

DANSKE
REGIONER



Retspsykiatri

Kvalitet og sikkerhed

Indledning

Baggrund

Der har i 2010 været stor fokus på retspsykiatrien. Særligt har absenteringer fra de retspsykiatriske afdelinger tiltrukket sig mediernes og politikernes opmærksomhed. Centralt i diskussionen om rømninger har stået retspsykiatriens dobbelte opgave med på den ene side at sikre samfundet mod ny kriminalitet og på den anden side at sikre tilstrækkelig og kvalificeret psykiatrisk behandling til de foranstaltningsdømte patienter.

De mange absenteringer har medført forskellige initiativer. Regionerne foretog i april-maj 2010 et sikkerhedstjek, hvor både de fysiske rammer og de konkrete sikkerhedsprocedurer blev gennemgået. Sikkerhedstjekket har flere steder afstedkommet, at der er iværksat tiltag med henblik på at højne sikkerheden. Det drejer sig konkret om indkøb af nye og højere hegn, udskiftning af brudsikkert glas med panserglass, nye låsesystemer o.lign.

De konkrete rømninger er ikke den eneste udfordring i retspsykiatrien. F.eks. har Sundhedsstyrelsen gennem de senere år kortlagt en række udvalgte og uhenigtsmæssige patientforløb¹. I *Beretninger om undersøgelse af psykisk syges kriminelle forløb* - de såkaldte Havarirapporter konkluderer Sundhedsstyrelsen bl.a., at regionerne og kommunerne i de udvalgte sager svigter deres myndighedsansvar og forsømmer at sikre sammenhæng i sektorovergangene. En mulig konsekvens er, at de psykisk syge begår kriminalitet.

Herudover har antallet af personer, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning været i voldsom vækst gennem de senere år. Helt nye tal fra regionerne viser, at antallet af retspsykiatriske patienter er 4-doblet fra 654 i 1990 til 2.638 i 2010. Udviklingen har afstedkommet en betydelig faglig og kapacitetsmæssig udbygning af de retspsykiatriske specialfunktioner. Hovedparten af de retspsykiatriske patienter behandles dog fagligt og sikkerhedsmæssigt fuldt tilstrækkeligt i hovedfunktion, hvilket også fremadrettet vil være billedet. Det skal i den sammenhæng påpeges,

¹ Sundhedsstyrelsen udarbejder som led i Lov om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet årligt en såkaldt Havarirapport. Loven udløb medio 2010.

at danske evalueringresultater peger på, at færre psykisk syge kriminelle begår ny kriminalitet efter foranstaltningens ophør sammenlignet med fængselsafsonere.

Derfor melder der sig spørgsmål om, hvorledes den store vækst i antallet af retspsykiatriske patienter kan standses, og hvordan kvaliteten i den retspsykiatriske behandlingsopgave kan løftes, uden at det sker på bekostning af de mange psykiatriske patienter uden retslige foranstaltninger. Samtidig er det væsentligt at få belyst årsagerne til den store vækst i antallet af retspsykiatriske patienter - herunder ikke mindst at få set på, hvilke tiltag, der kan bidrage til at forebygge både psykisk sygdom og at psykisk syge begår kriminalitet. Forebyggelsesaspektet rækker derfor langt ud over både retspsykiatrien og psykiatrien i øvrigt.

Et oplagt område, som en seriøs drøftelse af retspsykiatrien nødvendigvis må berøre, er de retspsykiatriske patienters misbrug, og den betydning misbrug dels har for behandlingsmiljøet og -mulighederne inde på de retspsykiatriske afdelinger, og dels har for patienternes tilbøjelighed til fortsat at begå kriminalitet. Misbrug er både stærkt medvirkende til at fastholde patienterne i kriminalitet, ligesom misbrug meget ofte direkte modvirker behandlingsresultaterne.

Det samlede billede er derfor, at retspsykiatrien står overfor nogle betydelige udfordringer af både kvalitativ og kvantitativ karakter, som nødvendiggør en stillingtagen til, om vi i dag har de rette rammer at praktisere retspsykiatri indenfor. Rammerne omhandler både lovgivningen på området, arbejdsdelingen mellem de psykiatriske hovedfunktioner og regionsfunktioner, retspsykiatriens fysiske rammer og samarbejdet med politi, domstole, kriminalforsorg og kommuner.

Regionerne efterlyser en diskussion af, i hvilken retning retspsykiatrien skal bevæge sig fremover for at kunne løse den komplekse opgave med at levere relevant behandling af høj faglig kvalitet på den ene side og tilfredsstillende samfundets behov for tryk på den anden side.

Kommissorium

Set i det lys besluttede Danske Regioner at gennemføre et hurtigt udredningsarbejde af de problemer og udfordringer, som retspsykiatrien står overfor. For at involvere alle parter, der er i berøring med de retspsykiatriske patienter både forud for, og i forbindelse med domfældelsen, under selve behandlingen og i de mere langsigtede sociale rehabiliteringstiltag har regionerne, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Kriminalforsorgen, KL og brugere/de pårørende ved Det Sociale Netværk været inddraget i udvalgsarbejdet.

Justitsministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen har deltaget i udvalgets møder navnlig med henblik på at bidrage med vejledning omkring sikkerhedsmæssige spørgsmål. Justitsministeriet forholder sig således som udgangspunkt ikke til rapportens beskrivelser, vurderinger eller anbefalinger. Justitsministeriet har dog forholdt sig til afsnittet om det hensigtsmæssige behandlingsforløb før og efter dom (rapporten side 48-53), og Direktoratet for Kriminalforsorgen har forholdt sig til afsnittet om tilsyn (rapporten side 54-55).

Udvalgets opgave i henhold til kommissoriet omfatter:

- at kortlægge udviklingen i kapacitet og patientsammensætning
- at beskrive behandlingsindsatsen og det eksisterende sikkerhedsniveau
- at se på samarbejdet om behandlingen af de retspsykiatriske patienter
- at redegøre for de faglige udfordringer i retspsykiatrien
- at vurdere den eksisterende lovgivning og behovet for ændringer
- at fremsætte forslag til, hvordan de faglige og sikkerhedsmæssige udfordringer bedst løses fremadrettet.

Udvalgets beskrivelse af sikkerhedsniveauet i retspsykiatrien kan indeholde en vurdering af de bygningsmæssige rammer, de sikkerhedsmæssige procedurer, personalets kvalifikationer m.v. Udvalget kan i sit arbejde inddrage erfaringer på området fra lande, vi normalt sammenligner os med.

Udvalget har afholdt fem møder i perioden september 2010 til januar 2011.

I et forsøg på at brede grundlaget for debatten om retspsykiatrien ud har udvalget som led i udredningsarbejdet afholdt møde med Dansk Psykiatrisk Selskab med henblik på at inddrage selskabets synspunkter. Disse vil indgå i fremstillingen.

Herudover har Danske Regioner som bistand for sekretariatet bedt DSI Institut for Sundhedsvæsen om at belyse en række centrale udviklingstendenser i retspsykiatrien. DSI's undersøgelser samt relevante pointer er inddraget i udvalgsarbejdet, ligesom DSI's undersøgelse vedlægges som bilag til udvalgets rapport.

Udvalgets repræsentanter

Sundheds- og Socialpolitisk direktør Lone Christiansen (formand), Danske Regioner

Vicedirektør Peter Treufeldt, Region Hovedstaden

Vicedirektør Søren Bredkjær, Region Sjælland

Ledende overlæge Peter Fristed, Region Syddanmark

Oversygeplejerske Isabel Gindeberg, Region Syddanmark

Cheflæge Per Jørgensen, Region Midtjylland

Psykiatridirektør Per Lund Sørensen, Region Nordjylland

Specialkonsulent Susanne Beck Petersen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fuldmægtig Cecilie Maarbjerg Qvist, Justitsministeriet

Konsulent Frank Mathiesen, Justitsministeriet

Overlæge Marianne Jespersen, Sundhedsstyrelsen

Souschef Tove Vedige Brøchner, Direktoratet for Kriminalforsorgen

Sikkerhedskonsulent Bente Munksø Volkers, Direktoratet for Kriminalforsorgen

Konsulent Elsebeth Hytten, Københavns Kommune – Socialforvaltningen/KL

Landsformand Knud Kristensen, Landsforeningen Sind/Det Sociale Netværk

Udviklingskonsulent Karl Bach Jensen, LAP – Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere/ Det Sociale Netværk

Sekretariat

Kontorchef Tommy Kjelsgaard, Danske Regioner

Chefrådgiver Mikkel Lambach, Danske Regioner

Seniorkonsulent Christina Carlsen, Danske Regioner

Juridisk konsulent Birgitte Bidstrup Stokholm, Danske Regioner

Resumé

Den retspsykiatriske disciplin er opstået som svar på en samfundsnorm om, at mennesker som har været sindssyge i gerningsøjeblikket ikke skal straffes for den kriminelle gerning med fængsel, men skal sikres behandling. Opgaven har fra begyndelsen været tæt knyttet til etiske overvejelser og samfundets normer for anstændig behandling af det enkelte menneske, psykisk sygdom og kriminalitet samt tryghed til det omgivende samfund. Det medfører jævnligt diskussion om retspsykiatriens mål og midler.

I første halvår af 2010 var der en række absenteringer fra de retspsykiatriske afdelinger, heraf nogle få med alvorlige konsekvenser. Det fik Danske Regioner til at igangsætte en hurtig udredning af de udfordringer, retspsykiatrien står overfor. Arbejdet skulle munde ud i nogle anbefalinger, der øger kvaliteten i behandling og sikkerheden – begge elementer har betydning for forebyggelsen af absenteringer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Kriminalforsorgen, KL og Det Sociale Netværk har deltaget i udvalgsarbejdet. Arbejdet er gennemført i perioden september 2010 til januar 2011.

Fakta om retspsykiatriske patienter og behandlingskapaciteten

Retspsykiatriske patienter behandles i både specialiseret regionsfunktion og i hovedfunktion. I rapporten er der derfor indsamlet informationer om retspsykiatriske patienter i den samlede psykiatri. Der er gennemført to nye undersøgelser:

- En dataindsamling i form af en tværsnitsundersøgelse (november 2010).
- En litteraturgennemgang og interviewundersøgelse af de overordnede linjer i den udvikling, som retspsykiatrien gennemgår disse år (Dansk Sundhedsinstitut, december 2010).

Antallet af retspsykiatriske patienter er 4-doblet på 20 år fra 654 i 1990 til 2.638 i 2010. 60 pct. af den kriminalitet der bliver begået er voldsforbrydelser. Det er især vold mod offentlige personer, der stiger, herunder særligt den mindre alvorlige.

Volden mod almindelige borgere er lille og stort set uændret siden 1990. Retspsykiatriske patienter har halvt så høj recidiv som fængselsafsonere.

Side 7

Billedet af den retspsykiatriske patient har ikke ændret sig meget over årene. Det er overvejende mænd i aldersgruppen 26 – 45 år, der er ramt af en skizofrenilidelse. Personalet oplever imidlertid, at patientgruppen har ændret sig på nogle andre parametre. Patienterne er blevet mindre autoritetstro, de er mere marginaliserede inden de indlægges og som følge heraf opleves nogle steder stigende adfærdsmæssige problemer på afdelingerne. Medvirkende hertil er et betydeligt misbrug af stoffer og alkohol. Således har 50 pct. et diagnosticeret misbrug.

Langt de fleste patienter med en retslig foranstaltning behandles ambulant (80 pct.). Patienter med en anbringelsesdom og patienter med en behandlingsdom, som vurderes som værende komplekse, behandles som hovedregel på en af landets otte specialiserede retspsykiatriske afdelinger. Siden 2007 er antallet af retspsykiatriske sengepladser steget fra 223 til 331.

- **Udvalget anbefaler**, at regionerne med afsæt i de af Sundhedsstyrelsen udpegede regionsfunktioner styrker og understøtter hovedfunktionernes retspsykiatriske behandlingsarbejde.

Den retspsykiatriske behandling er i hastig vækst både i patientvolumen og behandlingskapacitet. Det betyder, at der er behov for at følge kvaliteten og området tæt.

- **Udvalget anbefaler**, at regionerne etablerer én klinisk kvalitetsdatabase indenfor det retspsykiatriske område, aftaler en ensartet praksis for kodning og indberetning af retslige forhold i Landspati-entregisteret samt at absenteringer registreres ensartet og opgøres årligt.

Der er nogle åbenlyse mangler i vores viden, som gør det vanskeligt at give klare svar på nogle af de udfordringer retspsykiatrien står over for, herunder hvilke initiativer der bedst forebygger kriminalitet blandt psykiatriske patienter og hvorfor patienterne absenterer.

- **Udvalget anbefaler**, at der nationalt og regionalt prioriteres midler til analyser og forskning i sindslidendes kriminalitet, domstolenes praksis samt forskning i kriminalitetsforebyggende tiltag.

Dilemmaet – god behandling og høj sikkerhed

Der har indenfor de seneste 20 år udviklet sig en specialisering af den retspsykiatriske indsats. Der er en gradvis forskydning af fokus fra psykiatrisk behandling af komplekse patienter til en stigende opmærksomhed på patienternes kriminalitet og de retslige aspekter. Retspsykiatrien befinder sig i endnu højere grad end tidligere i spændingsfeltet mellem fængsel og hospital, mellem jura og medicin. Udfordringen er at sikre behandling af høj kvalitet for retspsykiatriske patienter ambulant, som under indlæggelse samt den nødvendige sikkerhed mod absentering.

Øget sikkerhed på de retspsykiatriske afdelinger

Antallet af absenteringer var fra november 2009 til november 2010 på 142. Heraf absenterede 122 fra en lukket afdeling. De 122 fordeler sig på 39 rømninger, 35 undvigelse og 48 udeblivelser. Undvigelse og udeblivelser omhandler situationer, hvor patienterne stikker af fra ledsagende personale eller udebliver fra udgang. Det betyder, at patienterne er et sted i deres behandlingsforløb, hvor de er velbehandlede, og som følge heraf har opnået frihedsgrader. Det understøttes af, at patienterne i gennemsnit har været indlagt i 464 dage, inden de absenterer. Rømninger derimod er kendetegnet ved, at patienterne stikker af fra lukkede afsnit, og bryder ud på tidspunkter, hvor patienten ikke er tildelt nogen frihedsgrader. Det er især i forhold til de 39 rømninger, at der kan være en potentiel fare for det omkringliggende samfund.

Sikkerhed handler derfor ikke alene om fysisk at vanskeliggøre og forhindre absenteringer (statisk sikkerhed), men også om at forebygge risikoen og motivationen herfor, ved etablering af gode relationer mellem behandlere og patienter, rehabilitering og opbygning af gensidige tillidsforhold (dynamisk sikkerhed).

Der er identificeret en række udfordringer i forhold til sikkerhed, delvist betinget af den ældre bygningsmasse og de begrænsninger bygningsmassen rummer og som varierer i omfang og styrke mellem regionerne. I forhold til den statiske sikkerhed peges der på manglende mulighed for at indtænke sikkerhed i materialevalg; logistik og indretning; manglende overskuelighed; transparens og rummelighed; vanskeligheder i forhold til adgangen til udearealer, og vanskeligheder med at forhindre indførelse af stoffer samt manglende mulighed for graduere sikkerhedsniveauet. I forhold til den dynamiske sikkerhed peges på manglende eller begrænsede faciliteter til aktivering, motion og beskæftigelse af patienterne.

Den statiske sikkerhed har først og fremmest til formål at sikre de retspsykiatriske afdelinger mod absenteringer, at sikre personalet og at reducere eller forhindre tilstedeværelsen af stoffer på afdelingerne ved at vanskeliggøre indkastning og indsmugling.

- **Udvalget anbefaler**, at regionerne formulerer standardiserede sikkerhedskrav for de retspsykiatriske afdelinger, med bistand fra Kriminalforsorgen og eventuelt andre relevante aktører. De standardiserede sikkerhedskrav kunne eksempelvis relatere sig til perimeter-sikring og den eksterne sikkerhed såsom hegn, sluser, sikkerhedszoner, udstyrsstandarder m.v. og udarbejdelse af tjeklister.
- **Udvalget anbefaler**, at regionerne foretager en bygningsmæssig gennemgang af de retspsykiatriske afdelinger og af sikkerhedsprocedurer og arbejdsgange, med henblik på løbende at vurdere, hvordan sikkerheden kan optimeres og med henblik på opfyldelse af kravene til standardisering.
- **Udvalget anbefaler**, at der i tilfælde af absenteringer gennemføres audits, så omstændighederne omkring absenteringen bruges til læring med henblik på at undgå lignende hændelser.
- **Udvalget anbefaler**, at vidensopsamling om byggeri i retspsykiatrien, herunder identificering af bedste praksis nationalt og eventuelt internationalt, indgår i regionernes projekt vedr. systematisk videndeling om sygehusbyggeri.

Regionerne har gennem 2010 forbedret sikkerheden på de retspsykiatriske afdelinger. På den lidt længere bane igangsættes nyt retspsykiatrisk byggeri i Region Sjælland (Slagelse), Region Hovedstaden (Skt. Hans i Roskilde) og Region Syddanmark (Middelfart). Til trods herfor er der fortsat sikkerhedsmæssige udfordringer knyttet til den ældre bygningsmasse.

- **Udvalget anbefaler**, at der levnes økonomisk råderum til, at forbedringer af de retspsykiatriske bygninger kan realiseres.

De retspsykiatriske afdelinger skal kontinuerligt kunne håndtere og rumme de særligt komplekse og flugttruede patienter. Det afføder et behov for et højere sikkerhedsniveau i kortere eller længere perioder.

- **Udvalget anbefaler**, at regionerne etablerer en graduering af sikkerheden på de retspsykiatriske afdelinger.

Gennem et gradueret sikkerhedsniveau sikres, at patienterne fortsat kan behandles af det samme personale, og at man undgår uhensigtsmæssige flytninger af patienter til andre afdelinger. Muligheden for et gradueret sikkerhedsniveau forventes endvidere at kunne imødekomme de særlige problemstillinger, der knytter sig til gruppen af varetægtssurrogatanbragte, og behovet for etablering af et højt sikkerhedsniveau for denne målgruppe.

Den dynamiske sikkerhed handler om forholdet og interaktionen mellem patienter og personale, mulighederne for adspredelse og deltagelse i meningsfulde aktiviteter og beskæftigelse for patienterne, personalets kompetencer m.v. Den manglende bevægelsesfrihed, kombineret med lange indlæggelsesforløb betyder, at muligheden for at deltage i meningsfulde og varierende aktiviteter er afgørende.

I forbindelse med absenteringer er det endvidere velkendt, at patienternes motivation for at flygte stiger, hvis patienterne ikke oplever en adspredelse i hverdagen og skift i miljøer. Aktivitets- og beskæftigelsesmuligheder er endvidere en vigtig del af patienternes rehabilitering og deres forberedelse til at kunne begå sig, når de udskrives.

- **Udvalget anbefaler**, at etablering af aktivitets- og beskæftigelsesmuligheder for de retspsykiatriske patienter prioriteres, herunder eksempelvis motionsrum, træningskøkken, undervisningslokaler, fysio- og ergoterapi, udendørs aktiviteter m.v.

Et andet væsentligt aspekt i forhold til behandlingseffekt og forebyggelse af konflikter og uadægerende adfærd, er tilstedeværelsen af de rigtige kompetencer og uddannelse af personalet. Der er generelt sket en udvikling indenfor retspsykiatrien fra kontrol og straftænkning mod en større åbenhed overfor den enkelte patient og dennes individuelle behov. Det fremhæves, at en del af forklaringen herpå er introduktionen af eksempelvis kognitiv behandling og motivationsarbejde, men også et fokus på konflikthåndtering og konfliktsamtaler i efteruddannelsesregi. Det har haft en positiv indflydelse på relationen mellem patient og behandler og dermed også på sikkerhedsniveauet. Det er udvalgets vurdering, at der er behov for et mere ensartet og standardiseret efteruddannelsesstilbud til personalet.

- **Udvalget anbefaler** derfor, at regionerne etablerer et fælles efteruddannelsestilbud for det retspsykiatriske personale, med henblik på at sikre at personalet har de rette kompetencer og redskaber til varetagelse af den retspsykiatriske behandling.
- **Udvalget anbefaler**, at der samles op på regionernes anvendelse af risikovurderinger af u hensigtsmæssig adfærd og at der igangsættes et arbejde med at udvikle værktøjer til at vurdere rømningsfare.
- **Udvalget anbefaler**, at regionerne formulerer retningslinjer for, hvornår vold og trusler om vold mod personalet skal anmeldes.

Den retspsykiatriske behandlingsindsats

Set i lyset af den betydelige vækst i antallet af retspsykiatriske patienter er det nødvendigt, at rette fokus mod forebyggelse af psykisk sygdom. Personer med skizofreni udgør 55 pct. af alle retspsykiatriske patienter. Til sammenligning har kun ca. 20 pct. af alle psykiatriske patienter diagnosen skizofreni.

- **Udvalget anbefaler**, at den forebyggende indsats målrettet mod personer med skizofreni styrkes gennem en fortsat udbygning af de opsøgende psykoseteams – OP-teams og OPUS (opsøgende psykoseteams for unge med debuterende skizofreni) og gennem udbygning af tilgængelige kommunale socialpsykiatriske tilbud.
- **Udvalget anbefaler**, at regionerne styrker den opsøgende, forebyggende og vedligeholdende indsats gennem fortsat udbygning og etablering af opsøgende retspsykiatriske teams for de mest ustabile og recidivtruede patienter.

Udrednings- og behandlingsindsatsen overfor misbrug blandt retspsykiatriske patienter skal styrkes - både under indlæggelse og i forbindelse med ambulante forløb. Det forhold, at halvdelen af alle retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug, viser at problemet er stort og de samfundsmæssige omkostninger betydelige.

- **Udvalget anbefaler**, at der foretages en regelmæssig vurdering og udredning af de indlagte retspsykiatriske patienters misbrug.

Misbrug har en række negative konsekvenser. Den enkelte patient bliver typisk psykisk dårligere og udviser ofte en u hensigtsmæssig adfærd, hvilket påvirker bå-

de medpatienter og personalet. Når der er patienter med misbrug på en afdeling bliver miljøet ofte mere råt. Der kommer flere konflikter patienterne imellem, de skylder hinanden penge, og patienter uden udgang prøver at presse patienter med udgang til at tage stoffer med ind på afdelingen.

Kampen mod stoffer fylder meget i afdelingernes daglige arbejde, Taget stofferne og misbrugets udbredelse i betragtning, forekommer det eksisterende krav om, at der skal foreligge en begrundet mistanke i forhold til en konkret patient at være uhensigtsmæssig.

- **Udvalget anbefaler**, at adgangen til at gennemføre undersøgelser af patientstuer i henhold til psykiatrilovens § 19 a lempes.
- **Udvalget anbefaler**, at der lokalt udarbejdes konkrete samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og politiet, hvori det præciseres, hvornår og under hvilke omstændigheder, politiet tilkaldes.

Misbrugsbehandling af stabile, udskrevne psykiatriske patienter er et kommunalt ansvar. For de retspsykiatriske patienter indebærer det, at misbrugsbehandlingen skal overdrages fra det psykiatriske hospital til kommunal foranstaltning. Det er imidlertid en generel erfaring, at overlevering af misbrugsopgaven er vanskelig, og at mange retspsykiatriske patienters misbrugsbehandlingsforløb mangler kontinuitet. En effektiv misbrugsbehandling er afgørende i forhold til at forebygge ny kriminalitet og det er udvalgets opfattelse, at der særligt overfor de retspsykiatriske patienter påhviler et særligt ansvar for at sikre en effektiv misbrugsbehandling. 25 pct. af de retspsykiatriske patienter med et diagnosticeret misbrug er i behandling, hvilket er ensbetydende med en markant underbehandling.

Både retspsykiatriske behandlingsforløb og misbrugsbehandlingsforløb er ofte langvarige, og succesraten i begge forløb er afhængig af sammenhæng og kontinuitet. Det er vigtigt at der skabes bedre sammenhæng og kontinuitet mellem den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen.

- **Udvalget anbefaler**, at sammenhængen i misbrugsbehandlingen styrkes. Dette kunne eksempelvis ske ved at kigge på den eksisterende lovgivning, herunder muligheden for at samle misbrugsbehandling af udskrevne retspsykiatriske patienter i regionerne.

KL kan ikke bakke op om anbefalingen vedr. muligheden for at samle misbrugsbehandlingen i regionerne, idet KL er af den opfattelse, at det allerede er et regio-

nalt ansvar. KL afventer en afklaring fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet om spørgsmålet.

Side 13

Foranstaltningsdomme har som primært formål at forebygge ny kriminalitet. Da en del retspsykiatriske patienter er indlagt meget længe, risikerer de at miste basale færdigheder undervejs.

- **Udvalget anbefaler**, at regionerne i tilrettelæggelsen af den retspsykiatriske behandlingsindsats tilser, at de nødvendige behandlingsmæssige tiltag og indsatser er til rådighed med henblik på at opretholde og tilegne færdigheder. Det drejer sig bl.a. om: Målettet misbrugsbehandling, tilbyde relevant undervisning/uddannelse, tilbyde fysisk aktivitet og beskæftigelse og støtte til at fastholde/genetablere pårørende relationer/netværk.

Et vigtigt element i patienternes rehabilitering er, at den ambulante del af behandlingen kan foregå i patienternes nærmiljø. Regionerne skal tilrettelægge deres indsats på en måde, så de af Sundhedsstyrelsen udpegede regionsfunktioner understøtter hovedfunktionernes retspsykiatriske behandlingsarbejde.

For de langvarigt indlagte er det ud fra et rehabiliteringssigte ligeledes vigtigt, at patienterne, når det vurderes forsvarligt, gives nogle frihedsgrader, hvorunder deres sociale kompetencer og evne til at klare sig på egen hånd kan afprøves. Udvalget har i den sammenhæng drøftet de teknologiske muligheder for at understøtte patienternes rehabilitering. Udvalget peger på at elektronisk overvågning i form af elektroniske armbånd bør afprøves. Udvalget bemærker, at elektroniske armbånd ikke kan forhindre absentering eller anvendes som alternativ til afsoning.

- **Udvalget anbefaler**, at det rehabiliterende sigte prioriteres højt i indretningen og tilrettelæggelsen af indsatsen overfor personer med retspsykiatriske særforanstaltninger i regioner og kommuner.
- **Udvalget anbefaler**, at der udarbejdes et forslag til en 2-årig forsøgsordning vedr. elektronisk overvågning i enkelte regioner.

En del af de retspsykiatriske patienter vil også efter udskrivning have behov for støtte og struktur i hverdagen, for at kunne klare sig tilfredsstillende og for at undgå forværring i den psykiske tilstand; holde sig stoffri eller undgå ny kriminalitet. Derfor er et godt behandlingsforløb afhængigt af den indsats, som skal foregå

i forlængelse af indlæggelse, og psykiatrien skal inddrage alle relevante myndigheder med henblik på at koordinere indsatsen.

Side 14

- **Udvalget anbefaler**, at der i alle regioner indgås samarbejdsaftaler mellem regionen, kommunerne i regionen, politikredsene i regionen og KiF-afdelingerne i regionen med henblik på at styrke sammenhæng og koordinering af de respektive myndigheders indsats.
- **Udvalget anbefaler**, at KiF udvider den praksis, som allerede finder sted i visse sager med iværksættelse af tilsyn umiddelbart efter, at domsudskriften modtages fra anklagemyndigheden. I tilfælde hvor dette ikke er muligt anbefales det, at KiF i perioden inden tilsynet formelt etableres, jævnligt forsøger at holde sig orienteret om klientens/patientens forhold.

Konkrete og lokalt forankrede samarbejdsaftaler er et godt udgangspunkt for en gensidigt accepteret ansvarsfordeling og en realistisk forventningsafstemning mellem aftaleparterne.

Når det handler om sammenhængende forløb og mange sektorerers bidrag til den samlede indsats, er det naturligvis også en vigtig forudsætning, at de fornødne sociale tilbud er til rådighed.

- **Udvalget anbefaler**, at regionerne og kommunerne i henholdsvis sundhedsaftalerne og de sociale rammeaftaler indgår aftaler om udvikling af dag- og døgntilbud til personer omfattet af særforanstaltninger. Udvalget peger særligt på behovet for tilbud til gruppen af misbrugere, hvoraf mange har en retspsykiatrisk særforanstaltning.
- **Udvalget anbefaler**, at der er et fortsat fokus på udskrivningsaftaler og koordinationsplaner med henblik på sikring af sammenhæng og koordination i forhold til de retspsykiatriske patienters forløb efter udskrivelse.

Psykiatrisk behandling er i dag for en meget stor dels vedkommende baseret på ambulante behandling. 80 pct. af de retspsykiatriske patienter behandles i dag ambulant. I forhold til beskrivelsen af et hensigtsmæssigt retspsykiatrisk forløb har især behandlingsdommene været genstand for drøftelse.

I henhold til Rigsadvokatens meddelelse om behandlingen af straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle og personer omfattet af straffelovens § 70, forudsættes det som udgangspunkt, at en behandlingsdom bør indledes med en indlæggelse. Ved vurderingen af, hvilken foranstaltning der bør nedlægges påstand om, indgår en afvejning af sikkerheds- og behandlingsmæssige hensyn, men også proportionalitetsbetragtninger under hensyntagen til kriminalitetens art og grovhed.

I nogle tilfælde befinder patienterne sig - grundet tidsspændet fra deres kontakt til det psykiatriske system og frem til domsafsigelse - allerede i velfungerende behandlingsforløb. Dette kan sammen med de øvrige forhold, som er nævnt ovenfor, indgå i en konkret vurdering af, om patienten efter omstændighederne ikke bør indlægges. Udvalget finder i den forbindelse, at der i relevante sager er opmærksomhed på dette tidsspænd, sådan at en status på patienternes aktuelle situation er tilgængelig for domstolene forud for domsafsigelse, hvis det vurderes at kunne have betydning for sagens afgørelse.

- **Udvalget anbefaler**, at det sikres at domstolene på tidspunktet for domsafsigelse har et aktuelt og opdateret grundlag for en vurdering af den mest hensigtsmæssige retslige foranstaltning for patienterne.

Justitsministeriet kan ikke bakke op om denne anbefaling, og der henvises her til Justitsministeriets dissens på side 53 i rapporten.

En mentalerklæring har til formål dels at afklare, om patienten var sindssyg på gerningstidspunktet, dels at vejlede domstolen om, hvilken sanktion der mest hensigtsmæssigt forebygger ny kriminalitet. På grund af stigende efterspørgsel på mentalerklæringer er sagsbehandlingstiden på mentalerklæringer stigende. Erklæringer udarbejdes i dag af nogle retspsykiatriske afdelinger, privat praktiserende psykiater og Justitsministeriets retspsykiatriske klinik.

Spørgsmålet om sagsbehandlingstider drøftes aktuelt i et udvalg under Justitsministeriet. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at KL og de statslige repræsentanter i udvalget finder, at spørgsmålene vedr. mentalerklæringer bør håndteres i Justitsministeriets arbejdsgruppe, hvorfor KL og de statslige repræsentanter ønsker at afvente resultatet af dette arbejde.

- **Repræsentanterne for regionerne og Det Sociale Netværk anbefaler**, at det i sundhedsloven præciseres, at udarbejdelse af mental-

erklæringer til brug ved domstolene er en sygehusopgave, som regionerne skal varetage. Opgaven bør som udgangspunkt varetages på en af Sundhedsstyrelsen godkendt regionsfunktion.

Forankring i klinisk praksis såvel som tydeliggørelse af det regionale opgaveansvar forventes både at løfte kvaliteten og øge mulighederne for at reducere sagsbehandlingstiden. Med forslaget forventes mentalerklæringsarbejdet ligeledes at indgå i den interne uddannelse, hvorfor antallet af læger m.v., der forudsat tilstrækkelige kvalifikationer kan bidrage til udarbejdelsen, vil blive udvidet.

Retspsykiatriske foranstaltninger har stor effekt, og retspsykiatriske patienter begår kun halvt så hyppigt ny kriminalitet som almindelige fængselsafsonere. Indenfor den strafamme, der medfører frihedsstraf recidiverer 15 pct. af de foranstaltningssdømte sammenlignet med 30 pct. af de fængselsdømte. Eneste undtagelse er gruppen af personer med personlighedsforstyrrelse, hvor det tilsyneladende synes vanskeligt at yde en virksom behandling. Blandt denne gruppe recidiverer knap 70 pct.

- **Udvalget anbefaler**, at der iværksættes et fagligt udrednings- og udviklingsarbejde med henblik på dels at afklare, hvorvidt personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse er behandlingsegne, dels at pege på hvilke tilbud der kunne være relevante i forhold til denne målgruppe.

Udvikling og status i retspsykiatrien

Den organisatoriske og den faglige udvikling

Retspsykiatrien udgør et (fag-)område indenfor det psykiatriske speciale og den retspsykiatriske virksomhed er således en integreret del af den samlede psykiatri, karakteriseret ved at beskæftige sig med patienter, der har en retspsykiatrisk foranstaltning.

Behandlingen af retspsykiatriske patienter har tidligere været karakteriseret ved relativ geografisk spredning af behandlingstilbuddene og ved, at behandlingen i vid udstrækning har været varetaget inden for rammerne af det alment psykiatriske behandlingstilbud. Gennem de senere år har amterne og siden regionerne samlet den retspsykiatriske behandling på færre og mere specialiserede funktioner med det formål at styrke den faglige kvalitet i behandlingen af retspsykiatriske patienter.

Udviklingen i retspsykiatrien følger dermed den generelle udvikling i sundhedsvæsenet med etablering af færre og større enheder til varetagelse af behandlingsopgaverne. Udviklingen understøttes bl.a. af Sundhedsstyrelsens specialeplan. I Sundhedsstyrelsens specialeplan for psykiatri klassificeres retspsykiatri for patienter med svær sygdomsgrad og/eller høj farlighed som en specialfunktion på regionsfunktionsniveau med et befolkningsunderlag på ca. 500.000 fordelt på 1-3 enheder i hver region. Retspsykiatriske patienter kan varetages på hovedfunktionsniveau i et formaliseret og af Sundhedsstyrelsen godkendt samarbejde med regionsfunktion.

Der er i alle regioner etableret retspsykiatriske enheder som rammen om behandlingen af patienter, der indlægges som følge af en psykiatrisk særforanstaltning. Behandlingen af retspsykiatriske patienter sker desuden i specialiserede ambulante tilbud og, for de mindre komplicerede patienter i de psykiatriske hovedfunktioner. Behandling af retspsykiatriske patienter i hovedfunktion forudsætter et af Sundhedsstyrelsen godkendt formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau.

Samlingen af opgaverne og den stigende specialisering af den retspsykiatriske behandling understøtter på flere felter udvikling af området. Etableringen af retspsy-

kiatriske enheder styrker bl.a. mulighederne for dokumentation af behandlingsindsatsen, og det bliver muligt at opbygge en større viden om behandlingsområdet, herunder større viden om de retslige aspekter ved en særforanstaltning. Etableringen af retspsykiatriske enheder betyder også, at der kan etableres et højere sikkerhedsniveau, f.eks. gennem bedre fysiske rammer, faste sikkerhedsprocedurer, og mere og bedre kvalificeret personale. Desuden kan der skabes bedre rammer for at håndtere misbrugsproblemer og kriminalitet blandt patienterne. Endelig kan samlingen af behandlingen i retspsykiatriske enheder betyde, at patienterne i almenpsykiatrien undgår at blive berørt af de restriktioner, som følger, når en retspsykiatrisk patient indlægges i en hovedfunktion.

Samlingen af behandlingsindsatsen understøtter desuden, at speciallæger i psykiatri kan specialisere sig og øge deres kompetencer indenfor fagområdet retspsykiatri, dels gennem opbygningen af klinisk erfaring i kraft af arbejdet i de retspsykiatriske enheder, dels gennem teoretiske kurser målrettet behandlingen af retspsykiatriske patienter. Specialisering af kompetencer gælder også retspsykiatriens øvrige personalegrupper. Omvendt indebærer samlingen af indlagte retspsykiatriske patienter på regionsfunktionsniveau, at flere behandles i lukket regi. Det kan udgøre en hæmsko for det overordnede rehabiliterende sigte bag særforanstaltninger.

Aktivitet i psykiatrien

Udviklingen på psykiatriområdet har de seneste mange år været præget af betydelig vækst i kapacitet og produktion. Mere præcise diagnoser, ny og bedre medicin, samt nye terapiformer har bidraget til, at mange psykisk syge kan behandles hurtigt og effektivt, og at selv patienter med svær psykisk sygdom kan leve en tilværelse i eget hjem.

I tråd hermed har de politiske målsætninger for psykiatrien været fokuseret på at udbygge den ambulante behandlingsaktivitet. Det fremgår bl.a. af diverse psykiatri- og satspuljeaftaler. De overordnede politiske målsætninger kan aflæses i aktivitetsudviklingen i psykiatrien jf. tabel 1.

Tabel 1. Udviklingen på psykiatriområdet

Voksne	2002	2004	2006	2008	2009	%-vækst 02-09
I behandling ¹	82.625	85.559	93.557	95.817	91.742 ¹	11,0
Ambulante besøg	666.230	709.294	750.760	718.694	744.448	11,7

Udskrivninger	39.242	38.270	37.367	38.769	44.318	12,9
Nettodriftsudgifter²	6.263,4	6.280,9	6.468,3	6.365,5	6.749,1	7.8

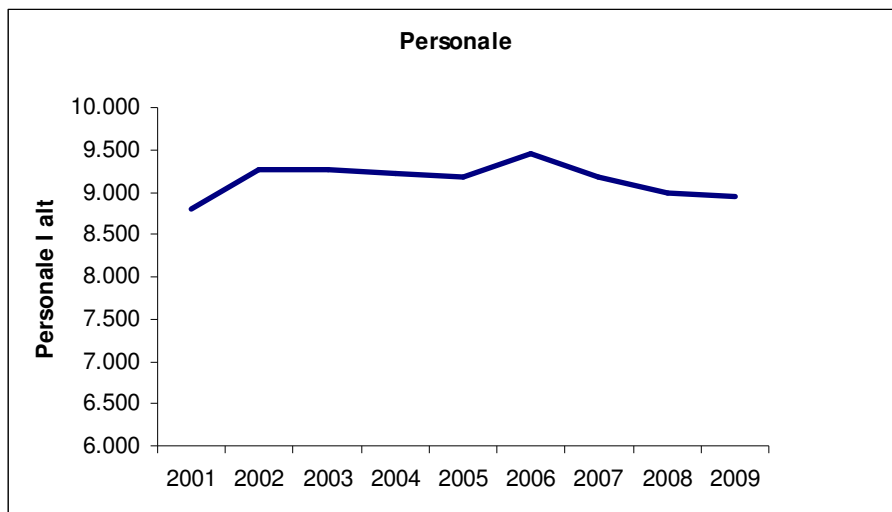
Side 19

¹Patienter i behandling består af unikke cpr-numre. 2002-2008-tal stammer fra regionernes nøgletalsoplysninger. 2009-tal stammer fra Landspatientregistret.

²Inklusiv børne- og ungdomspsykiatri i PL-2010 (1.000 kr.)

Det ses, at antallet af voksne borgere i behandling er støt stigende i perioden frem til 2008. Dykket i 2009 skyldes muligvis et skift i datakilde. Der ses desuden en vækst i både den ambulante aktivitet og i antallet af udskrivninger. Aktiviteten er steget væsentligt mere end udgifterne.

Figur 1. Personale i psykiatrien 2001-2009



Aktivitetsudviklingen sættes yderligere i relief, når man betragter personaleudviklingen i psykiatrien. Af figur 1 fremgår det, at antallet af medarbejdere i psykiatrien stort set har været uændret gennem snart 10 år. Antallet af fuldtidsstillinger har ligget stabilt omkring 9.000². Der tegner sig et billede af, at psykiatrien har gennemgået en effektivisering.

Udviklingen siger omvendt ikke noget om kvaliteten af behandlingen, og sat på spidsen kunne aktivitetsudviklingen godt dække over, at flere borgere får en utilstrækkelig behandling både ambulante og stationært.

² Personale ansat i børne- og ungdomspsykiatrien indgår. Her har aktivitetsvæksten været endnu større. Eksempelvis er antallet af børn i behandling fordoblet, og antallet af ambulante besøg er vokset med ca. 40 pct. indenfor de seneste ti år.

På landsplan gennemføres der gentagne kvalitetsmålinger af behandlingen af voksne patienter med skizofreni, samt tilfredshedsundersøgelser blandt både patienter og pårørende.

Kvaliteten af behandlingen af voksne med skizofreni måles årligt i regi af Det nationale Indikatorprojekt (NIP). De nyeste resultater viser, at der stadig opnås forbedringer på flere områder i behandlingen. Således bliver stadig flere patienter med nyopdaget skizofreni undersøgt ved hjælp af et diagnoseredskab og får en vurdering af hukommelse og opmærksomhed ved en psykolog. Herudover viser resultaterne, at afdelingerne fortsat er gode til at sikre, at patienterne har en fast kontaktperson og er i medicinsk behandling. Ligesom indlagte patienter får vurderet deres risiko for at begå selvmord inden de udskrives til relevant efterbehandling. Målingerne viser samtidig, at kvaliteten fortsat kan forbedres på flere af indikatorerne, ligesom de fastsatte standarder ikke er opfyldt for flere områder. For så vidt angår tilfredshedsundersøgelserne, viser den seneste måling fra 2009, at 71 pct. af alle adspurgte psykiatriske patienter er godt eller meget godt tilfredse med deres oplevelser, mens de var indlagt på et psykiatrisk sengeafsnit. Det svarer til godt 7 pct. flere tilfredse end i 2005. Til sammenligning er patienttilfredsheden blandt somatiske patienter på 90 pct. og 95 pct. for henholdsvis stationære og ambulante patienter. Forskellen mellem somatiske og psykiatriske patienters tilfredshed dækker bl.a. over, at godt 20 pct. af alle indlagte patienter udsættes for tvang i henhold til psykiatriloven³ under indlæggelsen.

Aktiviteten i retspsykiatrien

Antallet af retspsykiatriske patienter er 4-doblet på 20 år. I 1990 udgjorde antallet af retspsykiatriske patienter 654. En tværsnitsundersøgelse fra maj 2003⁴ opgjorde antallet til 1.527, og en ny tværsnitsundersøgelse gennemført den 8. november 2010 viser, at antallet af retspsykiatriske patienter nu udgør 2.638.⁵ Se figur 2.

Den samlede stigning på 1.100 retspsykiatriske patienter siden 2003 svarende til knap 75 pct. dækker over, at alle regioner udenfor Hovedstadsområdet har oplevet en fordobling eller meget tæt på en fordobling i antallet af retspsykiatriske patienter. At væksten har været størst i provinsen fremgår også ved, at Region Ho-

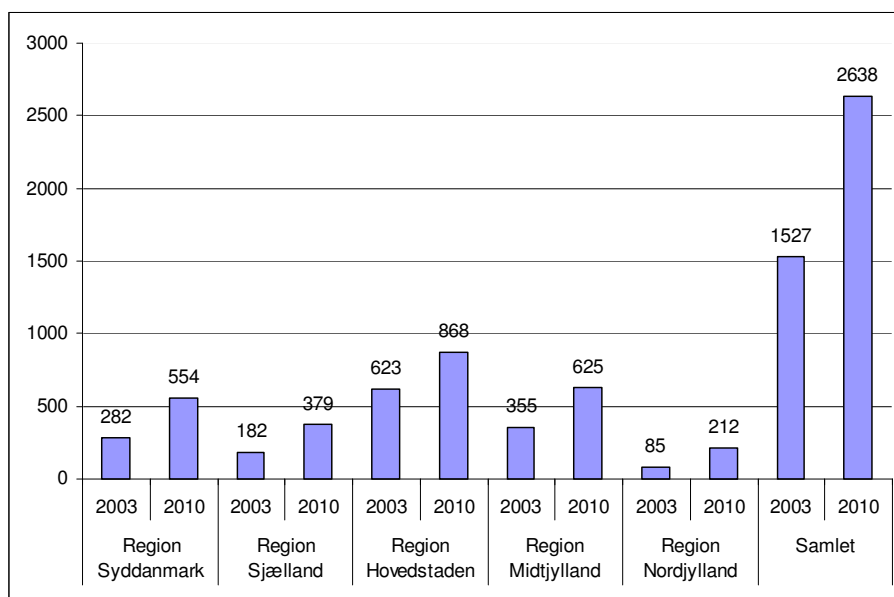
³ Anvendelse af tvang i psykiatrien offentliggøres årligt af Sundhedsstyrelsen. Andelen af patienter der omfattes af tvang ligger stabilt omkring 20 pct. Ca. 4/5 af al tvang omhandler fiksering/ fysisk magtanvendelse, og ca. 1/5 omhandler frihedsberøvelse.

⁴ Tværsnitsundersøgelsen er foretaget 19. maj 2003 og indgår som datagrundlag for rapporten "Retspsykiatri - Status og udfordringer" Amtsrådsforeningen 2004.

⁵ De 2.638 patienter omfatter varetægtssurrogater m.fl., som (endnu) ikke har en retspsykiatrisk foranstaltning, men som behandles i retspsykiatriske rammer. Ifølge Kriminalforsorgen føres der pr. november 2010 tilsyn med 2.355 foranstaltningsdømte. Hertil skal lægges varetægtssurrogatanbragte, mentalobservanter og patienter med anbringelsesdom. Det vurderes derfor, at det samlede antal retspsykiatriske patienter på 2.638 er troværdigt.

vedstadens andel af det samlede antal retspsykiatriske patienter er faldet fra godt 40 pct. til godt 30. pct. Dermed svarer regionernes andel af de retspsykiatriske patienter stort set til regionernes andele af det samlede antal psykiatriske patienter.

Figur 2. Antal retspsykiatriske patienter i 2003 og 2010⁶



Vækst i antallet af retspsykiatriske patienter afspejler sig i udviklingen af specialiserede psykiatriske senge jf. tabel 2. Alene siden regionsdannelserne i 2007 er antallet steget med knap 50 pct. og udbygningen forventes at fortsætte i takt med realiseringen af regionernes psykiatriplaner og dertil hørende sygehusbyggerier.

Tabel 2: Normerede almene og retspsykiatriske senge 2007-2010

År	Normerede almenpsykiatriske senge	Normerede retspsykiatriske senge	I alt
2007	3.023	223	3.246
2008	2.937	263	3.200
2009	2.871	289	3.160
2010	2.787	331	3.118

⁶ Den regionsvise opgørelse for 2003 er opgjort således, at alle patienter i Vejle Amt er tillagt Region Syddanmark, og alle patienter i Nordjyllands Amt er tillagt Region Nordjylland.

Udbygningen af den retspsykiatriske sengekapacitet er udover et ønske om at specialisere den retspsykiatriske indsats udtryk for, at den retspsykiatriske patientgruppe vokser og udgør en stigende andel af de samlede stationære patienter. Væksten af retspsykiatriske patienter øger behovet for sikret kapacitet, så man kan imødekomme de sikkerhedsmæssige krav, som visse retspsykiatriske patienter fordrer. Stadig flere retspsykiatriske patienter indlægges på almenpsykiatriske afsnit med den konsekvens, at sengekapaciteten til almenpsykiatriske patienter reduceres, fordi retspsykiatriske patienter i kraft af deres dom har forrang.

I tabel 2 ses, at det samlede antal psykiatriske senge er reduceret fra 3.023 til 2.787 i regionernes levetid. Går man tilbage til begyndelsen af 90'erne, er der tale om en reduktion på godt 1.000 pladser svarende til ca. 25 pct. Udviklingen skal ses i sammenhæng med en parallel udbygning af både den distriktspsykiatriske behandlingskapacitet og den socialpsykiatriske ditto. Således er antallet af besøg i distriktspsykiatrien 3-doblet siden begyndelsen af 90'erne. Tilsvarende steg antallet af socialpsykiatriske døgnpladser med ca. 500 op gennem 90'erne.⁷

Foranstaltninger

Den kontinuerlige vækst i antallet af retspsykiatriske patienter må afspejle, at der afsiges flere foranstaltningsdomme. Tal fra Justitsministeriet bekræfter dette⁸. I perioden 2001-2008 er der samlet ikendt 3.085 foranstaltningsdomme til psykisk syge, og det årlige antal domme er steget fra 239 domme i 2001 til 461 i 2008.

Tabel 3. Fordeling på foranstaltningstyper – Justitsministeriet 2001-2008

	Psykisk syg	
	Antal	Procent
Ambulant behandling <u>uden</u> mulighed for indlæggelse	61	2
Ambulant behandling <u>med</u> mulighed for indlæggelse	891	29
Behandling <u>med</u> mulighed for indlæggelse	1.982	64
Anbringelse i hospital	138	4
Anbringelse i sikret afdeling	13	0,4
I alt	3.085	100

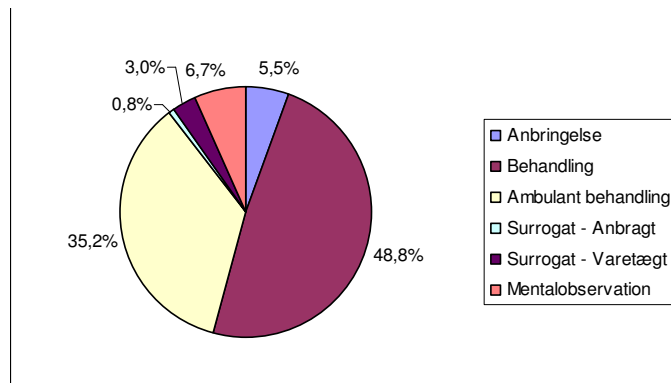
Af tabel 3 fremgår, at to ud af tre domme, som psykisk syge ikendes, er til behandling med mulighed for indlæggelse, og hver fjerde dom er til ambulant behandling

⁷ For en uddybende beskrivelse af udviklingen indenfor psykiatrien henvises til "Psykiatriens 25 år i amterne – fortalt i tal", Amtsrådsforeningen, Socialministeriet og Sundhedsministeriet, 2001.

⁸ Indeværende afsnit bygger på data fra Justitsministeriets Forskningskontor: "Evaluering af tidsbe-grænsning af foranstaltninger", April 2010 og "Nye foranstaltningsdomme i 2008 samt forløbet af domme afsagt i 2003", Oktober 2009.

med mulighed for indlæggelse. Sammenholder man Justitsministeriets data med tværsnitsdata i figur 3 ser man en nogenlunde tilsvarende fordeling.

Figur 3. Fordeling på foranstaltningstype – Tværsnit 2010



Det bemærkes, at behandlingsdomme synes at være en smule underrepræsenteret i tværsnitsundersøgelsen. Det skyldes formentlig, at en betydelig del af de patienter, som indgår i tværsnitsdata, endnu ikke har fået dom, og at en betydelig del heraf får netop dom til behandling.

Kriminalitetens art

Senere undersøgelser har peget på, at ubehandlet psykisk sygdom øger risikoen for at begå kriminalitet, og at risikoen for at en person med en behandlingsdom begår ny kriminalitet kan begrænses, hvis patienten hurtigt kommer i relevant psykiatrisk behandling. Derudover er det blevet påpeget, at sindslidende er i særlig risiko for at begå kriminalitet lige før og efter indlæggelse.⁹

Ser man på den kriminalitet, som ligger til grund for foranstaltningsdommene viser det sig, at godt 60 pct. omhandler voldsforbrydelser. Til sammenligning kan nævnes, at 45 pct. af de ubetingede domme for straffelovsovertrædelser i 2008 angik voldsforbrydelser. Vold er med andre ord markant overrepræsenteret blandt psykisk syge kriminelle

Inden for voldsforbrydelser sonderer man mellem alvorlig personfarlig kriminalitet og ikke-alvorlig personfarlig kriminalitet. I perioden 2001-2008 har der været et fald i andelen af foranstaltningsdomme for alvorlig personfarlig kriminalitet fra 49

⁹ "Psykisk sygdom og kriminalitet" Socialministeriet, Justitsministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006.

pct. i 2001 til 34 pct. i 2008¹⁰. Sammenholdt med de senere års vækst i antallet af foranstaltningsdomme kan det således konstateres, at voldskriminalitet er dominerende, men psykisk syge dømmes i højere grad end tidligere for mindre alvorlige forseelser. Et dansk studie publiceret i august 2010 påviser, at især vold mod offentlige myndigheder har bidraget til stigningen i foranstaltningsdomme¹¹. I samme studie konkluderes desuden at sandsynligheden for, at vold mod almindelige borgere er begået af en psykisk syg person er lille og stort set uændret siden 1990.

Ansatte i psykiatrien er særligt udsatte, da trusler og aggression er en hyppigt forekommende udtryksform, når personer er svært psykotiske. Derfor er det også en vigtig del af personalets professionalisme, at kunne vurdere realiteterne bag eventuelle trusler samt afværge konflikter under opsejling.

Det generelle billede er, at flere hændelser registreres – også hændelser, der tidligere blev negligeret og indgik som "en del af jobbet". En forklaring herpå skal sandsynligvis findes i regionernes volds- og personalepolitik, der i stigende grad er kendetegnet ved, at vold og trusler om vold mod medarbejdere er uacceptable. Det sker gennem dels en tydeliggørelse af regionernes arbejdsgiveransvar og forpligtelse til at beskytte sine medarbejdere. Spørgsmålet om politianmeldelse kan i den sammenhæng spille en rolle i forhold til eventuelle erstatningssager i forbindelse med sygemelding eller lign.

På baggrund af ovenstående finder udvalget finder det overvejende sandsynligt, at offentligt personale, herunder sundhedspersonale gennem en lavere tolerance-tærskel over for patienters vold eller trusler om vold bidrager til, at antallet af foranstaltningsdomme stiger. Udvalget bemærker i den sammenhæng, at en ikke uvæsentlig del af anmeldelserne kan stamme fra skadestuer, hvor personalet ikke nødvendigvis er tilstrækkelig fagligt klædt på til mødet med en svært psykotisk patient.

Samtidig med, at udvalget ønsker at beskytte de ansatte i sundhedsvæsenet bedst muligt mod overgreb fra patienters side, finder udvalget det vigtigt, at sundhedsvæsenet generelt og psykiatrien i særdeleshed til enhver tid er rummelig og baseret på en professionel og konfliktdæmpende tilgang til patienterne. Udvalget finder samtidig, at der er behov for at tilvejebringe yderligere viden om, hvilken kri-

¹⁰ Justitsministeriets Forskningskontor: "Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger", April 2010

¹¹ "Dom til psykiatrisk behandling" af Cand. Scient. Soc. Hanne Stevens, Professor Merete Nordentoft, Lektor Esben Agerbo og Professor Preben Bo Mortensen, Ugeskrift for Læger 172/35 30. august 2010.

minalitet, der fører til foranstaltningsdomme. Ud over alvorsgraden i (volds)kriminaliteten er der også behov for systematisk viden om, i hvilke situationer, (volds)kriminaliteten er begået.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at regionerne formulerer retningslinjer for, hvornår vold og trusler om vold mod personalet skal anmeldes.

Recidiv

Anvendelse af behandlingsdomme hviler helt overordnet på det princip, at man ikke straffer mennesker for handlinger begået i en sindssyg tilstand, men at vedkommende i stedet skal behandles for sin sindssygdom. Hvor straffritagelsen bunder i et hensyn til, at gerningsmanden på grund af sindssygdom ikke kan drages til ansvar for sine handlinger, så hviler behandlingsdommen på en formodning om, at ny kriminalitet kan undgås, såfremt gerningsmanden behandles for sin sindssygdom. I den forbindelse er det selvfølgelig ikke uvæsentligt, om behandlingen virker.

En evaluering af indførelsen af tidsbestemte foranstaltninger fra 2001 viser således at ca. 1/3 af alle psykisk syge foranstaltningsdømte begår ny kriminalitet inden for 2 år efter dommen, men kun 7 pct. af recidiv vedrører alvorlig personfarlig kriminalitet¹². Ser man på recidiv til kriminalitet, der for afsonere medfører frihedsstraf, viser det sig, at foranstaltningsdømte har en recidivprocent på 15. Til sammenligning recidiverer 30 pct. af dem, der idømmes en ubetinget fængselsstraf indenfor 2 år efter løsladelsen.¹³

Table 4. Udvalgte recidivprocenter 2 år efter dom

Recidiv fordelt på foranstaltning	Recidivprocent
Ambulant behandling <u>uden</u> mulighed for indlæggelse	27
(Ambulant) behandling <u>med</u> mulighed for indlæggelse	34
Dom til anbringelse	12

¹² Justitsministeriets Forskningskontor, "Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger", April 2010. Selvom fængselsdømte generelt er yngre og mere kriminelt belastede, så konkluderer evalueringen, at foranstaltningsdømte ikke har særlig høj risiko for recidiv.

¹³ Ibid.

Recidiv fordelt på diagnose	
Ingen diagnose	34
Skizofreni	33
Dyssocial personlighedsforstyrrelse	68
Følelsesmæssig ustabilitet	41
Andre diagnoser	28

Det fremgår af tabel 4, at en recidivprocent på ca. 30 er normalt uafhængig af foranstaltning og diagnose. Én undtagelse er de anbringelsesdømte, som har en markant lavere recidiv. En anden undtagelse er de personlighedsforstyrrede, der har markant højere recidiv.

For de anbringelsesdømte gælder, at de er anbragte i en meget stor del af de to år efter dom, som målingen tager afsæt i. Ser man i stedet på en 2-årsperiode efter dommens ophævelse, er de anbringelsesdømtes recidiv stadig kun 16 pct.¹⁴ I lyset af dommens kriminalitetsforebyggende formål, og det forhold at de anbringelsesdømte generelt har begået den mest alvorlige kriminalitet, er det selvfølgelig positivt, at deres recidiv er markant lavere end andre foranstaltningsdømtes.

De personlighedsforstyrrede har omvendt en recidivprocent på 68. Det er mere end dobbelt så højt som både andre foranstaltningsdømte samt almindelige afsøgnere. I tværnsnitsundersøgelsen udgør de personlighedsforstyrrede 174 personer.

Udgangspunktet for ikendelse af en psykiatrisk særforanstaltning er en mentalerklæring, hvori der peges på, at særforanstaltning er mere formålstjenlig end straf. Med afsæt i den høje recidiv hos personlighedsforstyrrede har udvalget derfor drøftet indsatsen for denne til denne patientgruppe.

Det synes tilsyneladende vanskeligt, at yde en virksom behandling til personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse (tidligere kaldet psykopater), og hverken indenlandske eller udenlandske erfaringer peger i retning af en virksom behandling for denne patientgruppe. Det er i udvalget blevet påpeget, at personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse ud over tilsyneladende ikke at respondere positivt på den behandling de aktuelt modtager, ofte udviser en adfærd, der griber forstyrrende ind i behandlingen af andre retspsykiatriske patienter. På det grundlag finder udvalget, at det ville være hensigtsmæssigt med en nærmere faglig vur-

¹⁴ Ibid.

dering af, hvilke behandlings- tilbud der kunne være relevante overfor denne gruppe. Der er således behov for forskning med henblik på at udvikle mere virksomme tilbud til denne gruppe.

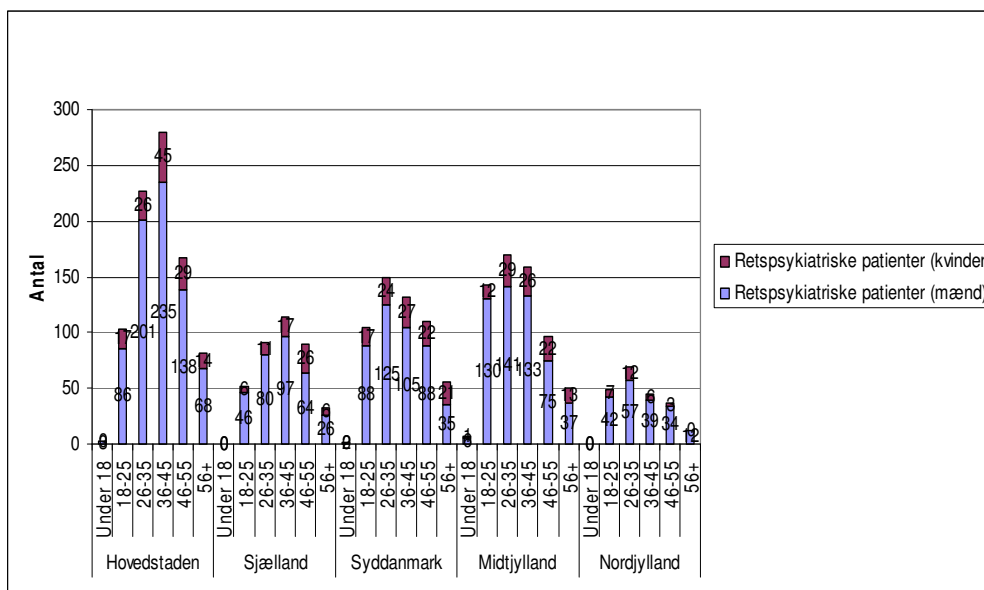
Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at der iværksættes et fagligt udrednings- og udviklingsarbejde med henblik på dels at afklare, hvorvidt personer med dyssocial personlighedsforstyrrelse er behandlingsegnede, dels at pege på hvilke tilbud der kunne være relevante i forhold til denne målgruppe.

Retspsykiatrisk tværsnitsundersøgelse 2010

I den gennemførte tværsnitsundersøgelse er der indhentet en lang række data om psykiatriske patienter med retslige foranstaltninger, og som allerede nævnt har antallet været stærkt stigende de senere år. I det følgende præsenteres en række af de indhentede oplysninger, og hvor det er muligt vil udviklingen siden tværsnitsundersøgelsen i 2003 blive vist.

Figur 4. Køns- og aldersfordeling blandt retspsykiatriske patienter 2010



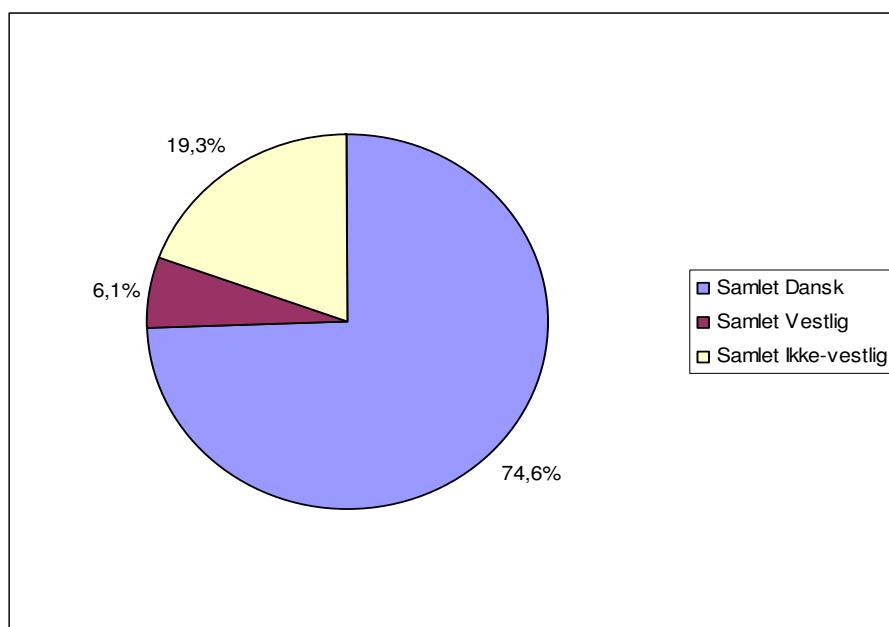
Der ses i figur 4 et meget ensartet billede af den typiske retspsykiatriske patient. Det er en mand (82 pct.) og mellem 26 og 45 år (28/ 27 pct.). Sammenholdt med tværnsnitsdata fra 2003 ses, at andelen af kvinder stiger fra 12 pct. til 18 pct.

Etnisk baggrund

Det har ofte været nævnt at patienter med anden etnisk baggrund end dansk fylder mere og mere i psykiatrien generelt og i retspsykiatrien specielt. Området har været tillagt en del opmærksomhed, da det ofte har været fremført, at en anden etnisk baggrund indebærer en række udfordringer og vanskeligheder i behandlingsarbejdet.

Det ses af figur 5, at ca. 75 pct. af alle retspsykiatriske patienter har en dansk baggrund. Yderligere ca. 6 pct. har en vestlig baggrund, mens ca.19 pct. af de retspsykiatriske patienter har en ikke-vestlig baggrund.

Figur 5. Retspsykiatriske patienters etniske baggrund. Nov. 2010



Fordelingen i tværnsnitsdata fra 2003 var 79 pct. etniske danskere, 3 pct. med anden vestlig baggrund og 18 pct. med ikke-vestlig baggrund. Der ses således en svag stigende tendens til flere retspsykiatriske patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Til sammenligning med indsatte og personer med tilsyn af Kriminalforsorgen fordelte disse sig i 2009 på 80 pct. danskere, 7 pct. med anden vestlig baggrund og 13 pct. med ikke-vestlig baggrund. Sammenholdt med be-

folknings sammensætningen generelt udgør etnisk danskere 90 pct., andre med vestlig baggrund 3 pct. og personer med ikke-vestlig baggrund 7 pct.¹⁵

Det ses heraf, at personer med anden vestlig baggrund er overrepræsenteret i retspsykiatrien i forholdet 2 til 1, og at personer med ikke-vestlig baggrund er overrepræsenteret i forholdet 3 til 1. Bemærkelsesværdigt er det dog, at gruppen med ikke-vestlig baggrund er vokset meget lidt siden 2003, hvorimod gruppen med anden vestlig baggrund er fordoblet.

Hvorvidt etnicitet udgør en særlig udfordring i psykiatrien, bunder i en tidligere oplevelse blandt personalet af, at der var flere adfærdsmæssige problemer med denne gruppe patienter. Hertil kommer en mangeårig diskussion af, om gruppen diagnosticeres korrekt, om de skal have den samme behandling som etnisk danske patienter, og hvor ofte det er rimeligt at bruge tolk¹⁶.

De interviews, DSI har gennemført i retspsykiatrien, peger på, at personalet mange steder ikke længere tillægger etnicitet samme opmærksomhed. De ikke-etniske danske patienter er blevet en del af hverdagen og udgør ikke et særligt problem. Initiativer i forhold til patienter med anden etnisk baggrund end dansk er primært praktisk orienteret f.eks. med henblik på at sikre en forplejning, som patienterne kan spise. I Region Hovedstaden, hvor andelen af retspsykiatriske patienter med anden etnisk baggrund end dansk erfaringsmæssigt er noget højere end i de øvrige regioner, udgør patientgruppen dog fortsat en betydelig udfordring.

Diagnoser

Den diagnostiske fordeling blandt de retspsykiatriske patienter er generelt velbelyst. Det ses af figur 6, at knap 55 pct. af alle retspsykiatriske patienter har en diagnose indenfor skizofrenispektret. Til sammenligning har kun ca. 20 pct. af alle diagnosticerede patienter ifølge landspatientregistret denne diagnose. Der er med andre ord en klar overrepræsentation af personer med skizofreni blandt de retlige patienter, hvilket svarer ganske godt til data fra Justitsministeriet.¹⁷ I forhold til tværnsnitsdata fra 2003 udgjorde skizofrenigruppen knap 65 pct., hvorimod de nervøse- og stressrelaterede tilstande kun udgjorde ca. 2 pct. Der synes således at være en sket en diagnostisk udvikling indenfor de senere år.

¹⁵ "Tal og fakta om integration", Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration, Integrationsministeriet, September 2010

¹⁶ "Udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien – Notat til Danske Regioners udvalg om retspsykiatri", Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelern Johansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI, December 2010.

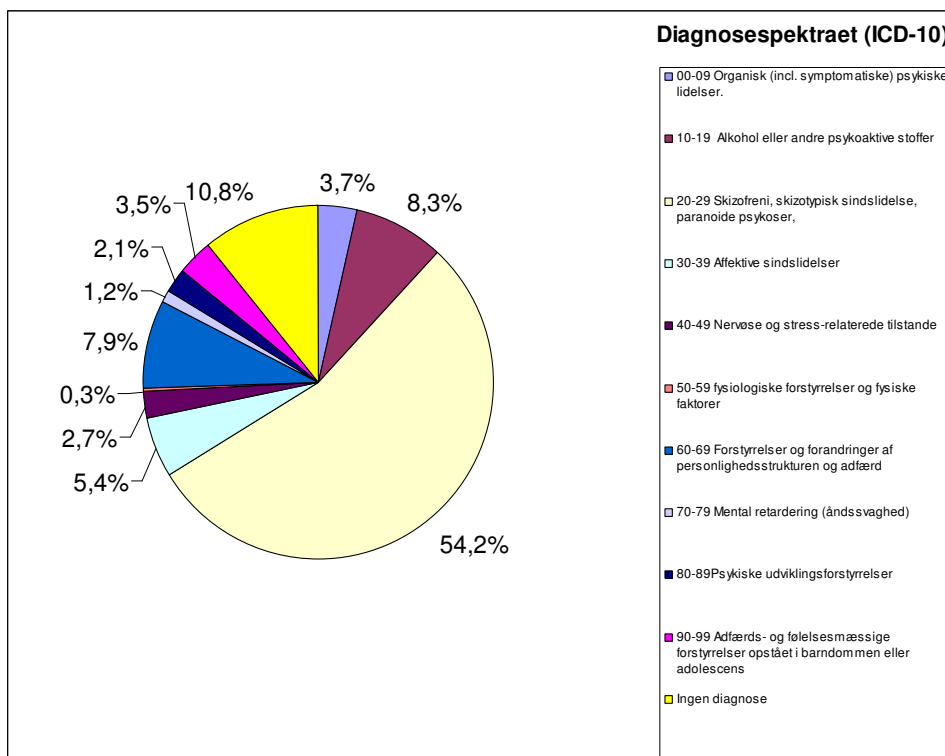
¹⁷ "Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger", Justitsministeriets Forskningskontor April 2010.

Der ses desuden en overrepræsentation af retspsykiatriske patienter uden diagnose i tværsnitsundersøgelsen i forhold til tilsvarende fra Justitsministeriet. Dette må tilskrives det forhold, at tværsnitsdata også rummer mentalobservanter og varetægtssurrogater, som er under udredning og derfor endnu ikke diagnosticeret.

For så vidt angår den betydelige overrepræsentation af personer med skizofreni rejser der sig spørgsmålet om behovet for at sætte særligt ind overfor denne patientgruppe. Det fremgik tidligere, at selve behandlingen virker tilfredsstillende, idet recidiv blandt personer med skizofreni er ganske lav. Skal der sættes effektivt ind overfor den største retspsykiatriske målgruppe, synes det derfor mere relevant at fokusere på forebyggelse - både i form af sundhedsfremme, opsporing og tidlig intervention, således at færre personer med skizofreni begår kriminalitet.

Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse påpeget, at der generelt bør være let tilgængelighed til behandling og opfølgning, både ambulante og i form af indlæggelser. Rettidig intervention, let tilgængelighed og tilstrækkelig kapacitet vurderes at have forebyggende effekt i forhold til at patienter begår kriminalitet, og recidivforebyggende for de tidligere og nuværende retspsykiatriske patienter.

Figur 6. Diagnosefordeling blandt retspsykiatriske patienter. Nov. 2010



Sundhedsfremme handler om at sikre fokus på trivsel og inklusion i de almindelige sammenhænge, hvor borgerne færdes. Det forudsætter, at professionelle i andre sektorer kan spotte tegn på psykisk sygdom hos elever, klienter, patienter m.v. og hjælpe med at henvise til relevant psykiatrisk udredning og behandling.

Opsporing og tidlig intervention handler om få iværksat behandling tidligt i et sygdomsforløb og på den måde øge chancen for helbredelse/recovery samt reducere risikoen for forværring og at sygdommen udvikler sig til en kronisk tilstand. En betydelig del af den tidlige indsats varetages via opsøgende teams og i den ambulante behandlingsindsats.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at den forebyggende indsats målrettet mod personer med skizofreni styrkes gennem en fortsat udbygning af de opsøgende psykoseteams – OP-teams og OPUS (opsøgende psykoseteams for unge med debuterende skizofreni) og gennem udbygning af tilgængelige kommunale socialpsykiatriske tilbud.

Udvalget forventer, at en mere udbygget forbyggende indsats vil have både en patientmæssig som samfundsmæssig gavnlig effekt. Ikke blot forebygges psykisk sygdom gennem tidlig opsporing og behandlingsindsats. Men nok så væsentligt er, at en ikke ubetydelig del af målgruppen vil have gode chancer for et normalt og eventuelt erhvervsaktivt liv.

Behandlingsregi

Som ovenfor beskrevet er retspsykiatri en organisationsform, der er udsprunget af et stadigt stigende behov for at kunne håndtere en voksende patientgruppes behov og de særlige vilkår, som omgiver denne patientgruppe. Det følger samtidig heraf, at opbygningen af en decideret retspsykiatri i vidt omfang er fokuseret på den sikkerhedsrisiko, som visse retspsykiatriske patienter frembyder.

Organiseringen må imidlertid også tage udgangspunkt i, at mange retspsykiatriske patienter i store dele af deres behandlingsforløb, hverken udgør en sikkerhedsrisiko eller har et kompliceret behandlingsbehov, hvorfor den behandlingsmæssige

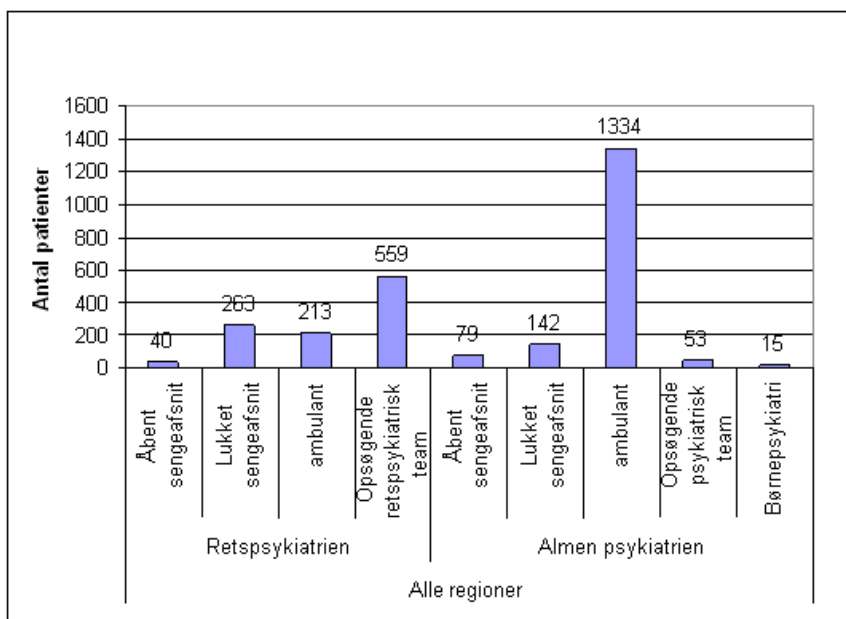
opgave kan løftes på hovedfunktionsniveau, hvilket bl.a. kan fremme samarbejdet i patientens nærmiljø..

For at få et billede af den måde, hvorpå regionerne løser den retspsykiatriske behandlingsopgave er der i tværsnitsundersøgelsen spurgt til, hvor i psykiatrien behandlingsansvaret for retspsykiatriske patienter er placeret.

Selv om retspsykiatriske patienter i gennemsnit er indlagt længere tid end andre psykiatriske patienter, så viser tværsnitsdata, at en betydelig del af den retspsykiatriske behandlingsaktivitet foregår ambulantly og på hovedfunktionsniveau.

Det fremgår af figur 7, at lidt over 500 retspsykiatriske patienter er indlagt på tværsnitsdatoen. Det svarer til ca. 20 pct. af alle retspsykiatriske patienter. Af de indlagte patienter er knap halvdelen indlagt i hovedfunktion (almenpsykiatriske afsnit). Det vil samtidig sige, at ca. 80 pct. af alle retspsykiatriske patienter behandles ambulantly. Det fremgår også, at behandlingsansvaret for ca. 1.600 retspsykiatriske patienter svarende til 60 pct. varetages på hovedfunktionsniveau. Det at 80 pct. behandles ambulantly, og 60 pct. behandles i hovedfunktion, stiller krav til hovedfunktionerne om at have den nødvendige viden og kompetencer til at håndtere de retslige forhold omkring de retspsykiatriske patienter og deres behandlingsforløb.

Figur 7. Behandlingsansvar for retspsykiatriske patienter



I 4 ud af 5 regioner indgår det i regionernes udbygning og specialisering af de retspsykiatriske funktioner, at patienter, der enten udgør en sikkerhedsrisiko eller en særlig behandlingsmæssig udfordring skal behandles i en retspsykiatrisk specialfunktion svarende til regionsfunktion. Omvendt vil de retspsykiatriske patienter, hvor behandling af den konkrete psykiatriske diagnose er det primære, alt overvejende blive behandlet i en hovedfunktion.

I Region Syddanmark er det omvendt målsætningen, at behandlingsansvaret for alle retspsykiatriske patienter skal være forankret i retspsykiatrien. Det gælder uanset om patienterne er indlagt eller behandles ambulant. Aktuelt er behandlingsansvaret for ca. 85 pct. af regionens retspsykiatriske patienter forankret i retspsykiatrien. Det indebærer, at stort set alle retspsykiatriske patienter behandles i en samlet hoved- og regionsfunktion.

Data og retspsykiatrisk viden

Der er generelt meget lidt viden indenfor det retspsykiatriske felt. Der mangler basal viden om sammenhængen mellem kriminalitet og psykisk sygdom. Nogle af de åbenlyse spørgsmål, som der er behov for at kunne besvare, og som vil kunne styrke behandlingen og forebygge recidiv omhandler:

- Hvorfor får flere og flere en foranstaltningsdom og for hvad?
- Hvorfor begår sindslidende kriminalitet?
- Hvad kan forebygge kriminalitet?
- Hvilken behandling virker?
- Hvorfor absenterer nogle retspsykiatriske patienter?

Det meste af de data, der er anvendt og præsenteret i indeværende kapitel er enten indhentet til lejligheden eller tilvejebragt i forbindelse med diverse myndigheders med ujævne mellemrum gennemførte evalueringer eller statistikindsamlinger. For så vidt angår de regionalt indhentede tværsnitsdata gælder desuden, at de beror på lokal registreringspraksis, som gør det vanskeligt, at kvalitetssikre data og garantere for sammenligneligheden i alle data¹⁸. Alt i alt betyder det, at der ikke findes ret mange systematiske og kontinuerligt opgjorte data om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet.

Det er derfor udvalgets vurdering, at der generelt er behov for mere viden indenfor det retspsykiatriske felt. Et vigtigt element heri består i mere systematisk dataregistrering og dataindsamling med henblik på at tilvejebringe et bedre analyse

¹⁸ Generelt vurderes kvaliteten af tværsnitsdata dog at være høj.

og handlingsgrundlag indenfor retspsykiatrien. Det er samtidig udvalgets opfattelse, at et bedre datagrundlag vil styrke monitoreringen af området, samt bidrage til at løfte det løbende kvalitetsarbejde i retspsykiatrien.

Da retspsykiatri som beskrevet er et felt i hastig vækst – både i patientvolumen og behandlingskapacitet - synes der at være god mening i at styrke datakvaliteten på området. Udvalget noterer, at den organisatoriske samling og oprustning, som kan spores i alle regioner, udgør et godt grundlag for opbygning af systematiske kvantitative og kvalitative data indenfor det retspsykiatriske område. Udvalget ønsker samtidig at understrege, at vidensopbygning indenfor det retspsykiatriske område kan drage fordel af også at inddrage international viden og erfaring.

Kliniske kvalitetsdatabaser

I Danmark er der en række lokale, regionale og landsdækkende kvalitetsdatabaser. En klinisk kvalitetsdatabase er et register, der indeholder udvalgte målbare indikatorer, som kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsnets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe. De indsamlede data anvendes til at overvåge behandlingskvaliteten for løbende at kunne vurdere mulighederne for at forbedre kvalitetsniveauet.

Regionerne finansierer i fællesskab en pulje på ca. 22 mio. kr. som via regionernes fælles program for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser yder drifts- og udviklingsstøtte til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Hertil kommer, at en række centrale data vedrørende patienter i det danske sundhedsvæsen registreres i Landspatientregistret (LPR). For psykiatriske patienter er der mulighed for at registreres oplysninger om retslige forhold, men ifølge regionerne er der endnu ikke etableret en fast og ensartet praksis på området.

Anbefalinger

- Udvalget anbefaler, at regionerne etablerer én klinisk kvalitetsdatabase indenfor det retspsykiatriske område.
- Udvalget anbefaler, at regionerne registrerer absenteringer ensartet og offentliggør oplysninger én gang årligt.
- Udvalget anbefaler, at der aftales en ensartet praksis for kodning og indberetning af retslige forhold i LPR.

Forskning

De kvantitative og kvalitative datamangler indenfor det retspsykiatriske område skaber naturligvis ikke de bedste forudsætninger for forskning og vidensopbygning. Der eksisterer ikke noget samlet landsdækkende overblik over omfanget af eksisterende forskning indenfor det retspsykiatriske område, men det er udvalgets opfattelse, at der savnes forskning på området.

Taget i betragtning, dels at dansk psykiatrisk forskning indenfor andre fagområder såsom skizofreni, affektive lidelser, neuropsykiatri, psykoterapi og effektmåling befinder sig på højt internationalt niveau, og dels at retspsykiatri har været i vækst gennem mange år, synes det oplagt at prioritere en særlig forskningsindsats på det retspsykiatriske område med henblik på at belyse nogle af de førnævnte centrale spørgsmål.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at der nationalt og regionalt prioriteres midler til analyser og forskning i sindslidendes kriminalitet, domstolenes praksis samt forskning i kriminalitetsforebyggende tiltag.

Lovgivningen med relevans for retspsykiatrien

Ifølge straffelovens § 16 fritages "personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed" for straf. I stedet kan personkredsen idømmes en særforanstaltning efter straffelovens §§ 68. Psykiske afvigere, der ikke er sindssyge, kan ligeledes fritages for straf og idømmes en særforanstaltning (§§ 68-69), hvis behandling findes mere formålstjenligt. Dom efter § 16 og § 69 ikendes som den helt klare hovedregel altid med afsæt i en mentalerklæring.

Regionerne har pligt til at modtage retspsykiatriske patienter, der af domstolene er idømt en psykiatrisk særforanstaltning (beskrevet nedenfor) og yde psykiatrisk behandling (jf. Lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling).

Foranstaltninger efter straffelovens §§ 68-69 omfatter tre typer af særforanstaltninger (For en detaljeret beskrivelse se bilag 1):

1. Dom til anbringelse

- a. Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Anvendes når tiltalte er udtalt farlig. Udskrivning kræver Domstolsafgørelse.
- b. Dom til anbringelse på Sikringen. Udskrivelse kræver Domstolsafgørelse.

2. Behandlingsdom

- a. Dom til behandling på psykiatrisk afdeling. Anvendes når behandlingshensyn er det primære og tiltalte ikke vurderes så farlig, at retsfølelsen lider herunder. Beslutningen om indlæggelse og udskrivning træffes af overlægen. Tilsyn varetages af Kriminalforsorgen. Dommen effektueres som udgangspunkt med indlæggelse.

3. Dom til ambulat behandling

- a. Hvis domstolen vurderer, at der ikke er behov for indlæggelse. F.eks. hvis tiltalte allerede frivilligt indgår i et behandlingsforløb og er velmotiveret for ambulat behandling.

Herudover behandler de retspsykiatriske afdelinger også strafafsonere, der er blevet psykisk syge under deres fængselsophold. I bilag 1 er de forskellige afgørelser nærmere forklaret.

Særforanstaltninger

Formålet med psykiatriske særforanstaltninger er bl.a. at sikre samfundet mod ny kriminalitet gennem behandling. For at sikre at patienten modtager behandling, placeres med dommen også det behandlingsmæssige ansvar. Patienter på retspsykiatriske afdelinger er dermed indlagt både af behandlingsmæssige og af sikkerhedsmæssige årsager. Det følger heraf, at foranstaltningen skal indstilles til ophævelse, når formålet er opfyldt eller behandling ikke længere er formålstjenlig. Indstilling til anklagemyndigheden om ophævelse sker ved den behandlingsansvarlige overlæge.

De retspsykiatriske patienter har ofte komplekse problemstillinger udover deres psykiske sygdom (diagnose), hvilket stiller særlige krav til behandlingssystemet og i særlig grad personalet. Det drejer sig typisk om ustabile sociale og økonomiske forhold, samt misbrugsproblemer, der samlet set komplicerer perspektiverne for et effektivt behandlingsresultat. Sammenholdt med de sikkerhedsmæssige foranstaltninger, der omgiver de retspsykiatriske patienter under indlæggelse, ses som konsekvens ofte langvarige behandlingsforløb i retspsykiatrien.

Det langsigtede formål med foranstaltningerne er at rehabilitere patienten til et frit liv på egne præmisser og uden retlige bindinger. For mange patienter vil et effektivt og varigt behandlingsresultat også afhænge af, at patienten også efter dommens ophævelse forbliver i behandling.

Psykiatrilovens anvendelse i forhold til retspsykiatriske patienter

Det følger af psykiatrilovens § 42, at Justitsministeren fastsætter regler om, i hvilket omfang reglerne i psykiatriloven finder tilsvarende anvendelse på retspsykiatriske patienter. Justitsministerens bemyndigelse i henhold til § 42 er udmøntet i en bekendtgørelse¹⁹.

Det følger af bekendtgørelsen, at patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, ikke er omfattet af psykiatrilovens bestemmelser vedrørende:

¹⁹ Bekendtgørelse nr. 1414 af 10. december 2010

- Frihedsberøvelse, tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel og ophør af frihedsberøvelse samt tvungen opfølgning efter udskrivning jf. §§ 5-11, § 13 d og 13 e.
- Obligatorisk efterprøvelse af frihedsberøvelse, jf. § 21, stk. 2.
- Klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel samt tvungen opfølgning efter udskrivning jf. kapitel 10.
- Patientrådgiver (med mindre den pågældende ikke har en bistandsvæрге efter straffelovens § 71) jf. §§ 24-29.

Det betyder, at indlagte retspsykiatriske patienter som hovedregel er frihedsberøvet i henhold til dommen og de kan efter udskrivning genindlægges i henhold til dommen i de tilfælde, hvor dommen giver mulighed herfor. Omvendt skal også retspsykiatriske patienter, der ikke er indlagt, tvangsindlægges i henhold til psykiatriloven, hvis de opfylder kriterierne herfor.

De følger af ovenstående, at psykiatrilovens øvrige bestemmelser finder anvendelse overfor indlagte retspsykiatriske patienter. Det drejer sig om;

- tvangsbehandling, jf. §§ 12 og 13
- tvangsfiksering, jf. § 14
- fysisk magt (fastholdelse), jf. § 17
- personlige alarm- og pejlesystemer (primært over for demente), jf. § 17 a
- beskyttelsesfiksering (primært over for demente), jf. § 18
- aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen, jf. §§ 18 a og 18 b
- oppegående tvangsfiksering på Sikringsafdelingen jf. § 18 c
- personlig skærmning, jf. § 18 d
- aflåsning af døre i afdelingen (skærmede enheder), jf. § 18 e
- personlig hygiejne, jf. § 18 g
- undersøgelse af post, patientstuer, kropsvisitation m.v., jf. § 19 a

Misbrug – behov for flere behandlings- og opfølgningstiltag

Ofte har retspsykiatriske patienter et kompliceret misbrug i form af flere forskellige slags rusmidler, og en stor gruppe af disse patienter, har udført deres alvorlige personfarlige kriminalitet under påvirkning af stoffer. Herudover har man erfaring med fra retspsykiatrien, at misbrug øger risikoen for recidiv. Det er derfor vigtigt, at retspsykiatrien har øje for misbrugsproblematikken.

Som det fremgår af tværsnitsdata i tabel 6 har 1.326 patienter et diagnosticeret misbrug. Det svarer til, at halvdelen af alle retspsykiatriske patienter har et mis-

brug, men da der er tale om diagnosticeret misbrug, tyder al erfaring på, at det reelle misbrug af stoffer har et væsentligt større omfang.

Side 39

Tabel 5. Misbrug og behandling af retspsykiatriske patienter. Nov. 2010

Misbrug	Antal	Pct. af misbrugere	Pct. af alle retspsyk. patienter
Alkohol	427	32,2	16,2
- Heraf i behandling	159	37,2	-
Hash	403	30,4	15,3
Stof/ blanding	496	37,4	18,8
- Heraf i behandling	184	37,1	-
I alt	1.326	100,0	50,3
- Heraf i behandling	343	25,8	-

343 patienter med et diagnosticeret misbrug – dvs hver fjerde – er i behandling herfor. Når der ses bort fra, at der ikke findes behandlingstilbud for hashmisbrug, hvorfor ingen hashmisbrugere er i behandling, viser data, at der er iværksat behandling overfor knap 40 pct. af alle med diagnosticeret alkohol- eller stofmisbrug. Andelen i behandling er lige stor for både alkohol- og stofmisbrug.

Det er udvalgets opfattelse, at der overfor de retspsykiatriske patienter påhviler et særligt ansvar for at sikre en effektiv misbrugsbehandling. Det særlige ansvar udspringer af dommens formål om at forebygge recidiv, og det faktum at misbrug ofte fører til kriminalitet. Udvalget konstaterer, at der for så vidt angår misbrug blandt retspsykiatriske patienter tilsyneladende både er tale om underdiagnostisering og underbehandling.

I behandlingen af misbrugsproblematikken generelt, er det vigtigt, at få udredt den enkelte retspsykiatriske patients eventuelle misbrug med henblik på at iværksætte misbrugsbehandling. Udredningen omfatter misbrugets omfang, karakter og funktion. Misbrugsbehandling under indlæggelse er regionernes ansvar, hvorimod det er kommunernes ansvar at behandle stabile udskrevne psykiatriske patienter²⁰. Koordineringen i forhold til behandlingsindsatsen for patienter med dobbeltdiagnoser, foretages i praksis af regionerne.

²⁰ Der henvises til Sundhedslovens §§ 141-142 og Servicelovens § 101.

Retspsykiatriske patienters psykiatriske behandlingsforløb er ofte langvarige ligesom effektiv misbrugsbehandling typisk strækker sig over en længere periode. For retspsykiatriske patienter indebærer det, at misbrugsbehandlingen skal overdrages fra det psykiatriske hospital til kommunal foranstaltning. Skal behandlingen af misbruget være effektiv, er det en forudsætning, at sygehus og kommune samarbejder og oplyser hinanden omkring udskrivning, indlæggelse og behandlingsplan vedrørende misbruget.

I regi af sundhedskoordinationsudvalgene skal der én gang pr. valgperiode udarbejdes en sundhedsaftale mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser i regionen. Sundhedsaftalen har til formål at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i patientforløbene, således at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for. Som led i sundhedsaftalen skal indsatsen overfor personer med psykisk sygdom koordineres.

Da succesmulighederne for den psykiatriske behandlingsindsats ofte beror på, at patienterne er stoffri eller i behandling for deres stofmisbrug, er det udvalgets opfattelse, at retspsykiatriske patienter med misbrug skal sikres behandling herfor. Det er imidlertid en generel erfaring, at overlevering af misbrugsbehandlingsopgaven er vanskelig, og at mange retspsykiatriske patienters misbrugsbehandlingsforløb mangler kontinuitet.

Da dommens effektivering er et regionalt anliggende, og fordi effektiv misbrugsbehandling er afgørende for at forebygge ny kriminalitet (dommens primære formål) finder udvalget, at den aktuelle opgavedeling vedrørende misbrugsbehandling vanskeliggør det samlede behandlingsresultat.

Udvalget har derfor drøftet behovene for en mere målrettet og kontinuerlig misbrugsbehandling af retspsykiatriske patienter i sammenhæng med den psykiatriske behandling og med udgangspunkt i de retspsykiatriske afdelinger.

I forhold til ansvaret for misbrugsbehandlingen for denne målgruppe, skal det bemærkes, at KL tager forbehold for, at de aftaler der forelå før reformen på sundhedsområdet – herunder psykiatriområdet – er blevet ændret. KL henviser i den forbindelse til, at det af psykiatriaftalen 2003-2006 samt regeringens ”Kampen mod narko”, punkt 70 fremgår, at for de hårdest belastede psykisk syge, der lider af skizofreni og samtidig har et misbrug, ligger behandlingsansvaret i det psykiatriske behandlingssystem og ikke i misbrugsbehandlingssystemet.

Derfor afventer KL en afklaring fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og kan ikke bakke op om den anden anbefaling nedenfor, om muligheden for at samle misbrugsbehandlingen i regionerne, idet KL er af den opfattelse, at det allerede er et regionalt ansvar.

Anbefalinger

- Udvalget anbefaler, at der foretages en regelmæssig vurdering og udredning (anamnese) af de retspsykiatriske patienters misbrug.
- Udvalget anbefaler, at sammenhængen i misbrugsbehandlingen af de retspsykiatriske patienter styrkes. Dette kunne eksempelvis ske ved at kigge på den eksisterende lovgivning, herunder muligheden for at samle misbrugsbehandling af udskrevne retspsykiatriske patienter i regionerne.

Visitation og undersøgelse- Behov for udvidet adgang?

Ifølge tværsnitsundersøgelsen har 1.326 svarende til 50 pct. af de retspsykiatriske patienter jf. tværsnitsundersøgelsen et diagnosticeret alkohol- eller stofmisbrug. Hertil må påregnes, at en betydelig del jævnligt bruger alkohol og stoffer i en grad, der må kategoriseres som et misbrug.

Tilstedeværelsen af narkotika er et stort problem, og på de retspsykiatriske afdelinger føres en stadig kamp med at holde stoffer ude. Det forekommer også, at der forefindes våben eller andre farlige genstande på afdelingerne. Afdelingerne kan selv og skal selv gøre meget for at bekæmpe indsmugling af narkotika m.v. Det sker f.eks. gennem husordener og regler, der bl.a. regulerer adgang og samkvem med udefrakommende.

Når der er stoffer på afdelingerne medfører det ofte handel mellem patienterne med deraf følgende gæld og udestående, der kan lede til uro og intern splid mellem patienterne. Nogle patienter bliver aggressive og farlige under påvirkning af stoffer, og generelt modvirker stofferne selve behandlingen.

Af psykiatrilovens § 19 a²¹ fremgår, at undersøgelse af patientstuer, kropsvisitationer mv. af retspsykiatriske patienter er muligt. Af loven fremgår endvidere, at der skal foreligge en *begrundet* mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er eller vil blive forsøgt indført til patienten, før overlægen kan beslutte at gennemføre sådanne undersøgelser. Af lovforarbejderne²² fremgår, at det skal anføres i journalen, hvilke konkrete forhold mistanken bygger på. Den omstændighed, at patienten f.eks. har en kendt misbrugshistorie er ikke i sig selv tilstrækkelig konkret eller begrundet. Der skal endvidere være tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for, at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande m.v. Der kan således ikke etableres faste rutiner på afdelingen, hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.

I personalegruppen på de psykiatriske afdelinger vil der ofte være en sikker fornemmelse af, at der er stoffer til stede og i omløb, når f.eks. patienter virker påvirkede af stoffer; der er en øget / hektisk aktivitet og uro i patientgruppen; der forekommer trusler, verbale og fysiske skærmysler el.lign.; afdelingen lugter umiskendeligt af hash. Alligevel kan det i de nævnte situationer være svært for personalet at konkretisere og begrunde mistanken tilstrækkeligt i forhold til en konkret patient. Udvalget har drøftet, hvorvidt de strikse krav om både konkret og begrundet mistanke for anvendelsen af § 19 a er hensigtsmæssige.

Udvalget er på den baggrund enige om, at kravene er rimelige for så vidt angår adgangen til kropsvisitation. Der er tale om et grænseoverskridende indgreb, som af mange vil blive oplevet som både ydmygende og krænkende. Af hensyn til patienternes retsstilling finder udvalget det derfor kun rimeligt, at indgrebet er både konkret og begrundet.

Omvendt finder udvalget ikke, at de samme krav og hensyn bør gælde, når det handler om undersøgelse af de fysiske faciliteter. De psykiatriske afdelinger – både fællesområder og patientstuer – er hospitalets ejendom, og udvalget finder derfor, at disse faciliteter naturligt må være underlagt hospitalsmyndighedernes kontrol.

I de nævnte tilfælde kan afdelingen også vælge at tilkalde politiet, der har hjemmel til at gennemse både afdelingen. Politiet har den fornødne ekspertise til at

²¹ For en uddybning af kriterierne vedrørende undersøgelse af patientstuer, kropsvisitering af patienter m.v. henvises til bekendtgørelse nr. 1494 af 14. december 2006.

²² Lovforslag nr. 140 af 2006 om Ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven (Revision af psykiatriloven, herunder tvangsdefinition, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, øget lægelig tilsyn og ekstern efterprøvelse, ændret klageadgang mv).

gennemføre en ransagning målrettet og effektivt, ligesom politiet råder over narkohunde.

Side 43

Selvom der de fleste steder er et godt samarbejde med politiet, kan det opleves som ressourcspild og et unødvendigt træk på det gode samarbejde, såfremt politiet skal dukke op, hver gang der er mistanke om stoffer på afdelingen. Fænomenets udbredelse taget i betragtning må dette antages at være ofte.

Udvalget har i forlængelse af ovenstående drøftet, hvorvidt lempelse af kravene i § 19 a skal afgrænses til de retspsykiatriske afdelinger, hvor alle patienter er indlagt i henhold til dom. I den sammenhæng finder udvalget imidlertid, at også de almenpsykiatriske afdelinger, hvor der også er retspsykiatriske patienter, kæmper en konstant og ofte forgæves kamp mod indsmugling af stoffer og brud på husordenne med de samme kontraproduktive konsekvenser for behandlingen. En lempelse bør derfor gælde alle psykiatriske afdelinger.

Anbefalinger

- Udvalget anbefaler, at adgangen til at gennemføre undersøgelser af patientstuer i henhold til psykiatrilovens § 19 a lempes.
- Udvalget anbefaler, at der lokalt udarbejdes konkrete samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og politiet, hvori det præciseres, hvornår og under hvilke omstændigheder, politiet tilkaldes.

Mentalerklæringer

Det skal indledningsvist til dette afsnit bemærkes, at der i regi af Justitsministeriet er nedsat en arbejdsgruppe vedr. mentalerklæringer, der skal afdække baggrunden for, og omfanget af, problemet vedrørende ventetider på mentalundersøgelser. De statslige repræsentanter i udvalget og KL finder, at spørgsmålet vedr. mentalerklæringer bør håndteres i Justitsministeriets arbejdsgruppe, hvorfor de statslige repræsentanter og KL ønsker at afvente resultatet af dette arbejde.

Udarbejdelse af mentalerklæringer

Opstår der i forbindelse med en verserende retssag mistanke om, at den sigtede er psykisk syg, vil der blive udarbejdet en mentalerklæring. Mentalerklæringen skal afklare, om patienten var sindssyg på gerningstidspunktet, dels at vejlede domstolen om, hvilken sanktion der mest hensigtsmæssigt forebygger ny kriminalitet.

Er den sigtede ikke frihedsberøvet eller er vedkommende anbragt i arrest under domstolsbehandlingen gennemføres mentalundersøgelsen ambulantly. Er den sigtede under domstolsbehandlingen frihedsberøvet i varetægtssurrogat på en (rets)psykiatrisk afdeling, udføres mentalundersøgelsen af regionerne.

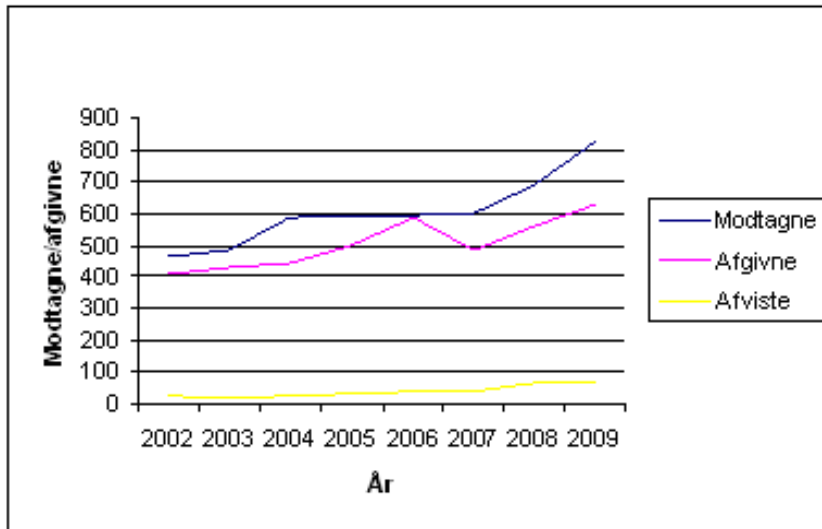
I politikredsene vest for Storebælt udføres ambulante mentalundersøgelser efter aftale mellem Justitsministeriet og regionerne på de retspsykiatriske klinikker i henholdsvis Middelfart, Risskov og Ålborg.²³ I praksis løses en del af opgaven i speciallægernes fritid eller ved tilkøb af eksterne konsulenter – bl.a. pensionerede overlæger med erfaring fra retspsykiatrien.

Øst for Storebælt udføres ambulante mentalundersøgelser for politikredsene i Storkøbenhavn af Retspsykiatrisk Klinik under Justitsministeriet. De sjællandske politikredse udenfor Storkøbenhavn er ikke dækket af nogen aftale, og det påhviler her politikredsene selv at rekvirere mentalerklæringer. Arbejdet udføres i et vist omfang af privatpraktiserende psykiatere, pensionerede ansatte i psykiatrien og nuværende ansatte i psykiatrien på fritidsbasis.

I de eksisterende aftaler mellem Justitsministeriet og de vstdanske regioner er der aftalt en leveringstid på 6 uger for ambulante mentalerklæringer og 8 uger for erklæringer udarbejdet under indlæggelse. Denne tidsfrist har det i stigende grad vist sig vanskeligt for regionerne at leve op til, og Justitsministeriet har derfor nedsat et udvalg til at se på, hvorledes ventetiderne på udarbejdelse af primært ambulante mentalerklæringer kan nedbringes. Årsagen til de stigende ventetider vurderes hovedsageligt at være en betydelig stigning i antallet af erklæringer samt den udbredte lægemangel i psykiatrien – et forhold som ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose for 2010-2030 først vil ændre sig på den anden side af 2025.

²³ Aftalerne med Justitsministeriet, der oprindeligt er indgået med Fyns, Århus og Nordjyllands Amt, videreføres af Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland. Et aktuelt udvalgsarbejde under justitsministeriet er i færd med at vurdere behovet for en revision af aftalerne.

Figur 8. Udvikling i mentalerklæringer (Vestdanmark)



Som det fremgår af figur 8 rekvirerer domstolene næsten dobbelt så mange mentalerklæringer i 2009 sammenlignet med 2002. Hertil kommer, at antallet af patienter indlagt til mentalobservation opleves som stærkt stigende. På tværsnitdatoen udgjorde mentalobservanter 192 og surrogatanbragte 110.

Udarbejdelse af mentalerklæringer er en central retspsykiatrisk opgave, der som udgangspunkt bør løses i en specialiseret regionsfunktion i tilknytning til diagnosticering og behandling af psykiske sygdomme. Udvalget har drøftet for at hjemle udarbejdelsen af mentalerklæringer for domstolene i sundhedsloven som en regional opgave.

Udvalgets repræsentanter for regionerne og Det Sociale Netværk kan i den sammenhæng pege på en række fordele:

- Entydig ansvarsplacering på myndighedsniveau
- Entydigt ledelsesansvar for opgaveløsningen på tværs af den regionale psykiatrivirksomhed
- Tæt kobling til det daglige kliniske arbejde
- Sammenhæng i opgaven for både stationære og ambulante patienter
- Inddragelse i det løbende kliniske kvalitetsarbejde, hvorved den samlede kvalitet i erklæringerne forbedres

- Mere ensartede mentalklæringer og mentalklæringer af en højere kvalitet
- Inddragelse af opgaven i den lægelige uddannelsesopgave, der varetages i de retspsykiatriske regionsfunktioner
- Opkvalificering af flere læger i psykiatrien til at bidrage til at udarbejde erklæringerne
- Mulig reduktion af den nuværende sagsbehandlingstid.

Side 46

Anbefaling

- Repræsentanterne for regionerne og Det Sociale Netværk anbefaler, at det i sundhedsloven præciseres, at udarbejdelse af mentalklæringer til brug ved domstolene er en sygehusopgave, som regionerne skal varetage. Opgaven bør som udgangspunkt varetages på en af Sundhedsstyrelsen godkendt regionsfunktion.

Processen omkring udarbejdelsen af mentalklæringer rummer også en række øvrige problemstillinger, som det er relevant at få udredt. Udvalget noterer sig, at disse spørgsmål håndteres i det føromtalte udvalg under Justitsministeriet.

Det hensigtsmæssige patientforløb

De fleste behandlingsforløb kan opdeles i faser, hvor identifikation og udredning af en sygdomstilstand udgør én første fase, pleje og behandling udgør en anden fase og genoptræning udgør en tredje fase.

Det samlede patientforløb kan forløbe mere eller mindre hensigtsmæssigt, men der hersker bred enighed om, at et hensigtsmæssigt patientforløb er kendetegnet ved rettidighed og kontinuitet. Rettidighed handler bl.a. om, at opdage og udrede en given sygdomstilstand i tide, da en tidlig indsats ofte er afgørende for det endelige behandlingsresultat. Kontinuitet handler bl.a. om, at de enkelte elementer i det samlede behandlingsforløb afvikles på en måde, der sikrer et så optimalt behandlingsresultat som muligt.

Da de forskellige faser ofte omfatter indsatser i både det primære og sekundære sundhedsvæsen samt i kommunalt regi, stiller det store krav til samarbejdet mellem parterne, at sikre den rettidighed og kontinuitet, der kan defineres som *det hensigtsmæssige patientforløb*.

Det ligger i forståelsen af et hensigtsmæssigt patientforløb, at tid er en faktor. Ofte handler tidsfaktoren om, at situationen er akut og behandling skal iværksættes hurtigt. Men tidsfaktoren kan f.eks. også handle om, at patienten skal tage på i vægt forud for en operation, hævelsen omkring et brud skal fortage, inden der lægges gips på, eller at virkningen af en medicin skal slå igennem, inden næste behandlingsskridt kan tages.

Elementerne i det hensigtsmæssige patientforløb og tidsfaktorens betydning gælder også for psykiatiske patienter og retspsykiatiske patienter i særdeleshed. F.eks. gør risikoen for recidiv, hensynet til sikkerheden og den almindelige retsfølelse, spørgsmålet om rettidighed og kontinuitet særlig vigtigt. Dermed stilles der også store krav til de forskellige aktørers samarbejde for at skabe sammenhæng i indsatsen.

Vejen ind i retspsykiatrien

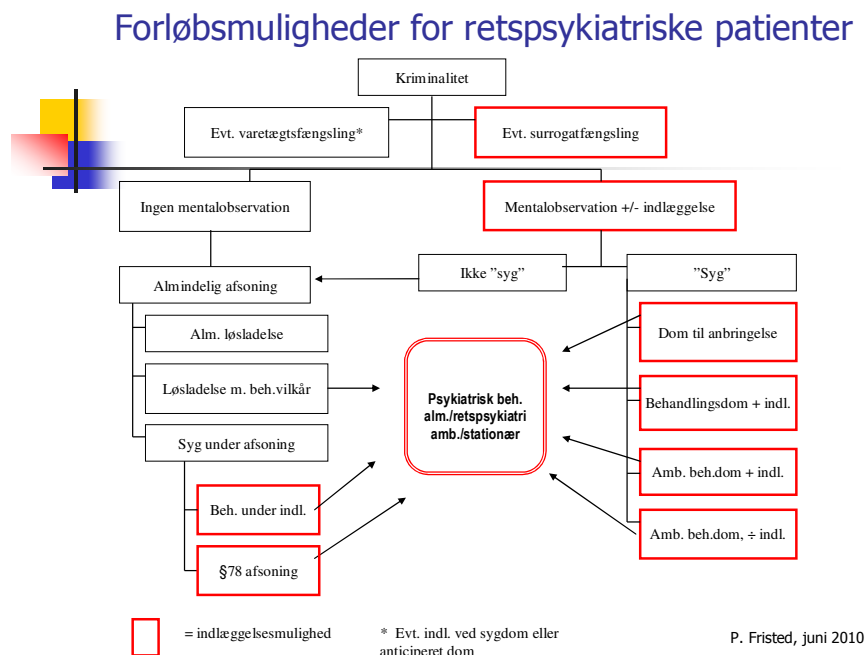
Patientens vej ind i retspsykiatrien begynder ofte med, at domstolen anmoder om, at der udarbejdes en mentalerklæring af en sigtet person, der formodes at

være psykisk syg. Mentalundersøgelsen, der både kan foregå under indlæggelse eller ambulant, danner grundlag for domstolens vurdering af, om den tiltalte er egnet eller uegnet til straf. Kendes tiltalte skyldig men uegnet til straf på grund af sindssygdom, kan vedkommende idømmes en særforanstaltning efter straffelovens §§ 68 (se kap. 3).

Effektueringen af særforanstaltninger overfor sindssyge sker i behandlingspsykiatriens regi, og regionerne har pligt til at modtage personer, der af domstolene er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, og yde psykiatrisk behandling²⁴ Behandlingen kan foregå både under indlæggelse og/eller ambulant.

De retslige patienters vej gennem domstolene og ind i psykiatrien kan som nedenstående figur 9 viser være forskellig. Langt den overvejende del af patienterne kommer ind via figurens højre side jf. beskrivelsen ovenfor - primært i form af dom til anbringelse/ behandling. Enkelte overføres til psykiatrisk behandling, såfremt de udvikler en behandlingskrævende psykisk sygdom under domstolsbehandlingen eller under afsoningen.

Figur 9. Retspsykiatriske patienters forløbsmuligheder



²⁴ I henhold til Lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling.

Det hensigtsmæssige patientforløb – Før dom

Med afsæt i de grundlæggende præmisser om rettidighed og kontinuitet i behandlingsforløb er det åbenlyst, at tid er en betydende faktor for et godt sammenhængende behandlingsforløb. Der er således i udvalget bred enighed om, at hurtig domfældelse skal efterstræbes med henblik på snarlig iværksættelse af behandling.

En sigtets første berøring med retspsykiatrien vil ofte ske som led i udarbejdelsen af en mentalerklæring til brug for den verserende retssag. I den forbindelse er det naturligvis vigtigt, at domstolsbehandlingen så vidt muligt ligger i umiddelbar forlængelse af mentalundersøgelsen, således at der fra psykiatriens side kan følges op på en eventuel foranstaltningsdom. Det skal så vidt muligt undgås, at sigtede er ubehandlede i længere perioder mellem mentalundersøgelse og domfældelse.

Udvalget finder i den anledning grund til at påpege regionernes forpligtelse til at tilbyde behandling, såfremt mentalundersøgelsen viser et behandlingsbehov. Udvalget anerkender samtidig, at behandling forud for dom er frivillig, med mindre psykiatrilovens kriterier er opfyldt, hvorfor mentalobservanten kan afvise tilbudet.

Det hensigtsmæssige patientforløb – Efter domDen første kontakt

Når en sigtet idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, er det vigtigt, at dommen kan effektueres umiddelbart. Det handler dels om den almindelige retsfølelse og retssikkerhed, dels handler det om at få iværksat den behandling, som domstolen har vurderet er påkrævet for at forebygge ny kriminalitet.

Det påhviler anklagemyndigheden at sikre, at psykiatrien modtager et domsudskrift efter dommen. Der er herefter psykiatriens ansvar, at indkalde patienten til den første kontakt - om nødvendigt i samarbejde med Kriminalforsorgen og eventuelt politiet.

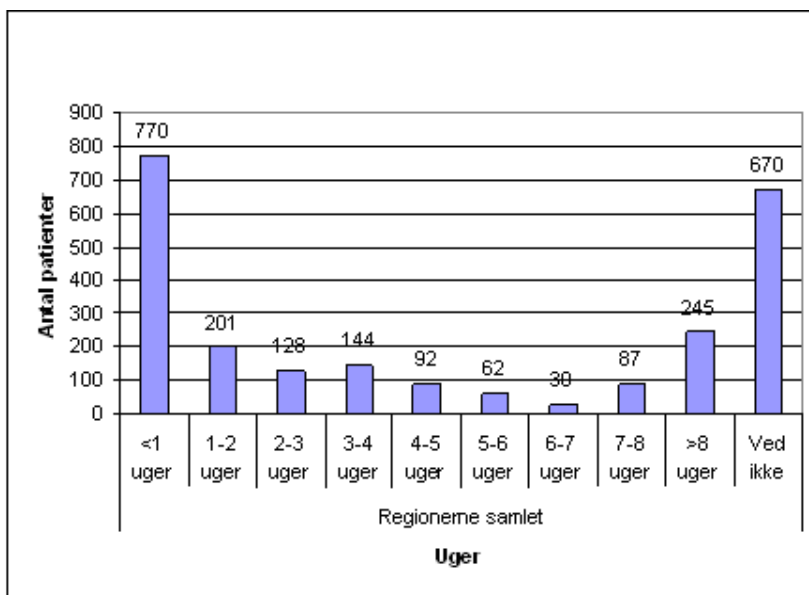
Der har i optakten til udvalgets arbejde været sat fokus på, om sagsgangen i forbindelse med domsafsigelsen fungerer hensigtsmæssigt og understøtter et sammenhængende patientforløb. Der har bl.a. været rejst spørgsmål om, hvor lang tid, der går fra domfældelse til iværksættelse af behandling. Heri indgår f.eks. tiden fra domfældelse til sagen er modtaget i psykiatrien; tid fra sagens modtagelse i psykiatrien til første behandlingskontakt; tid fra domfældelse til Kriminalforsorgens

iværksættelse af tilsyn. Den rejste tvivl har bl.a. indgået i et samråd i Folketinget (samrådsspørgsmål F og G, SUU alm.del.).

Side 50

I tværseksundersøgelsen er der spurgt til længden af tidsrummet fra psykiatrien har modtaget meddelelse om dom til den første behandlingskontakt er skabt og behandlingsforløbet kan iværksættes. De indkomne oplysninger fremgår af figur 10.

Figur 10. Tidsrum fra meddelelse om dom til behandlingsopstart



Det fremgår af figuren, at godt 50 pct. af alle patienter er i kontakt med behandlingssystemet indenfor 4 uger, og 62 pct. indenfor 8 uger. Det store antal "ved ikke" beror på, at det ikke har været muligt at konstatere ud fra patientjournalerne. Det synes dog rimeligt at antage, at "ved-ikke"-gruppen fordeler sig jævnt ud over spektret. Ses der således bort fra "ved-ikke"-kategorien er 70 pct. og 85 pct. i behandling inden for henholdsvis 4 og 8 uger.

Det skal for god ordens skyld bemærkes, at patienter, der har siddet i varetægt eller varetægtssurrogat under domstolsbehandling, som oftest overføres til et psykiatrisk hospital. Det betyder omvendt, at domstolen/ anklagemyndigheden for langt hovedparten vurderer, at sigtede enten ikke udgør en sikkerhedsrisiko for sig selv og det øvrige samfund, eller at sigtede ikke kan modarbejde politiets opklaringsarbejde og dermed påvirke retssagens udfald, selvom de befinder sig på fri fod.

Som bidrag til Folketingssamrådet har en region oplyst, at der kan gå mellem 3 uger og 2 måneder fra dommen er afsagt til psykiatrien modtager domsudskrift med anmodning om at bekræfte, at man påtager sig behandlingsansvaret i henhold til dommen. Anmodningen underskrives og tilbagesendes til domstolen. I sagsforløbet indgår 14 dages ankefrist. Det fremgik ligeledes af regionernes oplysninger, at anmodningerne typisk fremsendes med papirpost, og at anklagemyndighederne i forhold til én region har været i tvivl om, hvem/hvor i regionen, man skulle sende anmodningerne til.

Sagsgangen, der kan forekomme både omstændelig og langsom, har været drøftet i udvalget med henblik på at vurdere mulighederne for at optimere processen. Dette kunne eksempelvis ske ved aftale mellem anklagemyndigheden og regionerne om anvendelse af elektronisk post ved fremsendelse af domsudskrift og ved oprettelse af én postkasse i hver region til modtagelse af dokumenter vedrørende retspsykiatriske patienter.

Indlæggelse

I forhold til at definere og beskrive et hensigtsmæssigt retspsykiatrisk patientforløb har især behandlingsdommene været genstand for drøftelse.

Udgangspunktet for drøftelserne har været Rigsadvokatens meddelelse nr. 5²⁵, ifølge hvilken en behandlingsdom som udgangspunkt forudsætter, at behandlingen bliver indledt med indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Ved vurderingen af, hvilken foranstaltning der bør nedlægges påstand om, indgår en afvejning af sikkerheds- og behandlingsmæssige hensyn, men også proportionalitetsbetragtninger under hensyntagen til kriminalitetens art og grovhed.

I nogle tilfælde befinder patienten sig - grundet tidsspændet fra deres kontakt til det psykiatriske system og frem til domsafsigelse - i et velfungerende behandlingsforløb. Dette kan sammen med de øvrige forhold, som er nævnt ovenfor, indgå i en konkret vurdering af, om patienten efter omstændighederne ikke bør indlægges.

Patienterne kan på domstidspunktet være i behandling af flere årsager:

- Patienten er allerede forud for domstols sagen patient.

²⁵ Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007 om behandlingen af straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle og personer omfattet af straffelovens § 70. Kan findes på http://www.rigsadvokaten.dk/media/RM_5-2007.pdf

- Patienten er i tidsrummet fra domsafsigelse til anmodning om iværksættelse af behandling modtages i psykiatrien (typisk mellem 3-8 uger) påbegyndt behandlingsforløb
- Patienten er i forlængelse af domstolsbehandlingen (surrogat/ mentalobservation) påbegyndt behandlingsforløb.

Udvalget finder i den forbindelse, at der i de sager, hvor det måtte være relevant, er opmærksomhed på det ovenfor nævnte tidsspænd, sådan at en status på patienternes aktuelle situation er tilgængelig for domstolene forud for domsafsigelse.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler at det sikres, at domstolene på tidspunktet for domsafsigelse, har et aktuelt og opdateret grundlag for en vurdering af den mest hensigtsmæssige retslige foranstaltning for patienterne.

Justitsministeriet bemærker, at det ved vurderingen af hvilken foranstaltning, der bør nedlægges påstand om, indgår en afvejning af sikkerheds- og behandlingsmæssige hensyn, men også proportionalitetsbetragtninger under hensyntagen til kriminalitetens art og grovhed. Det forhold, at en person, der er idømt en behandlingsdom, befinder sig i et velfungerende behandlingsforløb, vil kunne indgå i vurderingen af, om den pågældende ikke bør indlægges. Men også sikkerhedsmæssige hensyn og proportionalitetsbetragtninger under hensyntagen til kriminalitetens art og grovhed skal indgå i vurderingen af, om indlæggelse kan undlades.

Efter Justitsministeriets opfattelse er der ikke grundlag for at antage, at domstolene på tidspunktet for domsafsigelse ikke skulle have et aktuelt og opdateret grundlag for en vurdering af den mest hensigtsmæssige retslige foranstaltning for tiltalte og sigtede. Der har således ikke været fremlagt materiale i udvalget som understøtter, at der skulle være et problem på dette punkt.

Justitsministeriet skal i øvrigt bemærke, at udvalget ikke har indhentet oplysninger, der giver grundlag for at antage, at der i videre omfang, end det kan være relevant, bliver anvendt behandlingsdomme.

Justitsministeriet kan på den baggrund ikke støtte anbefalingen i det omfang den udtrykker, at der skulle være behov for yderligere generelle tiltag.

Tilsyn

Fuldblyrdelse af idømte psykiatriske særforanstaltninger varetages af to instanser. Psykiatrien skal give den dømte psykiatrisk behandling, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om behandlingsansvar. Kriminalforsorgen skal føre tilsyn med den dømte. Det forudsættes, at der er et tæt samarbejde mellem psykiatrien og Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) om den dømte. Et tilsyn af Kriminalforsorgen har til formål at begrænse dømtens tilbagefald til kriminalitet. Tilsynet er toledet og består på den ene side af støtte og på den anden side kontrol.

Ifølge oplysninger fra Direktoratet for Kriminalforsorgen blev der i 2010 ført tilsyn med 2.308 foranstaltningsdømte (gennemsnit for 2010) svarende til ca. 95 pct. af alle retspsykiatriske patienter.

Som før beskrevet, kan der være betydelig variation i den tid, der går fra dom, til psykiatrien får etableret kontakt og påbegyndt behandlingen. En del af den tid, der går inden behandlingsstart kan henføres til, at patientgruppen kan være vanskelig at komme i kontakt med og få til at møde op i psykiatrien. Mange reagerer ikke på brevpost eller overholder ikke indgåede aftaler.

Det har i den sammenhæng været drøftet i udvalget om også andre aktører, der er i kontakt med patienterne, med fordel kan bidrage til at sikre fremmøde til psykiatrisk behandling samt motivere patienterne til at indgå positivt i behandlingen.

Der indgås i stor udstrækning lokale samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og Kriminalforsorgen. Typisk fremgår det af aftalerne, at når psykiatrien/Kriminalforsorgen har modtaget domsudskriften, kontakter psykiatrien og Kriminalforsorgen gensidigt hinanden med henblik på aftale om det forestående samarbejde, og at der på første samarbejds møde fastlægges en plan for det videre forløb med klienten/patienten, hvor det aftales, hvem der er ansvarlig for de enkelte punkter i planen.

Det er normal praksis i KiF, at den behandlende overlæge anmodes om en lægelig vurdering af klienten/ patienten, hvis KiF ikke i forvejen er bekendt med den pågældendes aktuelle psykiske tilstand. Det skyldes, at klienten kan være for syg til, at KiF reelt har mulighed for at gennemføre sin tilsynsvirksomhed. Det skyldes desuden, at der af sikkerhedsmæssige grunde er behov for oplysninger om klientens farlighed, da kontakten mellem KiF og klienten ofte sker ved hjemmebesøg.

I en del tilfælde iværksættes tilsynet i umiddelbar forlængelse af, at domsudskriften modtages fra anklagemyndigheden. Det er typisk tilfælde, hvor KiF i forvejen kender klienten eller har oplysninger om den pågældende fra psykiatrien, således at der kan etableres kontakt på en sikkerhedsmæssig forsvarlig måde.

Det er udvalgets opfattelse at hurtig indgåelse af samarbejde om patienten og hurtig iværksættelse af tilsyn kan bidrage til hurtigere behandlingsstart, understøtte det sammenhængende patientforløb samt fremme den samlede rehabiliteringsindsats.

Anbefalinger

- Udvalget anbefaler, at der indgås specifikke lokale samarbejdsaftaler mellem regionerne og Kriminalforsorgen med henblik på at fastlægge klare rammer for samarbejdet og fremskynde iværksættelse af behandling og tilsyn.
- Udvalget anbefaler, at KiF udvider den praksis, som allerede finder sted i visse sager med iværksættelse af tilsyn umiddelbart efter, at domsudskriften modtages fra anklagemyndigheden. I tilfælde hvor dette ikke er muligt anbefales det, at KiF i perioden inden tilsynet formelt etableres, jævnligt forsøger at holde sig orienteret om klientens/patientens forhold.

Kapitel 6

Absenteringer - statisk og dynamisk sikkerhed

Udvalget har i forbindelse med tværsnitsundersøgelsen kortlagt omfanget af absenteringer i perioden november 2009 til november 2010.

I kortlægningen er der skelnet mellem flere former for absentering:

Rømning: Er defineret som det at stikke af fra lukket afsnit eller lukket have. Der er her tale om at bryde ud under forhold, hvor patienten ikke er givet nogen frihedsgrader.

Undvigelse: Situationer hvor patienter stikker af fra ledsagende personale. Forekommer f.eks. når patienter er bevilget udgang med ledsagelse, eller hvor patient og personale sammen bevæger sig rundt på hospitalsområdet uden for de sikrede afsnit.

Udeblivelse: Omhandler situationer, hvor patienten ikke kommer tilbage eller kommer for sent tilbage fra uledsaget udgang. Der er her tale om, at patienten misbruger en udvist tillid i forbindelse med en gradvis udslusning.

Det fremgår af opgørelsen jf. nedenstående tabel 5.1, at der har været i alt 142 absenteringer fra retspsykiatrien i en 1-årig periode fra november 2009 til november 2010. Hovedparten (122) er absenteret fra lukkede afsnit, og måden, hvorpå de er absenteret, fordeler sig nogenlunde jævnt mellem rømninger, undvigelser og udeblivelser.²⁶

Tabel 6. Antal absenteringer i retspsykiatrien nov. 2009 - nov. 2010

	Antal	Heraf politiet straks underrettet	Gennemsnitlig indlæggelsestid (dage)
Lukket afsnit			
- Rømning	39	39	284,5
- Undvigelse	35	33	501,7

²⁶ Det skal her bemærkes, at hovedparten af de retspsykiatriske senge befinder sig på lukkede afsnit. Således befandt der sig på tværsnitsdatoen kun 40 patienter på åbne retspsykiatriske afsnit.

- Udeblivelse	48	41	572,7
Åbent afsnit			
- Undvigelse	14	3	
- Udeblivelse	6	5	
I alt	142	121	464,0

Undvigelse og udeblivelse omhandler situationer, hvor patienter stikker af fra ledsagende personale eller udebliver fra udgang. Det betyder, at patienterne er et sted i deres behandlingsforløb, hvor de vurderes at være velbehandlede, og derfor har opnået frihedsgrader som et led i deres rehabilitering. Rømninger derimod er kendetegnet ved, at patienterne absenterer fra lukkede afsnit, og bryder ud på tidspunkter, hvor patienten ikke er tildelt nogen frihedsgrader. Det er således - i alt overvejende grad - i forhold til de 39 patienter der rømmer, at der kan være en potentiel fare for enkeltpersoner og/eller det omkringliggende samfund.

Opgørelsen viser antallet af absenteringer i den 1-årige periode, men ikke hvor mange af de opgjorte absenteringer, der foretages af de samme personer. Erfaringer fra retspsykiatrien viser imidlertid, at det ofte er de samme patienter, og at størstedelen kommer tilbage efter relativt kort tid, enten af sig selv eller ved politiets hjælp. Således er 40 pct. tilbage inden for et døgn, 70 pct. er tilbage indenfor 1 uge og 95 pct. er tilbage indenfor 3 måneder.²⁷ Derudover fremgår det af opgørelsen, at 93 pct. af alle absenteringer fra lukkede afsnit straks meldes til politiet. Alle rømninger, 94 pct. af alle undvigelse og 85 pct. af alle udeblivelse meldes.

Endelig fremgår det af opgørelsen, at den gennemsnitlige indlæggelsestid for de, som stikker af er 464 dage eller godt 15 måneder. Det skal sammenholdes med en gennemsnitlig indlæggelsestid i retspsykiatrien på 178 dage eller knap 6 måneder. Dette kan indikere, at lange opholdstider uden udsigt til frihed virker motiverende for at stikke af, hvilket understøttes i rapport vedr. udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien fra DSI. Her ses, på baggrund af tidligere datamateriale, en indikation af årsagerne til, at patienter flygter. Der peges her netop på følelsen af fastlåsning og en udsigtsløshed, behov for at der skal ske noget, hvilke for nogle patienter kan være knyttet til alkohol eller stofindtag, og at patienterne svarer igen ved at stikke af, hvis de ikke opnår de goder de mener at have fået lovning på (eksempelvis overflytning til åbent afsnit, orlov eller udgang)²⁸.

²⁷ "Udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien - Notat til Danske Regioners udvalg om retspsykiatri", Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelehn Johansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI, December 2010.

²⁸ Ibid.

Med udgangspunkt heri, giver DSI et forsigtigt bud på, hvad der kan forebygge eventuelle absenteringer, nemlig at patienterne har behov for en frihedsfølelse - også selvom den er kortvarig. Patienterne skal kunne se en vej ud af deres situation, patienterne skal opleve en fremgang i behandlingen og i de frihedsgrader de opnår, patienterne skal aktiveres og beskæftiges, og der skal være en særlig relation mellem patient og personale²⁹.

Når der kan konstateres 122 absenteringer fra de lukkede retspsykiatriske enheder eller afsnit indenfor for en 1-årig periode, bliver spørgsmålet om sikkerheden på de retspsykiatriske afdelinger relevant. Sikkerhed handler ikke alene om fysisk at vanskeliggøre eller forhindre absenteringer, men også om at forebygge risikoen og motivationen herfor gennem etablering af gode relationer og opbygning af et gensidigt tillidsforhold mellem behandler og patient.

Sikkerhed – statisk og dynamisk

Sikkerhed på det retspsykiatriske område er således en helhed, der både rummer den fysiske sikkerhed (statisk sikkerhed) og den relationelle sikkerhed (dynamisk sikkerhed). Begge elementer har betydning for forebyggelse af absenteringer og rømninger fra de retspsykiatriske enheder. I nedenstående figur er de to sikkerhedsaspekter og elementerne heri forsøgt skitseret.

STATISK SIKKERHED	DYNAMISK SIKKERHED
<ul style="list-style-type: none"> • Ekstern sikkerhed (sluser, låsesystemer, alarmer, adgangskontrol, sikring af vinduer og døre, overskuelighed / oversigtsforhold, overfalds-alarmer, logistik og materialer m.v.) • Intern sikkerhed (indbydende og imødekommende bygningsmæssige forhold, flugtveje for personale, overskuelighed og udsyn, sikring af inventar og løse genstande m.v.) • Perimetersikring - udearealer (hegn, mure, sikringszone, lys, overvågningsudstyr m.v.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relationerne og samspillet mellem personale og patienter, herunder personalets tilstedeværelse og tilgængelighed, interaktionen ml. personale og patienter, og aktiviteter med patienterne m.v. • Mulighed for passende, varierende og meningsfuld beskæftigelse og aktiviteter for patienterne ude som inde, (motionsrum, træningsfaciliteter, træningskøkken, rum til håndværksmæssig beskæftigelse, undervisningslokaler, fysio- og ergoterapi, mulighed for deltagelse i diverse spil (ude som inde), adgang til computer m.v. • Uddannelse og efteruddannelse af personale, personalenormering, faste rutiner og arbejdsgange, risikovurderingsredskaber, konflikthåndtering m.v.

²⁹ "Udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien – Notat til Danske Regioners udvalg om retspsykiatri", Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelehn Johansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI, 2010.

Den statiske sikkerhed har først og fremmest til formål at sikre de retspsykiatriske afdelinger mod absenteringer, at sikre personalet og at reducere eller forhindre tilstedeværelsen af stoffer på afdelingerne ved at vanskeliggøre indkastning og indsmugling. Da de retspsykiatriske afdelinger jo ikke er fængsler³⁰, og da sigtet med de retspsykiatriske foranstaltninger først og fremmest er behandling, skal de særlige fysiske sikkerhedskrav imødekommes på en sådan måde, at der samtidig kan opretholdes et venligt og behandlingsfremmende miljø. Det betyder først og fremmest en professionel relation mellem personale og patient, beskæftigelsesmuligheder og rehabilitering.

Udvalget skal understrege, at både fysisk og dynamisk sikkerhed er vigtige elementer i forhold til at forebygge absenteringer.

Med afsæt i rømningerne i foråret 2010 gennemførte alle regioner et sikkerhedstjek af de retspsykiatriske afdelinger i april-maj 2010. I forbindelse med sikkerhedstjekket havde regionerne både fokus på en gennemgang af den bygningsmæssige sikkerhed (hegn, vinduer, døre m.v.), og på gennemgang af procedurer, arbejdsgange og rutiner. Gennemgangen af procedurer, arbejdsgange m.v. handlede også om at se på, hvordan personalet via systematisk uddannelse, efteruddannelse og vedligeholdelsestræning i konflikthåndtering, vurdering af risici m.v. kan medvirke til at øge sikkerheden.

Gennemgangen gav efterfølgende anledning til, at regionerne iværksatte tiltag, der rettede sig mod problemområderne (se bilag vedr. redegørelse for sikkerheden i retspsykiatrien for en detaljeret beskrivelse af sikkerhedstjekket). På trods heraf har der efterfølgende været absenteringer fra de retspsykiatriske afdelinger.

Bygninger – fysiske rammer

Nogle af de sikkerhedsmæssige udfordringer regionerne kortlagde på de retspsykiatriske afdelinger kan tilskrives den ældre bygningsmasse og de begrænsninger bygningsmassen rummer.

Udfordringerne, der kort er skitseret nedenfor, varierer i omfang og styrke mellem regionerne afhængigt af bygningernes alder, indretning m.v.

- Manglende mulighed for indtænkning af sikkerhed i materialevalg, logistik og indretning kan gøre det vanskeligt at opfylde hensynet til både fysisk sikkerhed og et imødekommende og behandlingsfremmende miljø.

³⁰ Sikringsafdelingen – Nykøbing Sjælland skal i henhold til lovgivningen udadtil være sikret som et fængsel. Indadtil er der stadig fokus på behandlingen.

- Umoderne patientstuer. På enkelte af de retspsykiatriske afdelinger og enheder er patientstuerne fortsat utidssvarende indrettet uden mulighed for enestuer med eget bad og toilet.
- Manglende overskuelighed, transparens og rummelighed. Nogle af de ældre bygninger indeholder kroge og vinkler og/eller snævre gangarealer, der medfører utryghed for både patienter og personale, samt vanskeliggør personalets betingelser for at vurdere miljøet.
- U hensigtsmæssige udearealer. Adgang til udearealer vanskeliggøres flere steder af, at der ikke alle steder er direkte udgang fra afdelingen til sikrede udearealer, at der er hegn/mure af forskellig højde med mulighed for absenteringer og indførelse af stoffer.
- Manglende mulighed for graduering af sikkerhed/skærmning internt på afdelingerne/enhederne.

De ovenfor nævnte udfordringer kan i varierende grad imødekommes indenfor de eksisterende rammer. Alle regioner arbejder med at indrette de eksisterende bygninger, så der sker en optimering af den dynamiske og fysiske sikkerhed.

Modernisering af de fysiske rammer for retspsykiatrien

Samtlige regioner har søgt centrale satspuljemidler og puljen til anlægsløft i retspsykiatrien med henblik på en forbedring og opgradering af både den statiske og dynamiske sikkerhed på de retspsykiatriske afdelinger og enheder. Initiativerne strækker sig fra udskiftning af hegn, belysning på udearealer, udskiftning af låsesystemer, døre m.v. til etablering af aktivitetshuse i tilknytning til de retspsykiatriske afdelinger (Glostrup og Ålborg).

Det fremgår af regionernes psykiatriplaner, at der er et udtalt ønske om samling af den retspsykiatriske kapacitet i mere moderne og tidssvarende rammer, hvor sikkerhedsaspekterne kan indtænkes og integreres fra starten. Flere regioner påtænker at placere psykiatrien, herunder også retspsykiatrien i sammenhæng med de nye sygehusbyggerier på det somatiske område,

I idéoplæggene for de retspsykiatriske byggeprojekter, er det tydeligt at man med moderniseringerne har fokus på nedbrydelse af de skitserede barrierer. Herunder i særlig grad et ønske om sikkerhedsmæssige gennemtænkte byggerier, større mulighed for graduering og skærmning indenfor de retspsykiatriske afdelin-

ger/enheder, samt forbedring af aktivitets- og beskæftigelsesmuligheder for patienterne via placering i tilknytning til sengeafdelingerne.

Side 60

I forbindelse med udmøntningen af kvalitetsfondsmidlerne til modernisering af sygehusstrukturen har ekspertpanelet givet tilsagn om finansiering af psykiatriprojekter på Sct. Hans og i Slagelse. De øvrige retspsykiatriske byggeprojekter skal derfor finansieres via regionale anlægsbudgetter. Udvalget finder, at man bør prioritere moderniseringen af de fysiske rammer i retspsykiatrien.

Anbefalinger

- Udvalget anbefaler, at regionerne formulerer standardiserede sikkerhedskrav for de retspsykiatriske afdelinger, med bistand fra Kriminalforsorgen og eventuelt andre relevante aktører. De standardiserede sikkerhedskrav kunne eksempelvis relatere sig til perimetersikring og den eksterne sikkerhed såsom hegn, mure, sluser, sikkerhedszoner, udstyrsstandarder m.v. og udarbejdelse af tjeklister.
- Udvalget anbefaler, at regionerne foretager en bygningsmæssig gennemgang af de retspsykiatriske afdelinger og af sikkerhedsprocedurer og arbejdsgange, med henblik på løbende at vurdere, hvordan sikkerheden kan optimeres og med henblik på opfyldelse af kravene til standardisering
- Udvalget anbefaler, at der i tilfælde af absenteringer gennemføres audits, så omstændighederne omkring absenteringen bruges til læring med henblik på at undgå lignende hændelser.
- Udvalget anbefaler et økonomisk råderum til, at investeringer til forbedringer af de retspsykiatriske bygninger kan realiseres.
- Udvalget anbefaler, at vidensopsamling om byggeri i retspsykiatrien, herunder identificering af bedste praksis nationalt og eventuelt internationalt, indgår i regionernes projekt vedr. systematisk vidensdeling om sygehusbyggeri.

Aktivitets- og beskæftigelsesmuligheder

At de retspsykiatriske patienter er underlagt retslige foranstaltninger betyder, at de ikke er på afdelingerne frivilligt, og dermed ofte ikke er motiverede til at samarbejde om behandlingen. For en stor del af denne patientgruppe er der heller ikke mulighed for udgang. Den manglende bevægelsesfrihed, kombineret med lange indlæggelsesforløb betyder, at muligheden for at deltage i meningsfulde og varierende aktiviteter er altafgørende, og det samme er relationen mellem patienter og behandlere. Både for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen og for forebyggelse af udadreagerende adfærd og konflikter.

På mange af de retspsykiatriske enheder, er der en fysisk adskillelse mellem sengeafdelinger og aktivitetsrum og/eller begrænsede pladsforhold i aktivitetsrummene, hvilket vanskeliggør patienternes muligheder for beskæftigelse og deltagelse i forskellige aktiviteter. Af sikkerhedsmæssige hensyn, skal aktiviteterne helst ske i tilslutning til sengeafdelingerne.

Muligheder for en meningsfuld aktivering, motion eller beskæftigelse af patienterne er helt centralt. Patienternes motivation for at flygte og absenterer stiger, hvis patienterne ikke oplever adspredelse, skift i miljø m.v.

Aktivitets- og beskæftigelsesmuligheder er ligeledes en vigtig del af patienternes rehabilitering og deres forberedelse til at kunne begå sig udenfor de retspsykiatriske enheder, når de skal udskrives. Det er derfor udvalgets vurdering, at dette aspekt skal prioriteres og at der skabes de fornødne fysiske og personalemæssige rammer til understøttelse heraf. Det kan eksempelvis være i form af adgang til motionsrum, træningskøkken, undervisningslokaler, fysio- og ergoterapi, udendørs aktiviteter m.v.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at etablering af aktivitets- og beskæftigelsesmulighederne for de retspsykiatriske patienter prioriteres, herunder eksempelvis motionsrum, træningskøkken, undervisningslokaler, fysio- og ergoterapi, udendørs aktiviteter m.v.

Patient/behandler relationen

Relationen mellem patient og behandler er et andet altafgørende element i forhold til den dynamiske sikkerhed. Relationen er ikke nødvendigvis afhængig af de fysiske rammer, men hvis den statiske sikkerhed er i orden får personalet rum og overskud til at fokusere på skabelsen af en behandlingsfremmende relation til patienterne.

Det kræver tilstrækkelige kompetencer, uddannelse og ressourcer hos personalet, at kunne forebygge konflikter og udadreagerende adfærd hos patienterne. I rapporten fra DSI om udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien, fremgår det, at der generelt er sket en udvikling indenfor retspsykiatrien fra kontrol og straffetænkning mod en større åbenhed overfor den enkelte patient og dennes individuelle behov. DSI nævner i den forbindelse, at en del af forklaringen herpå er introduktionen af bl.a. kognitiv behandling og motivationsarbejde med patienterne, men også at den retspsykiatriske plejeuddannelse, har betydet meget. Personalet beskriver i den forbindelse, at efteruddannelsens fokus på konflikthåndtering og konfliktsamtaler, har haft en positiv indflydelse på netop relationen mellem behandlere og patienter³¹ og dermed også for sikkerhedsniveauet.

Det bekræftes også i regionernes sikkerhedstjek at efteruddannelse af personalet er et væsentligt indsatsområde. Personale med de rette redskaber i forhold til konflikthåndtering, sikkerhedsprocedurer m.v., kombineret med deres kendskab og relation til patienterne kan medvirke til at forebygge absenteringer. Efteruddannelse og kompetenceudvikling bør derfor være et kontinuerligt fokusområde for regionerne

Udvalget er opmærksom på betydningen af, at de nødvendige ressourcer og kompetencer er tilstede hos personalet. Der er således afgørende at personalet kontinuerligt efteruddannes og opkvalificeres med udgangspunkt i den retspsykiatriske patientgruppes særlige forhold og med henblik på konflikthåndtering og forebyggelse af udadreagerende adfærd. Udvalget finder i den forbindelse, at det kunne være hensigtsmæssigt med et fælles efteruddannelses tilbud til personalet på de retspsykiatriske enheder.

³¹”Udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien – Notat til Danske Regioners udvalg om retspsykiatri”, Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelehn Johansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI, December 2010.

Anbefaling

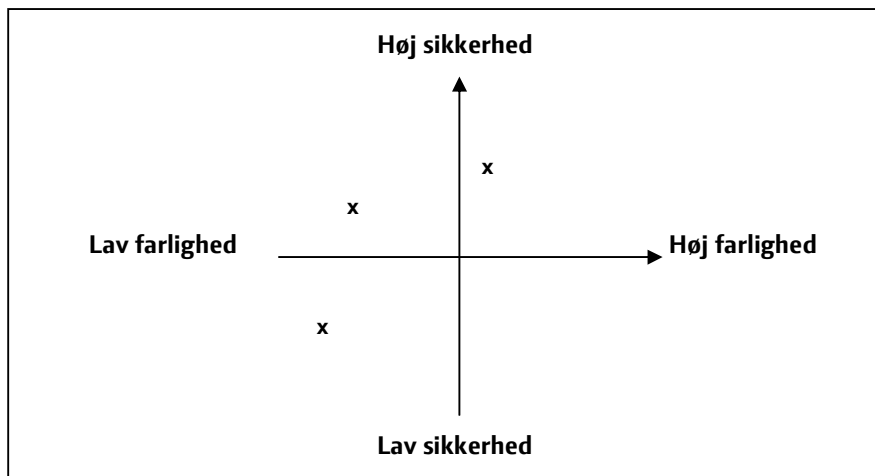
Side 63

- Udvalget anbefaler, at regionerne etablerer et fælles efteruddannelsesstilbud for det retspsykiatriske personale, med henblik på at sikre at personalet har de rette kompetencer og redskaber til varetagelse af den retspsykiatriske behandling.

Graduering af sikkerhedsniveauet

Som det også fremgår af kapitel 2, er de retspsykiatriske patienter en sammensat gruppe, hvoraf kun en lille del kan betegnes som farlige og med behov for et højt sikkerhedsniveau. Patienternes farlighed kan variere hen over behandlingsforløbet.

Figur 12. De graduerede sikkerhedsdimensioner



Figuren illustrerer, at der er behov for at kunne graduere sikkerhedsniveauet og skærmning indenfor de enkelte afdelinger og enheder. Særligt er der behov for et højere sikkerhedsniveau for de mest komplekse og udadreagerende patienter i kortere eller længere perioder. Muligheden for at kunne graduere sikkerheden betyder, at man kan målrette sikkerheden til de specifikke patientgrupper, og etablere både mere sikre og mere åbne forhold.

Muligheden for graduering vil også kunne imødekomme de særlige problemstillinger, der knytter sig til gruppen af varetægtssurrogatanbragte. Mange af de varetægtssurrogatanbragte viser sig ikke at være psykisk syge og udviser ofte en anden og udfordrende adfærd. Derudover opholder de sig ofte kort tid i afdelingen,

hvilket kan virke forstyrrende i forhold til de øvrige patienter. Endelig og nok så vigtigt, er der i forhold til politiets efterforskningsarbejde ofte behov for høj sikkerhed, der forhindrer de varetægtssurrogatanbragte i at kommunikere med omverdenen. Antallet af varetægtssurrogater udgjorde på tværsnitsdatoen 110, svarende til godt 20 pct. af samtlige indlagte retspsykiatriske patienter på tværsnitsdatoen. Der er derfor et behov for at kunne sikre et højt sikkerhedsniveau, målrettet de varetægtssurrogatanbragte personer.

Det er udvalgets vurdering, at de retspsykiatriske afdelinger og enheder kontinuerligt og mere hensigtsmæssigt skal kunne håndtere de særligt komplekse og farlige patienter, og dermed have en mere permanent mulighed for et differentieret sikkerhedsniveau. Samtidig kan der tilsvarende og af hensyn til rehabiliteringen, være behov for at tilvejebringe mere åbne forhold for nogle grupper af patienter. Behovet herfor understøttes af, at muligheden for gradueringen af sikkerheden, har været i fokus i planerne for modernisering af retspsykiatrien. Således har man eksempelvis i forhold til byggeprojekterne; Sct. Hans, Middelfart og Slagelse visioner om at sikre muligheden for et differentieret sikkerhedsniveau på de retspsykiatriske afdelinger

Udvalget finder med baggrund heri, at det vil være en hensigtsmæssig løsning, at sikre en så fleksibel indretning, at graduering af sikkerhedsniveauet er mulig *indenfor afsnittets rammer*, således at patienterne fortsat kan behandles af det samme personale, og man undgår flytning af patienter til andre afdelinger. Det er udvalgets vurdering at en sådan mulighed vil have en gavnlig effekt for både patienter og personale. At skabe mulighed for graduering af sikkerhedsniveauer på de retspsykiatriske afdelinger har således både behandlingsmæssige og ressourcemæssige fordele, som ikke på tilsvarende vis kan imødekommes ved f.eks. at etablere nye former for organisatoriske enheder.

Det fremgår af udvalgsarbejdet, at der er sket en adfærdsmæssig forskydning indenfor den retspsykiatriske patientgruppe, som nogen gange giver anledning til problemer på de retspsykiatriske afdelinger. Det betyder, at der ind imellem kan være behov for at kunne adskille visse patienter fra de øvrige. Udvalget har derfor drøftet mulighederne for eksempelvis at kunne låse dørene til patientstuerne om natten, når personalet er til konferencer eller møder, eller for at kunne give patienter med en uhensigtsmæssig og voldsom eller opildnende adfærd en slags timeout af kortere varighed. Muligheden for at aflåse patientstuer eksisterer i dag kun på Sikringen (psykiatrilovens §§ 18 a-b).

I udvalgets overvejelser har det imidlertid været et tungtvejende argument, at en sådan mulighed ikke understøtter det behandlingsmæssige aspekt med henvisning til, at de retspsykiatriske afdelinger ikke er fængsler. Selvom låste døre muligvis i nogle tilfælde kunne forhindre koordinerede aktioner, er det vurderingen, at en sådan mulighed blot ville være en nødløsning på uorden i mere generelle forhold.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at regionerne etablerer en graduering af sikkerheden på de retspsykiatriske afdelinger.

Rehabilitering

Det er et led i behandlingens rehabiliterende sigte at patienter, når det vurderes forsvarligt, gradvist skal gives mere frihed, for at vedligeholde eller opøve evnen til at fungere på egen hånd i frihed.

Udvalget har drøftet, om teknologiske muligheder og redskaber hensigtsmæssigt kunne understøtte rehabiliteringsindsatsen, herunder i særlig grad mulighederne for elektronisk overvågning i form af elektroniske armbånd. Det er i den forbindelse væsentligt at understrege, at den elektroniske overvågning ikke kan forhindre absentering, eller - som i Kriminalforsorgen - anvendes som alternativ til afsoning i et fængsel. Elektronisk overvågning af retspsykiatriske patienter er alene relevant i forbindelse med rehabilitering og kan i den henseende rumme muligheder for en forøgelse af frihedsgrader, forbedring af mulighederne i forbindelse med udslusning m.v. hvilket kan have en positiv effekt for nogle grupper af patienter.

Da der er tale om psykisk syge patienter, finder udvalget det imidlertid afgørende, at der forud for en eventuel anvendelse af elektronisk overvågning sker en grundig individuel vurdering af, hvilke patienter der hensigtsmæssigt kunne have gavn af de elektroniske armbånd, således at man ikke unødigt påfører nogle af patienterne et yderligere pres der kan forværre deres lidelse. Der bør derfor formuleres en række kriterier og rammer for anvendelsen. Endelig bør ordningen være frivillig, med det motiverende aspekt, at der eventuelt hurtigere kan opnås en forøgelse af patientens frihedsgrader. Anvendelsen af elektronisk overvågning kræver således, at der tages de nødvendige hensyn til patientgruppen og at teknologien alene bruges til understøttelse af rehabiliteringsindsatsen. Udvalget finder, at perspektiverne i forhold til elektronisk overvågning bør afprøves, men at der kræ-

ves et mere grundigt forarbejde forud for en eventuel forsøgsordning. Det er i den forbindelse væsentligt, at man gør sig klare overvejelser i relation til formålet og effekten af den elektroniske overvågning, samt målgruppen for en sådan ordning.

Side 66

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at der udarbejdes et forslag til en 2-årig forsøgsordning vedr. elektronisk overvågning i enkelte regioner.

Retspsykiatrisk behandling

Formålet med dom til psykiatrisk behandling er at forebygge ny kriminalitet. Der er samtidig fra domstolens side taget stilling til, at forebyggelse af ny kriminalitet sker bedst gennem psykiatrisk behandling, og ikke gennem straf. Derfor vil det ofte være et formål i sig selv, at etablere en behandling, som patienten fortsætter frivilligt med efter dommens ophør.

Retspsykiatriske patienter har som udgangspunkt samme behov for behandling, som andre patienter. De retslige forhold gør imidlertid, at behandlingen skal tilrettelægges under hensyntagen til eventuelle sikkerhedsmæssige aspekter. Hertil kommer, at personalet skal have kendskab til de retlige forhold, som patienterne er underlagt. Det er bl.a. i lyset af sikkerhedshensynene og de kompetencemæssige udfordringer, at fremvæksten af retspsykiatri som et organisatorisk ramme for behandlingen af retslige patienter skal ses.

Afledt af formålet om at forebygge ny kriminalitet gennem behandling, er målet med det samlede patientforløb at bidrage til, at de domfældte psykisk syge kan vende tilbage til samfundet og fungere på normale vilkår eller så normale vilkår som muligt. For nogle patienter er behandlingssigtet at rehabiliterede vedkommende til en selvstændig tilværelse baseret på selvforsørgelse. For andre vil målet være mindre beskedent, f.eks. et liv uden kriminalitet gennem mere eller mindre udstrakt grad af hjælp og støtte. For begge forløb vil det være en forudsætning, at patienten til stadighed får den fornødne psykiatriske behandling.

En nærmere definition af hvad retspsykiatrisk behandling involverer en række elementer og besvarelse af flere relevante delspørgsmål:

- Organisering - Hvordan tilrettelægges indsatsen overfor retspsykiatriske patienter, så de sikres faglig relevant behandling.
- Forebyggelse - Hvordan forhindrer vi, at psykiatriske patienter havner i kriminalitet og bliver retspsykiatriske patienter
- Udredning og behandling - Hvordan gennemfører vi psykiatrisk behandling, så patienterne får det bedre og ikke begår ny kriminalitet?
- Sikkerhed - Hvordan fastholder vi patienterne og samtidig sikrer vi det omkringliggende samfund mod risikoen for ny kriminalitet?

- Rehabilitering – Hvordan forbereder vi patienterne på og støtter dem i at kunne klare sig
- Samarbejde – Hvordan og hvornår inddrager vi andre ansvarlige aktører i patientforløbet?

1. Organisering

Som beskrevet i kapitel 2 sker der i disse år en stadig specialisering af sygehusbehandlingen i Danmark, og psykiatrien er i denne sammenhæng ingen undtagelse. Den fremadrettede organisering og opgavefordeling understøttes af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri, ifølge hvilken sygehusbehandlingen af psykisk sygdomme fordeles på 3 funktioner:

1. Hovedfunktion: Funktion med bred viden og erfaring samt specialviden indenfor forskellige psykiatriske fagområder, så diagnostik, observation, behandling, pleje og rehabilitering på højt niveau kan tilbydes både indlagte og ambulante patienter. Retspsykiatriske patienter kan behandles i hovedfunktion under forudsætning af, at det sker i formaliseret samarbejde med regionsfunktion.
2. Regionsfunktion: Med afsæt i en varetagelse af hovedfunktion for et givent optageområde vil en regionsfunktion have til opgave at sikre generel erfaring og viden om specifikke sygdomsområder, og at funktionen kan forstå udvikling og vedligeholdelse af særlig erfaring om vanskelige og komplekse behandlingsopgaver. Retspsykiatrisk behandling for patienter med svær sygdomsgrad er en regionsfunktion, og kan etableres 1-3 steder pr. region.
3. Højt specialiserede funktioner: Med afsæt i varetagelse af både hovedfunktion og regionsfunktion for et givent sygdomsområde har højt specialiserede funktioner til opgave at opbygge viden og erfaring med de vanskeligste og mest komplekse behandlinger samt danne grundlag for uddannelse og forskning. Sikringen er en højt specialiseret funktion.

Det fremgår af klassificeringen i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri, at retspsykiatriske patienter kan behandles i både hovedfunktion og regionsfunktion, herunder at retspsykiatriske patienter med svær sygdomsgrad og/eller høj farlighed er regionsfunktion. Det fremgår ligeledes, at behandlingsopgaven i regionsfunktion og hovedfunktion kan ske både som stationær og ambulante behandling. Ifølge specialevejledningen kan behandlingen af retspsykiatriske patienter tilrettelægges med afsæt i behovet for specialiseret/ikke-specialiseret behandling.

Hermed afspejler specialevejledningen den kliniske praksis i regionernes psykiatri. Som det fremgår af figur 7 i kapitel 2, over det faktiske billede af den retspsykiatriske opgavevaretagelse, behandles 60 pct. af alle retspsykiatriske patienter i hovedfunktion. Det fremgår også, at 80 pct. af de retspsykiatriske patienter behandles ambulant. Det betyder, at en meget væsentlig del af den retspsykiatriske behandlingsindsats dels foregår i hovedfunktion dels ydes som ambulant behandling.

Det er således i forhold til definitionen og beskrivelsen af god retspsykiatrisk praksis vigtigt at være sig bevidst, at en retslig foranstaltning ikke i sig selv er en tilstrækkelig forudsætning for et specialiseret behandlingstilbud på regionsfunktionsniveau. Mange psykiatriske patienter med en retslig foranstaltning vil ofte kunne modtage en fuldt tilstrækkelig behandling i hovedfunktion..

I 4 ud af 5 regioner behandles retspsykiatriske patienter som hovedregel i hovedfunktion med mindre særlige forhold taler for, at behandling skal ske i regionsfunktion. I Region Syddanmark er det omvendt målet, at alle retspsykiatriske patienter skal behandles med udgangspunkt i den retspsykiatriske regionsfunktion. Det sker ved, at regionen samler behandlingsansvaret for alle retspsykiatriske patienter i retspsykiatrien. Rent praktisk løser regionen opgaven ved at etablere en række udgående retspsykiatriske funktioner til at betjene patienter, der enten fysisk møder op i regionens psykiatriske ambulatorier eller modtager besøg i deres hjem.

Udvalget finder på baggrund af den faktiske arbejdsdeling i forhold til den retspsykiatriske behandlingsopgave, at hvad enten det handler om forebyggelse, udredning, observation, behandling, sikkerhed, rehabilitering eller samarbejde, så skal der på både hovedfunktion og regionsfunktion være kompetencer til at sikre et højt fagligt niveau. Dertil kommer, at viden om det retlige forhold, som omgiver de retspsykiatriske patienter ligeledes skal være til stede i både hovedfunktion og regionsfunktion.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at regionerne med afsæt i de af Sundhedsstyrelsen udpegede regionsfunktioner styrker og understøtter hovedfunktionernes retspsykiatriske behandlingsarbejde.

2. Forebyggelse

Forebyggelse i relation til retspsykiatri handler om to ting. For det første handler det om at mindske forekomsten af kriminalitet blandt psykisk syge. En betydelig del af denne indsats hører hjemme udenfor psykiatrien, og handler om en mangeårig marginaliserings- og udstødelsesproces, som mange (rets)psykiatriske patienter gennemlever. Processen kan også aflæses i mange retspsykiatriske patienters historie om svigt og overgreb gennem barndom og ungdom.³² Centralt i forhold hertil er tidlig opsporing og diagnostik, viden og indsats i den primære sundheds-tjeneste, og let tilgængelig psykiatrisk behandling og opfølgning.

For det andet handler forebyggelse om at forebygge ny kriminalitet, hos de retspsykiatriske patienter (recidiv). Et væsentligt element i forhold til at forebygge recidiv er, at fastholde udskrevne patienter i behandling og følge patienterne tæt i rehabiliteringsprocessen. I denne proces er både den ambulante psykiatri, herunder den igangværende udbygning af opsøgende psykiatriske teams målrettet retspsykiatriske patienter en vigtig funktion, ligesom KiF's og kommunernes rolle er væsentlig. Desuden skal betydningen af selve indlæggelsen heller ikke undervurderes.

3. Udredning og behandling

Retspsykiatriske patienter er ofte kendetegnet ved en større kompleksitet i dele af indlæggelsesforløbet. Det er kendetegnende for de komplekse behov og behandlingen heraf, at de ofte skal adresseres samtidigt. Det kan eksempelvis være reduktion af patientens psykotiske symptomer, rehabilitering, ændringer af patientens misbrugsadfærd og /eller interventioner i forhold til patientens sociale adfærd. Samtidig er formålet at forebygge ny kriminalitet. De længerevarende forløb skaber behov for rehabiliteringstilbud, så patienter der er indlagt over flere år har mulighed for beskæftigelse og uddannelse under indlæggelse.

Stationær behandling

For en del af de retspsykiatriske patienter er forskellen fra ikke-retslige patienter kun den retslige status, og retspsykiatriske patienter er som patientgruppe kendetegnet ved samme sygdomsbillede, som den øvrige patientgruppe. De retspsykiatriske patienter behandles i både hovedfunktion og regionsfunktion, og mange af de retspsykiatriske patienter tilbydes derfor samme behandling som øvrige psykiatriske patienter. Alle retspsykiatriske patienter udredes svarende til den udred-

³² "Udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien – Notat til Danske Regioners udvalg om retspsykiatri", Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelehn Johansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI, December 2010.

ning, der finder sted i forbindelse med en mentalobservation. Udredningen omhandler både psykiatrisk og somatisk diagnostik såvel som adfærd.

Den psykiatriske behandling af retspsykiatriske patienter adskiller sig som udgangspunkt ikke væsentligt fra den behandling, der skal ydes til andre psykiatriske patienter med samme sygdom. Det betyder, at standarder, retningslinjer og instrukser i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel, der er retningsgivende for behandling, aktiviteter, tiltag m.v. i psykiatrien, også bør være retningsgivende i retspsykiatrien.

Kvalificeret behandling kræver en ordentlig udredning, og for mange retspsykiatriske patienter optræder forhold, der stiller særlige krav til pleje og behandling. Det er en væsentlig del af retspsykiatrisk praksis at opstille realistiske mål og indrette behandling derefter, under såvel indlæggelsesforløb som under ambulante behandling. I Sundhedsstyrelsens *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling* er der angivet en række retningslinjer for behandlingens tilrettelæggelse.

Som påvist i kapitel 2 og nærmere beskrevet i kapitel 3, er misbrug blandt retspsykiatriske patienter meget udbredt. I dag betragtes misbrug som en meget væsentlig årsag til, at patienterne begår kriminalitet. Her tænkes ikke kun på en konstatering af, hvorvidt patienterne er misbrugende, men også på patienternes erfaring med misbrug, hvilken betydning misbruget har for dem, hvilke situationer de som regel misbruger i osv.

Misbrug er blevet et kerneproblem, som skal håndteres – både gennem tilførsel af viden om misbrugsbehandling og gennem konkret tilbud om og iværksættelse af misbrugsbehandling.

Ambulant behandling

Optimal behandling i mere bred forstand indeholder en vurdering af behov for støtte og struktur i perioder, hvor patienterne ikke er indlagte, idet man i behandlingen af de retslige patienter nødvendigvis må have langt større fokus på den non-farmakologiske del af behandlingen, end man nødvendigvis har i den almenpsykiatriske behandling.

Tydighed og tilgængelighed i perioder, hvor patienter følges ambulant er ligeledes væsentlige elementer i behandlingen, herunder mulighed for handling (f.eks. indlæggelse) hvis patientens tilstand forværres og/eller der vurderes risiko for kri-

minalitetsrecidiv. Etableringen af opsøgende retspsykiatriske teams, har styrket det ambulante arbejde og forbedret sammenhængen mellem den stationære og ambulante indsats – særligt for de mest ustabile og recidivtruede. Opsøgende retspsykiatriske teams er et vigtigt element.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at regionerne styrker den opsøgende, forebyggende og vedligeholdende indsats gennem fortsat udbygning og etablering af opsøgende retspsykiatriske teams for de mest ustabile og recidivtruede patienter.

Udvalget ønsker med anbefalingen at understrege betydningen af, at den stigende ambulante behandlingsindsats indenfor retspsykiatrien, der i vidt omfang varetages i hovedfunktion, understøttes af specialiserede teams med særlig fokus på de mest ustabile og recidivtruede patienter.

Behandlingsviften

Erfaringen viser, at relationen mellem patient og personale har stor betydning for udfaldet af de iværksatte pleje- og behandlingstiltag samt det samlede behandlingsresultat. For retspsykiatriske patienter er der imidlertid ikke tale om en frivillig behandlingsalliance mellem patient og behandler. Beslutningen om behandling er truffet af en dommer i form af dom til psykiatrisk særforanstaltning. Den manglende frivillighed fra patientens side indebærer ofte, at patienten i udgangspunktet er en modvillig og decideret mistroisk overfor behandlingens formål og det behandelende personale. Derfor er der ofte behov for langvarigt at motivere patienterne til at indgå i og samarbejde om behandlingen.

Det er som led i behandlingen vigtigt at etablere og fastholde en respektfuld kontakt til patienten. Alliancen mellem behandler og patient er vigtig i forhold til at motivere patienten til at indgå aktivt i behandlingen. De tilknyttede kontaktpersoner er væsentlige i dette arbejde.

Udfordringen heri for plejepersonalet er at agere fagligt professionelt med fokus på omsorg, samtidig med at det sikkerhedsmæssige aspekt medtænkes. Hensynet til alliancen må aldrig vige på bekostning af behandlingssigtet – at undgå ny kriminalitet. For at håndtere denne situation er det centralt, at personalet har grundlæggende opdateret viden om, og uddannelse i forhold til kontakt med patienter-

ne, risikovurdering, kommunikation (deeskalering, afledning), fysiske afværgegreb, skånsom tvangsfikseringsteknik, farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling og fysisk indretning.

Al personale skal være i besiddelse af høje monofaglige kompetencer, og have gennemgået relevant træning i konflikthåndtering, lovgivning, forebyggelse af tvang, risikovurdering af farlig eller voldelig adfærd m.m. Patienter, der i psykotisk tilstand har haft en voldelig adfærd, må betragtes som farlige, indtil psykosen er velbehandlet, og konsekvenserne af en eventuel underbehandling skal ikke undervurderes. Behandling af psykosen med psykofarmaka er således en integreret del af den samlede retspsykiatriske behandling.

Mange retspsykiatriske patienter har et komplicerende misbrug - oftest af flere forskellige rusmidler. En stor del af patienterne har udført deres alvorlige personfarlige kriminalitet under påvirkning af stoffer, ligesom misbrug som oftest kun finansieres gennem kriminelle aktiviteter. I forhold til dommens kriminalitetsforebyggende formål er derfor væsentligt, at der er særlig fokus på misbrugsbehandlingen.

Da en meget stor del af de retspsykiatriske patienter er misbrugere af alkohol eller euforiserende stoffer, er der behov for motiverende samtaler m.v. med hensyn til ophør med dette misbrug. Dette gøres bedst i grupper med f.eks. psykolog, socialrådgiver, plejepersonale. Misbrug er også et vigtigt element i de løbende samtaler, som kontaktpersoner i den opsøgende psykiatri bør have med patienterne.

De komplekse pleje- og behandlingsforløb i retspsykiatrien stiller særlige krav til plejepersonalets kompetencer indenfor miljø- og kognitiv terapi, fordi disse behandlingsformer øger patientens evne til bedre at mestre hele sin livssituation og derfor øger muligheden for, at patienten klarer sig godt efter udskrivelsen.

Inddragelse af pårørende kan udgøre en særlig udfordring i retspsykiatrien, og pårørendesamarbejde bør derfor tillægges særskilt fokus. Det skyldes, at mange patienter har meget få relationer, som de i kraft af deres alvorlige psykiske lidelse ikke har formået at vedligeholde. Hertil kommer, at nogle pårørende selv er ofre for patientens kriminalitet, og i enkelte tilfælde vil pårørende også komme fra det kriminelle miljø.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger³³ skal der for alle retspsykiatriske patienter udarbejdes en behandlingsplan, hvori behandlingen af den enkelte patient tilrettelægges. En række af de retspsykiatriske patienter er i modsætning til andre psykiatriske patienter indlagt i meget lang tid. Det betyder, at de er i fare for at miste basale færdigheder til at fungere på egen hånd og klare sig selv efter udskrivning. Samtidig giver de ofte lange indlæggelser mulighed for, at patienterne kan erhverve nye kundskaber og færdigheder. De lange indlæggelser giver ligeledes nogle unikke muligheder for at arbejde intensivt med særskilte problemstillinger – f.eks. misbrug og uddannelse, ligesom mange retspsykiatriske patienter har ringe uddannelsesbaggrund og utilstrækkelige boglige kundskaber.

Udvalgets medlemmer er enige om, at der i behandlingsplanerne er behov for at fokusere på opretholdelsen af eksisterende færdigheder og tilegnelse af nye, såfremt rehabiliteringen og dermed det samlede behandlingsresultat skal blive en succes.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at regionerne i tilrettelæggelsen af den retspsykiatriske behandlingsindsats tilser, at de nødvendige behandlingsmæssige tiltag og indsatser er til rådighed med henblik på at opretholde og tilegne færdigheder. Det drejer sig bl.a. om:
 - Målrettet misbrugsbehandling.
 - Tilbyde relevant undervisning/uddannelse.
 - Tilbyde fysisk aktivitet og beskæftigelse.
 - Støtte til at fastholde/genetablere pårørende relationer/netværk.

4. Sikkerhed

Det er afgørende, at såvel den statiske (fysiske/bygningsmæssige) som den dynamiske (personalemæssige) sikkerhed til enhver tid er tilstrækkelig, samtidig med at patienterne føler sig velkomne, ligeværdige, anerkendt og respektfuldt behandlet. Hegn, sluser, alarmer, vinduer m.v. skal være optimalt sikrede, men på en måde som er diskret.

³³ Vejledning om behandlingsansvarlige overlægers ansvar for patienter, der er idømt behandlingsdom eller dom til ambulant psykiatrisk behandling

Som beskrevet i kapitel 5 skal der være en afbalanceret sammenhæng mellem den statiske og dynamiske sikkerhed, for at sikre et behandlingsfremmende miljø. Det betyder, at den statiske sikkerhed ikke må prioriteres på bekostning af den dynamiske sikkerhed, idet medarbejdertilstedeværelse udgør et vigtigt sikkerhedselement. Omvendt skal den statiske sikkerhed – herunder elektronisk monitorering – være så høj, at absenteringer og indsmugling kan holdes på et minimum. Både plejeopgaver og monitoreringsopgaver skal udføres af kompetent og dedikeret personale.

Patientvurderinger

For at sikre, at der til enhver tid er den relevante sikkerhed omkring den enkelte patient er der udviklet metoder til at stratificere patienter i forhold til farlighed og risiko for vold.

Der findes en række standardiserede instrumenter til systematisk vurdering af patienters risiko for uhensigtsmæssig adfærd såsom selvmord, selvmordsforsøg, vold og selvskadende adfærd. Anvendelse af sådanne instrumenter er fast rutine på de retspsykiatriske afdelinger, omend den faglige vurdering af præcisionen varierer. I forhold til de retspsykiatriske patienter udgør risikoen for at rømme eller undvige en udpræget uhensigtsmæssig adfærd. Der findes imidlertid ingen brugbare vurderingsinstrumenter i forhold til vurdering af rømningsfare.

Derfor er personalets tilstedeværelse og samhandling med og om patienten afgørende, og tilstedeværelsen af personale skaber samtidig mulighed for at observere, skærme og aktivere patienterne m.m. Det kræver tilstrækkelige og kompetente personaleressourcer, der er i stand til at vurdere patienterne for at forudsige og reducere risiko for en eskalering af situationer samt for at kunne tilrettelægge behandlingen for den enkelte patient.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at der samles op på regionernes anvendelse af risikovurderinger af uhensigtsmæssig adfærd og at der igangsættes et arbejde med henblik på at udvikle værktøjer til at vurdere rømningsfare.

5. Rehabilitering

Rehabilitering handler om at genetablere en meningsfuld tilværelse og sikre det bedst mulige fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau for personer, der er ramt af sygdom. Rehabiliteringen har dels som formål at opbygge kompetencer og at fastholde kompetencer. Det er således et centralt mål med behandlingen, at gøre patienterne i stand til at leve acceptable liv med størst mulig selvstændighed.

Rehabilitering er i retspsykiatri ikke et forløb, som påbegyndes efter endt behandling. Det foregår sideløbende. Behandlingspraksis under indlæggelse må i denne sammenhæng derfor være rettet mod realistiske forventninger til tiden efter udskrivelse, og målet for indsatsen må være at gøre patienten parat til et liv i disse rammer.

De fleste retspsykiatriske patienter har en funktionsevnenedsættelse, og formålet med rehabilitering vil være, at patienten kan genvinde sit tidligere funktionsniveau eller højest mulige funktionsniveau. Rehabiliteringsarbejdet bygger på en tværfaglig indsats, der på flere måder bygger bro mellem social- og sundhedsområdet. Rehabilitering forudsætter et tæt samarbejde mellem både regioner og kommuner. Indsatsen tager udgangspunkt i borgerens hele livssituation og fordrer borgers aktive deltagelse og motivation for at ændre sin livssituation. Behandlingen omhandler bl.a. vedligeholdelse, genetablering og opbygning af sociale færdigheder. Dette sker via løbende social færdighedstræning og kognitiv miljøterapi samt mulighed for meningsfulde aktiviteter og beskæftigelse.

Der vil være meget forskellige mål for en patient, der korterevarende er indlagt, og som skal udskrives til egen bolig, modsat en dårligt fungerende skizofren patient, der efter en langvarig indlæggelse udskrives til ophold på en døgndækket boform.

En gruppe af de retspsykiatriske patienter opholder sig langvarigt på retspsykiatriske sengeafsnit. For gruppen af langtidsindlagte er det som tidligere omtalt særlig vigtigt, at den psykiatriske behandling har et rehabiliterende sigte. For det første fordi patienterne ofte på indlæggelsestidspunktet har et meget lavt funktionsniveau. For det andet "institutionaliserer" den langvarige indlæggelse i sig selv patienten, og forringer dermed vedkommendes evne til at klare sig selv. Derfor er et vigtigt sigte med den retspsykiatriske behandling at vedligeholde og oparbejde patienternes evne til at klare sig selv i videst muligt omfang.

Rehabilitering er dermed mere og andet end den umiddelbare sygdomsbekæmpelse, som typisk forbindes med sundhedsvæsenets opgave. Rehabilitering omfatter også patientinformation og undervisning, fysisk træning, støtte til rygestop, kostomlægning samt tilbagevenden til arbejdsmarkedet, psykosocial indsats, dvs. støtte og rådgivning i forhold til psykiske, sociale og eksistentielle problematikker, optimering af medicinsk behandling og risikofaktorkontrol, klinisk opfølgning og vedligeholdelse af ændret livsstil.

Den her beskrevne brede tilgang til behandlingsopgaven, som rehabiliteringssigtet indebærer, stiller betydelige krav til de bygningsmæssige rammer. Disse er beskrevet i kapitel 5. Heraf fremgår, at rehabiliteringsopgaven i retspsykiatrien mange steder er udfordret på grund af de stadig færre beskæftigelsesmuligheder.

En særlig udfordring består i, at hovedparten af de retspsykiatriske senge er lukkede pladser. Det gælder i særlig grad de nye pladser. Det følger af rehabiliteringssigtet, at der gradvist, og når det vurderes forsvarligt, skal gives patienterne nogle frihedsgrader, hvorunder deres opøvede kompetencer og funktionsevner kan afprøves. Det skaber nogle udfordringer i forhold til de langtidsindlagte patienter, for hvem det er uhensigtsmæssigt at have dem indlagt i lukket regi og med begrænsede muligheder for at styrke deres kompetencer til at handle på eget liv på en god måde. Særligt for anbringelsesdømte patienter berøres af den begrænsede åbne kapacitet i retspsykiatrien.³⁴ Det er udvalgets opfattelse, at problemstillingen i høj grad kan håndteres indenfor de graduerede fysiske rammer, der er skitseret i kapitel 5.

Anbefaling

- Udvalget anbefaler, at det rehabiliterende sigte prioriteres højt i indretningen og tilrettelæggelsen af indsatsen overfor personer med retspsykiatriske særforanstaltninger i regioner og kommuner.

³⁴ "Udvalgte udviklingstendenser i retspsykiatrien – Notat til Danske Regioners udvalg om retspsykiatri", Charlotte Bredahl Jacobsen og Katrine Schepelehn Johansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI, December 2010.

6. Samarbejde med eksterne parter

Effektueringen af den retslige foranstaltning skal ske i et samarbejde mellem psykiatrien, Kriminalforsorgen og kommunen på baggrund af de konkrete vilkår i dommen.

Det er en almindelig erfaring, at et godt behandlingsforløb og behandlingsresultat er afhængigt af den indsats, som skal foregå i forlængelse af indlæggelse. Det vil sige, at samlede behandlingsresultatet i høj grad er afhængigt af den sociale og arbejdsmarkedsrettede indsats, som kommunerne skal sørge for. Det betyder også, at overgange mellem sektorer og myndigheder er afgørende for et godt resultat. Erfaringen viser, at det samlede behandlingsresultat og mulighederne for at skabe sammenhæng i indsatsen beror på, at samarbejdspartnere inddrages så tidligt som muligt, eller med andre ord "udskrivningen starter ved indlæggelsen". Kontakten bør etableres så tidligt som muligt med henblik på at forberede patientens udskrivning. Tidlig inddragelse er ligeledes et udtryk for respekt og anerkendelse af, og den overtagende myndighed kan have behov for at forberede den efterfølgende indsats. Formålet er at koordinere den psykiatriske behandling med kommunens indsats; misbrugsbehandling, bolig, aktivering eller andre sociale hjælpeforanstaltninger

Det er udvalgets opfattelse at hurtig indgåelse af samarbejde om patienten og hurtig iværksættelse af tilsyn kan bidrage til hurtigere behandlingsstart, understøtte det sammenhængende patientforløb samt fremme den samlede rehabiliteringsindsats. Udvalget finder det i den sammenhæng vigtigt, at også andre aktører såsom kommuner og praktiserende læger, der er i kontakt med patienterne, med fordel kan bidrage til at sikre fremmøde til psykiatrisk behandling samt motivere til at indgå positivt i behandlingen

Det skal understreges, at for gruppen af retspsykiatriske patienter kan udslusningsfasen alt afhængigt af dommens karakter og rettens vurdering være af års varighed. Omdrejningspunktet i den sidste del af indlæggelsesforløbet er at fastholde en stabil behandling af den psykiatriske lidelse samtidig med, at patientens sociale kompetencer udvikles og fastholdes. For hovedparten af de retspsykiatriske patienter vil indlæggelsens udslusningsfase kunne foregå i åbne sengeafsnit. Herefter følges patienten ambulant resten af domsperioden, medmindre der bliver behov for indlæggelse.

En del af de retspsykiatriske patienter vil også efter udskrivning have behov for støtte og struktur i hverdagen, for at kunne klare sig tilfredsstillende og for at undgå forværring i den psykiske tilstand; holde sig stoffri eller undgå ny kriminali-

tet. Den fornødne støtte og struktur kan for langt de flestes vedkommende tilvebringes indenfor rammerne af socialpsykiatriske botilbud eller støtte- kontakt-personordninger. Det er imidlertid en generel erfaring i psykiatrien, at ventetiden på botilbud kan være lang. Det er ligeledes en erfaring, at der mangler specialisering indenfor botilbudsområdet – særligt med henblik på at kunne håndtere personer med misbrug, udfordrende adfærd og/eller kriminel adfærd

Samarbejdet mellem de involverede myndigheder kan formaliseres og nedfældes i flere regi. I Region Midtjylland er samarbejdet mellem regionen, kommunerne, politiet og kriminalforsorgen beskrevet i en samarbejdsaftale, der indgår som en del af sundhedsaftalen. Samarbejdsaftalen beskriver de enkelte aktørers konkrete forpligtigelser.

Et vigtigt redskab til at skabe sammenhæng og koordination for retspsykiatriske patienter består i de udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som skal udarbejdes, når det antages, at patienten efter udskrivelsen ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Med aftalerne beskrives de behandlingsmæssige og sociale tilbud, som vil være relevante for patienten. Aftalerne er tidsbegrænsede, og skal løbende revideres. Aftalerne præciserer, hvem der er ansvarlig for revurdering af planen, og hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, og det fremgår endvidere, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Herudover er der med virkning fra 1. april 2009 etableret et nyt samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatrien (PSP) med henblik på at koordinere de enkelte aktørers indsats både generelt og i forhold til enkeltpersoner. De foreløbige erfaringer herfra er gode, og PSP-samarbejdet roses især for at have medvirket til at klargøre aktørernes respektive kompetencer og begrænsninger for hinanden.

Uanset hvilke samarbejdsaftaler, der indgås, og hvilke parter, der indgår, så er det erfaringen, at de konkrete samarbejdsaftaler skal være konkrete og udmøntes under hensyntagen til lokale forhold og behov.

Anbefalinger

- Udvalget anbefaler, at der i alle regioner indgås samarbejdsaftaler mellem regionen, kommunerne i regionen, politikredsene i regio-

nen og KiF-afdelingerne i regionen med henblik på at styrke sammenhæng og koordinering af de respektive myndigheders indsats.

- Udvalget anbefaler, at regionerne og kommunerne i henholdsvis sundhedsaftalerne og de sociale rammeaftaler indgår aftaler om udvikling af dag- og døgntilbud til personer omfattet af særforanstaltninger. Udvalget peger særligt på behovet for tilbud til gruppen af misbrugere med retspsykiatrisk særforanstaltning.
- Udvalget anbefaler, at der er et fortsat fokus på udskrivningsaftaler og koordinationsplaner med henblik på sikring af sammenhæng og koordination i forhold til de retspsykiatriske patienters forløb efter udskrivelse.