

»Så de lod mig bare være ...«

– eksempler på veje fra psykiatrisk til retspsykiatrisk patient¹

Af Jette Møllerhøj,² Mette Brandt-Christensen³ & Liv Os Stølan⁴

»Sygeplejerske blev holdt som gidsel i timevis«
(TV-2 Lorry 7/12 2018)

»Drabsofferet var den 23-åriges morfar.
Han blev dræbt [...] med cirka 45 kniv- og stiklæsioner«
(Ekstrabladet 6/7 2019)

on and similar papers at core.ac.uk

provided by Tidsskrift

long term psychiatric patients committed serious crimes and consequently became mentally disordered offenders. The two patients involved were found guilty, but were not punishable under Danish law and were instead sentenced to placement in a psychiatric facility. When looking at these cases from the perspective of various stakeholders, e.g., relatives, health care professionals, the patients themselves, a number of potential risk and protective factors come to light. The analysis is followed by a discussion of whether similar situations can be prevented and, if so, how. We recommend an intensified focus on risk and protective factors, as well as preventive measures, and an increased cooperation and knowledge sharing between patients, relatives, networks, hospital psychiatry and psychosocial rehabilitation units provided within municipalities.

1. Title in English: “So they just left me”: Examples of pathways from psychiatric patient to mentally disordered offender
2. Jette Møllerhøj (JM) er cand.mag., ph.d. og leder af Kompetencecenter for Retspsykiatri (KFR), Region Hovedstadens Psykiatri (RHP), Danmark.
3. Mette Brandt-Christensen (MBC) er speciallæge i psykiatri, ph.d. og seniorforsker i KFR, RHP, Danmark. MBC har bidraget til artiklen med faglig sparring, men har ikke haft anledning til at gennemse journalnotater og mentalklæringer i forskningsøjemed.
4. Liv Os Stølan (LOS) er cand.polit. og projektleder i KFR, RHP, Danmark.

Keywords

Patient/pårørende perspektiver, Casestudier, Retspsykiatri, Risikofaktorer og beskyttende faktorer

Service user perspectives, Casestudies, Forensic psychiatry, Risk and protective factors

Indledning

I denne artikel er der fokus på forløb, hvor mennesker med alvorlig psykisk sygdom har begået alvorlig personfarlig kriminalitet. I det ene eksempel var der tale om gidseltagning af medarbejdere i en psykiatrisk afdeling, og i det andet var der tale om drab på et nærtstående familiemedlem. Disse hændelser har haft mange indgribende konsekvenser for ofrene. De har også haft indgribende konsekvenser for gerningspersonernes pårørende og for gerningspersonerne selv, f.eks. i form af bearbejdelse af skyld og det at blive idømt indgribende psykiatriske særforanstaltninger.

De to cases er desværre langt fra enestående. De er en del af en omfattende vækst i antallet af personer idømt psykiatriske særforanstaltninger, som Danmark har set i løbet af de seneste 20 år. Hvor der i 2001 var 1445 personer idømt en psykiatrisk særforanstaltning, var tallet i 2014 steget til 4393 (Sundheds- og Ældreministeriet 2015).⁵ Der er tale om en stigningstakt, der adskiller sig fundamentalt fra de øvrige nordiske lande.⁶ Forklaringerne på denne vækst er flertydige og diskuteres fortsat, men må ikke mindst tilskrives den særlige praksis i Danmark, hvor personer med alvorlig psykisk sygdom stort set altid idømmes særforanstaltninger uanset kriminalitetstype og -mængde, og uanset om patienten i tiden mellem indekskriminalitet og retssag er kommet i stabil psykiatrisk behandling.⁷ Langt størstedelen af de retspsykiatriske patienter behandles ambulant, men en del har foranstaltninger, hvor de kan frihedsberøves i henhold til dom for at forebygge ny kriminalitet (Møllerhøj et al. 2016). Arbejdsdeling, organisering og ka-

5. Trods omfattende registreringspraksis i DK er det ikke pt. muligt at få en opgørelse over det præcise antal individer, der aktuelt er omfattet af en psykiatrisk særforanstaltning. Det skyldes dels, at det varierer, hvordan den retslige diagnosekode er anført, og dels, at det kan være vanskeligt at få opdateret registreringen, når patienters foranstaltninger ændres eller ophæves.
6. For en gennemgang af lovgrundlag og praksis i de nordiske lande henvises til abstracthæfte fra 12th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry, 2017: <http://www.retspsykiatriskinteressegruppe.dk/12th-NSFP>
7. Se diskussion heraf i Møllerhøj et al. 2016 samt Stürup 2017.

pacitetsbrug i relation til retspsykiatriske patienter fylder således en del i såvel den offentlige som psykiatrifaglige debat i Danmark.

Langt fra alle retspsykiatriske patienter har begået personfarlig kriminalitet, eller udelukkende personfarlig kriminalitet, men der har været en markant stigning i sager vedrørende simpel vold og vold/trusler om vold mod offentligt ansatte (Stølan et al. 2016; Sundheds- og Ældreministeriet 2015). Det er ligeledes vel-dokumenteret, at en stor andel af patienterne allerede forud for den kriminalitet, der har ført til en særforanstaltning, var i behandling som almenpsykiatriske patienter (Danske Regioner 2019a). Dette rejser det åbenlyse spørgsmål: Hvis patienten allerede var velkendt i psykiatrisk og/eller kommunalt regi,⁸ ville det så have været muligt at forebygge, at det gik så galt?

Drab er heldigvis sjældne i en dansk kontekst, men der har i perioden 2012-2016 været fem sager, hvor personale på bosteder eller forsorgshjem er blevet dræbt af mennesker med alvorlige psykiatriske lidelser. Dertil kommer en række alvorlige nærved-hændelser. I de hidtidige analyser, der er foretaget af sådanne forløb med alvorlig personfarlig kriminalitet, er det karakteristisk, at der fortrinsvis er tale om et systemperspektiv eller en tilgang præget af kerneårsagsanalytik: Hvad var det, der gjorde, at det gik så galt?⁹ Det er imidlertid ikke analyser, der har haft fokus på gerningspersonens eget perspektiv og forklaringer, eller på pårørendes viden eller erfaringer i relation til det konkrete forløb.

Formålet med denne artikel er at udfolde en række forskellige personperspektiver for derved at få et detaljeret indblik i optakt til og omstændigheder omkring de to udvalgte alvorlige personfarlige handlinger. Det er vores tese, at dette brede perspektiv, der medtager gerningspersoner, pårørende og psykiatriprofessionelle kan tilføre ny og væsentlig viden om samspillet mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer, og at en sådan viden indeholder et lærings- og forebyggelsespotential.

Der gøres indledningsvist i artiklen rede for hovedtræk i de to cases. Herefter udfoldes de forskellige aktørers perspektiver på de alvorlige hændelser og implikationer heraf. I diskussionen sammenstilles de to cases, identificerede risiko- og

8. I Danmark varetages ambulant og stationær psykiatrisk behandling af de i alt fem regioner, mens psykosocial rehabilitering, herunder bostøtte, botilbud, forsørgelse mv. er en kommunal opgave, der varetages af de i alt 98 kommuner.
9. Sundhedsstyrelsen gennemgik over en femårig periode i alt 50 forløb i den såkaldte Havari-kommission, og sammenfattede resultaterne i Sundhedsstyrelsen 2011. Se endvidere Region Midtjylland 2012a; Region Midtjylland 2012b; DEFACTUM 2016; Danske Regioner 2019a.

beskyttende faktorer opregnes, og forebyggelsespotentialet diskuteres. I den afsluttede konklusion peges på, at allerede velbeskrevne tværsektorielle indsatser fremadrettet kan suppleres med lydhørhed i forhold til patient- og pårørendeperpektiver.

Metode og materiale

Gennemgangen af de to cases baseres på et omfattende kildemateriale bestående af dybdegående kvalitative forskningsinterviews, journalnotater, mentalerklæringer og domsudskrifter.¹⁰ Det varierer i hvilket omfang vi har haft mulighed for adgang til pårørende eller netværk, og derfor er der forskelle i detaljeringsgraden i gennemgangen af de to forløb.

Der er i alt foretaget 18 interviews med seks forskellige informanter: to gerningspersoner og fire personer, der på forskellig vis har været direkte involveret i gerningspersonernes psykiatriske behandlingsforløb og/eller kriminalitet (som familie/netværk eller professionel).

De kvalitative interviews er mellem 30 og 90 minutter (median 45 minutter/gennemsnit 49 minutter); alle interviews er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet ordret.¹¹ Analyserne er baseret på tematiseret meningskondensering af det empiriske materiale (jf. Malterud 2017; Kvale & Brinkmann 2016). JM og LOS har først gennemlæst sagsakter og interviewmateriale individuelt, og har derefter ved en fælles drøftelse udpeget centrale temaer og undertemaer, som begge forskere finder betydningsfulde for forståelsen og fortolkningen af materialet.

De to cases er en del af projekt *Vendepunkter. Et kvalitativt studie af patienter og pårørendes erfaringer med forløb før og efter dom*, der udføres af Kompetencecenter for Retspsykiatri i perioden 2018-2021. Formålet med projektet er at frembringe ny viden om patienters og pårørendes erfaringer med forløb, der ender med psykiatriske særforanstaltninger.¹² I denne artikel er der fokus på to ud af i alt 10 undersøgte forløb. De to er udvalgt af to grunde. For det første, fordi de vurderes at være eksemplariske og repræsenterer to yderpunkter og gennemgåen-

10. Patienterne har givet skriftlig tilladelse til, at LOS og JM har fået adgang til udvalgt journalmateriale, mentalerklæringer og domsudskrifter. Alle seks informanter har haft anvendte citater til gennemlæsning og godkendelse.

11. Interviews er foretaget af LOS i perioden maj 2018 - november 2019.

12. Studiet er godkendt af Videnscenter for Dataanmeldelser i Region Hovedstaden, j.nr. 2012-58-004. Det baseres primært på en lang række semistrukturerede interviews og nedslag over tid i de enkelte forløb.

de mønstre i det samlede empiriske materiale, hvor kriminaliteten i det ene forløb ser ud til at komme *ud af det blå*, er det i det andet eksempel langt mindre overraskende *det måtte jo ske*, i og med forløbet var så kaotisk. For det andet, har de berørte gerningspersoner og pårørende ønsket, at netop disse sager hurtigst muligt skulle analyseres og komme til offentlighedens kendskab og debat, så andre kan drage lære af dem og forebygge, at noget lignende sker igen.

De to cases: X og Y

Case X: Informant A, 34-årig mand, er dømt skyldig i ulovlig frihedsberøvelse (straffelovens § 261, stk 1). Der var tale om en gidseltagning i et psykiatrisk sengeafsnit.¹³

- Psykiatrihistorik: Kontakt med behandlingspsykiatri siden 20 års-alderen, fortrinsvis ambulant patient, men en række indlæggelser siden 2016. Seneste indlæggelse 30/10-24/11 2017, genindlagt 7/12 2017 og frem til indekshændelsen 12/1 2018
- Forsørgelsesgrundlag: Kontanthjælp
- Bolig: Botilbud
- Tidligere kriminalitet: Ingen
- Mentalundersøgelse og forelæggelse for Retslægerådet afsluttet juli 2018
- Retssag og domsafsigelse december 2018: »at [A] på gerningstidspunktet har været utilregnelig på grund af sindssygdom eller en tilstand, der må sidestilles med sindssygdom. [...] Tiltalte [A] straffes derfor ikke, jf. straffelovens §16, stk 1. [...] Tiltalte [A] anbringes på en psykiatrisk afdeling. Der fastsættes ingen længstetid for foranstaltningen.«¹⁴

Case Y: Informant C, 23-årig mand, er dømt skyldig i manddrab på nærtstående familiemedlem (straffelovens § 237).

13. Den ulovlige frihedsberøvelse blev udført sammen med en ven (B), der også har et langt forløb i psykiatrien. De to patienter har i interviews betonet, at de var fælles om den kriminelle handling. I retssagen blev B tillagt en sekundær rolle og blev idømt en behandlingsdom med mulighed for indlæggelse. For overskuelighedens skyld er der i denne analyse kun medtaget perspektiver fra informant A.
14. Anbringelsesdom er den mest indgribende psykiatriske særforanstaltning, der indebærer anbringelse og dermed frihedsberøvelse i en psykiatrisk afdeling. En eventuel ophævelse eller ændring til mildere indgribende foranstaltning (behandlingsdom) kan kun ske ved en domstol.

- Psykiatrihistorik: Kendt i psykiatrisk regi siden 12-årsalderen. Senest kontakt med gadeplansteam, dvs. et intensivt opsøgende psykiatrisk tilbud.
- Sociale forhold: Anbragt udenfor hjemmet fra 8 års-alderen
- Bolig: Hjemløs¹⁵
- Forsørgelsesgrundlag: Kontanthjælp
- Tidligere kriminalitet: Et tilfælde af berigelse og et tilfælde af simpel vold
- Mentalundersøgelse og forelæggelse for Retslægerådet afsluttet juli 2019
- Retssag og domsafsigelse november 2019: »at [C] på gerningstidspunktet har været utilregnelig på grund af sindssygdom. [...] Tiltalte straffes derfor ikke, jf. straffelovens §16, stk 1 [...] tiltalte anbringes i psykiatrisk afdeling [...]. Under hensyn til arten af den pådømte kriminalitet fastsættes ingen længstetid for den idømte foranstaltning.«¹⁶

Forskellige perspektiver på de alvorlige hændelser

»For jeg var jo ikke ude efter dem ...« – gerningsperson, case X

Der er gennemført i alt ni interviews med informant A. Det er et gennemgående mønster i alle disse interviews, at synet på og forklaringen af den kriminelle handling henføres til omstændigheder vedrørende behandlingsforløb i psykiatrisk regi.

Informant A har været i langvarig kontakt med behandlingspsykiatrien som almenpsykiatrisk patient, og havde i året op til den aktuelle hændelse flere langvarige indlæggelser. På gerningstidspunktet var han indlagt i et åbent sengeafsnit.¹⁷ Der var planlagt udskrivelse den førstkommande mandag, og der var lavet aftale om, at informanten skulle på orlov i den forestående weekend og sove hjemme. På gerningsdagen, en fredag, udspillede der sig en situation, hvor informanten blev vred på og frustreret over personalet. Som konsekvens heraf forlod informanten afsnittet uden at have fået medicin med til weekenden.

Informant A beretter, at han igennem nogen tid har oplevet utilstrækkelig effekt af den antipsykotiske medicin, at han ikke har følt sig hjulpet, og ikke følte sig taget alvorligt. Dette tema går også igen i de forklaringer, der blev afgivet un-

15. Fik § 108 botilbud oktober 2018, dvs. kort tid efter den alvorlige kriminelle handling. § 108 botilbud er jf. Serviceloven et længerevarende botilbud.

16. Jf. domsudskrift.

17. Et åbent afsnit er mindre intensivt end et lukket sengeafsnit, og i mange forløb er det at blive flyttet til et åbent afsnit et tegn på bedring i den psykiske tilstand og at være på vej mod udskrivelse.

der retssagen. Her fortalte informant A, at han under den pågældende indlæggelse »fortalte lægerne, at medicinen ikke virkede. Der var ikke nogen, der ville lytte til ham, selv om han bad om hjælp. [...] Han forlod [afsnittet] i psykotisk og nedtrykt tilstand. Der var hverken sygeplejersker eller læger, der kontaktede ham i de 7 timer, han var hjemme i sin lejlighed. Det oplevede han som et stort svigt«. ¹⁸

Det forhold at han ikke blev forsøgt kontaktet på telefon, mens han var borte fra afsnittet den pågældende aften og nat, er et tema, informanten vender tilbage til mange gange i interviewsituationerne over tid, og det bliver en manifestering og en illustration af oplevelsen af en lang række svigt og fravær af hjælp i behandlingspsykiatrisk regi.

Informant A beskriver, at han nok kan være »svær at læse«, at han ikke altid giver udtryk for, at han har det psykisk dårligt, og at han ikke ser åbenlyst syg ud, selv når han er psykotisk, men er »forpint indeni«. ¹⁹ Han beskriver også oplevelsen af, at man skal vise sygdomstegn og være patient på en bestemt måde for at få opmærksomhed og hjælp: »Ja, men du skal jo nærmest snakke med stemmen hele tiden, eller også skal jeg virke virkelig psykotisk, altså før de tager dig helt alvorligt [...], eller råbe af dem eller kaste med ting eller et eller andet, altså før der ligesom sker noget ...«. ²⁰

Informant A har gjort sig mange tanker om, hvordan det kunne gå så galt, og har svært ved at forlige sig med hændelsen. Han beskriver et stort behov for at meddele sig og forklare sig til ofrene, så de kan se »at jeg ikke er noget monster«. Han vil ligeledes gerne tydeliggøre, at »jeg var jo ikke ude efter dem« [...] »det var jo bare generelt psykiatrien, jeg var utilfreds med og stemmen beordrede mig til alle mulige frygtelige ting ...«. ²¹

I forhold til at undgå at noget lignende sker igen, betoner informanten sin egen aktive rolle og ansvar fremadrettet: »der bliver jeg nødt til at råbe højere op, hvis jeg kan mærke, at medicinen svigter – så bliver jeg nødt til at reagere hurtigt på det«. ²² Informant A sidder ligeledes tilbage med en oplevelse af, at den rette hjælp først kom efter kriminalitetsdebuten: »Så får man guldkortet til psykiatrien, men hvis man er almindelig borger og man skal ind i [senge]psykiatrien, det er jo

18. Domsudskrift s. 3 og 4.

19. Interview med A.

20. Ibid.

21. Ibid.

22. Ibid.

et helvede, for at du overhovedet kan blive indlagt, altså der skal virkelig meget til.«²³

»Det kunne ikke undgås, at der skete noget« – gerningsperson, case Y

I case Y er der foretaget i alt fire interviews med gerningspersonen, informant C. I det første interview, der foretages ca. otte måneder efter drabet på morfaren, peger informanten på, at der var en række forhold og omstændigheder, der var medvirkende til den alvorlige hændelse: Dels at han var misbrugende, »ikke medicineret rigtigt« [med antipsykotisk medicin], og at han var hjemløs og på daværende tidspunkt »havde ventet på et botilbud i to år«. ²⁴ Han beskriver ligeledes et meget kaotisk forløb, hvor det var vanskeligt at få kontakt til professionelle, og svært for ham at møde frem til aftaler i henholdsvis kommunalt og regionalt regi.

Informant C beretter om sine erfaringer med hjemløshed, og at han periodisk overnattede på herberg eller var sofasurfer. Som følge af udad-reagerende adfærd blev han i juli/august 2018 bortvist fra herberget. ²⁵ Herefter var informantens eneste mulighed at overnatte i natcafe. ²⁶

Set i bakspejlet opsummerer informanten, at »det kunne ikke undgås, at der skete noget ... [...] at det så blev det ... [drab], det er jo hårrejsende.« ²⁷ I et senere interview opsummerer han, at »det har taget en hel livstid at ende sådan her« og at det har været »en lang kamp, hvor der var brug for hjælp«. ²⁸ Til gengæld har han nu en tro på, at det fremadrettet kan blive anderledes, og at han kan »få en behandling som gør at jeg kan leve med mig selv [...] og håndtere en hverdag. [...] Nu har jeg et sted at sove, og jeg får medicin.« ²⁹

»Jeg vidste ikke, at han kunne blive så god« – pårørende, case X

I interviews med forældrene til A er det et gennemgående tema, at de forstår den kriminelle handling som et udslag af sygdom, og at den muligvis kunne have været undgået, såfremt A havde fået adækvat psykiatrisk behandling:

23. Ibid.

24. Interview med C.

25. Ibid.

26. Natcafe er i modsætning til herberg, ikke noget man visiteres til, men indebærer, at borgeren selv skal møde op hver aften, og ved lodtrækning får tildelt en seng at være i til næste morgen, såfremt der er nogen ledige.

27. Interview med C.

28. Ibid.

29. Ibid.

»Ja, for det er jo ikke [A], det er jo sygdommen. Han ville aldrig have gjort noget sådan, hvis ...«³⁰ »Normalt vil jeg aldrig sige, at det er samfundets skyld, men det synes jeg, det er [...]. Det kunne have været undgået, hvis han havde fået den rigtige behandling. For jeg kan jo se hvor rask han er nu. Jeg vidste ikke, at han kunne blive så god«.³¹ Forældrene italesætter ligeledes, at de godt er klar over, at A er tilbageholdende med at dele med andre, når han har det dårligt, og at dette kan have været medvirkende til, at det gik så galt.³²

»Et stort samfundssvigt« – pårørende, case Y

I case Y er der foretaget i alt fem interviews med en pårørende, som er en nær ven af informant C. Denne ven beskriver gennemgående, på samme måde som informant C, en række centrale risikofaktorer i det hændelsesforløb, der ender med drab: at han ikke fik regelmæssig medicin, stofmisbrug, hjemløshed og det at blive bortvist fra et herberg. Han har oplevelsen af, at »alle andre svigtede« [...] at der er tale om »et stort samfundssvigt«.³³ Det er hans opfattelse, »at kommunen har hele tiden vidst, at det ville gå galt«, og at det er nærmest tragikomisk, at der kom et § 108 botilbud syv dage efter drabet havde fundet sted.³⁴ Som pårørende har han oplevet, at det var en belastning at skulle blive ved med at kæmpe for at få kontakt med sagsbehandlere og at få udbetalt kontanthjælp til C. Han beskriver ligeledes en række henvendelser i forskellige psykiatriske tilbud, og at det var »en kamp om, hvor C kunne få sin medicin«.³⁵

»Har det generelt svært ved pludselige skift og forandringer« – professionelles blikke, case X

Personalet på A's daværende bosted havde udfordringer med at læse og tyde A, når hans psykiske tilstand var forværret. Kontaktpersonen beretter, at A flere gange havde ladet sig indlægge uden, at de havde bemærket forværring i hans sygdom.³⁶ Han har også givet udtryk for, at det var problematisk at fremstå vel fungerende og velsoigneret for »så kommer der ikke nogen og snakker med mig,

30. Interview med A's pårørende.

31. Ibid.

32. Ibid.

33. Interview med C's pårørende.

34. Ibid.

35. Ibid.

36. Interview med A's kontaktperson.

når jeg har det dårligt.«³⁷ Personalet på bostedet var ligeledes vidende om, at A i frustration havde kastet med en stol under indlæggelsen i efteråret 2017. Om det siger kontaktpersonen i bagklogskabens lys:

»Der hvor han begynder at smide stolene derovre, der burde man måske [...] have sat sig ned sammen, altså i personalegruppen og sagt ok, hvad handler det her om? [...] det er da besynderligt, at han har den opførsel [...] Han har overhovedet ingen historik om det før.«³⁸ Samtidig medgiver hun, at når de på bostedet har haft svært ved at læse ham, så er det forståeligt, at »det nok var lige så svært for dem [i sengeafsnittet]«. ³⁹

Kontaktpersonen beskriver de generelle udfordringer, der knytter sig til, at beboere ofte udskrives fredag, og at det kan være uhensigtsmæssigt, fordi der ikke er personale på bostedet i weekenden. I den konkrete case med A vidste de godt, at han skulle hjem og sove i weekenden og efterfølgende udskrives om mandagen, »men der var jo ingen her«. ⁴⁰ Kontaktpersonen oplever, at det kan være udfordrende at sikre videndeling mellem hospitalspsykiatri og socialpsykiatri, især hvis en beboer ikke umiddelbart vil samtykke til det. ⁴¹ I denne case efterlod det kontaktpersonen i et frustrerende krydspres, hvor hun ikke kunne handle på viden om A's bekymring over den forestående udskrivning. ⁴²

Nærlæser man journalnotater fra månederne op til gidseltagningen, genfindes det mønster, som både de pårørende og bostedets kontaktperson har peget på: At det kan være vanskeligt at aflæse, hvordan A egentlig har det psykisk. Men, det bliver også tydeligt, at der nogle gange er modstridende meldinger fra A, eller hvad der måske kan forstås som ambivalens. ⁴³ Fire dage før gidseltagningen dokumenterer en sygeplejerske, at:

»Adspurgt omkring resten af forløbet foreslår pt. selv udskrivelse mandag. Ønsker ikke at komme hjem en fredag, da der ikke er noget personale på bostedet i weekenden og pt. synes dette vil være for hård en overgang. Ønsker at sove hjemme onsdag-torsdag i denne uge. [...] Pt. vil desuden sove hjemme i løbet af

37. Ibid.

38. Ibid.

39. Ibid.

40. Ibid.

41. Ibid.

42. Ibid.

43. Termen *ambivalens* stammer fra Bleuler og kan være et af flere sygdomstræk ved f.eks. skizofreni, hvor patienten har modsatrettede følelser, ønsker eller ideer, jf. Berthelsen og Jørgensen 2000.

weekenden, men har ikke planlagt hvornår endnu.«⁴⁴ I et andet notat fra samme dag, er det ligeledes noteret, at »Adspurgt siger pt., at han ikke på samme måde er bekymret for at skulle udskrives om nogle dage, som han tidligere har været omkring udskrivelse. Pt. beskriver, at han har en fornemmelse af, at det nok skal gå.«⁴⁵ Det ser ikke ud til, at A's bekymring for udskrivelse er blevet tydelig for de sundhedsprofessionelle.

Længere tilbage i journaldokumentationen findes beskrivelser af, at de professionelle godt er klar over, at pludselige og utilstrækkeligt planlagte skift er vanskelige for A, og at det kan føre til uro eller forværring. På grund af pladsmangel i det lukkede sengeafsnit træffes medio december beslutning om, at A kan flyttes til åben afdeling. Det bemærkes i et notat, at det er vigtigt, at A informeres og forberedes bedst muligt på dette.⁴⁶ Af et efterfølgende notat fremgår det, at det alligevel blev oplevet som en belastning af A:

»Pt. fortæller, at det har følt en smule utrygt at blive overflyttet fra andet afsnit [...] Oplever at dette har intensiveret hans stemmehøring samt selvmordstanker en smule, som ellers har været aftagende [...] at han ikke har været forberedt på overflytningen i lige så god tid, som han kunne have ønsket sig. Har det generelt svært ved pludselige skift og forandringer.«⁴⁷

Når journalakter læses i sammenhæng og over tid tegner der sig et billede af, at A nogle gange ikke får udtrykt det, der måske egentlig er på færde på det pågældende tidspunkt, andre gange måske får udtrykt sig modstridende. Det gælder i forhold til udskrivelse, men også i forhold til den farmakologiske behandling.

I journalmaterialet findes en række udsagn fra A med ønske om at skifte anti-psykotika som følge af manglende effekt. Der udtrykkes også bekymringer om bivirkninger, men samlet set er A kongruent i sit ønske om medicinskift:

»Er fortsat plaget af stemmer som kan opfordre til selvskade m.m. samt intermitterende tanker om voldeligt indhold [...] Har selv tænkt at skift af AP [anti-psykotika] måske ville kunne hjælpe [...].«⁴⁸ Ved en lægesamtale d. 12. december drøftes behandlingen, men det konkluderes, at det ikke er relevant at skifte præparat: »Vi taler om, hvordan det går. Pt. siger »det går ikke så godt. Jeg hører stemmer og er paranoid. Jeg har også forfølgelsesforestillinger« [...] Der er for

44. Journalnotat 9. januar 2018.

45. Journalnotat 9. januar 2018.

46. Journalnotat 15. december 2017.

47. Journalnotat 20. december 2017.

48. Journalnotater hhv. 11. december 2017 og 9. december 2017.

nuværende ikke indikation for skift til andet antipsykotikum, men vi aftaler derimod at forsøge os med [...] tabl. Lyrica 75 mg. x 2«. ⁴⁹

Et sidste mønster, der springer i øjnene ved kronologisk nærlæsning af journalnotater tilbage til efteråret 2017, er beskrivelser af, at A husede tanker om at skade sig selv eller andre. ⁵⁰ Det ser ud til, at mønstret er, at A hver gang tager mundtligt afstand fra disse udsagn om at skade sig selv eller andre, og at det ikke giver anledning til iværksættelse af særlige sygeplejehandlinger eller -planer.

I retrospektiv er det meget tydeligt, at A er præget af ambivalens. Det kan se ud som om, det ikke i de pågældende situationer bliver læst som et muligt sygdomstegn. Det kan der være mange grunde til, men en oplagt forklaring er, at der er nogle lavpraktiske udfordringer i de professionelle vidensdeling. I de to måneders journaludtog, der er analyseret her, er der ca. 30 forskellige sundhedsprofessionelle, heraf 11 psykiatere, der gør notater om A. Det vil sige, at der er rigtig mange forskellige blikke og vurderinger i spil omkring A's forløb.

»Vi er bekymrede for patienten« – professionelles blikke, case Y

I case Y er journalmaterialet meget mindre omfattende, men det er muligt at følge forløbet for C fra hændelsen i september 2018 og tilbage til sommeren 2018, hvor der sker forværring i C's tilstand.

Ultimo juli 2018 noterer en psykiater i gadeplansteamet betydelig bekymring: »Vi er bekymrede for pt. Tilstanden er forværret betydeligt over den sidste måneds tid. Pt. fremstår kaotisk og forpint. Han kan ikke finde rundt i dagene eller tidspunkter, hvilket bl.a. gør det svært for ham at få taget sin medicin regelmæssigt, selvom han egentlig gerne vil tage medicin [...] Situationen vurderes uholdbar, pt. forekommer ude af stand til at tage vare på sig selv«. ⁵¹

Den 26/8 hjælpes C til psykiatrisk akutmodtagelse med henblik på indlæggelse. Denne iværksættes, og C overnatter på psykiatrisk afdeling. Det ser ud til, at det aftales, at C skal overflyttes til et andet psykiatrisk center og selv skal sørge for transport hertil. ⁵² C dukker aldrig op der, hvor han var planlagt overflyttet til, og den psykiatriske kontakt bliver herefter sporadisk. Den 28/8 udleverer gade-

49. Journalnotat 12. december 2017. Lyrica er et middel på epilepsi, men det anvendes også i behandlingen af psykoselidelser med henblik på at dæmpe angst.

50. Journalnotater 8. december 2017, 12. december 2017, 11. november 2017 og 30. oktober 2017.

51. Journalnotat 31. juli 2018.

52. Journalnotat 26. august 2018.

plansteamet medicin til C i natcafeen, og der er ligeledes kontakt d. 4/9 og 6/9, hvor C også tager imod medicin.⁵³ Herefter mister gadeplansteamet kontakten med C, og to dage før drabet anføres: »Vi har i dag forsøgt at opsøge C på natcafeen, desværre uden held. På natcafeen fortæller de, at han ikke har opholdt sig på stedet i flere dage og har derfor heller ikke fået medicin i 3 dage.«⁵⁴

Diskussion

Præmissen for den analytiske gennemgang af de to cases er, at vi kigger med retrospektive blikke og har viden om slutresultatet: gidseltagning og drab. Dette indebærer en vis risiko for bagklogskab, og for at indtage en position, hvor det er nemt at pege på, hvad andre måske kunne have set eller gjort. Et retrospektivt blik indebærer imidlertid også en mulighed for at se noget i en ny sammenhæng, og derved også potentiale for at fremdrage læring, der kan anvendes fremadrettet. Det har ikke været undersøgelsens ærinde at fejlfinde eller at pege fingre ad andres vurderinger eller indsatser, men det er ikke desto mindre relevant at diskutere og reflektere over, hvorvidt de undersøgte alvorlige hændelser kunne være forebygget.

Forståelse og håndtering af risikofaktorer

For en umiddelbar betragtning er de to cases meget forskellige. I case X ser det ud som om den alvorlige kriminalitet kom *ud af det blå*, mens det i case Y er mere åbenlyst, at det var *et spørgsmål om tid*, før det gik galt, omend det ikke var åbenlyst, at det ligefrem skulle ende med drab. Det, der kendetegner begge forløb er, at der er tale om almenpsykiatriske patienter, der havde været i langvarig kontakt med behandlingspsykiatrien, og som herefter debuterer som retspsykiatriske patienter.

I case Y kan der iagttages en række alvorlige potentielt kriminalitetstruende risikofaktorer:

- Hjemløshed
- Uklarhed om forsørgelsesgrundlag (hjemløshed gør det vanskeligt at få udbetalt kontanthjælp)
- Misbrug af multiple illegale rusmidler

53. Journalnotater 4. september 2018 og 6. september 2018.

54. Journalnotat 13. september 2018.

- Alvorlig psykisk sygdom og usikkerhed i kontakten til det psykiatriske behandlingssystem
- Ustabil psykofarmakologisk behandling
- Spinkelt socialt netværk.

I case X var der omvendt en række potentielt beskyttende faktorer, der i teorien kunne have mindsket risiko for kriminalitet:

- Boligsituation ok
- Forsørgelsesgrundlag ok
- Ressourcestærke pårørende
- Kontakten med behandlingspsykiatrien intensiveret i efteråret 2017, og det inddragte tilbud i form af døgnindlæggelse.

Går man baglæns i forløbet i case X, kan der alligevel iagttages en række risikofaktorer, der knytter sig til udskrivelsesproces, utilstrækkelig psykofarmakologisk behandling og gennemgående oplevelser af, ikke at modtage hvad der, efter patientens opfattelse, er adækvat hjælp. Her er der tale om konflikter eller frustrationer, der udspiller sig på et mere interpersonelt niveau, men med en gennemgående oplevelse af ikke at blive mødt og forstået. A beskriver i flere omgange, at han nok ikke har været patient »på den rigtige måde«, og ikke har fremstået tilstrækkelig syg. Dette kulminerer da en medpatient italesætter, at A ikke fremstår særlig syg, og dermed betvivler, om han har legitimitet til at optage en sengeplads. Forløbet for A illustrerer ligeledes, at udskrivelsen også var en risikosituation, som han frygtede for, selvom den på papiret var velforberedt.

Én ting er imidlertid at kunne påpege et antal risikofaktorer, noget andet er, hvorledes der skal ageres i forhold til dem. Der er ofte tale om et meget komplekst samspil af risikofaktorer, og der er ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem tilstedeværelsen af mange risikofaktorer og en alvorlig kriminel handling hos det enkelte individ. Der kan også som i case X være tale om færre eller ingen åbenlyse velkendte risikofaktorer. De velbeskrevne risikofaktorer og beskyttende faktorer i forhold til kriminalitet er identificeret på populationsniveau og det er ikke muligt at prædikere på individniveau, hvem der evt. kommer til at begå kriminalitet (se f.eks. Christoffersen 2016; Bjørgo 2015; Jørgensen et al. 2012).

Hvad skal man gøre i praksis?

Det er dette skisma praktikere skal navigere i, i den kliniske hverdag i et psykiatrisk hospital, der er præget af begrænsede ressourcer. Der vil i løbet af et døgn i

en akutmodtagelse være et antal cases, der ligner informant C, og hvor der kan iagttages en række kritiske risikofaktorer ud over de psykiatriske problemstillinger. Der vil ligeledes til hver en tid i et psykiatrisk sengeafsnit være et antal patienter, der, ligesom informant A, kan opleve utryghed og bekymring i forhold til en kommende udskrivelse fra et regi, hvor der er mulighed for kontakt døgnet rundt, til et regi, hvor kontakt til professionelle er mindre intensiv.

Hvordan kan den fagprofessionelle vurdere og agere i forhold til patienter, hvor der kan iagttages et betydeligt antal risikofaktorer? Det banale svar er, at det er vanskeligt og komplekst, men at der næppe er så meget andet at gøre, end at have opmærksomhed på risikofaktorer og beskyttende faktorer i den enkelte patients liv og patientforløb, og på ændringer i forholdet mellem disse. Denne opmærksomhed skal være rettet mod såvel strukturelle som individuelle og personlige forhold. En række risikofaktorer går på tværs af sektorer, og det er en anden udfordring for fagprofessionelle. Det er nemt at stå i behandlingspsykiatrien og pege på, at en uklar boligsituation og/eller usikkert forsørgelsesgrundlag er alvorlige risikofaktorer i tillæg til en psykiatrisk problemstilling, mens myndighed til at iværksætte hjælp vedrørende bolig og forsørgelse hører hjemme i en anden sektor.

En intensiveret opmærksomhed på risikofaktorer er derfor helt afhængig af et solidt tværsektorielt samarbejde. Til understøttelse af dette kan man f.eks. pege på:

- Mere intensiveret samarbejde med de aktører, der er rundt omkring en patient, fx bosted og/eller psykosocial støtte i socialpsykiatrisk regi⁵⁵
- Mere aktiv brug af udskrivningsaftaler⁵⁶ (eller alternativt koordinationsplaner), samt koordinerede indsatsplaner ved samtidig tilstedeværelse af psykisk sygdom og rusmiddelproblematik⁵⁷
- Differentieret, individualiseret og opsøgende ambulans indsats, der kan justeres ved behov, fx mulighed for telefonisk kontakt med kontaktpersoner i behandlingspsykiatrien og/eller kommunalt akuttilbud på alle tider af døgnet⁵⁸

55. Jf. Socialstyrelsen 2017 og SUS 2019.

56. Med den seneste revision af Psykiatriloven i 2019, er det lovbestemt, at alle patienter, der modtager støtte efter Serviceloven, skal have lavet udskrivningsaftale (alternativt koordinationsplan, såfremt patienten ikke vil medvirke til udskrivningsaftale). Det er åbenlyst, at dette skal ske i forbindelse med udskrivelse fra sengeafsnit, men det er pt. uafklaret, om lovgiver også har tænkt, at udskrivningsaftaler kan og skal anvendes i ambulans regi.

57. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen 2014.

58. Jf. Danske Regioner 2019b.

- Vedholdende fokus på stressbelastningsniveau hos den enkelte patient.⁵⁹

Gennemgangen af case X og Y har demonstreret, at det ydermere er væsentligt, at der er lydhørhed i forhold til:

- Patientens egen erfaring med og ønsker til pleje, behandling og rehabilitering
- Pårørendes viden om den enkelte patients ressourcer og udfordringer.

Patienter, pårørende og professionelle

I case Y sidder såvel informant C som dennes pårørende tilbage med oplevelser af forgæves at have søgt hjælp i både kommunalt som behandlingspsykiatrisk regi, og at det var vanskeligt at finde lydhørhed i forhold til boligsituation, forsørgelse og behandling af alvorlig psykisk sygdom, der blev kompliceret af misbrug. I case X var det mere entydigt alvorlig psykiatrisk sygdom, der kan udpeges som overordnet risikofaktor i forløbet, samt det forhold, at det ikke var tydeligt eller entydigt for professionelle i behandlingspsykiatrien, hvor forpint patienten var, og at han var urolig i forhold til den planlagte udskrivelse. I retrospektiv kommer den intensiverede psykofarmakologiske behandling, især ifølge de pårørende til A, til at fremstå som krumtappen, og som noget, der kunne være taget hånd om tidligere. Både informant A og C opfatter sig selv som syge på interviewtidspunkterne, og betoner nødvendigheden og vigtigheden af, at de modtager medicinsk behandling, og at den nu virker bedre end tidligere. I disse cases kommer adækvat medikamentel behandling dermed i retrospektiv til at stå som noget, der måske kunne have bidraget til at forebygge personfarlig kriminalitet. Dette er ikke nødvendigvis det generelle billede for patienter med lidelser i det skizofrene spektrum. Andre patienter ville måske være uenige i enten diagnose eller behandlingsbehov, herunder ikke mindst præparatvalg eller dosis, eller være mere optaget af ulemper og bivirkninger ved farmakologisk behandling.⁶⁰

A's oplevelse af at skulle være *patient på den rigtige måde*, minder om, at det er væsentligt, at sundhedsprofessionelle løbende reflekterer over egne for-forståelser og tilgange i mødet med patienterne. Der er mange skrevne og uskrevne regler og forventninger, som patienter oplever at skulle navigere efter for at kvalificere til eksempelvis en indlæggelse. På den ene side skal man være tilpas syg, på den anden side skal man ikke være for højtråbende eller agiterende (Järvinen

59. Jf. DEFACTUM 2016.

60. Se f.eks. Møllerhøj et al., 2020.

& Mik-Meyer 2003; Ringer 2013; Møllerhøj & Stølan 2018). Også forløbet for informant C kan ses som udtryk for, at han heller ikke lykkedes med at være patient eller klient på *den rigtige måde*; f.eks. ved ikke kunne møde frem til aftaler eller at indordne sig regler på et herberg.

Analysen har også vist, at det kan være vanskeligt i praksis at få tilvejebragt og videndelt specifik viden om, hvorvidt patienten selv oplever bedring eller forværring i sin tilstand. I forløbet for informant C faldt han så at sige under ud af alle hjælpesystemer, og var til sidst som følge af hjemløshed ikke til at finde trods opsøgende indsatser. I forløbet for C ser det ikke ud til, at der manglede viden om hvilke problemstillinger, der var akutte, men de forskellige offentlige aktører formåede ikke at sætte ind med tiltag, der kunne afbøde eller mindske de sociale og psykiatriske problemer. De mere end 30 professionelle, der var involveret i A's forløb, vidner om nogle strukturelle barrierer for videndeling mellem et stort antal professionelle i tre vagtlag i et døgnafsnit. Parallelt med politiske forventninger om øget brugerdeltagelse og individuelt tilrettelagte indsatser, der kan understøtte den enkeltes recovery-proces, er der samtidig politisk fokus på at øge standardisering, ensartethed og evidens i sundhedsvæsenets behandlingstilbud og dokumentation. Hvis sundhedsprofessionelle skal navigere efter det sidste, kan det komme til at stå i vejen for et indgående kendskab til den enkeltes livshistorie og sygdomsforløb. Der vil fremadrettet være behov for udvikling og indsatser, der har fokus på at overkomme dette dilemma.

Mulighederne for at få detaljeret indblik i patientens perspektiver blev i case X yderligere kompliceret af, at informant A tilsyneladende ikke ville samtykke til udveksling af information mellem bosted og hospitalspsykiatri, og af et sygdomsforløb præget af ambivalens. En sådan kompleksitet stiller store krav til professionelles vedholdende relationsarbejde, psykopatologiske indsigt og kendskab til lovgivningen på dette område. Der kan være mange grunde til, at en patient ikke ønsker, at der udveksles information på tværs af sektorer, og den samme problemstilling kendes også fra litteraturen i forhold til involvering og inddragelse af pårørende.⁶¹ Det er en vanskelig balanceakt at tilgodese patientens autonomi og selvbestemmelse, og samtidig forsøge at skabe bæredygtigt samarbejde med centrale aktører omkring patienten, med henblik på et, set med professionelle øjne, mere sammenhængende forløb.

61. Se f.eks. VIBIS 2015.

Konklusion og perspektivering

I denne undersøgelse har brug af dybdegående kvalitative forskningsinterviews med patienter, pårørende, gerningspersoner og professionelle frembragt nye vinkler og ny viden om forløbene forud for kriminaliteten. Resultaterne viser, at de pårørende ofte oplever manglende lydhørhed i forhold til deres kendskab til og bekymring for risikosituationer, herunder forværring i den psykiske tilstand hos deres familiemedlem, og til patienters egen oplevelse af uro, tilbagefald og hjælpebehov. En sådan lydhørhed er i tråd med det aktuelle politiske fokus på patient- og pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien.

Undersøgelsens interviewmateriale indeholder derudover en lang række temaer og problemstillinger, som det ikke har været muligt at forfølge i denne artikel, men som det vil være meget relevant at se nærmere på. Det gælder ikke mindst patienternes oplevelse af skyld og anger over deres kriminelle handlinger, og den indvirkning, disse har haft på ofrene. Hvordan kan man som menneske komme overens med dette? Informant A har bl.a. berettet om betydningen af den blikkontakt, der blev udvekslet med det ene af ofrene i retssalen, og den stiltiende forståelse og mulige soning, der måske lå heri. Dette indikerer, at vi fremadrettet bør have fokus på muligheder for konfliktmægling og genoprettelse i denne type forløb og i arbejdet med *offender recovery*, ikke mindst for retspsykiatriske patienter (se f.eks. Christie 1976; Kyvsgaard 2016; Møllerhøj 2019).

Tak

Stor tak til informanterne, der har vist os tillid og delt en lang række dybt personlige forhold, og som har udtrykt stærke ønsker om, at disse cases skal anvendes til at diskutere og potentielt forbedre forholdene for andre i lignende situationer.

Referencer

- Bertelsen, A. og Jørgensen, O.S. (2000): Psykiatrisk Ordbog, Hans Reitzels Forlag.
- Bjørge, T. (2015): Forebygging av kriminalitet. Universitetsforlaget.
- Christie, N. (1976): »Konflikt som eiendom.« Sosiologi i dag. Årg. 6, nr. 4., s. 54-69.
- Christoffersen, M.N. (2016): »Kriminalitet skal forebygges i barndommen.« Kronik, Politiken, 4. august 2016.
- DEFACTUM (2016): Vold på botilbud og forsorgshjem – Tværgående analyse af 10 cases om voldsepisoder. Region Midtjylland.
- Danske Regioner (2019a): Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? En analyse med henblik på forebyggende tiltag.
- Danske Regioner (2019b): Anbefalinger fra arbejdsgruppe til regionernes psykiatridirektører. Anbefalinger til kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom.

- Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.) (2003): At skabe en klient. Institutionelle identiteter i sociale arbejde. Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, T. et al. (2012): Risikofaktorer, effektevalueringer og behandlingsprincipper. En forskningsoversigt. Justitsministeriets Forskningskontor.
- Kvale, S. og Brinkman, S. (2016): Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk, Hans Reitzels Forlag.
- Kyvsgaard, B. (2016): Evaluering af konfliktråd. Justitsministeriets Forskningskontor.
- Malterud, K. (2017): Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag. Universitetsforlaget.
- Møllerhøj, J., Raben, H., Sørensen, L., Brandt-Christensen, M. og Stølan, L.O. (2016): »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, s. 182-205. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v103i2.97874>
- Møllerhøj, J. & Stølan, L.O. (2018): »»First and foremost a human being ...«: user perspectives on mental health services from 50 mentally disordered offenders«. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 72, Issue 8, s. 593-598. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1502352> PMID:30261792
- Møllerhøj, J. (2019): 'Recovery, rehabilitering og retspsykiatri – begrebsafklaring og dilemmaer.' KFR Arbejdsrapport nr. 3. Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri.
- Møllerhøj, J., Stølan, L.O., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E. & Rise, M.B. (2020). »I live, I don't work, but I live a very normal life« – A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56 (2), s. 1-8. <https://doi.org/10.1111/ppc.12444> PMID:31633213
- Region Midtjylland (2012a): Redegørelse. Blåkærgård-sagen.
- Region Midtjylland (2012b): Kritisk hændelse i Region Midtjylland 2012. Rapport afgivet af en eksternt undersøgelseskommission.
- Ringer, A. (2013): Listening to Patients. A study of illness discourses, patient identities, and user involvement in contemporary psychiatric practice. Roskilde Universitet.
- Socialt Udviklingscenter SUS (2019): Risiko, tryghed og trivsel. Forebyggelse af vold med brug af redskaber til vurdering. Socialt Udviklingscenter SUS.
- Socialstyrelsen (2017): Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt boformer for hjemløse.
- Stürup, A.B. (2017): 'Artikkelkommentar'. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, Nr. 1, s. 93-94. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v104i1.115020>
- Stølan, L.O., Raben, H., Sørensen, L., Brandt-Christensen, M. og Møllerhøj, J. (2016): 'Kriminalitetsprofiler i en dansk retspsykiatrisk population – udfordringer for psykiatriens kriminalitetsforebyggende opgave?' *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, Nr. 3, s. 245-270. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v103i3.97877>
- Stølan, L.O. & Møllerhøj, J. (2017): Drømme & Muligheder. Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje-, behandlings- og rehabiliteringsforløb? Hvad har værdi for patienterne? Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstadens Psykiatri.
- Sundhedsstyrelsen (2011): Psykisk syges kriminelle forløb 2005-2009.

- Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (2014): Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplan.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe. Faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri. December 2015 (opdateret april 2016).
- VIBIS, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (2015): Tema pårørendeinddragelse. https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/tema_om_paroerendeinddragelse.pdf