veje at gå ned af. I stedet for at dreje til højre hele tiden. Der er også en vej til venstre. Der er også en vej ligeud og en vej bagud” [... ] En ny måde at tænke på.” Det ambivalente forhold mange af informanterne har til konsekvenserne af en psykiatrisk særforanstaltning fanges af en informants udsagn, hvor

han siger: ”Jeg er taknemlig for det resultat, det er endt ud i, men jeg ville bare gerne have gjort rejsen kortere dertil.”

## **Informanternes erfaringer med og opfattelser af behandling**

I de foretagne interviews er begrebet *behandling* anvendt som overbegreb i en bred betydning, og favner derved både psykiatrisk sygepleje, behandling (terapeutisk eller medikamentel) og rehabilitering. Set fra patientperspektiv er det ikke nødvendigvis så relevant at skelne mellem disse som for fagprofessionelle. For patienter kan det ligeledes være underordnet, hvilken faggruppe, der yder hvilken type af pleje eller behandling, men mere interessant, hvad der opleves som hjælpsomt eller ikke.

Som vi har set indledningsvist i dette afsnit, er der en række af informanter, der kobler det at have en dom til behandling med forpligtelsen til at modtage medikamentel behandling. Derfor er det ikke så overraskende, når informanterne først og fremmest svarer, at deres behandling er farmakologisk. Til spørgsmålet ”Du laver din behandlingsplan sammen med [lægen], eller?”, svarer en informant; ” Ja, men der er ikke så meget behandling. Jeg skal bare have medicin, det er den behandling, der er i det”, siger en informant. En anden informant peger på fysisk aktivitet og et klassisk miljøterapeutisk element som at deltage i afsnittets hverdagsliv, men opfatter det ikke som en del af behandlingen: ”Fordi de ting, som defineres som behandling her, definerer jeg som en gåtur og dække bord til frokost”.

Dog er der en enkelt informant, der beskriver behandling, som den interaktion der foregår over tid mellem en patient og en kontaktperson: ”Altså behandling, det er, hvis man har en kontaktperson, der ligesom kommer ind til en og man snakker om, hvordan... jeg har det og sådan. Og man laver ting sammen. [...] Hvordan.. ligesom lærer det menneske at kende som har behandlingsdommen.”

For en informant, fortøner den idømte behandlings indhold og formål sig som meget uklart, og han siger: ”Jeg bliver behandlet godt, af de mennesker jeg omgiver mig med, fx [kontaktpersonens navn] eller min læge, eller hende fra Kriminalforsorgen, dem jeg skal snakke med, du ved. De er alle sammen søde personer, det er ikke det. Men altså, hvad jeg bliver behandlet for, det ved jeg ikke. Altså, vi snakker ikke rigtig om det.. det ikke ligesom det er temaet du ved... Det er ikke sådan andet, end at jeg skal tænke på min familie og passe børn, normale ting, ikk.” Set fra et professionelt synspunkt, kan det være en central del af

plejen og behandlingen at tale om og arbejde med opretholdelsen af hverdagsliv. I så fald, synes det slet ikke at være tydeligt for denne informant, at det aktuelt er indsatsområdet.

### **Erfaringer med inddragelse i behandlingsplaner og deltagelse i behandlingskonferencer**

Informanterne har meget forskellige erfaringer med at deltage ved behandlingskonferencer og at blive inddraget i forhold til behandlingsplanen. Enkelte refererer til fagligt bredt sammensatte behandlingskonferencer, andre til samtaler med læge og kontaktperson. Nogle ønsker af forskellige grunde ikke at være med, og en siger ”nej, det er noget de styrer selv”. Han begrundet det med, at lige på det pågældende tidspunkt skulle han have besøg af andre fra sit netværk, og ”det ville jeg hellere end jeg ville tage til lægesamtale.” Han har hyppig kontakt med sin kontaktperson, og synes meget godt om sin læge, men er også uenig i den medicinske behandling lægen har ordineret, samtidig som han siger om sin manglende deltagelse i behandlingskonferencen, at: ”..det var jo selvfølgelig illoyalt over [kontaktpersonens navn], og det vil jeg tage på min kappe.” En informant, der har været indlagt på den samme afdeling i halvandet år, deltager heller ikke, ”fordi man ikke må ryge derinde” på kontoret hvor konferencen afholdes. Adspurgt om han ville deltage, såfremt han måtte ryge derinde, er svaret ”ja”. For andre er det selvfølgelig at deltage, og som en siger ”det er, fordi det omhandler mig, jo. Hvis jeg ikke er der, så kan de ikke få noget at vide om, hvad det handler om.” At behandlingskonferencen er af betydning for både patient og behandlere, er tydeligt for flere. En siger, til spørgsmålet om han er med til at lave behandlingsplanen, eller om det er lægen, der laver den uden ham: ”Den laver jeg også. Jeg er med på, hvordan min behandling skal være. Så jeg ligesom kan hjælpe til, ikk. Det er jo mig det handler om, så skal man vide det”.

For andre er møder om behandlingsplanen blot et spørgsmål om justering af den medicinske behandling, og som en siger om sin deltagelse i udarbejdelse af behandlingsplanen: ”nu skal jeg til psykiateren for at have min dosis sat ned”. Justering af den medikamentelle behandling er central i flere informanters udsagn om hvorvidt, hvorfor og hvorledes de er inddraget i udarbejdelsen af en behandlingsplan. Mange fortæller, at lægen er lyttende og lydhør, men også, at der er grænser for, hvad patienten har indflydelse på. En siger, at han er med til at bestemme, ”men det er mest lægen, der har ordet at skulle have sagt. Men jeg får da... jeg har lige fået skiftet til noget ny medicin, som jeg selv valgte. Altså ikke medicin jeg selv valgte, men jeg valgte at sige, at jeg ville skifte til noget andet.” Andre er mere

kritiske og siger, at lægen ”aldrig spørger hvorfor, ”hvad fejler du, har du bivirkninger eller har du..? Jeg synes vi i stedet for depot, skal tage det i pilleform, ja..” Lægen snakker bare ud i den blå luft. Men hun er god nok, hun er bedre end ingenting...”.

Andre refererer til behandlingskonferencen som en vigtig arena, hvor mere end medicin bliver drøftet: ”Under behandlingskonferencen bliver der planlagt en hel masse gode ting, det er ikke altid, det bliver til noget, men de bliver i hvert fald planlagt, og det er jo et skridt nærmere at få dem løst eller at få dem udarbejdet.” En tværfaglig deltagelse i behandlingskonferencen vægtlægges af en anden informant, og han siger følgende om, hvad der sker på en behandlingskonference, hvor både han selv, lægen, psykologen, socialrådgiveren og nogle fra plejepersonalet deltager: ”Jeg synes, det er ok, at man lige får et skulderklap for de gode ting man har gjort, og får at vide, at man kan lave nogle nye mål, og så laver nogle nye mål, og ser efter måneder, om man har fulgt dem. Det er sådan en fin måde lige at få snakket med alle på en gang, hvor man føler, at de står sammen om et eller andet. At de ikke bare er hver deres lille felt og har hver deres lille område, men at de også er enige om noget.” Men han siger også, at ”det er bare som om, jeg har publikum på, imens jeg laver en indre aftale med mig selv, du ved. Jeg skriver selv målene, og jeg bestemmer selv om jeg vil opfylde dem”. For denne informant, synes det klart, at hans egen ageren og håndtering er væsentlig. En anden indtager en mere passiv rolle, og siger til spørgsmålet om, hvorvidt han er med til at lave en behandlingsplan sammen med lægen: ”Ja, hun er fantastisk. Hører efter, hun er dygtig, hun bestemmer over mig”. Han er glad for lægen, og glad for behandlingen, - ”alt det hun bestemmer, er godt for mig.”

De fleste informanternes fortællinger handler om læger, der er lyttende og lydhøre, men også om, at det er lægen, der bestemmer. Oplevelser af, at der er grænser for medinddragelse og medindflydelse fremkommer på forskellige måder i informanternes fortællinger. For en informant, der generelt oplever, at lægen og det øvrige personale er både lyttende og lydhøre, er der dog noget, der irriterer i forhold til processen med udarbejdelse af behandlingsplanen ”fordi der står altid til sidst, at den er gennemlæst og godkendt af patienten, og på det tidspunkt har jeg jo ikke godkendt den endnu. (..) Lægen har selvfølgelig haft en snak med mig og sådan noget. Men. Det er bare princippet i, at der står, at den er godkendt af patienten. Men det har jeg jo ikke på det tidspunkt.”

Kun enkelte af de interviewede siger, at de har haft pårørende med til en behandlingskonference, eller på anden måde har haft inddraget pårørende i behandlingen. Nogle siger, at de ikke vil belaste familien med dette, og en siger ”jeg vil ikke have, at min bror skal holde

fri fra sit arbejde, bare fordi han skal møde op her på psykiatrien pga. mig. Han skal ikke bruge sin tid på mig”. Han vil hellere, at broren skal bruge tiden på sociale besøg hos ham. En yngre informant havde under indlæggelserne sin mor med til behandlingskonferencer, men ikke i det aktuelle ambulante forløb – ”det kan jeg godt klare selv.” Informantens erfaringer med dette er ikke kun positive, dels fordi ”der har været mange hårde ting. Også for mor, fordi hun har jo set alting”, men også fordi personalet ”ikke behandler de pårørende ordentligt”, eller er inddraget på en ordentlig måde: ”nogle gange, så synes jeg, de pårørende bliver piftet lidt væk, fordi de kan komme med nogen ting, der ikke er så godt”. Informanten oplevede endvidere, at personalet ikke behandlede de pårørende ”ordentligt”, og fortæller, at moren og lægen kom op at skændes, og at lægen blev fornærmet på mor.

Ingen af de andre informanter beretter om, at de har savnet muligheden for pårørendes deltagelse, men en informant efterspørger Kriminalforsorgens deltagelse, og at de også kunne være med til behandlingskonferencerne, fordi ”de har jo halvdelen af ansvaret for min behandling”. Han har nu været indlagt i mange måneder, men fortæller, at han ikke har snakket med Kriminalforsorgen i over et år.

### **Begrebsbrug og erfaringer fra behandlingspsykiatri og kriminalforsorg**

En betydelig del af informanterne har erfaring fra såvel behandlingspsykiatrien som Kriminalforsorgsregi, enten fra varetægtsfængsling eller afsoning af frihedsstraf. Det er karakteristisk, at en række af informanterne anvender samme sprogbrug om det at være frihedsberøvet, hvad enten de har opholdt sig i fængselsregi, har haft dom til anbringelse eller har været indlagt i henhold til dom på en psykiatrisk afdeling.

Informanterne taler om ”at sidde inde”, ”jeg har siddet her i fire år”, ”hvor lang tid jeg kommer til at sidde” som modsætning til, ”når jeg er ude”. En informant taler om sig selv som ”indsat” og direkte adspurgt i interviewsituationen, hvorvidt han også opfatter sig selv som indsat i det nuværende forløb, hvor han er ambulant retspsykiatrisk patient, forklarer han, at ”.. jamen, det er gammel vane fra spjældet af”, og efterfølgende præciserer han, at han i det aktuelle forløb opfatter sig som ”midlertidig beboer i systemet”.

Flere af informanterne oplever den psykiatriske særforanstaltning som en straf, og at de soner eller afsoner: ”Selvfølgelig har jeg taget min straf”, og det at have en behandlingsdom opfattes som en livstidsdom, eller noget, der ”strækker sig langt ud over en livstidsdom”. Analogien til livstid synes især knyttet til behandlingsdomme uden længstetid. I forlængelse

af straf, soning og afsoning kredser enkelte informanter også om skyld: ”det er min egen skyld. Jeg kunne jo bare lade være med at give mig selv den anbringelsesdom”. I de interviewsituationer, hvor informanten selv har bragt skyld op som tema, er der ikke spurgt nærmere ind til dette, og det er derfor uklart, hvordan skyld eller eventuel skyldfølelse opleves hos den enkelte. Det er muligt, at begrebsbrugen også dækker over oplevelsen af at være ansvarlig. En nyere undersøgelse blandt fængselsindsatte peger på, at det både hos forsker og interviewpersoner kan være vanskeligt at skelne klart mellem ansvar, skyld og oplevelser af soning.<sup>40</sup> Ifølge dansk ret er personer omfattet af straffelovens § 16 straffri, men ikke skyldfri.<sup>41</sup> Informanternes udsagn minder om, at der nogle gange kan være stor diskrepans mellem de formelle og principielle forskelle mellem en straf og en psykiatrisk særforanstaltning, og hvorledes en sanktion opleves på individniveau. I praksis oplever mange informanter sig straffet, og lovgivers intention om at dom til anbringelse eller behandling ikke skal være en straf forbliver et teoretisk aksiom.

Nogle af informanterne, der har erfaringer fra både behandlingspsykiatri og kriminalforsorgens institutioner foretager undervejs i interviewsituationen komparative analyser af fordele og ulemper ved de to sektorer, og der er stor variation i, hvilket regi den enkelte foretrækker, såfremt der var en valgmulighed. Nogle informanter foretrækker eksplicit behandlingspsykiatrien, og en siger om tiden i fængslet: ”Årh, det var ikke sjovt, mand. Det er nogle værre forbrydere derinde mand...” ”jeg vil hellere have en dom til behandling, det vil jeg sgu”. En anden siger også, at en behandlingsdom er ”bedre end fængsel”, fordi han nu ikke ”ligesom er helt låst fast”. Den ambulante behandling han nu er i, giver ham en mulighed for at få en hverdag til at hænge sammen – han skal blot møde op til samtaler, og han skal have sin medicin, ”og det er fint nok”.

Andre peger på fordelene ved en fængselsdom, fx fordi muligheden for beskæftigelse er bedre for fanger i fængsler, end den er som indlagt retspsykiatrisk patient. En fængselsdom er klart tidsafgrænset, mens længden af en dom til psykiatrisk særforanstaltning kan være med eller uden længstetid, og også domme med længstetid, kan forlænges ved en domstolsbeslutning. En dom til anbringelse indebærer, at patienten skal være indlagt på en psykiatrisk afdeling, og det er en forudsætning, at domstolen ændrer dommen til en behandlingsdom, før patienten med tiden kan udskrives til ambulante behandling. En behandlingsdom

---

<sup>40</sup> Lysholm 2016.

<sup>41</sup> Adserballe i Hemmingsen et al. (red.) 2000.

indledes typisk med en indlæggelse på psykiatrisk afdeling, men patienten kan også indlægges i henhold til dom, efter at dommen primært varetages i et ambulat behandlingsforløb. Der er derfor en stor grad af uklarhed og uvished i forhold til selve tidsafgrænsningen af en psykiatrisk særforanstaltning; ikke mindst i forhold til længden af en indlæggelse i henhold til dom. Tidsaspektet omtales af flere af informanterne, både i forhold til længden af en indlæggelse, men også i relation til længden af selve foranstaltningen kontra en fængselsdom (proportionalitetsprincippet). En informant, der er idømt en anbringelsesdom, siger: ”Hvis jeg havde fået fængsel, så havde jeg været ude for flere år siden.” Uklarheden, i forhold til hvornår dommen ophører, omtales af flere informanter som noget, der er meget frustrerende. Det er ligeledes uklart for mange, hvad der kræves af dem selv, for at nå frem til ophævelse af foranstaltningen. Denne frustration udtrykkes ikke kun af de, der har tidligere erfaring med fængselsstraffe, men en sådan erfaring giver dem et konkret sammenligningsgrundlag. En informant siger, om forskellen mellem at være i fængsel kontra det at have en behandlingsdom og være indlagt på et psykiatrisk hospital: ”Der er to forskellige slags regler, fængsel og psykiatrisk”, og tidsafgrænsningen er det, der er mest mærkbart: ”hvis dommeren sagde fx halvt års fængsel, så vidste du, at du kom ud den 20. maj, og at du var en fri mand. Hvorimod retspsykiatrisk, det har jeg prøvet nede på Sct. Hans, der blev jeg indlagt, og så var der ikke nogen dato for, hvornår du skulle udskrives. Til gengæld bliver du ikke efterladt alene. Der kommer en, når du er udskrevet. Det gør det ikke fra fængslet. Og klart, når jeg har den diagnose, jeg har, så vil jeg helst det sidste [dvs. behandlingsdom].”

En informant mener, at en psykiatrisk særforanstaltning både er mere stigmatiserende end en fængselsdom, og har flere sociale konsekvenser: ”Hvis jeg ikke havde fået en A-dom, ville jeg have været i fængsel og måske [være blevet] gift og have fået børn. Der er ikke nogen, der vil giftes med en på psykiatrisk afdeling. Det er ikke noget firma der vil ansætte en psykiatrisk patient, der har begået mord.”

### **Først og fremmest mennesker**

I interviewene blev informanterne spurgt om rollen som patient, og hvorvidt de er patienter hele døgnet, eller om de også holder fri fra patientrollen? Informanternes respons til dette afspejler typisk, hvor de selv er i deres behandlingsforløb, og i hvilken grad den fysiske institutionalisering, som en indlæggelse er, aktuelt er det, der rammesætter deres liv. Formelt er alle informanter patienter i et behandlingsforløb. Hvorvidt informanterne selv ser

sig selv som patienter, er et kontinuum, fra ”at være patient” til at ”være sig selv”, og hvor den fysiske institutionelle ramme ser ud til at være afgørende for selvopfattelsen. Som en informant, der nu tidligere har været indlagt i syv år siger: ”Jeg holder absolut fri fra at være patient, ja. Patientrollen fylder ikke så meget som den har gjort før”.

For informanter, der er indlagte, og har været indlagte over længere tid, kan spørgsmålet i situationen opleves som næsten irrelevant at stille, og måske for vanskeligt at besvare. For andre, især de ambulante patienter, er det meget klart, at de først og fremmest opfatter sig som patienter, når de er i direkte kontakt med kontaktpersoner eller andre behandlere i psykiatrien. En informant siger, at patient ”er jeg jo kun, når jeg mødes med [kontaktperson], og når jeg kommer i klinikken og sådant noget. Så er jeg patient. Ellers så er jeg mig selv. Jeg tænker ikke over det i dagligdagen”. Enkelte andre fastholder, også efter mere end ti års indlæggelse, at ”Jeg er kun patient, når jeg snakker med personalet”, fordi ”jeg har jo fortsat min frihed” – og referer her til sine ”springture”, hvor han er stukket af fra den lukkede psykiatriske afdeling, han er indlagt på. Koblingen til frihedsgrader ses også hos en anden informant, der kobler patientrollen til det at være i medicinsk behandling, og de konflikter der af den grund knytter sig til selve medicineringssituationen. Han har en meget klar opfattelse af, hvad han er i den situation; der er han ikke en patient, men siger ”der er jeg et offer”. Oplevelsen af patientrollen og patientidentiteten som noget, der er negativt, deles af en anden informant: ”Jeg er ikke patient... Hvis du hele tiden får påduttet det der med, at du er patient, så kommer det ikke til at køre så godt. Jeg er hverken patient når [kontaktperson] er her, eller ellers. Jeg er ikke patient. Jeg er [sit eget navn].” Han er nu i ambulant behandling, men har tidligere været indlagt i mange år.

I perioder, hvor man føler sig særligt sårbar og har særligt behov for støtte og opfølgning fra de professionelle, kan identiteten som patient igen blive mere fremtrædende, også for informanter der er i ambulante behandlingsforløb: ”Jeg er patient hele døgnet i øjeblikket”, siger en, der har en periode, hvor han ikke har det så godt, og fortæller, at han kun kan holde fri fra patientrollen ”en gang imellem”. En anden siger det samme: ”Lige p.t. er jeg patient. Men størstedelen af tiden, nej.” At patientrollen kan opleves som det modsatte af uafhængighed og individualitet, illustreres af en anden informant: ”Jeg føler mig som patient. Føler mig ikke helt som [sit navn] endnu. Det er fordi jeg er indlagt. Jeg er ikke kommet ud endnu og kan vise, hvad jeg egentlig duer til.”

Udsagnet, ”Vi er alle sammen mennesker”, er karakteristisk for flere af informanternes respons på spørgsmålet om patientrollen. En anden siger: ”Jeg er jo også et menneske, fordi jeg har en brist i hjernen, ikk”. ”Mennesker har følelser, det har roller ikke”, og ”selvom vi er mennesker, som har en psykisk sårbarhed, en psykisk lidelse, så er det jo mennesker med følelser”.



“

HJÆLP  
KOM STRAKS  
I KLIPPEKLISTER RUMMET  
ER DER INGEN SAKS  
MIN NØD ER STOR  
HER ER KUN UDTØRRET MALING  
OG ET ØDELAGT BORDTENNISBORD  
LINEALEN ER BRÆKKET  
SÅ INTET ER PRÆCIST  
LIMSTIFTEN HAR ARNE BJARNE SPIST  
JEG MÅ KUN VÆRE KREATIV  
MELLEM 11 OG 12  
MEN DER ER JEG STADIG  
AF MORGEN MEDICINEN KOLD  
HER ER OS' ET AFLÅST SKAB  
MEN INGEN DER HAR EN NØGLE  
PRØVEDE AT BRÆKKE DET OP  
MED EN BØJLE  
BØJLEN SPRANG  
ENGLENE SANG  
HOLD NU KÆFT  
DEN HER INDLÆGGELSE BLIR LANG

”

**NIKOLAJ BRIE PETERSEN 2017**



## KAPITEL 4

### AKTIVITETSMULIGHEDER

#### Hverdagen som indlagt patient

Mange af de interviewede retspsykiatriske patienter har været indlagt på psykiatriske afdelinger i mange år, og andre har været indlagt i længere eller kortere perioder over en årække. Derudover har mange erfaringer fra forskellige centre og afdelinger, og kan sammenligne erfaringer på tværs af de forskellige afdelinger, og beskrive ændringer i aktivitetstilbuddene over tid. Hvilke forventninger og behov patienterne har for aktivitetstilbud hænger også sammen med længden af indlæggelsen, og patientens aktivitetsniveau er uanset et samspil mellem hvilke tilbud, der er på det konkrete afsnit, og hvorvidt patienten selv gør brug af de tilbud, der er. Her er der ifølge informanternes fortællinger både store forskelle mellem centre, afsnit og patienters egen motivation for at benytte sig af de tilbud, der findes.

Den dominerende og mest illustrerende fortælling om hverdagen som indlagt patient er, at ”det er kedeligt. Det er fandens kedeligt. Det kan jeg ikke anbefale...”. Informanten fortsætter: ”der er ikke noget særligt at lave. Og tiden er sgu lang. Selvom man får mad til tiden, og ja, man kan gå ud og vaske tøj, se fjernsyn og sådan noget ikk, altså det er sgu kedeligt på en eller anden måde.” Enkelte fortæller, at de har faste opgaver med praktiske opgaver på afsnittet, og at de værdsætter dette. En anden opsummerer det sådan: ”Jeg vil nok sige, når du er indlagt, så er der for lidt aktivering, du ligger bare i sengen det meste af tiden, eller sidder og glor inde i en opholdsstue. Der er ikke aktiviteter nok. Du skal bare være spærret inde og sidde og glo – og så ingen aktiviteter. Sådan er det bare.” Han har tilsammen har været indlagt i 17 år, hvoraf mange af dem sammenhængende, og ovenstående citat er mest karakteristisk for de år, hvor han ikke havde mulighed for udgang. Det blev bedre, da han fik udgang fra afsnittet, for det gav ham mulighed for både at træne og arbejde i det nu nedlagte snedkerværksted. For selv om han nok synes, at arbejdet var underbetalt, så var det ”sjovt at have noget at lave, når man sidder og glor på en sådan afdeling i flere år. Så er det meget rart lige at komme lidt ud og få lidt frisk luft, og komme over i et andet rum og

lave noget, bare for at få tiden til at gå, ikk..”. Han er nu i ambulans behandling, og har i de sidste år typisk haft behov for en kortere indlæggelse over nogle uger en gang pr. år. Det synes han er ”meget godt, men der er heller ikke noget at lave. Der bliver du deaktiveret. Der skal du også bare sidde og glo. Sådan er det alle steder. Du sidder bare og glor på deres afdelinger. (..) der kommer ikke noget personale ind og aktiverer dig eller spørger om du vil lave noget, det gør der ikke. De lader bare som ingenting og sørger for, at du ikke laver noget.” Han mener, at manglen på aktivitetsmuligheder indgår i en bevidst strategi fra personalets side: ”..de sørger for, at du kan lave mindst muligt for at prøve dig af, se om du bryder ud i raseri over at ikke at lave noget og sidde og kede dig og glo og sådan noget. Det er sådan terapi tror jeg, de kører på folk, for at se hvor stærke de er psykisk, mens de er indlagt, for at se hvornår de skal udskrive dem, og hvad de fejler og sådan noget.” Men – ”jeg er jo vant til det, så det generer ikke mig, at ikke at have noget at lave. Det kan bare godt blive lidt sygt i længden, ikk, at sidde og stirre ind i væggen på en afdeling...”. At man blot sidder der og ”glor” går igen i mange udsagn, og flere siger også, at de prøver ”at sove dagen væk”. En informant siger om hverdagen på afsnittet, at der kun er fire ting, man kan lave: ”Drikke kaffe, ryge, sove og spise..” – men udvider så listen til også at omfatte ”at spille computer, og se fjernsyn i fællestuen”. Anderledes er de retrospektive fortællinger fra de informanter, hvis erfaringer som retspsykiatriske patienter strækker sig over så lang tid, at de kan fortælle om den gang, de kunne udføre gartneriarbejde og arbejde på værksteder, mens de var indlagte på det tidligere Sct. Hans Hospital. En informant opsummerer sine næsten otte år, som indlagt patient sådan: ”På selve afdelingen var der ikke så meget at lave. Man kunne spille kort og sådan.. og snakke, se TV og høre radio. I starten kunne man gå i klub, og man kunne gå på værksteder. Men det blev jo efterhånden skåret væk. Så man kunne færre og færre ting. Og selv idrætsaktiviteterne blev skåret væk.” Resultatet blev, i følge ham, at ”folk sad jo bare og gloede ind i væggen på afdelingen. Det blev man jo ikke rask af. Så til sidst var det jo bare sådan noget opbevaring. Fordi terapi var der ikke så meget af.”

”Jeg bliver mere glad og mere social, og lukker mig ikke så meget inde..”, siger en informant om den faste træning, som han laver sammen med en ergoterapeut, der er tilknyttet afsnittet. Det at have mulighed for fysisk træning og motion nævnes af flere informanter som en positiv ting, men der er stor variation i de fysiske rammer, der er for dette på de forskellige centre og afsnit. Nogle informanter vægtlægger og værdsætter tilgangen til en egen motionshal, mens andre klager over begrænsede muligheder for fysisk træning på de afsnit og centre, hvor de er indlagte, og siger at de fysiske rammer gør, at ”det ikke er sjovt

at træne”. Men fysisk træning er ikke lige attraktivt for alle, og nogle fravælger at deltage i afsnittets ugentlige træningstilbud. På spørgsmålet om hvad dagen på en lukket afdeling går med svarer en informant: ”...ingenting....bortset fra at spille på computeren og være på Facebook.”

”Det klør i mine fingre efter at lave mad”, siger en patient, der på interviewtidspunktet har været indlagt i tre måneder. På dette afsnit er det ikke muligt for patienterne selv at lave mad, og det er noget han savner. Andre afsnit giver patienterne muligheden for at lave mad af og til, og det opleves som et positivt element ifølge andre informanter.

Forskellene mellem hvilke aktivitetstilbud, der er til patienterne, er ikke kun afhængig af de fysiske rammer på de forskellige afsnit og centre. Personalesammensætning og personalets attitude er også med til at rammesætte, hvilke aktivitetstilbud der tilbydes og patienternes oplevelse af, hvorvidt der er noget at tage sig til og deltage i. Nogle informanter påpeger her, at der både er flere aktivitetsmuligheder og flere personaler på den retspsykiatriske afdeling, de har været på, end på de almenpsykiatriske afdelinger de også har erfaringer fra.

Personalenormering og personalsammensætning spiller ind på forskellige måder i forhold til patienternes muligheder for at deltage i aktiviteter. En siger om sin oplevelse af at blive overflyttet fra en almenpsykiatrisk til et retspsykiatrisk afdeling: ”her er også flere personaler, så de har mere tid til en..”. Samtaler med personalet er noget, der skaber afbræk og kan opleves som en aktivitet i sig selv. Andre fortæller, at de fx bruger tid på at spille spil med personalet, eller at personalet tager initiativ til ”nogle kreative aktiviteter en gang i mellem, men det er sjældent.” Betydningen af, at personalet tager initiativ til fælles aktiviteter understreges af flere, og det kan bidrage til, at der skabes ”en stemning, en atmosfære, der er gavnlig”, som en informant udtrykker det. Og fortsætter: ”Så gør personalet heldigvis det, at de prøver at engagere os i at lave noget.. hvad hedder det.. miljøterapi kan man kalde det, hvor de vil have os til at lave mad, og i julen skal vi klippe ting til at pynte og alle sådanne ting. Og, det er også det, der blandt andet gør, at der bliver skabt noget hygge.” Denne informant har været indlagt sammenhængende i flere år, og han omtaler særlig en jul for flere år siden som en af de hyggeligste, han har haft i sit liv, ”fordi de [personalet og patienterne] pyntede op, det var julemusik, tant og fjas...”. [Interviewet blev foretaget i december måned.] De gode stunder og den særligt gode stemning er tilsyneladende ikke en hverdagslig ting, ifølge denne informant, men en anden siger, at personalet på afsnittet, hvor han er indlagt, er gode til at skabe ”aftenhygge og sådan noget. De er gode til at få os

til at sidde at være sociale nede i stuen, for at se film, spille spil og sådan.” Patienternes forventninger til meningsfulde aktivitetstilbud og aktivitetsmuligheder stiller ikke nødvendigvis altid så store krav til de fysiske rammer. En informant siger, at hverdagen på en lukket afdeling går med at ”ryge smøger, spille backgammon, drikke kaffe”, og ”så bliver man lykkelig, når ergoterapeuten spørger, om man vil med ud i køkkenet og bage en kage, eller gå en tur ud. Det er sådan noget man kan leve nærmest på i ugevis, altså at man har været oppe og gå en tur [i et nærliggende naturområde]. Altså sådanne småting.” Enkelte informanter nævner specifikke faggruppers (ergoterapeuter og aktivitetsmedarbejdere) betydning for nogle af aktivitetstilbuddene, mens det i andre sammenhænge er mindre vigtigt, hvilke faggrupper der initierer aktiviteter. At der er et tilstrækkeligt antal personaler, kan også være en forudsætning for, at de tilgængelige aktivitetstilbud kan blive brugt, og som en siger: ”personalet gør hvad de kan, ud fra de midler de har”. Men også, at det er frustrerende, når aktivitetstilbud ikke kan benyttes, fordi personaleressourcer er bundet til andre opgaver på afsnittet, fx til at sidde fast vagt for andre patienter, og der ikke kan frigøres personale til at følge patienterne til aktivitetstilbud, der ligger i andre bygninger.

Selv om mængden og typer af aktivitetsmuligheder varierer mellem de forskellige psykiatriske centre og de enkelte afdelinger, er den gennemgående fortælling, at de interviewede patienter efterspørger bedre muligheder for at deltage i flere meningsfulde aktiviteter; såvel under de længerevarende som de kortvarige indlæggelser. Tiden kan i sig selv blive en byrde for de indlagte patienter, hvis den ikke fyldes med indhold, og som en siger, kan manglen på noget ”at tage sig til”, skabe konflikter. En informant siger om sine mange og lange erfaringer som indlagt patient, ”at nogle gange har det været bedre end andre. Det kommer an på, hvor man lander henne”, og at det der skal til, for at det går godt, er ”at man ikke bare lander på afdelingen, og så bare bliver placeret der og får lov til at passe sig selv. Fordi, så har man rigelig tid med at tænke over sin sygdom, ikk, og lave ballade, ikk”. Der skal således helst ske noget; der skal være noget, der adspredter. Aktiviteter kan være med til at strukturere en hverdag, og det har en anden patient blik for: ”Der skal være nogen ting man laver så der ligesom er en hverdag, fordi ellers kan man sove en hel dag væk, og så kommer man ud i den virkelige verden, hvis man lige kan sige det sådan. Der kan man ikke bare sove dagen væk.” Nogle af de aktiviteter der efterspørges er i højere grad betinget af personaleressourcer, end af bygningernes fysiske rammer (såsom tilrettelæggelse af socialt samvær på afdelingerne), mens andre kræver, at bygningsmassen er tilrettelagt for det (fx muligheden for at lave mad eller tilstrækkelige muligheder for fysisk træning).

Mange af informanterne ønsker sig flere aktiviteter ud af huset, evt. sammen med personalet, som fx skovture og andre udflugter, for som en siger om en udflugt han har været med til, at ”det var rigtig fedt, fordi man var ude hele dagen og tiden går hurtigere.” Det forudsætter dog, at patienten har lov til at forlade hospitalsområdet. At der er mangfoldighed i mulige og efterspurgte aktivitetsmuligheder, illustreres i et konkret råd fra en informant der har været indlagt på retspsykiatrisk afdeling på Psykiatrisk Center Glostrup, hvor der er et hønsehus i tilknytning til de retspsykiatriske afsnit. Han siger: ”Få de gamle høns tilbage, dem der lægger æg. Det var fandme en opløfter, at kunne gå ud om morgenen der, og så lige ud i hønsehuset og samle æg.”

### **Hverdagen som ambulat patient**

De fleste fortællinger om livet som indlagt patient, omhandler en hverdag uden mange aktiviteter. Dette kendetegner også mange af fortællingerne fra informanter, der nu er i ambulat behandling, og mange fortæller om en hverdag uden en fast struktur eller indhold. En siger om sin hverdag: ”Jeg har det totalt kedeligt. Jeg sidder bare derhjemme og hører musik eller ser et eller andet [i fjernsynet]. Det er bare det. Jeg laver ikke noget.”

Kun yderst få af de interviewede informanter har en tilknytning til arbejdslivet eller uddannelsesinstitutioner, og 80 % af dem modtager førtidspension. Ganske få af de interviewede ambulante patienter deltager i en eller anden form for organiserede fritidsaktiviteter, og svært mange har et meget spinkelt socialt netværk. Nogle af de interviewede patienter er tilfredse med deres aktuelle hverdag, mens andre efterlyser mere kontakt til og flere aktivitetsinitiativer fra den ambulante psykiatri, der har behandlingsansvaret i forhold til den idømte psykiatriske særforanstaltning, eller fra personalet på det socialpsykiatriske bosted hvor de bor. Der efterspørges især støtte til ture og udflugter.

Syv af de interviewede retspsykiatriske patienter der er i ambulante behandlingsforløb, modtager socialpsykiatrisk støtte eller hjemmehjælp i kommunalt regi. Kontakten med deres bostøtte, hjemmevejleder eller støtte-kontakt person omtales som vigtig for de få af de interviewede patienter, der har dette, og støtte-kontaktpersonerne omtales fx som træningsmakkere og som betydningsfulde i forhold til at initiere informantens deltagelse i sociale aktiviteter.



“

EN SSAER MIG LUFTER  
TIL VINTER SKOVEN  
OG FROSTEN JEG DUFTER  
HUN ER SØD  
OG TIL HENDE BEHØVER JEG IK AT LYVE  
GENNEM ET SNEKLÆDT LANDSKAB  
KA DU SE OS FLYVE  
FORTÆLLER HENDE TING  
JEG SJÆLDENT HAR FORTALT  
JA MED HENDE  
KA JEG SNAKKE OM ALT  
MEN TUREN VARE KUN EN TIME  
JA DEN ER ALT FOR KORT  
SIDDER IGEN PÅ MIN STUE  
OG ALTING ER ATTER SORT

”

**NIKOLAJ BRIE PETERSEN 2017**



## KAPITEL 5

### RELATIONER TIL PERSONALET

Relationerne til personalet, og især til plejepersonalet, er centralt for, hvad der italesættes som betydningsfuldt i patienternes oplevelser af behandlingsforløbene. Langt hen ad vejen er der sammenfald mellem af oplevelsen, og synet på, relationerne med personalet, og hvorledes informanten oplever behandlingsforløbet som helhed. Mange af de interviewede patienter er, eller har været, indlagt på psykiatriske afdelinger i lange perioder, mange i årevis. For disse patienter, er personalet og medpatienter dem, man deler hverdagen med. For de patienter, der aktuelt er i ambulant behandling, er de fysiske frihedsgrader større, og det personale, der aktuelt varetager behandlingsansvaret, fylder fysisk mindre i informantens tilværelse. Betydningen af kontakten med den ambulante kontaktperson er alligevel central, og for mange af informanterne er relationen til kontaktpersonen en af de mest stabile relationer i informanternes liv.

Det der karakteriserer fortællingerne om de positive relationer til personalet er, at patienten oplever sig mødt med respekt og i øjenhøjde, mens de negative fortællinger omhandler et fraværende, distanceret, ikke-imødekommende og ikke-hjælpsomt personale. I de følgende afsnit ser vi på karakteristiske træk ved nogle af de forhold, der er væsentlige for, hvorvidt relationer og behandlingsforløb fungerer godt eller mindre godt, set fra de interviewede retspsykiatriske patienters ståsted.

#### **Patienternes forventninger om at få hjælp fra pleje- eller socialfagligt personale**

”Sygeplejerskerne har noget at skulle sige som mellemed mellem mig og lægen”, siger en patient, og som sådan er de betydningsfulde, men det at tildele sygeplejersker eller andet personale en så begrænset rolle, er denne informant alene om i dette materiale. De øvrige informanter giver udtryk for at have langt flere forventninger til plejepersonalet, men også, at det kan være uklart, hvilken hjælp og støtte patienterne kan få. En række informanter har

erfaringer med at få hjælp eller ikke at få hjælp fra især plejepersonalet i sengeafsnit, og en formulering, der tit forekommer i patienternes fortællinger, er: ”Så sidder de [personalet] bare og glaner fjernsyn i stedet for at hjælpe patienterne”, eller at personalet ”sidder på deres flade på kontoret”.

Informanterne italesætter den fysiske afstand mellem patienter, beboere og personale, og det synes at være en erfaring, der går på tværs af såvel behandlingspsykiatri som socialpsykiatriske bosteder. En informant fortæller om personale på et bosted, at ”de har så meget at lave, vi er ikke så meget sammen med dem. (...) De skal også passe deres arbejde nede i kælderen. De sidder fandme ved de computere hele tiden, hele dagen”. Det siges ikke direkte men det, informanten beskriver, er formentlig, at også socialpædagogisk personale skal dokumentere mål, indsatser, aktiviteter og handleplaner elektronisk. Når arbejdet med at dokumentere foregår på kontorer eller personalerum, opleves det hos informanterne som afstand og fravær.

En informant siger, at ”på det [ xx] afsnit passer personalet sig selv. Patienterne passer sig selv”. En anden fortæller, at personalet ”de ryger udenfor. De har ikke tid til at tage sig af os”. Især blandt indlagte patienter er der en forventning om at blive set, hørt og mødt af plejepersonale, når man udtrykker behov for det: ”Men en god sygeplejerske er, hvis man ser en patient der har smerter, så gør hun noget ved det med det samme”. Det er dem, der skal passe os. Det er ikke os selv, der skal passe os jo. (...) Så længe jeg er indlagt, så vil jeg sige til dem, det er dem, der skal passe på mig”. Tidsaspektet understreges af flere som vigtigt, - personale skal være tilgængeligt, når man beder om det og har behov for det. En informant giver et eksempel på, hvad der kan være frustrerende, når man henvender sig til personalet: ”og så siger hun: ”vent 5 minutter”, og så går der en halv time og hun kommer ikke tilbage”. En anden informant peger på, at der skal være nok personale, så der er ”mulighed, for at man kan komme til personalet. ... At der er nok personale til at sige, ”hey, jeg har brug for en snak” og ikke at de siger om 10 minutter, fordi det kan man ikke bruge til noget. Når man virkelig har det dårligt og gerne vil snakke med en, så skal det være nu”.

Man kan forestille sig mange strukturelle eller individuelle omstændigheder, der har haft betydning i de enkelte episoder og oplevelser. Det kan ikke læses ud af interviewsituationerne, hvorvidt der fx konkret har været personalemangel, akutte ting, der har lagt beslag på personalet eller der har været tale om en situation, hvor personalets dagsorden måske har været, at patienten skulle trænes i at behovsudsætte eller først forsøge at løse noget selv,

ved egen hjælp. Vi kender ikke omstændighederne, men det ændrer ikke ved, at informanterne i en række situationer har oplevet, at de ikke har fået den hjælp de har efterspurgt, og heller ikke har oplevet at få forklaringer på, hvorfor det eventuelt ikke lod sig gøre. Informanternes beskrivelser af ikke at få den hjælp, de oplever at have behov for, efterlader indtrykket af stor ensomhed. På spørgsmålet om, hvordan det er at være indlagt svarer en informant, at ”man er meget overladt til sig selv”. Han spørger sig selv ”Jamen hvad laver de inde på kontoret? Det kan de ikke blive ved med... Fordi man føler sig mere tryk, når der er en personale inde på en afdeling, at man ikke sidder alene med andre psykisk syge”.

### *Tvetydighed*

Personalegrupper er ikke altid samstemte i, hvad patienter må, og hvad de ikke må, eller i hvilken form for kontakt der kan og skal være mellem patienter og personale. Det frustrerer flere af informanterne, og bidrager til usikkerhed om, hvad patienten kan forvente og hvordan de kan få hjælp, noget der illustreres af følgende udsagn: ”Nattevagterne smiler slet ikke. De er helt sure og sådan noget. (...) Jeg er halvtræt om aftenen, så spørger jeg om mælk og sådan noget der. Nogen gange får jeg ja, og nogle gange får jeg nej.” Den forskellige praksis forvirrer ham, og det er han ikke alene om. En anden fortæller: ”Hvert personale har sin egen mening og regler. Så det er ikke de samme regler, de holder, går ud efter ... man bliver frustreret, man finder ikke ud af det, hvor man har dem, og hvad der skal ske med mig. En siger A, en anden siger D,C,B.”

### *Tilgængelighed*

Forventninger om at få hjælp kan handle om mange forskellige ting; konkret hjælp til at løse et problem, adgang til mad og drikke eller behov for en samtale. Men, det gennemgående mønster er, at når informanterne taler om at få hjælp eller støtte fra plejepersonalet under indlæggelse, så handler det typisk ikke om hjælp til noget konkret, men snarere om, at personalet er til stede i miljøet i sengeafsnittet: ”man behøves jo heller ikke at snakke [med personalet]. Bare det, at der er en i fjernsynsstuen sammen med en, du ved”. En anden informant formulerer et lignende behov og på spørgsmålet om, hvad der er, det gode personale kan, svares, at ”det er dem, der sætter sig i opholdsstuen sammen med patienterne”. Eller som en anden fortæller: ”Jeg har oplevet et nogenlunde drømmescenarie på en anden afdeling, som var almen, hvor der er utrolig meget kontakt og folk de kommer glade på

arbejde hver dag og er virkelig hjælpsomme og sådan noget. Og hvor de ikke behandler dig dårligt, fordi de har en dårlig dag.” Også her får man indtrykket af, der ikke nødvendigvis er nogle forventninger eller forestillinger om, at personalet skal hjælpe eller servicere med noget konkret, men blot være synlige og tilgængelige.

Værdien af muligheden for en uspecificeret samtale og kontaktmulighed illustreres i en patients fortælling om, hvorfor det er godt, at der er et personalemedlem, der har gangvagt: ”Ja, der sidder sådan en vagt og kiggede. Og det syntes jeg var en rar ting fordi, så kan man altid, man kan bare.. man behøves ikke at snakke med dem. Men man kunne altid lige sætte sig ned, så var der noget personale. Andre steder, der sad de bare inde på deres kontorer og gloede. De var sjældent ude, fordi så havde de tusind ting at foretage sig. Så det betød meget. Man fik mere kontakt, man lærte dem bedre at kende. Det var ikke sådan et lukket land.” En anden siger: ”Nogle gange kan det være en kamp bare at henvende sig til personalet”, med henvisning til, hvorledes personalets holdning og tilgængelighed kan opleves.

Informanternes svar giver indtryk af, at de oplever at have nogle behov for hjælp og omsorg, der ikke altid imødekommes. Det er ikke altid lige klart præcis, hvilken hjælp der efterspørges, og hvad informanterne forstår ved hjælp, men i en række sammenhænge er det fysisk tilstedeværelse i afsnittenes fællesmiljø, og at plejepersonalet signalerer, at de gerne vil opholde sig sammen med og tæt på patienterne. En informant beskriver behovet for at blive taget vare på, hvis man har oplevelsen af ikke at kunne passe på sig selv, og han beskriver plejepersonale som ”kærlige, flinke, menneskelige”, der ”passer på mig som en mor og far, ligesom mine forældre”.

Også flere af patienterne, der er i ambulant behandling, understreger at tilgængelighed til personale er vigtig. En patient synes fx, at det er vigtigt, at kontaktpersonen kan kontaktes udenfor normal kontortid, også om aftenen, og siger: ”Jeg synes, det er vigtigt, hvis man har nogle spørgsmål eller et eller andet... ja, hvis man har nogle spørgsmål, så er det meget fair at han tager telefonen.” Ikke alle har samme forventninger om, eller mulighed for, en så stor grad af umiddelbar tilgængelighed til personale, men at tidsaspektet kan være af betydning, illustreres af en anden informant, der siger om sine forventninger til hjælp: ”De skal tage hvert enkelt problem, og når problemet opstår, så skal de klare problemet med det samme, inden det bliver for stort. Inden problemerne bliver så store, at de bliver uoverkommelige. Snakke om problemerne med det samme.”

En informant, der nu er i ambulante behandling, siger om sine forventninger til personale: ”De skal lytte til patienten og hjælpe du ved. Jeg siger selvfølgelig ikke, at de skal stå på hænder og fødder for at hjælpe, alt hvad de kan, men jeg beder dem om hjælp en gang imellem, så mener jeg også, at man skal have hjælp. Man beder jo ikke om hjælp for sjov. Så er det fordi, der er nogen ting, man ikke kan finde ud af.”

### *Hjælp der kan skrues op og ned*

Mange af de ambulante patienter, der er interviewet, beskriver de opsøgende psykiatriske teams, de er knyttet til, som et vigtigt ”sikkerhedsnet” i forhold til deres psykiske sygdom, og de har tillid til personalets faglighed. Tilgængeligheden til kontaktpersonen de er tilknyttet er central for mange. ”Jeg kan altid ringe, og telefonen bliver taget”, er en formulering der går igen i disse informanternes fortællinger. Flere fortæller, at de har hyppige telefonsamtaler med kontaktpersonen, enkelte fortæller om daglige samtaler: ”Jeg er glad for [kontaktpersonens navn]. Han er meget dygtig. Han ringer altid og spørger hvordan jeg har det, om jeg har jeg det godt’, om der er noget galt, hvordan går det med din medicin, tager du din medicin, mangler du noget. Det er rigtig fedt.” En så hyppig kontakt er dog ikke så udbredt, men betydningen af en telefonisk kontakt, fremhæves af mange, og i sær for de patienter der i øvrigt har et meget spinkelt socialt netværk. Men også for patienter, der har et godt socialt netværk, kan det være betydningsfuldt at have en professionel - nogen der kommer udefra -, at snakke med. En siger: ”Fordi så ved jeg også, så kan man snakke om sine forløb og medicin og alle de ting man går og grubler med, det man ikke kan få snakket om med sin kæreste eller med sine venner eller med sin familie, eller hvad det er.” Flere understreger også det gode ved fleksibiliteten i kontakten, og at kontakthyppigheden kan ”skrues op” i perioder, hvor det er nødvendigt, og justeres ned igen, når der atter ”er ro på”.

### *Hjælp til selvhjælp*

Selvom forventningerne til hvilken hjælp, der kunne være tale om, ikke altid udtrykkes i detaljer, giver interviewmaterialet ikke indtryk af, at informanterne forstår sig selv som passive modtagere af hjælp. Tværtimod er der tegn på, at patienterne er fuldstændig klar over, at de også selv skal bidrage, og selv skal gøre en masse ting selv i interaktionen med behandlingspsykiatri og sundhedsprofessionelle. En informant forklarer, at han har oplevet at være blevet hjulpet, men at det kun var hjælpsomt, fordi han var indstillet på at tage imod:

”Men du skal også være den person, der vil have lidt hjælp... Men det er også fordi jeg gerne vil hjælpes, ik. Der er mange, som jeg ser det, der ikke gerne vil hjælpes”.

At hjælp kun er hjælpsomt, såfremt man også selv agerer, kommer også til udtryk hos den informant, der blev citeret indledningsvist i denne rapport, og som oplever, at behandlingsdommen var en mulighed: ”Jeg har set dem som en mulighed at få den dom. Mulighed for at få noget hjælp og mulighed for at arbejde med mig selv”.

### *”Det kommer ikke dem ved”*

Langt størstedelen af informanterne synes at være interesserede i en relation til de professionelle, og interesserede i konkret hjælp eller samtaler. Enkelte er meget opmærksomme på, hvad de deler eller ikke deler med personale, noget dette citat illustrerer: ”Jeg taler med dem om almindelige ting, men mine problemer skal ikke være til alle. Jeg vil ikke fortælle dem alt muligt om mine problemer. Det kommer ikke dem ved”.

En anden informant har oplevelsen af, at der ikke rigtig kommer noget ud af samtaler med professionelle: ”Altså de fleste af de samtaler man har, der sidder folk jo bare og snakker om sig selv. Altså jeg sidder og snakker om mig selv, og de der folk fra OP-teamet, de sidder også og snakker om sig selv, ik”. Her fremstår interaktionen ikke som noget hjælpsomt, og tilsyneladende heller ikke særlig vedkommende for den konkrete patient. Vi kender ikke konteksten, og hvorvidt det pågældende personale måske har haft en hensigt med at samtale om hverdagsting eller at inddrage sig selv som eksempler.

”Behandlingen er skrap. Altså, du reduceres til et nul!”, siger en informant, og fortsætter: ”Ja, og så den attitude man kan mærke og fornemme. Man føler sig ringeagtet og mindre-værdig i forbindelse med at gå op og ned ad personalet, som er der ligesom for at støtte og opmuntre de syge, og det er ikke altid de [de syge] får den støtte og opmuntring, de har brug for, da det tit og ofte handler om tvang, og det påvirker os alle sammen.” Samtidigt er han dog meget glad for kontakten til sin primære kontaktperson. Den negative oplevelse af behandling og personale knytter sig til den medicinske del af behandlingen, som han er dybt uenig i, og ikke til de indsatser eller initiativer der omhandler social kontakt og støtte, og citatet er derved en god illustration af, at der knytter sig mange forskellige forventninger til og oplevelser af, de forskellige personalers faglige roller og opgaver.

## Hjælp fra andre faggrupper

Mange faggrupper er involveret i et retspsykiatrisk behandlingsforløb, og mens hjælpen fra plejepersonale kan fremstå uklar eller mangelfuld ifølge patienternes oplevelser, tegner der sig et langt mere positivt billede af patienternes relation til, og opfattelse af, nogle af de andre faggrupper. Flere informanter har positive fortællinger om psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter og aktivitetsmedarbejdere. Her synes at være en klarere fornemmelse blandt patienterne af, hvorledes disse faggrupper arbejder og hvad de kan være behjælpelige med. En række informanter har fået god hjælp af samtaler med psykolog, eller egentlige terapiforløb, og mange beskriver ligeledes konkret hjælp fra socialrådgivere vedrørende sikring af økonomi eller boligforhold. Ergoterapeuter og aktivitetsmedarbejdere opleves af flere informanter som vigtige initiativtagere til fysisk udfoldelse som boldspil eller andre aktiviteter. Der er jf. interviewguiden spurgt eksplicit til denne type af erfaringer med hjælp og støtte fra disse faggrupper, og det kan være én blandt flere forklaringer på, at det fremstår klarere end eksempelvis den mere diffuse interaktion med plejepersonale i tre vagtlag i et sengeafsnit. De andre faggruppers opgaver opleves typisk mere afgrænsende og konkrete, og forbindes nemmere med noget der er udelt positivt. Enten fordi de indebærer konkret hjælp eller bistand, eller simpelthen fordi kontakten med faggrupper, der typisk kommer på besøg i sengeafsnittene for at udføre specifikke opgaver eller samtaler, udgør for mange patienter et positivt afbræk i dagligdagen.

## Betydningen af respekt og en oplevelse af ligeværd

”De lytter rigtigt 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. (..)”. Sådan beskriver en informant sin oplevelse af personale i det ambulante team, der varetager behandlingsansvaret for hans dom. Beskrivelsen indfanger det, der er karakteristisk for de behandlingsforløb, der omtales positivt af andre patienter: at patienter mødes med respekt, ligeværd og i øjenhøjde med personalet.

Oplevelsen af at blive mødt med respekt er vigtig og central for patientens selvopfattelse, og afspejler formentlig personalets grundlæggende syn på den retslige patient, som et ligeværdigt medmenneske. ”Jeg føler, at der er en gensidig respekt. Og jeg bruger dem meget, når jeg har det skidt”, siger en informant om forholdet til det ambulante team. Heri er en

implicit logik: oplevelsen af gensidig respekt gør det nemmere at opsøge hjælp, når der er behov for det. På den måde, vil en genuin respektfuld og anderkendende tilgang og holdning til patienterne, alt andet lige bidrage til patientens samarbejdsvilje.

### **Betydningen af resonans, attitude og tillid til faglighed**

”Jeg synes, han er hyggelig at snakke med”, siger en ambulante patient om sin kontaktperson i det ambulante team. Vægtlægningen af resonans, - en god mellemmenneskelig kemi og at man ”godt kan lide” personale, er en rød tråd i fortællingerne om de positive relationer og de behandlingsforløb, der omtales som gode. Det er især tydeligt i de ambulante behandlingsforløb i de særligt opsøgende teams, og i relation til primærkontaktpersoner. En anden begrunder også sin positive oplevelse af det ambulante behandlingsforløb med relationen til kontaktpersonen, der har fulgt ham gennem flere år. Han besvarer spørgsmålet om, hvorfor det er godt, på denne måde: ”Jamen det er måden hun er på. Altså, hun kunne lige så godt have været en rappenskralde, som er ikke er til at holde ud, men altså, det er hun ikke. Altså, vi snakker godt sammen, vi snakker stort set om alt, stort set.” Det er ikke alt de er enige om, og at der er en ulige magtrelation, er han meget godt klar over: ”Vi diskuterer ting, snakker om det, men hun får som regel ret. Fordi det er jo ligesom hende, der har bukserne på. På grund af dommen og alt sådan noget, ikk. Og der kan jeg ikke bare sige nej, vel.” Informanten oplever, at kontaktpersonen er på hans side, og er loyal overfor ham, men samtidig at ”selvfølgelig er hun også på sin boss’ side, altså det ved jeg jo godt. Det er jo der, hun får sine penge. Så selvfølgelig, så bestemmer de jo hovedsageligt.” At oplevelsen af den anden som ”en man lide”, kan være af betydning for samarbejdet mellem personale og patient, illustreres også af følgende udsagn om den behandlingsansvarlige overlæge: ”Det har noget at gøre med hendes udstråling. Hun udstråler varme, og hun er menneskekendt og hun passer bare sit arbejde. Så det er ikke for at genere mig.” Denne patient er meget uenig i den medicinske behandling, men til trods for det, synes han, at han samarbejder godt med lægen. At han godt kan lide lægen, vægtlægges også af en anden informant, der siger: ”Jeg er meget glad, hun er min læge. Jeg er meget glad og samarbejder med [lægen], og jeg får hendes hjælp. Hun er dygtig, hun er flink, og hun er meget menneskelig og når hun taler med mig, er det fordi hun vil hjælpe mig. Ikke fordi hun vil genere mig. Det er derfor, at jeg godt kan lide [behandlingsenheden], jeg hører efter, og siger hun bestemmer. Alt det hun bestemmer er godt for mig.”

For nogle er det kombinationen af personalets attitude og praksis, der giver patienterne en oplevelse af dissonans. En informant fortæller om hverdagen på et lukket afsnit: ”Mange gange er det sådan, at man går hen om formiddagen og kigger på tavlen. Hvem er på arbejde, og så ser man sådan, så kan man konstatere derudfra, at det bliver en dårlig dag i dag fordi det personale, som af en eller anden mærkelig årsag kan skabe mere røre end ro. (..) Der er nogle. Det er deres attitude. (..) Det er sjældent et helt hold, der er på vagt, der har den forkerte attitude, men det sker en gang i mellem, og det er så de dage, hvor man sådan bare holder sig på værelset.” Om attituden: ”Det jo nok den der politibetjentrolle, de tager på sig. Den der, der kontrollerer alt og siger nej til alt og ikke sådan vurderer situationen i det øjeblik. Og så er det også rigtig frustrerende, at der er jo nogle regler på afdelingerne, men det er jo forskelligt, hvordan personalet retter sig efter de regler. Og der skal man sådan veje situationen, hvem man spørger om de forskellige ting.” Opmærksomheden på og oplevelsen af personalets attitude hænger ikke nødvendigvis sammen med en forventning om at få lov til, det man beder om. Samme informant siger, om det der opleves som ”det gode personale”: ”Det er dem, der sætter sig i opholdsstuen sammen med patienterne og hygger, sætter ting i gang. (..) dem som også har den autoritetsattitude uden at være på den negative måde, men bare den der, altså, hvor man har en respekt, og hvor man godt kan mærke, at den autoritet de har, det er på en respektabel måde. De respekterer mig, og jeg respekterer dem. Det er bare, det er ikke alle, der har det, de kan bare sige et eller andet. De kan det der, sætte en god stemning ind på afdelingen.” Et godt personale tager ifølge informanten greb om tingene, og ”når de giver dig et nej, så giver de dig også en begrundelse for det nej. Altså, det er virkelig alfa og omega. I stedet for bare det der ”nej”. Jeg kan ikke bruge et nej til noget. Jeg skal have at vide hvorfor.”

”Der er nogle man bryder sig om, andre gør man ikke. Det er ligesom ude i det virkelige liv, ude i samfundet, ikk”, siger en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. For ham indebærer dette, at det ikke er alt personale, han har tillid eller tiltro til, og konsekvensen er, at han kan føle sig utryk på afsnittet.

Mange af informanterne har lang erfaring fra både almenpsykiatripsykiatri og retspsykiatri, og flere eksemplificerer, hvad de synes fungerer godt ved at sammenligne det aktuelle behandlingsforløb med tidligere behandlingsforløb, der ikke har fungeret så godt. I mange tilfælde, bliver tidligere behandlingsforløb som retspsykiatrisk patient i almenpsykiatrisk regi sammenlignet med det aktuelle behandlingsforløb i den specialiserede retspsykiatri. Tillid og tiltro til personalets faglighed nævnes af flere, og en siger om det specialiserede

team, han nu følges af: ”De er flinke, fordi de tager jo sygdommen alvorligt, og så kan de se sygdomstegnene mere end de almenpsykiatriske afdelinger, synes jeg.” En anden besvarer spørgsmålet om, hvad det specialiserede team kan, som de ikke kunne i distriktspsykiatrien, med ”de har mere erfaring med retspsykiatriske patienter; de er mere uddannet, og noget mere gearret til at håndtere svære situationer og sådan nogle ting.”

En anden informant sammenligner sine erfaringer fra distriktspsykiatri med, hvad han oplever i den specialiserede psykiatri: ”Det var lidt anderledes, for der [i distriktspsykiatrien] var der ikke noget snakkeri, og der var ikke rigtig nogen, der tog fat i noget, og jeg kunne bare komme og gå, som jeg havde lyst til. Der var ikke rigtig nogen behandling i det, synes jeg”. Han fortsætter: ”Altså, det var bare sådan noget med, at jeg skulle komme en gang om måneden og få en indsprøjtning, og så gik jeg igen, og så var der mange gange, hvor jeg ikke gad at tage den og sådan noget, og så kom politiet og hentede mig, ikk..”. Hans motivation for at følge den medicinske behandling er nu anderledes, og han siger: ”jeg bliver sindssyg, når jeg ikke tager medicinen.” Det er vigtigt, at den ambulante psykiatri er ”virkelig opsøgende og vedholdende” i sin kontakt, og at ”man er efter sygdommen hele tiden”, siger en anden. Han siger, at det giver ham tryghed, at der er nogen, der er opmærksomme på tegn på, at han har det dårligt psykisk. En anden vægtlægger også trygheden og siger om sine forventninger til og erfaringer med det opsøgende team, hun følges af: ”jamen altså de sørger for at holde øje med en, og så sørger de for at hjælpe en, og jeg synes ikke, at de er så slemme, som distriktet, med at indlægge.”

### **Det omsorgstrætte personale**

”Jeg ved ikke, om jeg er træt af personalet, men de er ved at være trætte af mig”, siger en informant, der har været indlagt på samme afdeling over en længere periode. En anden informant oplever, at personalet på det pågældende afsnit er ”omsorgstrætte” og beskriver, at ”når du ikke har plads, når du ikke har mere... når du er omsorgstræt, så er det her du kommer”. At personale er ”omsorgstrætte”, som det her omtales, får ifølge denne informant konsekvenser for, hvordan patienter oplever behandlingen og kontakten med personalet: ”Men behandlingen sådan i form af sådan noget almindelig dagligdagskontakt og hvordan folk bare ikke har lyst til at arbejde med mennesker, at de bare kommer for at få nogle penge, og det er det. (..) Altså, det er sku ikke sjovt at være i den her endestation, hvis man kan kalde det det, denne her afdeling. Det er der, når man er helt vildt træt af at arbejde, og man har været i psykiatrien i mange år, og man bare har lyst til at sidde på sin flade røv og

skrive på computer, altså så kan du komme her.” Yderligere to informanter identificerer lønarbejdermentalitet blandt plejepersonalet: ”Altså de var bare ude efter lønningschecken, ikk”, og hos den ene informant fremstår lønarbejdermentalitet som en barriere i forhold til at lave omsorgsarbejde: ”altså stort set alle personaler går på arbejde for at tjene penge og ikke for at hjælpe deres medmennesker”.

## **Erfaringer med dehumanisering, infantilisering, kontrol og symbolsk vold**

En lille del af patienterne har erfaring med dehumanisering og infantilisering i kontakten til personalet. Vurderet ud fra informanternes fortællinger ser det ud til først og fremmest at forekomme i sengeafsnit, hvor mange mennesker skal interagere sammen i en total institution. Informanterne fortæller, at de har oplevet at blive talt til som børn, irettesat eller skældt ud i medpatienters påhør eller på anden måde at blive behandlet nedladende eller dehumaniserende. Nedenstående citater fra en række informanter, med erfaringer fra en række forskellige afsnit og centre, er eksempler på dette:

”Hvis du ikke kan opføre dig ordentligt, så kommer du ind på dit værelse.”

”Så siger hun ude i køkkenet, hvor alle andre [medpatienter] sidder: ”Hvis du havde været min søn, så havde du ikke fået noget mad.”

”De kan godt finde på at sige til en, at de ejer en, så længe vi er her. Han sagde, at ”jeg ejer dig, og du skal gøre det, jeg siger til dig”.”

”...som om jeg er en abe, eller som om jeg er et barn” ”KAN DU SNAKKE PÆNT”.”

”...det er lidt ligesom at være sådan 7 år igen.”

”Det er bare generelt, at alle får at vide, at hvis du åbner kæften op, så slår vi hårdt ned på dig. Og det er lige meget næsten, hvad du kommer med af kritik.”

I forlængelse af disse oplevelser ses også i materialet enkelte informanter, der oplever plejepersonale som politi: ”Ligesom personalet her, de går og leger politi”. En anden informant beskriver den ”politibetjentrolle, de tager på sig. Den der, der kontrollerer alt og siger nej til alt og ikke sådan vurderer situationen”. Dette er også eksempler på udsagn, hvor vi ikke har kendskab til optakten eller konteksten for den konkrete situation. Der er en række kontrolelementer, der hører til behandlingspsykiatriens opgave med at varetage psykiatriske

særforanstaltninger; fx kontrol ved besøg i afsnittet, kontrol ved tilbagevenden til afsnit efter udgang, visitation af sengestuer på baggrund af mistanke om stoffer i afsnittet osv., samt varetagelsen af sikkerhedsrunder og sikkerhedsrutiner ved vagtskifte, og set i dette lys er det overraskende, at der ikke er flere informanter, der fortæller om erfaringerne hermed. Det kan der være mange og flere forklaringer på; fx, at der i interviewsituationen ikke er spurgt eksplicit til temaet, med mindre informanten selv bragte det op; patienterne kan være så institutionsvante, at de ikke længere bemærker kontrol og regulering eller har opgivet at påtale det, eller det modsatte: at flertallet af personaler er så professionelle, at de håndterer arbejdet med kontrol, sikkerhed, overholdelse af husorden osv. på en måde, der i langt de fleste situationer ikke opleves krænkende eller dehumaniserende.

At patienter oplever en ulige magtfordeling i en total institution, som et lukket psykiatrisk afsnit er, er ikke opsigtsvækkende. Men der er også eksempler på, at patienter oplever personalets ageren som unødvendig markering af magt, og som udøvelse af symbolsk vold. Eksempler på dette er fx, at patienterne oplever et personale, der sørger for mad til sig selv på personalestuen, eller at personale tjekker Facebook på kontoret, i stedet for at være der, hvor patienterne er. En siger: ”De sidder med deres telefoner fremme ude på afdelingen, mens de sidder og spiser, og mens de ser fjernsyn. Og vi må ikke have telefoner på os, så de gør det for at genere os. Det føler jeg...”. Her kender vi heller ikke konteksten, som fx personalets ret til og behov for pauser, men eksemplerne illustrerer, at det kan opleves ret voldsomt og demonstrativt for patienter, der foretrækker, at personalet er tilgængeligt i fællesmiljøet.

“

HVAD DU SAGDE  
SIDDER FAST I MIT HOVEDE  
HØRER DET IGEN OG IGEN  
DET GØR MIG ILDE TIL MODE  
DU TÆNKTE MÅSKE IK VIDERE OVER DINE ORD  
MED DET DU SAGDE I MIT HOVEDE GROR  
FOR OVER MINE TANKER HAR JEG INGEN MAGT  
SÅ DU SKU HA TÆNKT LIDT MERE OVER HVA' DU FIK SAGT

”

**NIKOLAJ BRIE PETERSEN 2017**



## KAPITEL 6

# RELATIONER TIL MEDPATIENTER OG MED- BEBOERE

### Ufrivillig nærhed og krav til sociale kompetencer

For indlagte patienter og i totale institutioner, som fx et lukket psykiatrisk afsnit, er det et grundvilkår, at man hele døgnet er tæt på mennesker, som man ikke selv har valgt at have tæt på. Den erfaring har alle vores informanter, og for en del af dem er det den aktuelle situation, for andre er det en tidligere erfaring, eftersom de nu er i ambulante behandlingsforløb. Mange af sidstnævnte bor på socialpsykiatriske bosteder, og her bor man også tæt på hinanden, men de individuelle frihedsgrader og muligheder for privatliv er trods alt større end på en psykiatrisk afdeling. En bolig på et bosted er også personens eget hjem. Betydningen af relationer til både medpatienter og medboere er stor, og kan være særlig betydningsfuld for patienter, der er indlagt i mange år. Informanternes fortællinger omfatter mange aspekter ved dette.

At være indlagt og at være tæt på mange andre mennesker, stiller krav til den enkeltes sociale kompetencer, noget flere informanternes udsagn vidner om. En siger: ”Jeg har det egentlig meget godt, når jeg er indlagt, altså hvis man forstår sig, øh, og samarbejder med de andre patienter, så det ikke noget problem for mig.” En anden siger også: ”Du har jo ikke valgt det selv. Fordi du er sammen med mennesker, der er på nogle måder, som du må håndtere uanset om du vil eller ej, om du kan klare det eller ej, så bliver du nødt til at håndtere det på en eller anden måde. Og der er altså mennesker som ligger fjernere fra en selv, kulturelt set, og ikke bare kulturelt set, nu tænker jeg ikke på udlændinge og sådan, men attitude..”. Betydningen af et interessefællesskab med medpatienter, og ikke mindst manglen på samme, vægtlægges også af andre. En informant siger derfor om sin tid på en retspsykiatrisk afdeling: ”Lige der var jeg faktisk ret heldig, fordi der var en masse unge mennesker. På min egen alder. Så det var super fedt, altså så havde vi en sådan god kemi.”

## Forestillinger om andre retspsykiatriske patienter

Flere informanter fortæller om negative forventninger til det at være på et retspsykiatrisk afsnit. En siger, om det at blive flyttet fra en almenpsykiatrisk til en retspsykiatrisk afdeling: ”Det var voldsomt. Selvfølgelig var det det. Altså, det var jo nærmest som om, at ja, altså kommer man nogensinde ud igen. (..) Vil man være rask, så skal man tage den beslutning og sige ”OK, jeg vil videre herfra, så du kan ikke sammenligne dig, med dem der er der”. (..) Altså, der er masser af kriminelle, der sidder der. Mange af dem har narko og stoffer med, jeg skal komme efter dig, ikk. (..) Og det gider jeg ikke. Jeg har aldrig haft noget med det at gøre.”

For en anden patient blev forestillingen om de retslige afdelinger, som værende væsentligt anderledes end almenpsykiatriske afdelinger, bekræftet, om end på en anden måde end informanten forventede: ”Altså, jeg var jo skrækslagen, da jeg fik at vide, at jeg skulle på retslig’, og tænkte ”Fuck!” Nu skal jeg til de der virkelige syge patienter, og der bliver råben og skrigen! Og jeg kom derhen. Jeg har aldrig oplevet en afdeling så stille. Der var altså [informanten griner] i forhold til en almindelig lukket afdeling. Altså, der var så stille.” En anden, der også sammenligner sine erfaringer med henholdsvis almenpsykiatriske og retspsykiatriske afsnit, siger om medpatienterne på retspsykiatrisk afdeling: ”(..) det er at ingen har særlig meget empati, det synes jeg er irriterende og det er noget, jeg savner. Det er i hvert fald noget man kan møde der på almenpsykiatrisk. Det kan godt være, at de sidder og forestiller sig alt muligt, men de er ikke sådan ondskabsfulde eller forstyrrede. Det er bare psykose. (..)”.

## De andres sygdom

Enkelte opfatter sig i udgangspunktet væsentligt anderledes end medpatienter eller medbeboere, især fordi de anser de andre som værende syge, eller væsentligt mere syge, end dem selv. En informant, der bor på et bosted, siger: ”Jeg skal ikke bo på det her bosted. Det er ikke et godt sted for mig. Jeg er frisk i hjernen.” En anden, der har boet på flere forskellige bosteder, er heller ikke glad for de socialpsykiatriske botilbud: ”Jeg bryder mig ikke om at bo i sådan nogle bofællesskaber sammen med psykisk syge. Det bryder jeg mig altså ikke om. Jeg vil gerne bo, hvor der er normale mennesker, så jeg selv kan leve et normalt liv.”

For nogle af informanterne er medpatienternes psykiske sygdom en belastning, eller som en siger om ”dem der hører stemmer og ser syner, de kan virkelig være en pind i røven” og er besværlige at være indlagte sammen med. En informant siger om, hvordan det var at være indlagt: ”Jamen det var jo ... de var jo syge ad helvedes til. Man kunne ikke have noget i fred. Lagde man sin cigaretter på bordet eller sin pibe eller et eller andet, jamen så tog de lortet, ikk. Så skulle man ligge og skændes og slås med dem for at få lortet tilbage. Ja, så var det også bare det, at de var syge, de som var der.” Han har flere lignende historier om tidligere medpatienter, og hvor syge de var, men han siger, at han aldrig har været bange for medpatienterne, da han var indlagt, ”men det var ubehageligt”, ikke mindst når nogle af medpatienterne var svært psykotiske. – ”Det var synd for de mennesker”, siger han, og hans fortælling favner dermed både en irritation over og en medfølelse for medpatienterne.

### **Ønsket eller uønsket socialitet**

For enkelte patienter medfører det at være indlagt en mulighed for social kontakt med flere end det en dagligdag udenfor hospitalet byder på, og en kortere indlæggelse kan derfor også opleves som et positivt afbræk i en ellers ensom og monoton tilværelse. En informant, der til daglig kun ser sin mor og af og til sin kontaktperson, siger om det at være indlagt: ”Jo altså, jeg snakker med en masse mennesker, der er indlagt. Altså både patienter og personale”, og er glad for det. Et af symptomerne på at være psykisk syg eller at have skizofreni ”er jo, at man har det med at isolere sig”, siger en informant, der tidligere har været indlagt i mange år. Han ønskede at isolere sig fra de andre patienter på afsnittet, men det fik han ikke lov til, fordi ”man skal ud og socialisere”, siger han. Han skulle være ude i fællesskabet og i fællesrummene med de andre patienter, ”ikke fordi man skal lave noget sammen, men bare fordi man skulle være der. Man skulle være social”. Hans modstrategi blev at tale om emner, det ikke var tilladt at tale om i fællesrummene, for på den måde at blive vist tilbage til sin egen stue. Det fungerede, indtil de ansatte forstod hans strategi og undvigelsesmanøvre.

At unddrage sig sine medpatienter er også en måde at relatere sig til dem på, og en informant, der er indlagt, fortæller, at det er hans måde at forholde sig til de andre på. Han siger: ”Jeg er meget inde på mit værelse og sådan noget der, for at holde ro på mig selv, så jeg ikke laver ballade eller snakker med om folk eller et eller andet. Chikanerer folk og sådan noget, det holder jeg mig langt væk fra.” Adspurg, om der er meget uro på afdelingen, siger

han: ”Nej, nej, alle personerne holder sig for sig selv..”, og at den eneste aktivitet, der får patienterne til at samles, er fodboldkampe der vises i fjernsynet.

Nogle informanter fortæller, at de har udviklet nære venskaber med medpatienter, som de har været indlagt sammen med gennem flere år, og for nogle har venskaberne været ved, også efter udskrivelse. På bosteder er naboskab blevet til kæresteforhold. Men nærhed og venskab til andre gør også en sårbar, for så er der noget at miste. En informant, der har været indlagt på lukket psykiatrisk afdeling i mange år, og som også skal forblive indlagt i flere år endnu, fravælger aktivt kontakt til og relationer med medpatienter. Han siger: ”Hvad skal jeg bruge dem til? ... så forsvinder de om 2-3 uger, og så skal jeg starte forfra igen, og det gider jeg ikke. Nej, så vil jeg hellere lade være, så vil jeg hellere bare være mig selv. Fordi, hvis der er nogen man holder virkelig meget af, så dykker man, når de forlader stedet.” Han oplever, at gennemstrømningen af patienter på afsnittet er stor, og at medpatienter hele tiden flytter ud, og nye kommer ind. Der er mange, der er indlagte i kort tid, og det gør det uhensigtsmæssigt at indlede venskab eller relationer. Han konkluderer selv med at sige: ”Jeg begynder ikke at indlade mig med et eller andet med dem, fordi det er jo en hovedbagård”, med henvisning til den store udskiftning der er i patientbelægningen på afsnittet.

### **Personalets betydning for relationerne mellem patienter og beboere**

Andre fortællinger viser også, hvorledes medpatienters gøren og laden, og personalets håndtering af dette, kan være noget man selv spejler sig i, og at ved at følge med i samspillet mellem andre, kan man selv blive bedre til at aflæse og forstå systemets formelle og uformelle spilleregler. En informant, der har været indlagt i en årrække, fortæller også, hvorledes han forsøger at introducere yngre og nytilkomne medpatienter i, hvorledes de skal begå sig på afsnittet, i forhold til hvad man må, og hvad man ikke må. Fx hvorledes man taler til personalet - ”man siger fx ikke ”fuck luder””. Denne patient omtaler sig som en, der er aktivt interagerende som mediator i relationen mellem patienter og mellem patienter og personale. Andre informanter fortæller om, hvorledes de har afkodet de mere formelle regler ved at følge med i, hvad der sker med andre, som fx når medpatienter mister retten til udgang ”i flere måneder”, fordi de har røgt hash i afsnittet.

Blandt informanterne er der forskellige opfattelser af, hvordan personalet skal interagere, når der er konflikter mellem patienter eller beboere. Nogle synes, at ”personalet blander sig og bestemmer for meget”, når der er konflikter mellem patienterne. En anden informant,

der bor på et bosted, fremhæver det som noget positivt, at personalet ikke blander sig i konflikter, medmindre man selv beder om det. Her lever man med ”balladen”, og håndterer de fleste konflikter selv. Andre fortæller derimod, at de er bange, når de er indlagt, og frygten går både på medpatienters adfærd, men også på oplevelsen af fravær af personale til at forebygge og håndtere fysiske konflikter mellem og angreb fra medpatienter. En informant siger om afsnittet, han er indlagt på: ”Jeg er ikke tryk ved at være her. Der er psykopater på afdelingen. Man kan ikke regne med dem. Det ene minut er de glade, og det andet minut er de vildt sure. Så jeg kan ikke regne med dem. Så forholder jeg mig til personalet.” Der er flere beretninger om konflikter og episoder med ”ballade” mellem patienter på afsnittene. Konfliktniveauet spænder fra, at ”patienterne går bare og bagtaler alle” og ”de ødelægger for hinanden”, til alvorlige fysiske angreb og skader på medpatienter. Flere pointerer nødvendigheden af, at der er nok tilgængeligt og nærværende personale til at forebygge og håndtere konflikter, men der er også fortællinger om, at det ikke altid er tilfældet. Det ikke at kunne stole på, at der er personale, der vil opdage og forhindre fysiske overfald fra medpatienter, skaber her en alvorlig utryghed.

Det varierer betydeligt hvilken stemning og atmosfære, der er på de enkelte afsnit. En informant mener, at der også er kulturelle forskelle mellem de forskellige psykiatriske centre, han har været indlagt på. En informant, der har været indlagt på flere afsnit på to forskellige centre i regionen, sammenligner de afsnit, han har været på. Han synes, at relationen mellem personale og patienter var bedre på det psykiatriske center, hvor han tidligere var indlagt, fordi ”personalet havde mere styr på det” i forhold til, hvad de accepterede fra og forventede af patienterne, og at denne tydelighed fra personalet bidrog til et bedre samspil mellem patienter og personale. Dette samspil har ifølge informanten stor indflydelse på, hvorledes patienterne er overfor hinanden, og hvorledes de har det med hinanden.

Beskrivelser af utryghed eller decideret angst for medbeboere eller medpatienter beskrives af en række informanter, og hos enkelte endog meget eksplicit. Det er desværre velbeskrevet i såvel pressedækning som i tilsynsrapporter, at beboere isolerer sig i deres egen bolig på socialpsykiatriske bosteder af frygt for medbeboere eller deres gæster. Det er ligeledes alvorligt, når indlagte patienter, der således er frihedsberøvede og i behandlingspsykiatriens varetægt i lukkede sengeafsnit, beskriver angst og utryghed i forhold til medpatienter. Samtidig er det tankevækkende, at informanterne så tydeligt peger på, at personalets tilstedeværelse, tilgængelighed og tydelighed er essentielle faktorer i forhold til at forebygge eller håndtere utryghed.



## KAPITEL 7

# RELATIONER TIL PÅRØRENDE OG NETVÆRK

### Spinkle netværk

Der er store variationer i, hvorvidt de interviewede patienter har pårørende, eller et netværk, der giver mulighed for social, emotionel eller praktisk støtte, - i forhold til behandlingsforløbet - og i livet i det hele taget. Nogle har betydningsfulde netværk af familie og/eller venner, mens andre er mere eller mindre uden et eksisterende socialt netværk. Nogle fortæller, at kontakten til familien (typisk forældre og søskende, eller egen partner) er omfattende og af afgørende betydning, for enkelte er enkeltstående venskaber essentielle. Det dominerende indtryk er dog, at de fleste informanter har et begrænset, og ofte meget spinkelt netværk at trække på, og at svært mange lever et liv præget af betydelig ensomhed.

### Familie og partner

Nogle af de interviewede patienter har overhovedet ikke kontakt med deres familie længere, og for nogle har opvæksten været præget af så store konflikter og så turbulente forhold, at de i perioder har været anbragt udenfor hjemmet. Nogle af de ikke-etnisk danske informanter har det meste af familien i hjemlandet, og muligheden for kontakt med familien er derfor meget begrænset.

For nogle, og især for de yngre informanter, er kontakten til familien (forældre, søskende) omfattende, og omtales som af afgørende betydning for hjælp og støtte i livet, også under behandlingsforløbet. Når familien er en vigtig støttespiller, er det som oftest mors støtte og indsats, der fremhæves. En siger om sin mor, at "hun støtter mig rigtig meget, så godt hun kan", og selv om resten af familien også er vigtig, så er det "mest min mor". I denne konkrete relation er der også aftalt grænser for inddragelsen af mor som pårørende: "Vi [afsnittet og patienten] har også aftalt med min mor, at hvis jeg får det dårligt, så skal vi ikke ses. Nej, fordi jeg vil, at hun skal opleve mig glad. Hvis man har det dårligt, så er det her [på

afdelingen] de kan hjælpe mig. Når jeg har det godt, så kan jeg hygge mig med min mor.” At behandlingsforløbet også kan være psykisk hårdt for pårørende, er noget der nævnes af flere informanter, og en siger: ”der har været mange hårde ting [i behandlingsforløbet]. Også for min mor, fordi hun jo har set alting...”.

For nogle er familiemedlemmer vigtige som praktiske støttespillere, mens andre oplever familiens mentale støtte som væsentlig for behandlingsforløbet. Hvad der opleves som betydningsfuld støtte varierer fra, at familiemedlemmer kommer på besøg under indlæggelser, til fx at forældre ”tager telefonen, hver gang jeg ringer”. En siger følgende til spørgsmålet om, hvorvidt han har støtte fra sin familie: ”Ja, ja. Er du vild mand, og især sådan med det praktiske, når jeg har været indlagt og ikke har haft smøger, så er hun [mor] kommet med smøger og alt sådan noget. Hun har virkelig støttet op om mig.”

Det er ikke alle pårørende, der har anledning til at besøge den indlagte patient, og nogle foretrækker også at mødes med familien et andet sted end på hospitalet. Det fordrer, at patienten har lov til at forlade afsnittet, og at evt. udgang ikke er inddraget; fx som følge af mistanke om stofbrug, som en af informanterne har oplevet.

Nogle få af informanterne har en kæreste eller partner, og for dem udgør denne den væsentligste støtte. En siger om sin kæreste: ”Hvis hun ikke havde været der, så havde jeg ligesom bare... så havde jeg bare blevet ved med at ryge, blevet ved med at tage coke, blevet ved med... ja, altså i den forkerte bane synes jeg i hvert fald.” De færreste af informanterne har en kæreste eller partner, og det at finde en kæreste, er noget mange af dem ønsker sig (se også *kapitel 10 Retspsykiatriske patienters håb, drømme og forventninger*).

Enkelte har et familiemedlem som bistandsværge, og nogle er glade for det, mens andre tilkendegiver, at det måske er en ordning, de ikke selv er helt tilfredse med, og at de gerne vil have en anden bistandsværge. Nogle få af informanterne har involveret pårørende i kontakten med behandlingssystemet, fx i lægesamtaler eller behandlingskonferencer, mens det for andre er vigtigt, at de pårørende ikke skal involveres eller belastes med at deltage i møder med psykiatrien (se også *Erfaringer med inddragelse i behandlingsplaner og deltagelse i behandlingskonferencer, i kapitel 3*).

## Kontakt med egne børn

Enkelte af informanterne er selv forældre. Hvilken relation og type kontakt de har til børnene varierer, og det er ikke kun børnenes alder, der betinger dette. Enkelte lever sammen med mindreårige børn, og en informant siger: ”Det eneste dejlige jeg har i denne verden, det er mine børn”, mens en anden ikke må have kontakt med sit barn. Andre har oplevet, at deres nu voksne børn blev fjernet fra hjemmet, da børnene var små. Det er ikke alle, der ønsker at deres voksne børn skal involveres i behandlingsforløbet eller på anden måde bebyrdes med så megen kontakt til deres psykisk syge forældre. En siger det således: ”Ja men altså, jeg føler ikke rigtig, jeg er rask nok til at se mine børn.” Samtidig er det for disse informanter vigtigt at vide, at deres voksne børn klarer sig godt, og at de har det godt. En siger om kontakten til den voksne datter: ”Jeg ringer aldrig til hende, hvis jeg er dårlig. Jeg ringer sjældent til hende. Jeg vil ikke forstyrre hendes liv. Altså, hvis hun har det godt, så har jeg det godt. Og hun har det altid godt. Hun har meget travlt. (..) Jeg kunne godt tænke mig at se hende lidt mere, men de har så travlt.”

## Venner

Mange af informanterne fortæller, at de ikke har kontakt med venner fra tidligere faser i livet, og også mange siger, at der ikke er kommet nye venner til. De fleste af de interviewede retspsykiatriske patienter deltager på få arenaer, hvor nye sociale netværk kan etableres og udvikle sig, som fx en arbejdsplads, uddannelsesinstitutioner eller i organiserede fritidsaktiviteter. Nogen fortæller, at de eneste venner de nu har, er tidligere medpatienter, og for enkelte er dette alt, de har af relationer til ikke-professionelle. En patient, der har været indlagt i mange år, siger at den eneste han har kontakt med udenfor afdelingen, er en tidligere medpatient – ”Jeg har ikke andet netværk.”

Enkelte fortæller, at de har betydningsfulde venner, de har kendt i lang tid, men at have gamle venner er ingen selvfølge, hvilket illustreres af andre informanters fortællinger. Alvorlig psykisk sygdom kan nok i sig selv vanskeliggøre det at opretholde venskaber, og længerevarende indlæggelser på psykiatrisk afdeling gør det ikke nemmere. En informant siger om sine venskaber: ”Det sker, at når jeg bliver indlagt, så mister jeg alle mine venner, og det tager årevis før jeg kan få genetableret nogle venskaber.” Og selv om venskaber overlever, kan de opleves som svære at opretholde, fordi vennernes livssituationer, med egne familier, arbejde og børn, er så anderledes end ens egen; - venskabet baseres på en

uligevægtig relation. En formulerer denne sårbarhed i relation til vennerne sådan: ”De er mere vigtige for mig end jeg for dem.”

Nære relationer og venskaber kan være en vigtig ressource og støtte i forhold til at håndtere hverdagslivets udfordringer, men der er også bekendtskaber, der trækker i forkert retning, og ikke understøtter patientens ønske om et liv uden fx stoffer og kriminalitet. ”Mine venner er alkoholikere og hashmisbrugere”, siger en informant, mens andre fortæller, at de ikke længere vil have kontakt med tidligere venner på grund af deres misbrug. En formulerer det på denne måde: ”jamen de fleste venskaber, det var i misbrugsmiljøet, så der er ikke noget venskab tilbage.” En anden har brudt kontakten med det, han omtaler som sin bedste ven, et venskab der startede, da de var indlagt på samme psykiatriske afdeling i mere end 7 år, og han siger: ”Min bedste ven, ham har jeg altså cuttet kontakten til. (...) Ham var jeg sammen med et godt stykke tid efter, at jeg var udskrevet. Han havde en negativ indflydelse på mig, og jeg brød mig sgu ikke om hans stil”, som var et vedvarende fokus på kriminalitet.

Mens mange informanter udtrykker et ønske om mere kontakt til andre mennesker, er der andre der aktivt fravælger dette. En informant, der i det aktuelle forløb har været indlagt i mere end to år, siger om kontakten til sit netværk og sin familie: ”Jamen, jeg har skåret meget af kredsen ned, fordi jeg gider ikke, at folk kommer rendende her, og så skal jeg sidde og være underholdende og det gider jeg ikke.”

### **Når andre tager afstand fra en**

Nogle oplever, at både familie og venner har taget afstand fra dem på grund af den kriminalitet, de har begået, for nogle blot ved ”at de er sure på mig”, mens enkelte andre oplever, at familien helt har ”slået hånden” af dem på grund af kriminaliteten. Ingen fortæller om konflikter, der tager direkte afsæt i en stigmatisering af deres psykiske sygdom, men en enkelt fortæller, at han i nogle sammenhænge føler familien aktivt fravælger ham, ikke på grund af de mange domme eller den meget lange straffeattest, men fordi han er stofmisbruger. Han mener, at familien skammer sig over ham, og han spørger retorisk ”..hvorfor skammer I jer over mig? Hvorfor skammer I jer, - jeg har aldrig stjålet 200 kr. fra min mor. Jeg har taget 3 kroner. Uanset hvor syg jeg har været af stoffer. (...) jeg har aldrig sparket døren ind eller noget. Hvorfor skammer I jer over mig?” Som reaktion på at han i situationer har følt sig fravalgt, fordi han ”ikke er fin nok”, har han selv valgt at ikke have kontakt med familien i flere måneder. Det er han ked af, og han er ligeledes ked af de andre mange andre

ting han har oplevet gennem livet: en særdeles konfliktfyldt og voldelig opvækst; at han startede med stofmisbrug og kriminalitet som meget ung, og med mange fængselsdomme og nu den idømte psykiatriske særforanstaltning som resultat. Fortællingen illustrerer, at familien udgør et vigtigt tilhørsforhold og bidrager til en oplevelse af samhørighed, til trods for, at relationen til familien har været og fortsat er konfliktfyldt. Han opsummerer: ”Jeg er smadret psykisk af de ting, jeg har været udsat for. Jeg sidder meget derhjemme og græder og bare sidder alene og glor. Det er ikke sjovt og bare at sidde og ikke have nogen venner. Altså, jeg har ingen venner. Rigtige venner. Jo, min familie, men jeg føler bare, at de har svigtet mig.”

En patient, der har et tæt forhold både til familien (mor og søskende) og til gamle venner, siger om sine venner, som han har kendt i mange år: ”nogle af dem har også tidligere været nogen rødder. (..), så de tager ikke afstand fra mig. De har ikke taget afstand fra mig, eller disrespekteret mig eller ikke vist respekt, fordi jeg har en behandlingsdom.” Han har nu fået et arbejde, og er glad for at kunne gå tilbage til sine venner, og sige ”prøv at hør’ her, det var godt I stolede og troede på mig.” En anden har oplevet en helt modsat reaktion fra vennerne, og siger: ”Mange af dem har dumpet mig eller skippet mig pga. det der er sket, ikk”, og refererer til den kriminalitet, han har lavet.

## **Andre sociale relationer**

For enkelte er kontakten til religiøse fællesskaber meget centralt, og for nogle udgør kontakten til et trossamfund den væsentligste sociale kontakt. For enkelte er den ugentlige fredagsbøn i moskéen vigtig, mens andre fx værdsætter, at medlemmer fra trossamfundet kommer på hyppige besøg i deres eget hjem.

For nogle er manglen på gæster i eget hjem et generelt savn, og en patient, der er i ambulantly behandling og bor i eget hjem, er glad for at hjemmehjælpen kommer hver anden uge: ”Så jeg bruger det også terapeutisk på den måde, at der kommer et andet menneske ind i mit hjem, og så synes jeg det er dejligt.” Der kommer ingen gæster i hans hjem udover hjemmehjælpen og kontaktpersonen i ambulatoriet.

## **Udbredt ensomhed**

Tilbagetrækning fra sociale sammenhænge og nære relationer kan være en del af sygdomsbilledet for et menneske med psykisk sygdom, og en mangel på sociale relationer og netværk opleves ikke nødvendigvis som et savn. Alenehed er ikke nødvendigvis ensbetydende med en oplevelse af ensomhed, men kan være i overensstemmelse med den enkeltes ønsker og behov. De mange fortællinger i dette interviewmateriale vidner dog om en udbredt ufri-villig social og eksistentiel ensomhed blandt de interviewede retspsykiatriske patienter, og et savn efter flere deltagelsesarenaer og mulighed for flere sociale relationer. Patienternes spinkle private sociale netværk er formentlig medvirkende til, at relationerne til personale og kontaktpersoner bliver så centrale for mange, og dette ser ud til at gælde for både patienter i ambulans behandling, og de der er indlagt.

“

JEG VED DIN SYGDOM BIDER  
OG JEG VED DU LIDER  
BLIV VED AT KÆMP  
FOR BEDRE TIDER  
HØR MIT RÅB  
HOLD FAST I DIT HÅB  
GØR DINE DRØMME STÆRKE  
VI ER FLERE SOM DIG  
OG VI BÆRER DET SAMME  
BIDEMÆRKE

”

**NIKOLAJ BRIE PETERSEN 2017**



## KAPITEL 8

### RUSMIDLER

#### **Rusmidler fylder meget i informanternes liv og fortællinger**

Brug af legale og/eller illegale rusmidler fylder meget, og på mange måder, i svært mange af informanternes fortællinger om fortid, nutid eller fremtid – enten fordi de selv har været eller er misbrugere, eller fordi andre patienters rusmiddelbrug får konsekvenser for informanten og de øvrige medpatienter.

For nogle er brug af rusmidler tæt forbundet med den kriminalitet, de er dømt for at have begået, og nogle er dømt for handel med euforiserende stoffer. Det strafferetslige aspekt er dog ikke det, der fylder mest for de fleste. Fortællingerne om de sociale og psykosociale omkostninger ved et rusmiddelbrug fylder mest, og for de fleste, og afspejler en omfattende og kompleks belastningsgrad. Der er mange forskellige erfaringer med forskellige rusmidler; mange grader af brug/misbrug; mange grunde til at betjene sig af rusmidler og mange forskellige praksisser - fra noget, informanterne mener, er håndterbart til svær afhængighed. Det er dog et gennemgående mønster, at rusmidler for flertallet er noget, der er komplekst og medfører en række andre problemstillinger og udfordringer. Derfor taler vi i det følgende fortrinsvis om misbrug og misbrug af illegale rusmidler.

I de fleste interviews, er det informanterne selv, der først italesætter rusmidlers betydning for deres liv, mens det i nogle tilfælde først blev tematiseret, når interviewguidens direkte spørgsmål om brug af rusmidler, blev stillet. I overkanten af 30 af de i alt 50 interviews, er informantens eget tidligere eller nuværende brug af rusmidler et centralt tema, mens medpatienters brug af rusmidler er problematiseret af andre informanter. De sammenhænge og måder rusmidler indgår i og får betydning for, er således mange, ifølge vores informanter.

## Misbrug, forbrug eller totalt ophør – nuancer i fortællingerne om egen brug af rusmidler

Flere informanter fortæller, at de tidligere har haft et omfattende misbrug af rusmidler, men at de nu er ude af misbruget, og i stedet har det de selv ser som et kontrolleret rusmiddelbrug. Andre kæmper med at komme ud af et misbrug, nogle ønsker at få hjælp til at komme ud af det, og enkelte andre er stoppet helt med deres rusmisbrug. For en enkelt informant, der på interviewtidspunktet har været indlagt i mange måneder, er det højeste ønske at blive udskrevet, så han igen kan ryge hash. Der er således mange variationer og nuancer i informanternes fortællinger om brug af rusmidler.

Spændvidden i fortællingerne følger langt hen ad vejen aldersspekteret blandt de interviewede – jo ældre informanten er, desto mere afklaret synes forholdet til rusmidler at være. Fortællingerne vidner også om, hvor hårdt livet som misbruger kan være, og hvor mange-facetterede og brede indsatser der skal til, for at komme ud af det. For flere har den idømte særforanstaltning været et vendepunkt, og har ændret forholdet til rusmidler fra at være det, der var det centrale i hverdagen, til noget der fylder mindre. En siger ”altså, da jeg var på stoffer, der gik al min tid med stofferne, fordi det tager tid og man skal ud og finde og skaffe til dagen efter også videre. Det er det samme, forfra hele tiden.” En anden siger om livet før dommen: ”Det var morgen, middag og aftenfix og fix i sjov. Og masser af indbrud og et stort kaos. (..) Hårdt arbejde, det var mere end hårdt arbejde. Det var firogtyve-syv altså”. Han stoppede efter mange år med at fixe, men tilsvarende altopslugende var det efterfølgende pillemisbrug, hvor han tog ind til København og ”købte en ordentlig håndfuld piller, og så vidste jeg ikke, hvad jeg lavede resten af dagen. Og så vågnede jeg op næste morgen, tog ind og købte en ny håndfuld piller og så gik dagen.”

Flere informanter fortæller, at de godt kan regulere misbruget af rusmidler, og at reguleringen ikke kun er et spørgsmål om, hvorvidt der er tilgang til rusmidler eller ej. En informant siger, at han aldrig misbrugte rusmidler, da han var indlagt på et lukket afsnit, selv om det også der var muligt at få fat i dem. Han havde ikke selv udgang og var dermed forhindret i at tage rusmidler med ind, men ifølge denne informant, var der altid nogle andre patienter, der havde tilgang til dette på afsnittet. Men - ”(..) jeg kunne ikke få noget af nogen. Jeg kendte ikke nogen af dem på det tidspunkt.” At ikke misbruge var ikke kun et spørgsmål om tilgang til rusmidler, men også et aktivt fravalg. Han siger: ”Jeg gider ikke sidde og være skæv, når jeg er indlagt, så vil jeg godt være normal. Så jeg også bliver hurtigt udskrevet. Det lægger de jo mærke til, hvordan man er...”

## Erfaringer med misbrugsbehandling

Rusmidler fylder altså i informanternes fortællinger, men for de fleste fylder det mindre og på en anden måde end tidligere i deres liv; - enten fordi de er kommet ud af et misbrug, eller nu har et kontrolleret forbrug af rusmidler. For mange har misbruget stået på over mange, mange år, og tid er på mange måder en væsentlig faktor for at komme ud af misbruget, ifølge flere af informanterne. Mange beskriver lange faser med nedtrapning og substitutionsbehandling, nogle i forbindelse med længerevarende indlæggelser på psykiatrisk hospital. Betydningen af ens egen motivation og ønske om at ville stoppe misbruget, eller at håndtere et misbrug anderledes, vægtlægges af mange.

Omkostningerne ved et fortsat misbrug kan være stor, fx kan et fortsat misbrug være til hinder for at få lov til at have kontakt med ens familie og børn, eller det kan medføre en overordnet oplevelse af at stå udenfor. ”Jeg vil gerne stoppe dette fuldstændigt. Det er mit liv det handler om. Det er ikke andres liv”, siger en informant. Han ønsker at blive en del af samfundet, og ”at bidrage til samfundet, i stedet for at spille sit liv på misbrug og stoffer og med alle de ting.”

Vægtlægningen af egen vilje, og egen indsats er central i fortællingerne om, hvorfor man har klaret at ændre sit misbrug, og i de fleste af disse fortællinger synes disse forhold at vægtes mere end andre konkrete forhold og tiltag, herunder også andres medvirkning. De konkrete behandlingsmæssige indsatser der beskrives, omhandler for det meste nedtrapning, substitutionsbehandling eller ”piller mod abstinenser”. Enkelte siger, at de har glæde af akupunktur i form af NADA-behandling – ”det er ligesom at ryge en joint, mand!”, som en udtrykker med begejstring. En række informanternes beskrivelser af den behandling de har modtaget, og hvad der hjælper, kan opsummeres til at være ”samtaler og piller”. Enkelte fortæller mere specifikt om, at de har lært meget af en kognitiv behandling, - ”så fik jeg lært, at der var andet end lige piller, du ved”, men samme informant siger også, at ”den har stået på Metadon og at passe sig selv”.

Den positive fortælling om eget ansvar og egen indsats er mere fremtrædende, end en positiv fortælling om personalets forskellige indsatser, især når informanterne kigger retrospektivt på deres misbrugsbehandling. Andre efterspørger mere og flere tilbud om misbrugsbehandling under indlæggelse, såsom gruppeterapi eller konsultationer med en misbrugskonsulent. Det ser ud til at være svært for den enkelte at genkende og identificere eventuelle behandlingsspecifikke indsatser, og arbejdet med en ændring af ens misbrug kan

opleves som tungt og ensomt. Som en informant, der har været indlagt over længere tid for at kunne lære at håndtere sit misbrug, siger til spørgsmålet, om hvorvidt han får nogen misbrugsbehandling: ”Ja, en lille smule. Det er ikke så meget, synes jeg. Man er mere overladt til sig selv, synes jeg. Der er nogle skemaer man skal udfylde, om hvad man føler, og hvad man tænker og alt sådan noget med stofmisbruget.(..) Ja, man bliver mere bevidst om sit misbrug.”

### **Utryghed, konflikter og kontrolomkostninger**

For informanter, der ikke selv er aktive misbrugere, kan rusmidler have stor indflydelse på udfoldelsen af deres eget liv, og påvirke relationerne til medpatienter og medboere. Medpatienters rusmisbrug, og måske også forestillingen om medpatienters misbrug, kan skabe både irritation og utryghed. En informant siger ”Jamen jeg er jo ikke vant til at være et sted, hvor der er andre kriminelle på en eller anden måde. Og folk snakker meget om stoffer herude. Jeg tager jo ikke stoffer eller noget som helst, så det sådan lidt irriterende at høre på” – og ”de snakker om det, og de ryger også nogen gange”. Medpatienters rusmisbrug omtales af en anden som ”noget lort. Patienterne tvinger hinanden til at tage stoffer og sådan noget”. Informanten oplever, at det er med til at skabe en hård stemning på et afsnit – ”det er bare på munden og fat det der mand, fucking luder bøsse narrøv, nu skal du få noget speed og kokain i din drik. Og så bliver personalet jo nødt til at gear derefter. Det er enormt mange slagsmål og sådan noget.” En andens fortælling ligner: ”Så nogle gange ødelægger patienterne hinandens hverdag, fordi de tager stoffer og misbruger. Så kan de ikke tåle det, og så render de rundt og spytter i andres drikkevarer, mad og pisser i det. (..) Patienterne er fuldstændig påvirkede af cannabis og piller og amfetamin og render rundt på afdelingen og skaber problemer for andre. Det synes jeg ikke er fair”. En anden siger, om det at være indlagt på en lukket afdeling: ”Det var ikke så godt. (..) Der er folk farlige, ja det er de. Da jeg var der, var der stoffer. Når folk ikke havde flere stoffer, så fik de stofpsykoser, og så gik det hurtigt ud over mig, fordi jeg var pige”. Ifølge en anden informant, er det ikke på de lukkede afsnit, der er stoffer, men ”der er altid [stoffer] på åben afdeling, ikke på lukket afdeling. De tjekker os altid ind fra udgang jo”, og ”nogle gange må vi tage vores tøj af, og nogle ganger tjekker de bare lommer”. Behovet for at kontrollere tilgangen af rusmidler på et afsnit berører således langt flere, end de, der selv forsøger at tage rusmidler med ind på afsnit. En enkelt fortæller om, hvorfor han selv har taget rusmidler med ind på afsnittet: ”Altså min energi er drænet på dette her sted. Den bliver fuldstændig drænet lige så snart,

jeg kommer ind på det her sted. Så det er også derfor, jeg har taget stoffer herind, for ligesom at få et andet kick”.

Det er ikke kun patienters rusadfærd der kan skabe utryghed for medpatienter, men også konflikter knyttet til de økonomiske aspekter ved misbruget kan skabe konflikter på et afsnit. En beskriver stemningen på det afsnit han nu er, som ”meget stille og rolig”, i modsætning til hans erfaring fra andre afdelinger – ”der flød det med kokain og skidt og lort, og det skaber stor utryg stemning..., for det har noget med penge at gøre.” Ifølge denne informant, er der mange indlagte patienter, der har økonomi til at misbruge under indlæggelse: ”Jamen der er rigtig mange patienter, der har råd til det, for de betaler jo ikke husleje, når de er her, og de får 12.000 udbetalt hver måned, så der er jo penge nok til at lege med...”.

### **Boligens betydning for håndtering af misbrug**

Flere af informanterne har været hjemløse i lange perioder, og understreger betydningen af det at have et fast sted at bo for at kunne håndtere eller komme ud af et rusmisbrug. Som en, der er indlagt fordi han ”skal have misbrugsbehandling”, siger ”Jeg skal ikke ud på gaden igen. Så kan jeg ligeså godt lade være med at være her, fordi lever jeg på gaden igen, begynder jeg at tage stoffer igen.” At han får tildelt en bolig, er et af kriterierne for, at han kan udskrives. Flere af informanterne bor på bosteder, hvor der, som en siger, ”er mange der ryger hash og drikker”, og enkelte unddrager sig af den grund kontakt med medbeboere, fordi de synes, det er utrygt og ubehageligt. En karakteriserer det botilbud han tidligere har boet på som et ”junkiehjem”. Det synes han var ret ubehageligt, for ”man ved aldrig, hvad der sker. Hver dag er der en der dør af overdosis”.

Nogle af informanterne, der er indlagt på psykiatriske afdelinger og venter på et botilbud, siger selv, at det er vigtigt at komme videre til ”et ordentligt sted”, der ikke er præget af andres rusmisbrug, for at kunne stoppe med eget misbrug. For enkelte andre informanter er det vigtigt, at de bor på et botilbud, der er målrettet rusmisbrugere, og dermed et botilbud der er tilpasset deres egen brug af rusmidler.

## **Betydningen af netværk**

Nogle af informanterne siger, at støtten fra familie og netværk har været væsentligt for, at de er kommet ud af et rusmisbrug. De fleste fortællinger om netværk handler om det modsatte, og om fraværet af et rusfrit netværk. Som en siger ”jamen, de fleste venskaber var i misbrugsmiljøet, så der er ikke noget venskab tilbage”, og at venner er noget man bliver, når man laver noget sammen, og hvis man ikke indgår i nye sociale sammenhænge, er det svært, for ”det tager lang tid sådan nogle ting, man bliver ikke bare venner bare sådan der ”så møder man dem, og så er du min ven...” ”.

## **Ingen nemme løsninger**

Flere af de interviewede informanter fortæller, at de har klaret at ændre et misbrug til et kontrolleret forbrug, og nogle er helt holdt op med at forbruge rusmidler. Mange forklarer den positive ændring med henvisning til deres egen vilje og motivation, og i mange af disse fortællinger, hører vi også om en massiv og betydningsfuld indsats fra både det psykiatriske system, andre offentlige instanser og private netværk. Kærester er der, boliger er fundet, det økonomiske livsgrundlag er sikret, og måske er der også tilbudt en misbrugsbehandling. Mange informanter efterspørger dog fortsat mere hjælp for at komme ud af det misbrug, der stadig er med til at rammesætte deres liv. Hvor svært det kan være, illustreres af en informants fortælling. For ham er et af de vigtige mål for det retspsykiatriske behandlingsforløb, at han skal ”lade være med at tage narkotika”. Til trods for mange års sammenhængende indlæggelse er det endnu ikke lykkedes at indfri dette mål.

## KAPITEL 9

# HVAD SKAL DER TIL FOR IKKE AT FÅ EN NY DOM?

Formålet med den idømte psykiatriske særforanstaltning er, at den ”findes formålstjenlig for at forebygge yderligere lovovertrædelser.”<sup>42</sup> Når informanterne direkte bliver adspurgt, hvad de tænker, der skal til for at de ikke får en ny dom på grund af ny kriminalitet, er der stor spændvidde i hvilke forhold de selv medtænker som centrale og vigtige. Det er ligeledes stor spændvidde i informanternes hidtidige kriminalitetsbelastning og kriminalitetsprofiler.<sup>43</sup>

Samlet set vægtlægger og italesætter mange af informanterne velkendte risiko- og beskyttende kriminalitetsfaktorer som fx forhold knyttet til bolig, beskæftigelse, sociale relationer og misbrug af rusmidler.<sup>44</sup> Mange beskriver også ændringer fra ”den gang til nu”, dvs. forhold der har ændret sig, fra den gang, de blev idømt den aktuelle sanktion, og til nu, for nogle mange år efter, fx i forhold til boligsituation, indtægtsgrundlag, grad af selvindsigt og viden om psykologiske og sociale mestringsstrategier. Enkelte refererer endvidere til nødvendigheden af at håndtere egne følelser og aggression. De positive ændringer fra ”den gang til nu” som flere fortæller om, er som regel sammenfaldende med en omfattende mængde behandlingsmæssige og rehabiliterende tiltag, deriblandt en intensiv opfølgning fra det psykiatriske behandlingssystem.

Der er også stor variation i hvorvidt den tænkte kriminalitetsrisiko sammenkædes med informantens egen sygdomsforståelse og sygdomsindsigt. Ligeledes synes spørgsmålets relevans og aktualitet også at hænge sammen med, hvor informanten er i behandlingsforløbet. Spørgsmålet kan fremstå retorisk og omhandle en fjern fremtid for en, der ved, at han skal

---

<sup>42</sup> Straffelovens § 68.

<sup>43</sup> Se Stølan et. al. 2016, for en diskussion af retspsykiatriske patienters forskellige kriminalitetsprofiler.

<sup>44</sup> Se fx Jørgensen et. al. 2012; Østergaard et. al. 2015; Clausen et al. 2009.

forblive indlagt på et lukket psykiatrisk afsnit i mange år, mens en patient der er i et ambulantly behandlingsforløb i højere grad er opmærksom på, og dagligt må håndtere hverdagslivets udfordringer i et komplekst samfund for at undgå recidiv til kriminalitet og en eventuel ny særforanstaltning.

Den store spændvidde der er i informanternes kriminalitetsbelastning, kriminalitetsforståelse og synet på, hvad der kan medvirke til at forebygge ny kriminalitet, illustreres i de nedenstående eksempler:

For enkelte var den kriminalitet, de er dømt for, et ”engangstilfælde”, og en hændelse, der skete i en akut socialt og psykisk belastet situation. En informant, hvis kriminalitet var et sådant ”engangstilfælde”, siger: ”Jamen jeg har jo ikke tænkt mig at få nogen ny dom altså, jeg har jo ikke tænkt mig at blive kriminel på nogen måde. Det har jeg aldrig tænkt mig i mit liv, vel. Jeg har bare tænkt mig at opføre mig ordentligt og bare hygge mig og have et godt liv og prøve og få det bedste ud af det. Det er jo det med, at jeg var syg, ikk, altså de fire år jeg har været på denne her dom, har jeg jo heller ikke lavet noget nyt kriminalitet.” Andre har en omfattende kriminalitetshistorik, og er flere gange idømt psykiatriske særforanstaltninger. At forebygge ny kriminalitet er en udfordrende opgave, og det varierer, hvilke indsatser der medvirker til at forebygge kriminalitet for den enkelte.

At have kontrol eller at få kontrol over brug af rusmidler pointeres af mange. For enkelte er der en direkte sammenhæng mellem det, de er dømt for, og en situationel indtagelse af rusmidler, og dermed synes det nemmere at undgå nye kriminelle handlinger. Som en siger, om hvad der skal til for at undgå en ny dom: ”At jeg ikke skal drikke. Det er jo det jeg har behandlingsdommen for jo, fordi jeg drak mig stiv og fik blackout og så gik jeg amok på personalet.” For andre har rusmidlerne været tættere forbundet med måden at leve livet på, og derved er en radikal adfærdsændring mere omfattende og krævende, noget der afspejles i følgende udsagn: ”Jeg skal stoppe med narkotika. Jeg skal holde mig fra falske og dårlige venner. Så skal jeg finde et nyt netværk. Jeg gider ikke kriminalitet mere. Det har ødelagt alt for meget... jeg har ødelagt mit liv og andres.” Han har ingen konkrete planer for, hvordan han skal arbejde med disse ændringer, og han vil ikke bede personale på afsnittet, hvor han er indlagt om hjælp. Han ønsker ikke at involvere dem, i det han omtaler som sine problemer, for ”det kommer ikke dem ved”.

Flere af informanterne, hvis liv har været præget af misbrug, har fortsat et forbrug af rusmidler, men mener selv de er i stand til at styre det, og det falder tit sammen med væsentlige ændringer i livsbetingelserne. En siger: ”Jeg skal opføre mig ordentligt, ikke for meget alkohol” – og refererer til, hvad der ellers har ændret sig i livet, siden han blev dømt: ”Jeg fik et ordentligt ambulatorium, fik en lejlighed og fik en kæreste. (...) Jeg gad ikke at være kriminel mere. At sidde og fixe mig.”

Det at have fået ordnede boligforhold påpeges af flere som væsentligt for, at de skal kunne holde sig væk fra kriminalitet, men ikke alle type boliger har denne positive indflydelse. Enkelte understreger, at nogle boligformer tenderer til at fremme i stedet for at forhindre kriminalitet. En siger om sine tidligere erfaringer, at ”sådanne misbrugshjem og behandlingshjem” ikke har været til støtte for ham, for der er ”masser af stoffer, der er masse af tilbud”, og han faldt i igen. Når hans A-dom bliver ændret til en B-dom, og han skal over i ambulante behandling, er planen at ”undgå problemer og sådant”, herunder misbrug, og han håber på et andet sted at bo, end det han havde, før han blev indlagt.

”At have noget at stå op til, have et ansvar”, siger en, om hvad der skal til for, at han ikke begår ny kriminalitet. Det har han fået, og har også i behandlingsforløbet haft god hjælp og støtte fra familie og venner, foruden bl.a. psykologsamtaler og tæt kontakt med kontaktpersonen /sygeplejersken i den ambulante del af behandlingsforløbet.

Flere informanter har undervejs i det aktuelle behandlingsforløb fået bevilget førtidspension, og flere siger, at det har givet dem ”ro på”, at det økonomiske livsgrundlag som sådan er i orden. Andre har modtaget førtidspension i mange år, uden at det i sig selv har forhindrede kriminalitet, men for enkelte er utryghed om, hvad de skal leve af en væsentlig stressfaktor. En siger, at det der skal til for, at han ikke begår ny kriminalitet, er ”at jeg får lov til at passe mig selv. For kommunen. Det får jeg ikke lov til nu”, med reference til kommunens krav om, at han skal i aktivering for fortsat at modtage økonomisk støtte.

Andre har større opmærksomhed i forhold til, at deres egen ageren er afgørende for at undgå ny kriminalitet. At det ikke er helt ligetil, viser udsagnet fra en, der siger: ”Ja, så skal jeg bare lade være med at hidse mig op, når folk slår mig, men det gør man jo. Så slår man igen.” Denne informant fik sin sidste behandlingsdom for et halvt år siden, men han har været idømt psykiatriske særforanstaltninger i sammenhængende 25 år: ”Ja, hele livet har været en lang behandlingsdom”, som han selv siger det. Tiden og alderen i sig selv ses af

andre som en beskyttende faktor mod ny kriminalitet, og en siger om den kriminalitet han er dømt for: ”Det var fordi jeg var ung, så jeg vidste ikke bedre.” Han er nu idømt sin anden behandlingsdom, men har et udtalt ønske om at holde sig ude af kriminalitet. Og det gør man ved, ”at man ikke skal lave indbrud og hærværk og sådan noget. Det er jeg holdt op med. At sætte ild på noget, det er jeg også holdt op med.” Når interviewer spørger, om alderen er hans hjælp, svarer han: ”Ja. Jeg kan mærke, at der er gået 10 år”. Han påpeger selv, at han ikke blot er blevet ældre, men at der også er andre betydningsfulde forhold, der er ændret i løbet af de 10 år, der er gået siden hans første behandlingsdom: Han har fået et godt sted at bo, han fået bevilget førtidspension, han har en kæreste og han ryger ikke så meget hash, at han bliver psykotisk.

Man skal selv *ville* det kriminalitetsfrie liv, siger en informant: ”Jamen det er jo den enkelte, der skal tage sit liv op til revision og sige, sådan og sådan vil jeg gerne være, og så skal man arbejde efter det, man skal ikke bare, fordi man kommer væk herfra, opgive. Man bliver nødt til at kæmpe for det man skal.” Han er idømt en anbringelsesdom, og har været indlagt i flere år. At en individuel mentalitetsændring er vigtig for at undgå ny kriminalitet, understreges af flere, og for enkelte er kontakt med religiøse trossamfund en støtte i dette. En siger i forhold til dette og om tidligere kriminalitet: ”Den gang tænkte jeg kun på, som jeg ser, stadig i gamle baner, du ved. Ja, hvad havde jeg at kæmpe med? En masse problemer, ikk. Og den dag havde jeg lige siddet og drukket jeg ved ikke hvor mange flasker sprut og røget, jeg ved ikke hvor mange tjald og sniffet et par baner...”. For ham er kontakten med medlemmer i det religiøse samfund vigtig – ”det er dem, der har lært mig at styre mit temperament. (..) De er livsvigtige for mig.” Men, den psykofarmakologiske behandling er også vigtig, for uden den ”så bliver jeg sindssyg og manisk”.

”Jeg er 99 % sikker på, at det aldrig kommer til at ske igen”, siger en anden om risikoen for ny kriminalitet og en ny dom, og fortsætter: ”Fordi jeg ved, hvordan det er at være det, - anbringelsesdømt. Det er ikke det fedeste. Og er ikke det jeg ønsker i livet. Selvfølgelig er der... den der, den ene lille procent, som jeg aldrig nogensinde kommer til at få magt over. Altså, jeg har kontrol over den, men jeg er bange for, at der kommer det der splitsekund, hvor jeg tænker ”Fuck det hele””. Denne informant er nu i ambulante behandling, og det der er vigtigt for at kunne bibeholde kontrollen over ”den ene lille procent”, er kombinationen af kontakt til gode venner, en god bolig, tæt kontakt med kontaktpersonen i det ambulante team, den ”rigtige” medicinske behandling og muligheden for at blive indlagt på psykiatrisk afdeling ved behov.

Mange informanter peger, direkte eller indirekte, på samspillet mellem generelle livsforhold og betydningen af sociale indsatser, som noget, der også kan forebygge ny kriminalitet. Der er derimod store variationer i, hvorvidt og hvorledes de interviewede retspsykiatriske patienter ser psykisk sygdom som medvirkende til, at de har begået kriminalitet, og som følge deraf også store variationer i, hvorvidt de ser håndteringen af psykisk sygdom som væsentlig for at forebygge ny kriminalitet. De allerfleste udtrykker dog, at der er en sammenkobling mellem deres psykiske tilstand, og den kriminalitet de har begået, og de allerfleste siger, at den medicinske behandling derfor er vigtig – men ikke alle. En fortæller, hvordan han forsøger at snyde med medicinen ved at spytte den ud i stedet for at synke den som anvist. Andre siger, at de tager medicinen, men at de ikke er syge. En informant fortæller, at han kun tager medicinen, fordi lægen siger det, og at ”selvfølgelig får man medicin. Psykiatere vil til enhver tid give medicin.”

For nogle kædes brug af rusmidler sammen med deres psykiske tilstand, og strategien er for nogle, at de kan undgå at blive psykotiske ved at holde sig væk fra rusmidler. For andre er erkendelsen af sygdom central for deres egen forståelse af, hvordan de skal undgå ny kriminalitet. En siger fx, at ”medicinen dæmper stemmerne”, der vil have ham til at begå røverier, mord og selvmord, mens fx en anden er mere ambivalent, og udsagnene skifter her fra at ”medicinen hjælper”, til at han ”ikke er psykisk syg”. Andre er helt overbeviste om, at de ikke kommer til at begå ny kriminalitet, for som en siger: ”Det kommer ikke til at ske igen, fordi jeg ved præcis, hvad jeg skal lægge mærke til nu med tankemønstre og sådan noget der”, og hvis sådanne tanker kommer, ”så snakker jeg med nogen om det og tager noget medicin mod det.”



## KAPITEL 10

# RETSPSYKIATRISKE PATIENTERS HÅB, DRØMME OG FORVENTNINGER

De fleste mål, håb og drømme for deres egne liv som informanterne har fortalt om, omhandler ret grundlæggende menneskelige behov. Drømmene reflekterer tit, hvad informanterne savner i livet, og afspejler deres alder og aktuelle livssituation. De flestes drømme er ret konkrete, de har tit en tidshorizont, og de omhandler socialt accepterede ønsker og forhold. Nogle drømme er, set i lyset af informantens samlede livssituation, ret ambitiøse, mens andre drømme, set udefra, synes ret beskedne. De flestes drømme kan grupperes som ønsker om:

- *Partner og familie:* Nogle ønsker sig en kæreste eller partner, og nogle drømmer om at komme til at bo sammen med deres familie og børn igen.
- *Bolig:* For nogle handler drømmene om overhovedet at få et sted at bo, bl.a. fordi en bolig er en præmis for at kunne udskrives fra sengeafsnit, eller fordi det at have et sted at bo er væsentligt for at få kontrol over et rusmisbrug. Andre ønsker sig en anden boligsituation end den de nu er i, og ønsker fx ikke at bo på et bosted, men i egen lejlighed eller i hus.
- *Beskæftigelse eller fritidsaktiviteter:* Nogle drømmer om at kunne tage en uddannelse, mens andre drømmer om at få et arbejde, på hel- eller deltid, og nogle har også specifikke ønsker om, hvilken type arbejde det skal være. Andre ønsker at kunne deltage i fritidsaktiviteter, som begrænses af deres aktuelle indlæggelse. Nogle drømme er mere generelle og mindre specifikke, som fx ”et eller andet hjerneødt arbejde”; ”et deltidsarbejde”; ”at gå i skole” eller ”at få en uddannelse”. Andre har mere specifikke drømme om at tilegne sig færdigheder eller uddannelser, som fx ”at lære fransk”; ”at få studentehuen på”; ”en cand.mag.”; ”at tage kørekort”, eller arbejds-specifikke ønsker som ”at blive recovery-mentor”; ”at åbne min egen restaurant”; ”at lave radio” eller ”at arbejde med musik”. En drømmer om at

”producere porno”, og selv om drømmens indhold måske er mindre socialt acceptabel, er forretningsplanen udarbejdet.

- *Social kontakt:* For nogle er drømmene knyttet til ønsket om mere social kontakt og flere sociale arrangementer. For nogle er dette tæt vævet sammen med deres forventninger til behandlingsforløbet og behandlingens indhold, og hvad personalet på bostedet eller i behandlingspsykiatrien skal: at tilbyde sociale kontakt og sociale arrangementer. Flere ønsker, at personalet skal tage dem med på udflugter, fx i skoven, i Zoo eller i Tivoli. For en informant er drømmen blot, at ”OP-teamet tager mig med ud på en tur”.
- *At blive udskrevet, eller komme ud af behandlingsdommen:* For nogle er drømmen at ”komme ud” af behandlingsdommen. For enkelte andre er drømmen måske mere konkret kortsigtet, og handler om at blive udskrevet fra den aktuelle indlæggelse, og så ”komme i gang med mit liv igen”, som en siger det. Andres drømme om udskrivelse omhandler ønsket om at ”få mere frihed”, eller at ”komme ud af afsnittet og ryge hash”.
- *Status quo – at det, der omsider er godt, vedvarer:* Nogle har, efter mange års omtumlet tilværelse, fået en bolig de er glade for; de har nu en kæreste, de er glade for; forholdet til rusmidler er afklaret og under kontrol, og de har lært, hvordan de kan leve med en psykisk sygdom. Her er drømmen, at alt dette vedvarer.
- *Noget, der er helt anderledes end nu:* Mens nogle af informanterne har en idé om, eller en plan for, hvad de selv kan gøre for at bidrage til at drømmen går i opfyldelse, er både drømmen og vejen til mål opnåelse mere uklar for andre. Nogle er ligeledes klar over, at drømmene er tæt forbundet med eller afhængige af andres beslutninger og handlinger. Nogle drømmer om ”at blive et nyt menneske” eller ”en ny person”. En enkelt siger: ”Jeg vil håbe på at blive rask selvfølgelig. Det kan man jo blive. Det er meget sjældent set, at det sker. (..) Men stadigvæk, at blive rask med psykisk sygdom, det er meget svært.” En anden justerer, i et og samme udsagn, sine drømme med de forventninger han har til, at de skal kunne gå i opfyldelse: ”Jeg har da et håb, men forventninger, nej. Jeg har ikke forventninger om, at jeg får noget arbejde, eller at der kommer til at være det helt store. Jeg regner bare med, at jeg har en varm seng at sove i og råd til at købe noget mad.”

# KAPITEL 11

## INFORMANTERNES GODE RÅD

### Respekt, ligeværd, kontakt, lydhørhed og meningsfulde aktiviteter under indlæggelse

De interviewede retspsykiatriske patienter er inviteret til at give psykiatrien gode råd i forhold til, hvad der, baseret på deres egen erfaring, er vigtigt at fokusere på i retspsykiatriske behandlingsforløb, og hvad der kan blive bedre. Samlet set, kan rådene opsummeres til at omhandle vigtigheden af, *at personalet har en respektfuld og empatisk tilgang til patienterne; at der er behov for mere og flere typer kommunikation mellem patienter og forskellige faggrupper af personale; at der er lydhørhed i forhold til justering af medicindosis og præparatvalg; at der er behov for flere aktivitetstilbud under såvel korte som længerevarende indlæggelser.* Enkelte råder til *mere inddragelse af pårørende.* Nedenstående citater illustrerer bredden af de interviewede retspsykiatriske patienters råd til det psykiatriske system og menneskene der arbejder i det:

- ”Jeg vil råde dem til ligesom at vise empati på en måde, der gør, at patienten kan føle, at vedkommende får en værdig behandling.”
- ”Man skal lytte til personen, som er syg, hvad han ønsker, og så følge hans retningslinjer, hvad han kunne tænke sig ud fra det.”
- ”At pårørende inddrages i behandlingen.”
- ”Mere kommunikation, meget mere og mere kognitivt arbejde med patienterne (..) i stedet for at fylde dem med medicin. (..), i stedet for at prøve at hjælpe dem og gøre noget godt, så bliver de bare fyldt med medicin, og så får de bare lov til at passe sig selv, der er ikke nogen kommunikation på den måde, at personalet går hen og får en forståelse for patienterne, og hvad der foregår. De bliver bare fyldt

med medicin og får lov til at passe sig selv, og så kommer de måske ind og snakker med en læge et kvarter en gang om ugen, og så har de én time med en psykolog en gang imellem.”

- ”At der er noget man kan foretage sig i løbet af en dag. Der skal være lettere adgang til psykologerne, hvor man få tilbudt kortvarig professionel hjælp. Også for behandlerne, så de kan bruge dem som supervisor ved problemstillinger. Og så det sidste er at, mener jeg, til at starte med, som udgangspunkt burde man sige, at 2 x 20 minutter i løbet af en dag, der skal man være ude og snakke med patienterne.”
- ”Jeg synes at der skulle være nogle færre høvdinge og nogle flere fodarbejdere. Alle de læger der. Så er der overlæge dit og overlæge dat. Hvad laver de, når det endelig kommer til stykket? De laver ikke så meget, de uddelegerer arbejdet. Der er alt for mange høvdinge.” [”Fodarbejdere” er her ifølge informanten sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og ergoterapeuter].
- ”Jeg kunne godt tænke mig, at de gik ture hver dag.”
- ”Få de gamle høns tilbage, dem der lægger æg. Det synes jeg fandme. Det var fandme en opløfter, at kunne gå ud om morgenen der, og så lige ud i hønsehuset og samle æg.”

## KAPITEL 12

### PERSPEKTIVERING

Undersøgelsens informanter har bidraget med meget indsigtsfulde og nuancerede fortællinger om deres oplevelser og erfaringer. Projektets referencegruppe har allerede tidligt i arbejdsprocessen peget på vigtigheden af, at denne viden bruges i læringsøjemed og bringes i spil i tæt samarbejde med klinisk praksis. Der genstår således et stort arbejde med at formidle undersøgelsens resultater til personale på de psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri og at samarbejde om at nyttiggøre viden om brugerperspektiver i den fremadrettede tilrettelæggelse af recoveryorienteret pleje og behandling.

Når dette formidlingsarbejde går i gang vil det formentlig give anledning til en række spørgsmål i de enkelte afsnit og på de enkelte psykiatriske centre: Er der eksempelvis kongruens mellem de ønsker og præferencer til pleje og behandling, som undersøgelsens patienter og informanter har peget på, og den aktuelle praksis i det pågældende afsnit? Eller er der områder eller elementer i de aktuelle tilbud eller i organiseringen af dem, der afviger fra det patienterne peger på som hjælpsomt og værdifuldt i deres forløb?

Derudover genstår et stort stykke arbejde med at bringe denne nye viden i spil og i diskussion i forhold den eksisterende internationale forskning på området. Hovedtendensen i den internationale forskning synes at være, at den primært har taget afsæt i personalets oplevelser og syn på interaktionen mellem patienter og personale. Fx kunne det være relevant at se nærmere på, om der kan identificeres overlap eller fællesnævner mellem det personalet betoner som essentielt i mødet med patienterne, og det patienterne har peget på som afgørende for disse interaktioner?

Da projektet i sin tid blev formuleret og blandt andet præsenteret på den årlige forskningsdag i Region Hovedstadens Psykiatri, blev det taget imod med kollegial nysgerrighed men også betydelig skepsis i forhold til, hvorvidt det kunne lykkes at rekruttere 20 informanter. ”Den patientgruppe er alt for dårlig”, ”de er slet ikke sygdomserkendte og vil næppe tale

med jer” eller ”det kan de slet ikke magte”, lød det blandt andet. Det store antal inkluderede antal informanter viser med al tydelighed, at patienter i allerhøjeste grad magter og ønsker at bidrage og dele deres nuancerede og mangeartede erfaringer og fortællinger. Spørgsmålet er således ikke, hvad patienterne magter, men måske snarere, om vi som fagprofessionelle magter at tage imod?

## Referencer

Adserballe, H. (2000): 'Retspsykiatri', i Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Reisby, N. og Kragh-Sørensen, P. (red.): *Klinisk Psykiatri*. København: Munksgaard Danmark.

Bredkjær, S. (2010): 'Rehabilitering ved dobbeltdiagnose og i retspsykiatrien', i Eplov, L.; Korsbek, L., Petersen, L. & Olander, M. (red.): *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*.

Bronwen, D., Mallows, L. & Hoare, T.: (2016): Supporting me through emotional times, all different kinds of behavior. Forensic mental health service users understanding of positive behavioral support. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 4, 530-550.

CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2013): *Kvalitet i psykiatrien. Patienters og personales oplevelser af behandlingen på retspsykiatriske sengeafsnit*. Aarhus: Region Midtjylland.

Clausen, S., Djurhuus, M. & Kyvsgaard, B. (2009): *Udredning til brug for Kommissionen vedrørende ungdomskriminalitet*. København: Justitsministeriet, Justitsministeriets Forskningskontor.

Danske Regioner (2011): *Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed*. København: Danske Regioner.

Defactum (2016): *LUP Psykiatri 2016*. <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/lup-psykiatri/>

Faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri (2015): *Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe*.

Fog, J. (2004): *Med samtalen som udgangspunkt*. København: Akademisk Forlag.

Gildberg, F. A., Elverdam, B. & Hounsgaard, L. (2010): Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff-patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (4), 359-368.

Gústafsson, J. (red.) (2014): *Livshistoriefortællinger - nøglen til livet. – En inspirations- og praksisbog*. København: Frydenlund.

Hörberg, U., Sjögren, R. & Dahlberg, K. (2012): To be Strategically Struggling against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 743-751.

Jørgensen, T.T., Kyvsgaard, B., Pedersen, A-J. B. & Pedersen, M.L. (2012): *Risikofaktorer, effektevalueringer og behandlingsprincipper. En forskningsoversigt materiale udarbejdet til brug for en tværministeriel arbejdsgruppe om forebyggelse og resocialisering*

som led i et udredningsarbejde på kriminalforsorgens område. København: Justitsministeriet, Justitsministeriets Forskningskontor.

Kragh, J. V. og Møllerhøj, J. (2016): *Sct. Hans 1816 – 2016*. Roskilde: Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015): *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.

Lindsqvist, L.-O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E. & Schröder, A. (2014): A Danish Adaption of the Quality in Care – Forensic In-Patient Questionnaire: psychometric properties and factor structure. *Journal of Forensic Nursing*, 10, 3, 168-174.

Lysholm, L. (2016): *Skyld og frigørelse. Indsattes udsagn om skyld, straf og soning – teologisk belyst*. Upubliceret rapport.

Maguire, T., Daffern, M. & Martin, T. (2014): Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 153-160.

Margetic, B., Ivanec, D., Palijan, T.Z. & Kovacevic, D. (2012): Offender patients' opinions on placement in a forensic hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22, 360-368.

Mason, T. (2002): Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 511-520.

Møllerhøj, J., Stølan, L.O. & Brandt-Christensen, M. (2016 a): A Thorn in the Flesh? Forensic Inpatients in General Psychiatry. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 32-39.

Møllerhøj, J., Raben, H., Sørensen, L., Brandt-Christensen, M. & Stølan, L.O. (2016 b): "Hun plejer da at kunne tåle, at jeg truer med at hente en motorsav..." – Vold og trusler mod offentligt ansatte undersøgt i en dansk retspsykiatrisk population. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, nr. 2/2016.

Olsson, H., Audulv, Å., Strand, S. & Kristiansen, L. (2015): Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing* 29, 2015, 393-400.

Parkes, J.H., Pyer, M., Ward, A., Doyle, C. & Dickens, G.L. (2015): Going into the unknown: Experiences of male patients in secure settings during environmental transition. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 2, 2-10.

Rasmussen, L. (2010): *Livshistorier og kriminalitet. En empirisk undersøgelse af etnisk minoritetsunge i Københavns fængsler, deres baggrund, status og fremtid. Hvilke kommunikationsmuligheder er der?* Københavns Universitet: Center for Europæisk Islamisk Tænkning (CEIT) Det Teologiske Fakultet.

Region Hovedstadens Psykiatri (2017): *Årsplan for Region Hovedstadens Psykiatri 2017*. <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Nordsjaelland/Om-centret/Strategier-og-planer/Documents/%C3%85rsplan%20RHP%202017.pdf>

Region Hovedstadens Psykiatri (2014): *På vej mod brugerdeltagelse i psykiatrien – en strategi for brugerinddragelse & samarbejde*. [https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/patient-og-paaroerende/Brugerdeltagelse-i-psykiatrien/Documents/StrategiforBrugerdeltagelse2014\\_A4\\_web.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/patient-og-paaroerende/Brugerdeltagelse-i-psykiatrien/Documents/StrategiforBrugerdeltagelse2014_A4_web.pdf)

Region Hovedstadens Psykiatri (2015): *Virksomhedsplan 2015*. [https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Documents/2015/Virksomhedsplan2015\\_web.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Documents/2015/Virksomhedsplan2015_web.pdf)

Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (eds.) (2006): *Enabling recovery. The principles and practices of rehabilitation psychiatry*. London: The Royal College of Psychiatrists.

Schröder, A., Lorentzen, K., Riiskjaer, E. & Lundqvist, L.-O. (2016): Patients' views of the quality of Danish forensic psychiatric inpatient care. *The Journal of Forensic Psychology and Psychiatry*, 27, 551-568.

Stølan, L.O., Raben, H., Sørensen, L., Brandt-Christensen, M. & Møllerhøj, J. (2016): Kriminalitetsprofiler i en dansk retspsykiatrisk population – udfordringer for psykiatriens kriminalitetsforebyggende opgave? *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, nr. 3/2016.

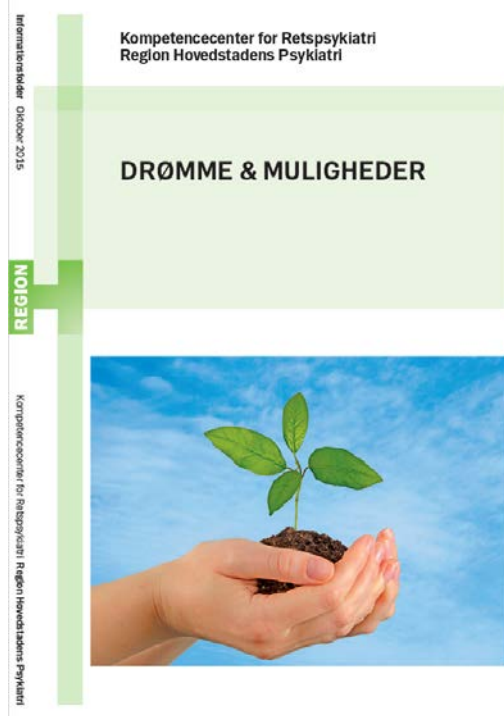
Weigelt, V.S., Mamsen, E., Rytter, N. og Anker, J. (2016): *Undersøgelse af brugernes oplevelse af kvalitet i de psykosociale indsatser*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015): Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 2, 181-189.

Østergaard, S.V., Hansen, A.T., Henze-Pedersen, S. & Østergaard, J. (2015): *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?* København: SFI – Det Nationale forskningscenter for velfærd.

# Bilag

## Bilag 1: Informationsfolder



### I forbindelse med din deltagelse vil vi informere dig om:

- At det er frivilligt at deltage, og du kan til hver en tid fortryde og uden begrundelse afslutte interviewet.
- At deltagelse i interviewet ikke vil få betydning for din behandling.
- At vi har tavshedspligt. Det betyder, at det du fortæller ikke vil blive videregivet til personalet og ikke vil indgå i din journal.
- At du vil fremstå anonym i formidlingen af studiets resultater.

Hvis du ønsker at deltage i projektet, kan du give din kontaktperson besked eller kontakte os. Kontaktinformationer findes på bagsiden af folderen.

Med venlig hilsen

Liv Os Stølan & Dina Krarup Kopalska  
Projektleder Projektpsygeplejerske

### Hvem er vi?

Vi er et tværfagligt team, der arbejder med at kortlægge, producere og formidle viden om pleje, behandling og rehabilitering af retspsykiatriske patienter. Vores ambition er at bidrage til at sikre den bedst mulige pleje og behandling af patienter med retslige foranstaltninger.

### TAK FORDI DU OVERVEJER AT DELTAGE I INTERVIEWET.

Kompetencecenter for Retspsykiatri ønsker at få mere viden om retslige patienters:

- Oplevelse af behandlingsforløbet
- Mål for behandlingen
- Drømme & håb for fremtiden

Vi vil derfor gerne interviewe patienter, der enten har en dom til behandling eller dom til anbringelse.

Vi vil spørge ind til dine oplevelser af behandlingsforløbet og dine drømme for fremtiden.

Interviewet vil foregå i et af afsnittets lokaler, hvor vi kan tale uforstyrret. Hvis det er ok med dig, vil samtalen blive optaget på bånd, så vi kan huske hvad der bliver sagt. Lydfiler bliver slettet, når undersøgelsen afsluttes.

### Vil du vide mere, kan du kontakte:

Liv Os Stølan, projektleder  
Mail: liv.os.stoelan@regionh.dk  
Telefon: 20 28 21 97

Dina Krarup Kopalska, projektsygeplejerske  
Mail: dina.krarup.kopalska@regionh.dk  
Telefon: 20 58 26 20

Region Hovedstadens Psykiatri  
Kompetencecenter for  
Retspsykiatri  
E-mail: rhp@regionh.dk

Besøgsadresse:  
PC Sct. Hans  
Boserupvej 2  
4000 Roskilde



## Bilag 2: Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg erklærer hermed, at jeg giver samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med forskningsprojektet "Drømme & muligheder" udarbejdet af Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri.

Projektet handler om retspsykiatriske patienters oplevelser af retspsykiatriske behandlingsforløb.

Jeg er informeret om og indforstået med:

- At det er frivilligt at deltage, og at jeg til hver en tid kan fortryde og uden begrundelse afslutte interviewet.
- At alle oplysninger jeg måtte give, som enten kan føre til genkendelse af mig eller andre personer ikke vil kunne genkendes i forbindelse med formidling af projektet.
- At deltagelse i projektet ikke vil få betydning for min behandling.
- At alle oplysninger jeg giver, vil blive behandlet fortroligt, hvilket betyder at de ikke vil blive formidlet videre til personalet eller indgå i min journal.
- At jeg kan trække min deltagelse tilbage inden d. [dd/mm-år,] dvs. at mit interview ikke vil figurere i formidlingen af projektet.

Jeg har modtaget både skriftlig og mundtlig information om projektet, og ønsker at deltage.

Dato: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_



**Kompetencecenter for Retspsykiatri**  
Region Hovedstadens Psykiatri  
Psykiatrisk Center Sct. Hans  
Boserupvej 2  
4000 Roskilde  
Telefon: + 45 20 28 21 97  
E-mail: rhpkr@regionh.dk  
www.psykiatri-regionh.dk/kfr



**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: [rhpkfr@regionh.dk](mailto:rhpkfr@regionh.dk)