



PSYKISK SYGE
KRIMINELLES FORLØB
2005-2009

2011

Psykisk syge kriminelles forløb, 2005-2009

© Sundhedsstyrelsen, 2010. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Faglig rådgivning
Emneord: psykiatri, kriminalitet
Sprog: Dansk

Version: 1.0
Versionsdato: 14. april 2011
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, april 2011

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-182-8

Indhold

1	Indledning	4
2	Undersøgte sager i 2009	6
2.1	Sagseksempler 2009	6
3	Undersøgte sager i 2005-2009	8
4	Gennemgående problemstillinger i 5-års perioden	11
4.1	Opfølgning af den psykiatriske behandling	11
4.2	Hvor går grænsen mellem personalets omsorgspligt og patientens selvbestemmelse?	13
4.3	Botilbud	15
4.4	Samarbejde med patientens egen læge	17
4.5	Unge	18
4.6	Samarbejde og koordination mellem forskellige instanser	19
4.7	Behov for viden om psykisk sygdom hos socialfagligt personale	20
4.8	Praksis for behandling af patienter der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning	21
4.9	Forebyggelse og risikovurdering	21
5	Sundhedsstyrelsens vurdering	23
6	Bilagsfortegnelse	27

1 Indledning

Som følge af lov nr. 1372 af 20. december 2004 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet, har Sundhedsstyrelsen i perioden 2005-2009 foretaget en undersøgelse af 50 behandlingsforløb, som er gået forud for kriminaliteten. Loven var tidsbegrænset og gældende fra 1. januar 2005 til den 30. juni 2010.

Det er vigtigt at pointere, at denne undersøgelse ikke er en videnskabelig undersøgelse, men en gennemgang af konkrete sager af behandlingsdømte psykisk syge personers forløb i det psykiatriske system, hvorfor der er fundet nogle eksempler på gennemgående problemstillinger. Undersøgelsen har haft fokus på at finde eventuelle uhensigtsmæssigheder i forløbet, som kunne have haft en betydning for, at den psykisk syge person begik den kriminelle handling, som førte til behandlingsdommen. Der er alene undersøgt forløb, hvor der var grund til at overveje, om lovovertrædelsen kunne have været undgået, hvis der for den pågældende havde været iværksat en relevant og tilstrækkelig indsats.

Det fremgik af den nævnte lov, at anklagemyndigheden i perioden 2005-2009 skulle underrette Sundhedsstyrelsen om de i loven beskrevne straffelovsovertrædelser i de tilfælde, hvor en person var blevet idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68-70. For at kunne indgå i undersøgelsen skulle den dømte have haft kontakt med det psykiatriske system inden for seks måneder forud for den kriminelle handling.

Det psykiatriske system er ikke defineret i loven, men er defineret i Sundhedsstyrelsens vejledning af 4. februar 2005 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet. Vejledningen omhandler gennemførelse af undersøgelserne, og i den forbindelse er det psykiatriske system defineret som sundhedsvæsenet, politiet og de sociale myndigheder. Ifølge bemærkninger til loven var det intentionen, at antallet af undersøgelser burde begrænses til ca. 10 sager om året. Der er som følge heraf sket en udvælgelse af sager til undersøgelsen.

Af bemærkningerne til loven fremgår det desuden, at Sundhedsstyrelsen hvert år skulle udarbejde en beretning om årets undersøgelser. Disse årlige beretninger om arbejdsgruppernes arbejde kan anvendes som et kvalitetsudviklingsværktøj og være med til at bidrage til styrkelse af den nationale indsats for psykisk syge. Undersøgelsens overordnede formål har således været at foreslå tiltag eller initiativer til forebyggelse af lignende tilfælde som led i en kvalitetsudvikling i tilbuddene til psykisk syge.

Undersøgelserne er foregået i to arbejdsgrupper, én i Vestdanmark og én i Østdanmark. I begge arbejdsgrupper har der været repræsentanter fra anklagemyndigheden, Kommunernes Landsforening, Patientforeningen Sind, børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og Sundhedsstyrelsen. Ved undersøgelserne er der fundet en række gennemgående problemstillinger, som er blevet beskrevet i Sundhedsstyrelsens årlige beretninger for årene 2005-2008.

I denne beretning vedrørende 2005-2009 vil der først blive redegjort for arbejdsgruppernes arbejde med undersøgelse af sager i 2009 med eksempler på de fundne problemstillinger i årets sager. Efterfølgende gives der på baggrund af det samlede antal undersøgte sager i årene 2005-2010 en oversigt over baggrundsoplysninger for alle undersøgelsens sager med fremhævelse af en række gennemgående pro-

blemstillinger, arbejdsgruppernes vurdering heraf samt arbejdsgruppernes anbefalinger til afhjælpning af heraf. Afslutningsvist beskrives Sundhedsstyrelsens anbefalinger til eventuelle tiltag, som kan medvirke til en forbedring af indsatsen for psykisk syge personer.

Siden arbejdet med undersøgelserne gik i gang i 2005, har Sundhedsstyrelsen som følge af de foreløbige resultater af arbejdet præciseret behandlingsansvarlige overlægers ansvar ved behandling af psykisk syge, der har fået dom til behandling ved en vejledning.

Et andet tiltag, som kan få indflydelse på nogle af de fundne problemstillinger, er, at der ved lov nr. 533 af 26. maj 2010 om ændring af psykiatriloven, som trådte i kraft den 1. oktober 2010, er blevet indført en fireårig forsøgsperiode med tvungen opfølgning efter udskrivning. Begge tiltag er nærmere beskrevet i beretningen.

Derudover har Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen flere gange indskærpet regionerne vigtigheden af, at der udarbejdes koordinationsplaner og udskrivningsaftaler i henhold til gældende regler, jf. psykiatriloven.

2 Undersøgte sager i 2009

Sundhedsstyrelsen har i perioden 1. januar - 31. december 2009 modtaget 24 indberetninger fra anklagemyndigheden om domfældelser, hvor den dømte umiddelbart opfyldte kriterierne i loven om undersøgelse af behandlingsforløb hvor psykisk syge har begået alvorlig personfarlig kriminalitet. Af de 24 sager blev 10 fundet egnet til nærmere undersøgelse. I de 10 undersøgte sager var der tre dømte kvinder og syv dømte mænd.

Ud af de 10 sager omhandlede de seks manddrab eller drabsforsøg. En sag drejede sig om ildspåsættelse, mens tre sager drejede sig om seksuelle krænkelse, hvoraf én af sagerne også omhandlede legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter.

I fire af de undersøgte sager fra 2009 havde personen tidligere begået lignende kriminalitet. Derudover havde seks af de 10 undersøgte personer begået andre former for forbrydelser. Tre af de undersøgte var tidligere blevet dømt til psykiatrisk behandling, mens fire af de undersøgte på tidspunktet for forbrydelsen var under tilsyn af Kriminalforsorgen.

For alle sagerne gælder, at det er vanskeligt at vurdere, om en anden behandling eller indsats med sikkerhed kunne have forebygget den aktuelle kriminalitet. Arbejdsgrupperne fandt dog for to af sagerne, at der ikke kunne sandsynliggøres en sammenhæng mellem forløbet og den kriminelle handling. For syv af sagerne blev det vurderet, at den kriminelle handling muligvis kunne være undgået, hvis forløbet havde været anderledes, mens det for én af sagerne ikke var muligt at konkludere ud fra de foreliggende oplysninger.

2.1 Sagseksempler 2009

Sagseksempel 2.1

En af de undersøgte sager drejede sig om en patient, som havde et årelangt forløb med indlæggelser i psykiatrisk afdeling og kontakt til distriktpsychiatrien. Det sidste år inden den kriminelle handling var forløbet præget af patientens ambivalens og vægring mod at tage medicin, hvilket var årsag til den seneste indlæggelse af fem måneders varighed. Under indlæggelsen blev patientens tilstand stabil efter medicinering med antipsykotisk medicin. Patienten blev udskrevet til et bosted, hvor han dagen efter ankomsten ønskede sin medicinering ændret og derefter ophørte med den antipsykotiske medicin. Tre uger efter accepterede bostedets psykiatrikonsulent beslutningen uden yderligere forslag til eventuel opfølgning ved forværring, idet personalet havde oplyst, at patienten ikke havde taget medicin de seneste tre uger. To måneder efter overflytningen til bostedet ændrede patientens opførsel sig. Han blev mere indelukket, havde det psykisk dårligt og kunne ikke sove. Han opholdt sig kun lidt på bostedet og personalet havde i perioder alene kontakt med ham via mobiltelefon.

I forbindelse med husspektakler hos en ven blev patienten af politiet kørt til psykiatrisk skadestue. Patienten blev vurderet på skadestuen og sendt videre til en psykiatrisk afdeling på et andet sygehus. Imidlertid dukkede han aldrig op på afdelingen, men tog tilbage til bostedet. Personalet opfattede ham som værende psykisk dårlig og besluttede, at han skulle ses af den psykiatriske konsulent i ugen efter. Seks dage efter skadestuebesøget begik patienten en alvorlig personfarlig kriminel handling.

Arbejdsgruppen fandt, at det var problematisk, at et bosteds primære kontakt med en ny beboer med et længerevarende forløb i psykiatrien var via en mobiltelefon. Der var i sagen ingen dokumentation for, at bostedet havde modtaget relevante informationer fra psykiatrisk afdeling i forbindelse med indflytningen på bostedet. Der burde have været beskrevet nøje, hvilken medicinsk behandling patienten skulle fortsætte med, hvilke behov der var for at støtte op om behandlingen, og hvorfor det var vigtigt at fastholde den medicinske behandling. Det var desuden uhensigtsmæssigt, at den psykiatriske konsulent kort efter udskrivelsen fandt, at patienten ikke havde behov for den ordinerede behandling. Der havde i forløbet ikke været taget kontakt til den psykiatriske afdeling, og der var ikke udarbejdet en plan for hvad der skulle ske, hvis patienten igen ophørte med at tage sin medicin.

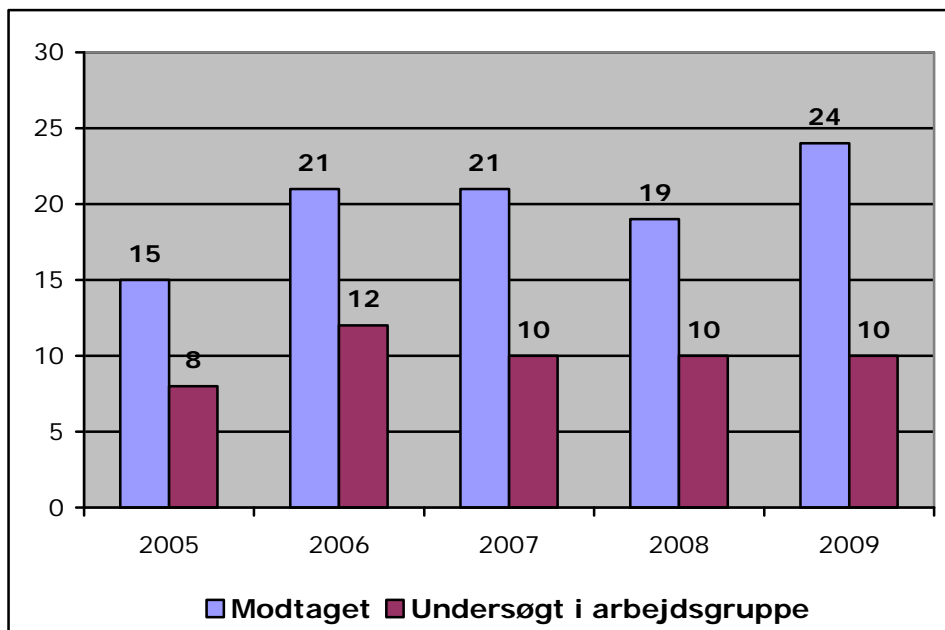
Sagseksempel 2.2

I en anden af de undersøgte sager havde en patient, som led af paranoid skizofreni, fået en dom til behandling på psykiatrisk afdeling. I en lang periode var patienten indlagt på psykiatrisk afdeling og efterfølgende fulgt ambulant, hvor han var velbehandlet med antipsykotisk depotmedicin, dvs. medicin som lægges ind under huden og kontinuerligt afgiver en lille dosis. Efter et stykke tid ønskede patienten ikke længere at få depotbehandling og overgik til at få behandling med tabletter i stedet for. Imidlertid ophørte patienten kort tid efter med at tage medicinen. Efter en længere periode, hvor det var forsøgt at få patienten til at modtage medicinsk behandling, idet han blev tiltagende psykotisk og aggressiv, blev han indlagt i henhold til behandlingsdommen. Denne indlæggelse varede kun ét døgn, hvorefter han blev udskrevet efter at have indvilliget i at genoptage behandlingen med depotmedicin. Patienten blev således udskrevet, inden behandlingen havde virkning. Patienten begik en ny alvorlig personfarlig forbrydelse samme dag, som han blev udskrevet.

Arbejdsgruppen fandt, at patienten ved den sidste indlæggelse var blevet udskrevet hurtigt. Der var ikke mulighed for at tvinge patienten til depotmedicin, da man ved samarbejde havde mulighed for at gennemføre med en anden behandling jf. mindste middels princippet. På trods af at der var tale om en behandlingsdømt patient, der i perioder udviste psykotisk og aggressiv adfærd, var der ingen planer for, hvordan der skulle ageres, hvis patienten ikke ønskede at tage den ordinerede medicin.

3 Undersøgte sager i 2005-2009

Figur 1: Modtagne og undersøgte sager 2005-2009

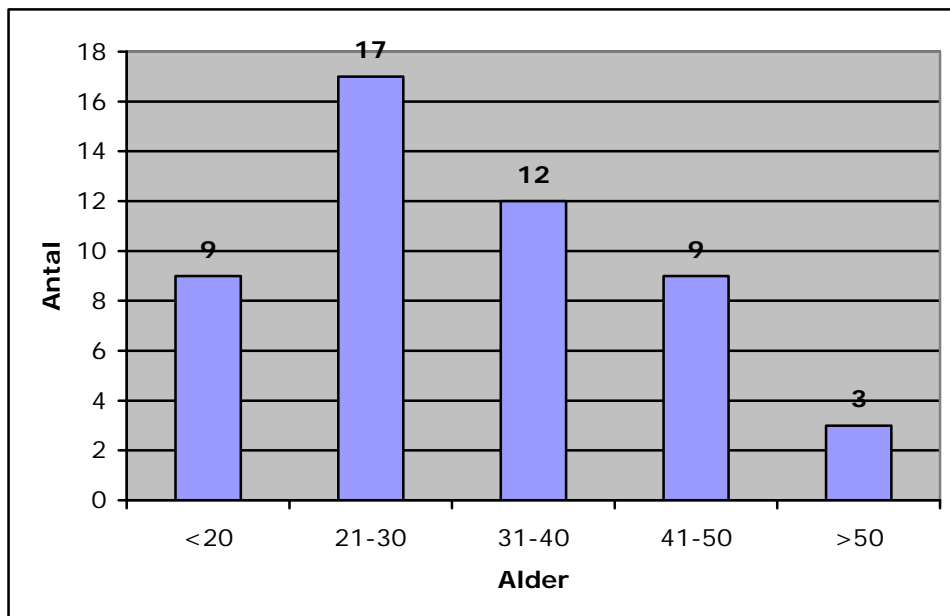


Af de undersøgte 50 sager var der 43 sager vedrørende mænd og syv sager vedrørende kvinder. Som det ses af figur 1, modtog Sundhedsstyrelsen indberetninger om i alt 100 sager, hvoraf 50 sager blev valgt til nærmere undersøgelse efter en indledende vurdering af sagens indhold samt forebyggelsesmuligheder i forløbet.

Ved udvælgelsen af sagerne indgik, at den dømte skulle have haft kontakt til det psykiatriske system inden for de sidste seks måneder inden den aktuelle forbrydelse, da dette ifølge loven var en forudsætning for at kunne indgå i undersøgelsen. Udvælgelsen blev foretaget af Sundhedsstyrelsen, som inden iværksættelse af undersøgelsen forsøgte at indhente patientens samtykke, selvom loven gav hjemmel til at indhente oplysninger om patienten uden dennes samtykke. Til grund for udvælgelsen indhentede Sundhedsstyrelsen oplysninger fra Landspatientregisteret og sygesikringsoplysninger. Derudover var det en forudsætning, at der alene skulle undersøges forløb, hvor der var grund til at overveje, om lovovertrædelsen kunne være undgået, hvis der var blevet iværksat den fornødne indsats.

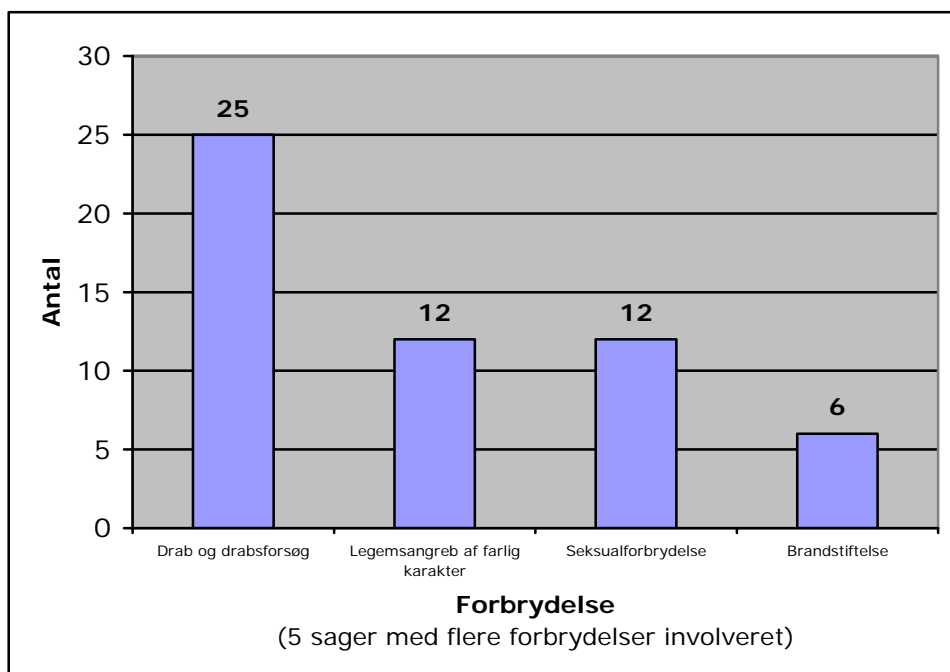
Aldersfordelingen af de undersøgte personer fremgår af figur 2.

Figur 2: Aldersfordeling i 50 undersøgte sager 2005-2009



I den tilgrundsiggende lov er det ikke defineret, hvad der i denne forbindelse forstås ved psykisk sygdom. Derfor omhandler de undersøgte sager personer med meget forskellige former for psykiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelser, psykisk udviklingshæmning og egentlig sindssygdom (fx skizofreni). Hovedparten af de undersøgte sager omhandlede dog patienter med egentlig sindssygdom.

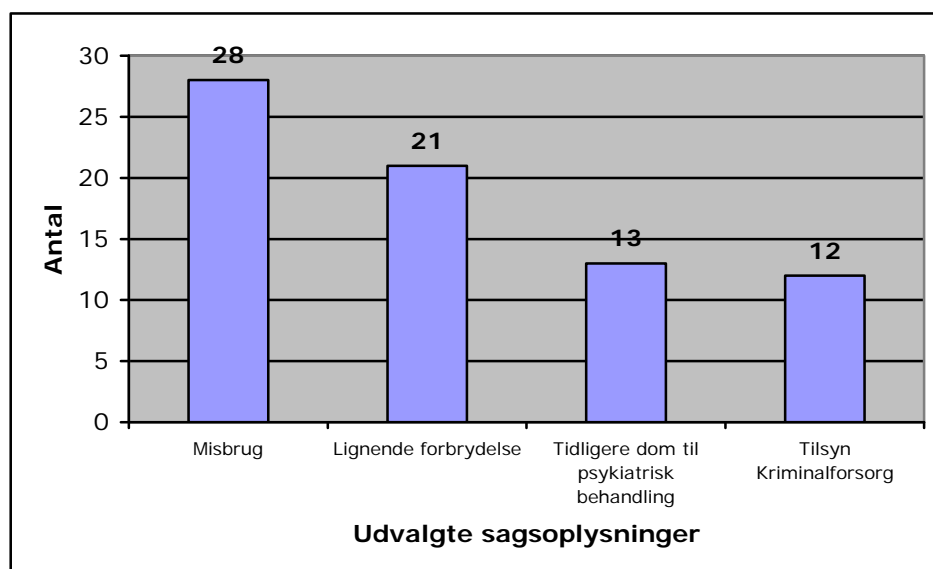
Figur 3: Forbrydelsens karakter i 50 undersøgte sager 2005-2009



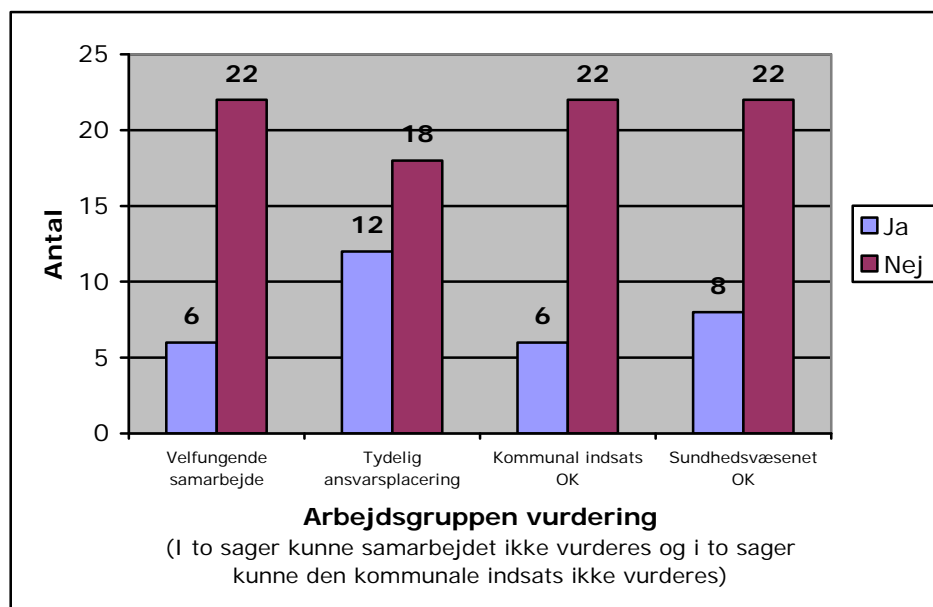
I 21 af de undersøgte sager havde personen tidligere begået lignende kriminalitet af personfarlig karakter. Derudover havde en større del af personerne begået andre former for forbrydelser tidligere i forløbet.

Tretten af de undersøgte var tidligere blevet dømt til psykiatrisk behandling eller ungdomssanktion med socialpædagogisk behandling. Desuden vedrørte 12 af de undersøgte sager personer, som på tidspunktet for den aktuelle kriminalitet var under tilsyn fra Kriminalforsorgen.

Figur 4: Udvalgte sagsoplysninger i 50 undersøgte sager 2005-2009



Figur 5: Arbejdsgruppernes vurderinger i 30 sager 2007-2009



Disse oplysninger er kun opgjort for perioden 2007-2009, da arbejdsgrupperne i denne periode anvendte et nyt skema ved undersøgelserne.

4 Gennemgående problemstillinger i 5-års perioden

Arbejdsgrupperne har ved sine undersøgelser fundet en række gennemgående problemstillinger i sagerne. I det følgende beskrives de fundne problemstillinger vedrørende tilbuddene til psykisk syge, dels inden for de enkelte instanser og dels i forbindelse med samarbejde og koordination mellem de involverede instanser. Endvidere beskrives arbejdsgruppernes vurdering af den enkelte problemstilling, og for nogle problemstillinger tillige arbejdsgruppernes forslag til afhjælpning heraf.

4.1 Opfølgning af den psykiatriske behandling

Oftest omfatter behandlingen af psykiatriske patienter flere indsatsområder som fx behandling med medicin, miljøterapi, individuel psykoterapi, anden støttende indsats og sociale foranstaltninger.

Ansvarsforholdet for patientens videre behandlingsforløb i forbindelse med overlevering fra den stationære behandlingspsykiatri til distriktspsykiatri, opfølgning ved egen læge, et bosted eller anden anbringelse var i undersøgelsen ofte uklar. Dette kan bl.a. skyldes problemer med videregivelse af oplysninger om patienten, hvilket vil blive nærmere beskrevet under punkt 4.7. Desuden kan det også være et problem, at de lægelige behandlingsansvarlige forventer tiltag iværksat af andre (fx kommunens socialforvaltning) uden at have nærmere kendskab til eller indflydelse på, hvilke tilbud patienten får.

I medfør af psykiatrilovens kapitel 4a har overlægen i forbindelse med udskrivelse ansvaret for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan for patienter, som efter udskrivelse ikke antages selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

I mange af de undersøgte sager var der ikke udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner på trods af, at flere af patienterne erfaringsmæssigt havde haft problemer med selv at søge den behandling eller de sociale tilbud, der var nødvendige af hensyn til deres psykiske lidelse. Heller ikke for de patienter, som ikke opfyldte de lovmæssige kriterier for udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner, men hvor en manglende opfølgning kunne have alvorlige konsekvenser for patienten, var der udarbejdet opfølgningsplaner eller forslag til, hvilken konsekvens et behandlingsophør skulle have, fx i form af opsøgende aktivitet eller andre alternative tilbud. Desuden var der ofte ikke taget stilling til, hvem der i givet fald skulle følge op på forløbet.

Flere af de undersøgte sager drejede sig om patienter, som havde et længerevarende forløb i distriktspsykiatrien uden regelmæssige lægekontakter. Patientens primære kontakt var til socialrådgiver eller sygeplejerske, uden at der forelå en tilstrækkelig instruktion af dette personale eller en behandlingsplan, som beskrev, i hvilke situationer den behandlingsansvarlige læge skulle inddrages fx ved patientens udeblivelse eller ophør med antipsykotisk medicin. Ved ophør med medicinering – fx antipsykotika hvor symptomerne først viser sig efter ugers manglende behandling – er det hensigtsmæssigt, at lægen orienteres, så lægen kan vurdere mulig-

hederne for at hjælpe patienten og sikre, at der foregår en løbende vurdering af patientens symptomer og behovet for andre tiltag (fx indlæggelse).

Efter arbejdsgruppernes vurdering vil det være af stor betydning for behandlingskontinuiteten, at ansvaret for patientens videre behandling afklares fx ved udskrivning. I flere af de sager arbejdsgruppen har undersøgt, kunne det desuden være nødvendigt for behandlingskontinuiteten, at fx et bosteds personale havde været bedre orienteret fra den behandlende psykiatri om patientens behandlingsplan. Det kunne bl.a. være relevant at have fået oplysninger om, hvilke tegn eller symptomer der kunne være advarsler om forværring i patientens tilstand, fx at patientens opførsel ændrede sig på en bestemt måde.

Arbejdsgrupperne finder derfor, at personalet på botilbud bør orienteres om patientens behandlingsplan, således at de kan følge planen mht. medicinering og observation. Der er brug for klare instrukser til de personer, der varetager den daglige kontakt med patienten efter udskrivelsen om, hvad der for eksempel skal ske, hvis en patient stopper med at tage sin medicin.

Sundhedsstyrelsen har i sin vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt virksomhed) præciseret ansvarsforholdet ved delegation af forbeholdt virksomhed, herunder ved delegation af medicinering og observation i den forbindelse.

For nogle få meget psykisk syge patienter er det vanskeligt at få et sammenhængende behandlingsforløb. Som nævnt i indledningen er der bl.a. på baggrund af dette indført en fireårig forsøgsperiode med tvungen opfølgning efter udskrivning, hvilket trådte i kraft den 1. oktober 2010.

Målgruppen for tvungen opfølgning efter udskrivning er den lille gruppe af patienter, som gang på gang bliver tvangsindlagt, men som ophører med medicinsk behandling efter udskrivelse fra hospitalet. Der er oftest tale om patienter med alvorlige, svære og langvarige psykotiske lidelser, for eksempel svær skizofreni.

Tvungen opfølgning efter udskrivning er reguleret i psykiatrilovens § 13 d, hvori der er opstillet fem kriterier, der alle skal være opfyldt, før overlægen kan træffe beslutning om iværksættelse af denne foranstaltning.

Kriterierne er, at der på baggrund af den aktuelle indlæggelse findes at:

1. være en begrundet formodning om og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning vil ophøre med at følge den behandling, der er nødvendig for patientens helbred,
2. patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse er blevet tvangsindlagt mindst 3 gange,
3. patienten i de seneste 3 år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde har undladt at følge den behandling, der er anført i en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan,
4. patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse var tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt og
5. patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse har været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men har undladt at følge den ordinerede, medicinske behandling.

Opfylder en patient disse betingelser, kan overlægen inden patientens udskrivning beslutte, at patienten skal have tvungen opfølgning efter udskrivelsen. Det vil sige, at patienten skal møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen. Hvis patienten ikke møder op til behandlingen, kan overlægen beslutte, at patienten skal afhentes af politiet med henblik på at blive bragt ind til tvangsmedicinering på en psykiatrisk afdeling. En tvungen opfølgning efter udskrivning kan højst vare i 12 måneder.

Sagseksempel 4.1

En patient blev udskrevet fra psykiatrisk afdeling nogle måneder før den aktuelle forbrydelse, og der blev givet besked til kommunen om patientens behov for hjælp. Kommunen opfattede dog tilsyneladende ikke sagen som alvorlig, og der blev ikke lavet en plan for det videre forløb, herunder hvilke konsekvenser det kunne have for personen, hvis behandlingen blev afbrudt. Resultatet var, at patienten blot afviste forskellige former for kommunale tiltag samt kontakt med distriktpsikiatriske sygeplejersker og ferieafløser for den tildelte bostøtte. I perioden op til forbrydelsen havde patienten på trods af alvorlig sindssygdom og et hjemmeboende barn ikke kontakt med nogen form for hjælp eller behandling.

I en periode havde patienten haft kontakt med en bostøtte, som havde fået til opgave at vurdere patientens psykiske tilstand. Der var ingen, der havde taget stilling til, hvilke konsekvenser det havde for patienten, hvis det ikke var muligt at få et samarbejde i gang med patienten om behandlingen. Patienten fravalgte flere planlagte behandlingstiltag, og der var ingen aftaler om koordination af indsatsen eller opfølgning mellem kommunen og psykiatrien.

4.2 Hvor går grænsen mellem personalets omsorgspligt og patientens selvbestemmelse?

I en del af de undersøgte sager blev meget syge personer afsluttet i behandlingssystemet på trods af et tydeligt behov for hjælp, behandling og omsorg. Det kan være en meget svær opgave at hjælpe disse ofte meget syge patienter, som ikke umiddelbart ønsker hjælp og ikke selv kan erkende deres behov for behandling. I flere af de undersøgte sager var der iværksat opfølgingsforløb med en række tilbud til patienten, fx i forbindelse med afslutning fra distriktpsikiatrien. Patienterne udeblev imidlertid fra aftalerne eller kunne ikke træffes hjemme, når behandlerne eller støttepersonerne mødte op. Efter nogle forsøg blev det opgivet at få kontakt til patienterne. Arbejdsgruppernes indtryk var, at det ofte var de mest syge personer, fx patienter med kronisk paranoid skizofreni, der blev afsluttet uden yderligere tiltag, når det efter nogle forsøg ikke lykkedes at få et samarbejde i stand med patienten. I de tilfælde, som indgik i undersøgelserne, blev der ikke efterfølgende taget kontakt til de læger, der var ansvarlige for behandlingen af patienten. Forsøg på at få yderligere kontakt med patienterne ophørte blot uden videre.

Det er arbejdsgruppernes opfattelse, at det ofte kan være meget vanskeligt at etablere en behandlingsalliance med disse alvorligt psykisk syge patienter. Samtidig er det ofte uklart, hvem der har initiativ- og handlepligten (omsorgsforpligtelsen) i disse sager, herunder hvor langt en kommune kan gå i sin opsøgende virksomhed. Hvor ofte må man henvende sig til patienten, og hvor går grænsen, hvis patienten ikke ønsker kontakt, selv om det er tydeligt, at patienten er alvorligt syg?

Hvor langt man kan gå, vil altid være en konkret vurdering af den enkelte patient, men arbejdsgrupperne finder det relevant, at kommunerne afklarer, hvordan de skal forholde sig, i hvilke tilfælde kommunerne og distriktspsykiatrien kan lave opsøgende virksomhed, og hvornår de skal afstå fra yderligere kontakt. Afklaringen af hvornår en patient har behov for psykiatrisk behandling i et omfang, som tillader at insistere på kontakt eller om nødvendigt mod patientens vilje at sikre patienten behandling (tvangsforanstaltninger) kræver i begge tilfælde lægefaglig involvering og vurdering. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at det involverede personale har nært kendskab til både de psykiatriske kontaktmuligheder eller at der er en instruks for lægekontakt.

Efter arbejdsgruppernes opfattelse vil det være en forbedring, hvis kommunerne sikrede, at patientens behandlingsansvarlige læge bliver orienteret, hvis fx kommunen opgiver at få kontakt med patienten.

Arbejdsgrupperne anbefaler desuden, at indsatsen skærpes i de tilfælde, hvor det er vanskeligt at opnå samarbejde med patienten om et behandlingsforløb - det er ofte disse tilfælde, hvor der er brug for størst faglig opmærksomhed. Behandlingen af disse komplicerede patientforløb kan med fordel centraliseres, fx med indsættelse af særlige opsøgende psykoseteams, der arbejder intensivt med patienter med særligt alvorlige problemer. Arbejdsgrupperne mener desuden, at det kunne være en fordel med opsøgende monitorering af de patienter, som har gentagne problemer med medicinophør. I de tilfælde hvor regionen har opsøgende psykoseteams, bør regionen sikre sig, at personalet ikke uden videre opfølgning eller kontakt til den behandlingsansvarlige læge afslutter patienter, selv om patienten er svær at komme i kontakt med

Sagseksempel 4.2

En sag drejede sig om en patient, som havde fået diagnosen paranoid skizofreni. Flere gange blev patienten indlagt som følge af ophør med medicin og heraf følgende forværring af sine symptomer. Ved den seneste indlæggelse forude for den aktuelle forbrydelse, blev det fundet nødvendigt, at tvangstilbageholde patienten i over tre måneder på behandlingsindikation. Under indlæggelsen blev det ved testning af patientens blod vist, at patienten ikke fik den ordinerede medicin. Det blev overvejet om patienten skulle tvangsmedicineres, men overvejelserne blev ikke fulgt op inden udskrivelsen af patienten. Efter udskrivelsen skulle patienten følges tæt af et mobilt psykiatriteam. Efter udskrivelsen havde teamet kun kontakt med patienten én gang, da patienten ikke overholdt aftalerne, inden kontakten blev afsluttet tre uger efter udskrivelsen. Teamet fik af patienten oplyst, at hans praktiserende læge ville tage sig af den videre medicinadministration. Men den praktiserende læge var ikke orienteret om patientens udskrivelse eller om forløbet derefter. Der var ikke udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner ved udskrivelsen. Nogle få måneder efter, uden kontakt til behandlingssystemet, begik patienten alvorlig personfarlig kriminalitet.

4.3 Botilbud

Visitation

Et af de spørgsmål der rejser sig efter at have gennemgået 50 sager er: Hvordan kan det sikres, at psykiatriske patienter kommer på de relevante bosteder og får de relevante tilbud? I mange sager var indtrykket, at patienterne blev udskrevet efter en ganske kort indlæggelse på sygehuset, hvor det havde været hensigtsmæssigt med en længere indlæggelse. Dette stiller store krav til den fortsatte behandling herunder administration af lægeordineret medicin og observation af beboerens symptomer og eventuelle bivirkninger på botilbud og i distriktspsykiatisk regi.

I mange af de undersøgte sager var meget syge psykiatriske patienter blevet anvist ophold på bosteder, som ikke havde tilstrækkelig kompetence til at imødekomme patientens behov for behandling og støtte. I mange tilfælde havde stedets personale ikke nogen form for sundhedsfaglig eller psykiatrisk kompetence til rådighed i hverdagen. I flere af sagerne blev patienterne eksempelvis anbragt alene med pædagogisk personale, fx i et sommerhus, eller patienten blev blot anbragt i egen lejlighed uden yderligere tilbud på trods af anbefalinger om massiv social støtte.

Af sagerne kan det desuden udledes, at der udover de allerede eksisterende tilbud var brug for supplerende opfølgende tilbud målrettet den enkelte patient. Flere af de patienter, der blev udskrevet fra de psykiatriske afdelinger, havde svært ved at klare den løsere struktur uden for hospitalet samt de øgede krav til egen omsorg, når de blev udskrevet til eget hjem, herberg eller et psykiatrisk bofællesskab. En række patienter havde behov for særlige tilbud ud over den "almindelige" distriktspsykiatri og tilbud fra socialpsykiatrien. Det drejede sig især om patienter med tilbagevendende medicinophør, isolerede patienter (herunder hjemløse), psykisk syge med misbrugsproblematikker, patienter med anden etnisk baggrund og unge med debuterende psykiatriske lidelser. Det ville være hensigtsmæssigt med flere forskellige støtte- og botilbud, herunder en differentiering af de psykiatriske bosteder og socialpædagogiske opholdssteder.

Ifølge servicelovens kap. 16 (lov nr. 81 af 4. februar 2011) har kommunerne pligt til at tilbyde hjælp, omsorg eller støtte til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Men det er uklart, på hvilket niveau kommunerne har pligt til at hjælpe i forhold til det anbefalede fra de behandlingsansvarlige i forbindelse med afslutning/udskrivelse af en patient fra behandlingspsykiatrien.

Det er arbejdsgruppernes opfattelse, at der bør være psykiatrifagligt kompetent personale ansat på botilbud til de patienter, som har alvorlige, komplekse eller vanskeligt behandlelige psykiske lidelser. Efter arbejdsgruppernes opfattelse er det et stort problem, at de behandlingsansvarlige læger ved udskrivelsen af en patient vurderer og beskriver, hvilke tiltag en patient har brug for, men at kommunen ikke følger forslagene, når de skal finde et tilbud til patienten, fx af økonomiske årsager. Tilbuddet til patienten er ofte af en anden karakter end det, behandlingspsykiatrien foreslår. Indtrykket fra sagerne er, at der i flere tilfælde har været tale om ressource-mangel i kommunerne i forhold til at kunne opfylde de anbefalede foranstaltninger. Dette kan være et problem i sig selv, men det anderledes tilbud førte desværre heller ikke til en genvurdering eller fælles fornyet drøftelse mellem kommunen og de udskrivende behandlingsansvarlige læger. Det var endda ofte tilfældet, at en sådan drøftelse slet ikke havde fundet sted inden overdragelsen af patienten.

I arbejdsgrupperne er det blevet drøftet, hvilke kriterier der lægges til grund i forbindelse med godkendelse af bosteder, og om disse kriterier er fyldestgørende. I den forbindelse vurderede arbejdsgrupperne, at det er vigtigt, at en kommune, når den køber ydelser fra private udbydere af fx botilbud, er opmærksom på, at kommunen har ansvaret for borgerens ophold på bostedet, og for at bostedet har det nødvendige og kvalificerede personale. Det er kommunens ansvar, at bostederne har acceptable standarder, herunder også at private bosteder har kvalificeret personale. Det er indtrykket fra sagerne, at kommunerne ved visitationen til botilbud ikke altid har tilstrækkeligt indsigt i, om bostedernes kapacitet og kvalitet modsvarer patientens behov.

Det kunne være et led i en kvalitetsforbedring, at kommunerne registrerer, hvor stor en del af patientens behov, de opfylder i forhold til det, som sundhedsvæsenet har vurderet, at patienten har brug for. Et andet forbedringstiltag kunne være, at kommunerne fastlagde fælles standarder for botilbud og rehabilitering og havde klare retningslinjer for visitationen.

I arbejdsgrupperne er det blevet drøftet, om der er en kulturforskel mellem behandlerne i psykiatrien og bostederne vedrørende opfattelsen af, at en patient med kronisk psykiatrisk lidelse er færdigbehandlet ved udskrivelse fra en sygehusafdeling. Der er forskellig faglig baggrund hos sundhedspersonerne og personalet i sociale institutioner. Efter arbejdsgruppernes indtryk kan der være en forskel i opfattelsen af, hvad der er vigtigt i patientens behandling. Dette kan bl.a. vise sig, når en patient udskrives til et botilbud, hvor de, der udskriver patienten, vurderer, at patienten fortsat har brug for behandling og støtte efter udskrivelsen, og forventer at dette fortsætter efter, at patienten er udskrevet til botilbuddet. I mange af sagerne viste det sig, at personalet på botilbuddet havde fokus på andre af patientens forhold.

Desuden har der i flere sager været tegn på en kulturforskel eller forskel i opfattelsen af patientens tilstand alt afhængig af, om det er personalet i behandlingspsykiatrien, kommunen eller socialpsykiatrien på et bosted, der vurderer patienten. For eksempel er der set flere tilfælde, hvor der var blevet fremsat alvorlige advarsler og anbefalinger fra psykiatrisk afdeling eller fra Kriminalforsorgen, hvilket ikke blev fulgt op i kommunen, enten fordi kommunen ikke opfattede advarslerne, eller kommunen vurderede, at de ikke havde mulighed for at tilbyde de anbefalede foranstaltninger. I ingen af de undersøgte sager meldte kommunen tilbage til behandlingspsykiatrien, hvis de givne anbefalinger ikke var blevet fulgt.

Efter arbejdsgruppernes vurdering er det vigtigt at dokumentere behandling og observation af psykisk syge for at sikre, at patienten får den korrekte behandling. Bosteder har ikke altid de nødvendige helbredsoplysninger fra behandlingspsykiatrien, og de ansatte har ikke alle notatpligt om egne observationer af patientens aktuelle tilstand. Der er påvist en yderst begrænset og ofte mangelfuld dokumentation på mange af de bosteder, der indgik i undersøgelserne. Der var flere sager, hvor en manglende eller utilstrækkelig dokumentation havde haft alvorlige konsekvenser, fx ved at en tilknyttet psykiatrisk konsulent ikke kunne få de relevante oplysninger, eller hvor personalet ikke kunne få patienten indlagt, da de ikke kunne beskrive patientens kliniske tilstand og tiltagende symptomer tilstrækkeligt, fordi dokumentation enten ikke forelå, var yderst sparsom eller ikke var umiddelbart tilgængelig.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser har personale, som udfører sygeplejelignede opgaver inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sygeplejefaglige opgaver i

form af bl.a. pleje, som fx observation af en patient i forbindelse med medicinadministration pligt til at dokumentere. Pligten omfatter tillige journalføring af medicingivningen og observationen i forbindelse hermed. Det er institutionens ledelse, som er ansvarlig for, at det personale, der giver medicin, er oplært til dette. Hvis det er ledelsens opfattelse, at personalet ikke kan give medicinen og observere patienten i forbindelse hermed, har ledelsen et ansvar for at gøre den ordinerende læge opmærksom på det. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, at ledelsen kan varetage denne opgave, eventuelt med assistance fra sundhedsfagligt personale, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp nr.115 af 11.december 2009.

Generelt vil det være hensigtsmæssigt, at de ansvarlige kommuner sikrer, at personale på bosteder mv. udarbejder notater, så man kan følge beboerens/patientens udvikling. Det blev eksempelvis foreslået af arbejdsgrupperne, at kommunerne og psykiatrien udvikler en velstruktureret skabelon for dokumentation af de vigtigste sundhedsoplysninger, fx medicin, søvn, kost, beskrivelse af psykiatriske symptomer, således at en psykiatrikonsulent eller praktiserende læge nemt kan orientere sig herom.

Sagseksempel 4.3

En patient, som tidligere havde haft voldsomme udadreagerende episoder med pludselige overfald, blev undersøgt af en psykolog. Denne anbefalede, at patienten fik massiv social støtte og en struktureret hverdag pga. sin sindslidelse. Patientens tidligere bosted vurderede, at pågældende både praktisk, personligt og socialt havde et stort behov for støtte. Patienten henvendte sig flere gange til psykolog, psykiatrisk skadestue og egen læge, uden at han blev grundigt undersøgt, men alene fik udleveret antidepressiv medicin på trods af, at han havde flere alvorlige symptomer som tankemylder og døgnrytmeforstyrrelser, som kunne tyde på sindssygdom. Patienten begik en alvorlig forbrydelse kort tid efter, at han var kommet til at bo i egen lejlighed.

4.4 Samarbejde med patientens egen læge

Undersøgelsen har vist, at en del af de psykiatriske patienter efter en indlæggelse eller efter et længere forløb i distriktskykiatrien blev afsluttet uden yderligere tiltag end et udskrivningsbrev til patientens egen læge. Derefter fulgte egen læge i de fleste tilfælde ikke op på det videre forløb, medmindre patienten selv henvendte sig.

Efter arbejdsgruppernes vurdering, vil det være en forbedring med et fastlagt forløb for patienten i form af regelmæssig opfølgning hos egen læge ligesom ved andre kroniske sygdomme, med henblik på at følge sygdomsforløbet og dermed have bedre mulighed for at gribe ind tidligere, hvis det begynder at gå dårligere for patienten. I den forbindelse kan det være relevant med et tættere samarbejde mellem psykiatrien og de praktiserende læger til varetagelsen af denne opgave.

En anden problematik, der blev konstateret i flere af de undersøgte sager, var situationer, hvor alvorligt psykisk syge patienter ikke blev tvangsindlagt på trods af, at de opfyldte psykiatrilovens kriterier herfor. Det fremgår af psykiatrilovens § 6, stk. 3, at tvangsindlæggelse skal ske, når betingelserne herfor er opfyldt.

Arbejdsgrupperne har drøftet, om der eventuelt kunne være barrierer hos de praktiserende læger for tvangsindlæggelse

Grupperne vurderede, at det kan være vanskeligt for de praktiserende læger at varetage opgaven med at tvangsindlægge en patient på grund af den måde, arbejdet i almen praksis er tilrettelagt. Endvidere kan det opfattes som et problem for lægens fremtidige forhold til patienten at have foretaget en tvangsindlæggelse. Endelig kan det være svært for både lægerne og politiet at håndtere tvangsindlæggelser, da dette for den enkelte praktiserende læge forekommer sjældent. Arbejdsgrupperne foreslog muligheden for at få andre til at varetage denne opgave. I den forbindelse skal man være opmærksom på, at læger i de psykiatriske udrykningsteams kan tvangsindlægge, men kun på et andet hospital eller anden afdeling end lægen selv er ansat.

4.5 Unge

I undersøgelsen indgik flere unge med alvorlig voldskriminalitet og unge med anbringelser i sikrede institutioner, herunder unge idømt ungdomssanktion, hvor det først sent i forløbet blev erkendt, at de havde alvorlige psykiske lidelser. Ud af de 50 undersøgte sager drejede ni sig om unge under 20 år. Oftest var disse unge ikke blevet psykiatrisk udredt i forbindelse med tidligere domme - eller i øvrigt i forbindelse med andre alvorlige foranstaltninger i barndom og ungdom.

En del af de unge var flyttet fra institution til institution – fra kommune til kommune, uden at der medfulgte en sufficient socialpædagogisk eller sundhedsfaglig dokumentation.

Undersøgelsen afdækkede også flere eksempler på unødigt erfarings- og videnstab, når unge med langvarige sociale foranstaltninger gennem barn- og ungdommen blev 18 år og dermed overgik til voksensagsbehandling. I flere sager modtog den unge derefter alene økonomiske ydelser. Dette skyldtes bl.a., at der er forskellige regelsæt/lovgivning i forhold til, om patienten/klienten er over eller under 18 år gammel. I flere af de undersøgte sager manglede kommunerne praksis for en struktureret overlevering af klienten fra børneforvaltningen til ”voksenforvaltningen”, selv om disse sager ofte var komplicerede med flere problemstillinger. Nogle kommuner har såkaldte ”efterværn” for unge, der er fyldt 18 år til og med det fyldte 22. år, som indebærer opretholdelse af visse foranstaltninger og etablering af udslningsordning. Ifølge oplysningerne fra arbejdsgrupperne praktiseres dette meget forskelligt fra kommune til kommune.

Arbejdsgrupperne fandt, at overleveringen fra børne- og ungeafdelingen til voksenafdelingen med fordel kunne forberedes i op til et år, inden den unge fylder 18 år, så erfaringerne fra tidligere i forløbet kan anvendes, og der derved opnås mere kontinuitet. Det bør desuden sikres, at planlagte tiltag færdiggøres, selv om klienten fylder 18 år i forløbet.

Efter arbejdsgruppernes opfattelse kunne det desuden være hensigtsmæssigt at etablere et egentlig børne-/ungepsykiatrisk samarbejdssystem i kommunerne til at varetage forebyggelse af personfarlig kriminalitet hos unge.

Sagseksempel 4.4

En ung mand var straffet flere gange tidligere og havde bl.a. været idømt en ungdomssanktion. Den unge var i forløbet anbragt på flere forskellige opholdssteder, idet han havde en stærkt utilpasset adfærd.

Den unge havde haft et massivt socialpædagogisk forløb fra han startede i folkeskolen til han blev 18 år.

Det var flere gange blevet forsøgt at få ham undersøgt på børne- og ungdoms-psykiatrisk afdeling, men dette var ikke lykkedes, den ene gang fordi børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling afviste henvisningen med begrundelsen, at behandlingen af patienten primært skulle være pædagogisk.

Da den unge blev 18 år, overtog Jobcenteret i kommunen kontakten med ham og efter én vurderende samtale, blev der ikke forsøgt yderligere tiltag i forhold til uddannelse eller job. Kort efter begik den unge alvorlig personfarlig kriminalitet. Efter den aktuelle forbrydelse, blev patienten mentalundersøgt og fik diagnosen skizofreni.

4.6 Samarbejde og koordination mellem forskellige instanser

Ved behandling af psykisk syge er der ofte mange involverede instanser, hvilket kan være en udfordring med hensyn til at opnå den nødvendige kontinuitet i indsatsen, som den psykisk syge patient har brug for. Dette kræver et velfungerede samarbejde og information mellem de involverede instanser samt en samarbejdsalliance med patienten.

Undersøgelserne har vist, at forbindelsen mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet i en del sager ophørte i løbet af patientens behandlingsforløb. Indtrykket fra undersøgelsen var, at der er en generel uvidenhed om, hvad de forskellige instanser gør, og hvilke handlemuligheder de har. Ansvars- og arbejdsfordelingen fremstår således ikke tydelig, og der var i flere tilfælde mangel på en fælles forståelse og et fælles sprog. Arbejdsgrupperne fik desuden ved undersøgelserne det indtryk, at der ikke er tilstrækkelig klarhed over, hvilke oplysninger om patienten der må videregives mellem de forskellige instanser. Reglerne vedrørende tavshedspligt bliver i nogle tilfælde misforstået, og i nogle tilfælde er der ukendskab til, at der kan være pligt til at videregive oplysninger om en patient uden samtykke ved udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. psykiatrilovens § 13c. Det fremgår heraf, at den psykiatriske afdeling kan videregive oplysninger til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. En af grundene til at det kan være vanskeligt at få overblik over, i hvilke tilfælde der må videregives personfølsomme oplysninger uden samtykke er, at videregivelsen reguleres af flere forskellige regelsæt: serviceloven, sundhedsloven, psykiatriloven og persondataloven.

I de undersøgte sager opstod generelt et væsentligt tab af viden ved de mange og nødvendige skift mellem instanser. Ansvarsplaceringen for planlagte indsatser og behandlinger blev ofte uklar og forsvandt undervejs i flere af de undersøgte sager. I flere sager i undersøgelsen fokuserede de kommunale handleplaner udelukkende på patientens sociale forhold (forsørgelse, uddannelsesmuligheder og bolig), og kun

perifert på behandlingspotentiale af borgerens grundlæggende psykiatriske lidelse og samarbejdet med de behandlingsansvarlige.

Samtidigt stod det ofte ikke klart for det kommunalt ansatte personale, hvilken læge der havde behandlingsansvaret for den enkelte patient/beboer, og hvem de skulle henvende sig til, hvis patientens tilstand blev forværret. De ansatte var ofte i disse situationer henvist til at henvende sig på skadestuen til en vurdering af patienten.

Det er arbejdsgruppernes vurdering, at det ville være hensigtsmæssigt, hvis der blev udarbejdet en overordnet plan for en længere behandlingsperiode for patienten, hvoraf det blandt andet fremgik, hvem der har ansvaret, og hvem der skal orienteres i tilfælde af, at den planlagte behandling af den ene eller anden grund ikke bliver iværksat, eller at patientens tilstand forværres. Generelt set kan kommunikationen mellem de involverede instanser forbedres. Således sås der i sagerne kun sjældent direkte personlig kontakt mellem behandlingspsykiatrien og kommunen og ofte heller ikke mellem den praktiserende læge og behandlingspsykiatrien.

Der kan desuden være brug for en præcisering af reglerne for videregivelse af personfølsomme oplysninger om patienten til de personer, der er involveret i at hjælpe patienten.

Et andet tiltag, som efter arbejdsgruppernes opfattelse vil bidrage til at forbedre samarbejdet mellem kommunerne og behandlingspsykiatrien, er, at der som for år tilbage, bliver ansat socialrådgivere i psykiatrien mhp. koordinering af disse ofte komplicerede patientsager. Et andet forslag var, at der bliver ansat særlige koordinatore eller case-managere, dvs. en person i kommunen som har kendskab til patienten og som er kendt med procedurerne i alle systemer.

4.7 Behov for viden om psykisk sygdom hos socialfagligt personale

I flere af sagerne sås eksempler på personer med meget tydelige og svære symptomer på alvorlig psykisk sygdom, uden at de sociale myndigheder havde forholdt sig særligt hertil.

Desuden var der i flere af de undersøgte sager eksempler på, at kommunalt personale, fx en bostøtte, havde fået til opgave at observere en meget psykisk syg patients tilstand uden at have den nødvendige kompetence til at vurdere patientens psykiatriske tilstand. Bostøtten var reelt set den eneste person, der havde kontakt med patienten, men havde ikke selv adgang til psykiatrisk konsultation eller supervision.

Efter arbejdsgruppernes opfattelse kan der være et behov for at opkvalificere medarbejdere i socialforvaltningerne, så de har mere viden om psykiatrisk sygdom. Samtidig er det nødvendigt at have opmærksomhed på, at de kommunalt ansatte ikke pålægges opgaver, som ligger uden for deres kompetenceområde.

4.8 Praksis for behandling af patienter der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning

I nogle af de undersøgte sager var patienten, som begik alvorlig personfarlig kriminalitet, allerede idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Alle patienter, der har modtaget dom til en psykiatrisk særforanstaltning, skal have tildelt en behandlingsansvarlig overlæge. Af undersøgelsen fremgik det, at der i praksis var stor forskel for, hvordan behandlingen blev varetaget.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af disse erfaringer udarbejdet vejledning nr. 9614 af 8. november 2010 om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til psykiatrisk behandling. Vejledningen præciserer, hvad behandlingsansvaret indebærer, og hvordan overlægerne i denne forbindelse udviser omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17 (vedlagt bilag A). Af vejledningen fremgår det bl.a., hvordan overlægen skal instruere personale, hvordan han skal udarbejde behandlingsplaner, og hvordan behandlingen skal varetages.

Undersøgelserne har desuden givet flere eksempler på, at psykisk syge idømt en psykiatrisk særforanstaltning var blevet vurderet og behandlet, fx på en psykiatrisk skadestue, uden at det involverede personale havde kendskab til den idømte psykiatriske særforanstaltning.

Arbejdsgrupperne finder, det ville være relevant, at personalet på fx skadestuer eller andre steder, hvor patienter modtages akut, har adgang til oplysninger om, at en patient er idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Dette skal ses i lyset af, at lovgrundlaget for en eventuel tvangsindlæggelse afhænger af patientens dom. De fleste patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, kan om nødvendigt indlægges mod deres vilje, uden at de opfylder psykiatrilovens betingelser for tvangsindlæggelse. Patienter med en psykiatrisk særforanstaltning kan således ofte indlægges på baggrund af forværring i patientens tilstand, mistanke om ophør med medicin eller mistanke om kriminelt recidiv. Derudover kan oplysningerne fra dommen have betydning for personalets vurdering af, hvilken behandling patienten har behov for. Arbejdsgrupperne drøftede forskellige metoder, men fandt ikke umiddelbart en metode, som både var praktisk og juridisk brugbar.

4.9 Forebyggelse og risikovurdering

Undersøgelserne afdækkede en række forløb, hvor arbejdsgrupperne formodede, at der var en sammenhæng mellem indsatsen i forløbet forud for den alvorlige personfarlige kriminalitet og den aktuelle kriminalitet. I en del tilfælde havde dette forløb strakt sig op til måneder, uden at en forebyggende indsats blev iværksat. I andre tilfælde var kriminaliteten opstået ret uforudsigeligt.

I sager, hvor en person kommer ud i en såkaldt domsspiral, dvs. personen først får en dom, derefter en dom til og siden en alvorligere dom, vil det være relevant, at de sociale myndigheder og eventuelt anklagemyndigheden tager stilling til, om der skal foretages en egentlig psykiatrisk udredning tidligere i forløbet end det forekommer i dag. I den forbindelse kan der i disse sager være behov for en lettere adgang til psykiatrisk vurdering, end fx kommunerne råder over i dag.

Muligheden for at forudsige risikoen for alvorlig personfarlig kriminalitet hos en psykisk syg patient (som fx ved selvmordsrisikovurdering) er blevet drøftet på arbejdsgruppernes afsluttende workshop. Det blev drøftet, om der findes særlige diagnostiske kriterier, eller om der kunne gøres brug af generelle screeningsinstrumenter. Arbejdsgrupperne var bekendt med, at der er gennemført forsøg med forskellige screeningsundersøgelser. Det var imidlertid arbejdsgruppernes opfattelse, at ingen af de på nuværende tidspunkt for arbejdsgrupperne kendte metoder var tilstrækkeligt gode til at forudsige alvorlig personfarlig kriminalitet hos psykisk syge.

I forbindelse med drøftelserne om forebyggelse af kriminalitet er der efter arbejdsgruppernes vurdering gode erfaringer med PSP samarbejdet (politi, social-, psykiatri), som efter arbejdsgruppernes vurdering bør udbygges i kommuner, hvor dette samarbejde ikke er etableret.

I undersøgelsen blev der desuden set flere eksempler på, at patienter, der har gennemgået en behandlingsdom, efterfølgende afslutter al kontakt med psykiatrien, hvilket kan føre til fornyet kriminalitet. Med henblik på forebyggelse af gentagen kriminalitet ville det derfor være hensigtsmæssigt, hvis det med særlig fokus på dette område kunne lykkes at få disse patienter til fortsat at modtage den relevante behandling.

5 Sundhedsstyrelsens vurdering

Undersøgelserne af psykisk syges kriminelle forløb i det psykiatriske system har vist nogle gennemgående problemstillinger. Det er selvfølgelig ikke muligt på baggrund af de 50 undersøgte sager at give et dækkende billede af forholdene vedrørende psykisk syges forløb i det psykiatriske system. Dette skyldes bl.a., at de undersøgte sager i mange tilfælde har handlet om særligt vanskelige patienter, hvis forløb ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for de generelle forhold. Desuden gav karakteren af de indhentede patientoplysninger ikke i alle tilfælde et tilstrækkeligt billede af, hvordan forløbet havde været.

På trods af begrænsninger i undersøgelsesmaterialet finder Sundhedsstyrelsen dog følgende gennemgående problemstillinger:

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse er opgaven med opfølgning af alvorligt psykisk syge patienter forbundet med en række vanskeligheder. Der er flere årsager hertil. En del patienter med alvorlig psykisk sygdom har ringe erkendelse af deres sygdom, hvilket kan føre til, at de ikke ønsker kontakt med behandlingssystemet eller de sociale myndigheder. En del af patienterne vil, som led i deres sygdom, isolere sig fra omverdenen og afvise forsøg på kontakt og støtte. I mange situationer er der ikke lovmæssigt grundlag for tiltag, hvis patienten modsætter sig hjælp i form af støtte eller behandling.

I mange af de undersøgte sager blev der vurderet at mangle opfølgning, som i et vist omfang var forårsaget af utilstrækkelig koordination mellem de involverede instanser. Dette skyldtes både manglende kendskab til andre myndigheders handlemuligheder, forskellige behandlerkulturer, manglende kendskab til den enkelte patients samlede situation samt manglende generel viden om psykiske sygdomme. Desuden var der en vis usikkerhed blandt de involverede instanser om, hvilke oplysninger der må videregives til andre og i hvilke situationer, da videregivelsen kan ske efter flere forskellige regelsæt afhængig af konteksten: serviceloven, sundhedsloven, psykiatriloven og persondataloven. Desuden kan personalet i visse situationer være usikre overfor, om relevante tiltag over for en patient kan blive betragtet som en tilsidesættelse af patientens selvbestemmelsesret.

På baggrund af dette anbefaler Sundhedsstyrelsen, at Kommunernes Landsforening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab samt Sundhedsstyrelsen i samarbejde udarbejder en uddybende publikation om gældende regler i forskellige situationer.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse vil det være af stor betydning for behandlingskontinuiteten, at ansvaret for patientens videre behandling afklares, fx ved udskrivning. I den forbindelse er det vigtigt, at behandlingspsykiatrien har fokus på opfølgning af udskrevne patienter. Det er væsentligt, at der udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, når betingelserne herfor er opfyldt, jf. psykiatrilovens §§ 13a og b.

For de patienter, som ikke opfylder betingelserne for udarbejdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, bør der udarbejdes en plan for den videre behandling og øvrige tilbud, som minimum i form af et fyldestgørende udskrivningsbrev. Det vil desuden være hensigtsmæssigt, hvis der bliver udarbejdet en overordnet plan for en længere behandlingsperiode for patienterne, hvoraf det

blandt andet skal fremgå, hvem der har ansvaret for de forskellige områder af behandlingsindsatsen.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør kommunerne og regionerne sikre, at der etableres et tættere samarbejde om de opfølgende tilbud til patienterne. Endvidere bør der både fra de psykiatriske afdelinger og fra distriktspsykiatrien være fokus på instruktion og supervision af det personale, der er i jævnlig kontakt med patienterne, og der bør udarbejdes klare retningslinjer for, hvem der skal orienteres i tilfælde af, at den planlagte behandling af den ene eller anden grund ikke bliver iværksat, eller at patientens tilstand forværres.

I de tilfælde hvor en region har opsøgende psykoseteams, bør regionen sikre sig, at personalet ikke uden videre opfølgning eller kontakt til den behandlingsansvarlige læge afslutter patienter, selv om patienterne er svære at komme i kontakt med. Overordnet set er sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner et godt redskab til at sikre aftaler om koordination, information og initiativforpligtelse i forbindelse med vanskelige patientforløb og ved retspsykiatriske patienter.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør kommunerne og regionerne være opmærksomme på de i beretningen nævnte problemer med tilbud til psykisk syge patienter. Kommunerne skal særligt være opmærksomme på, at der bør ske en tilbagemelding til behandlingspsykiatrien, når kommunen ikke kan opfylde de foreslåede tilbud, hvis patientens tilstand forværres, eller patienten ikke følger den planlagte behandling, således at der kan ske en ny vurdering med planlægning af en alternativ indsats. I og med at en stor del af behandlingen af psykisk syge patienter foregår ved kommunernes indsats, vil det være en fordel at få afklaret, hvordan ansvarsfordelingen vedrørende behandlingen er.

Sundhedsstyrelsen finder i den forbindelse, at det er af største vigtighed, at kommunerne sikrer, at de patienter, som har alvorlige, komplekse eller vanskeligt behandlelige psykiske lidelser, visiteres til bosteder mv., hvor der er personale med psykiatrisk kompetence, idet disse patienter efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling har behov for videreførelse af behandlingen og observationen.

På mange bosteder varetages pleje mv. af beboerne udelukkende af pædagoger og ufaglært personale. Idet kommunen generelt har ansvaret for, at bostederne kan varetage opgaverne med psykisk syge, skal kommunen sørge for, at bosteder med ikke sundhedsfagligt personale får tilstrækkeligt sundhedsfaglig rådgivning, fra fx hjemmesygeplejen eller socialpsykiatrien, med henblik på tilrettelæggelse af medicinadministration og observation i forbindelse hermed samt dokumentation heraf, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 115 af 11. december 2009 pkt. 3.1. Sundhedsstyrelsen finder det derudover væsentligt, at personale, der passer psykisk syge, får undervisning i psykiatriske sygdomme.

I den forbindelse skal Sundhedsstyrelsen anbefale, at kommunerne sikrer, at der på bosteder føres en form for dokumentation af beboernes/patienternes tilstand. Sundhedsstyrelsen skal fremhæve, at personale, som udfører sygeplejeligende arbejde, som fx at give medicin eller observere patienter, har pligt til at føre ordnede optegnelser, jf. vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser.

Embedslægerne i Region Hovedstaden har igennem en årrække efter aftale med kommunerne gennemført sundhedsfaglige tilsyn på kommunens botilbud, bl.a. for at sikre at stederne overholder gældende retningslinjer på det sundhedsfaglige område.

Sundhedsstyrelsens Enhed for Tilsyn og embedslægerne gennemfører i 2011 et tilsynsprojekt om medicineringen med antipsykotika, antidepressiva samt sove- og nervemedicin på landets bosteder og plejehjem. Formålet med projektet er, at behandlingen med disse lægemidler lever op til gældende regelsæt og retningslinjer.

Erfaringer fra disse to sundhedsfaglige tilsyn har vist, at tilsynene bidrager til at forbedre kvaliteten af bostedernes dokumentation samt at der er et væsentligt forbedringspotentiale vedr. medicinering. Herudover har tilsynene via dialog med bostedernes personale medført større forståelse af kulturforskellene mellem de forskellige involverede instanser og dermed et bedre samarbejde mellem de socialfaglige og sundhedsfaglige behandlere.

Sundhedsstyrelsen skal foreslå, at der efter tilsynsprojektets afslutning i 2012 foretages en samlet vurdering af, om der på baggrund af de indhentede erfaringer kunne være grundlag for at indføre sundhedsfaglige tilsyn på bosteder i hele landet.

På baggrund af erfaringerne med, at det er vanskeligt for de praktiserende læger at gennemføre opfølgning og behandling af udskrevne patienter, er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en formaliseret supervisionsordning kunne medvirke til at sikre mere støtte til de praktiserende læger fra behandlingspsykiatrien, så de praktiserende læger har mulighed for at drøfte patienter og få supervision til vanskelige problemstillinger.

Endelig finder Sundhedsstyrelsen, at anklagemyndigheden og de sociale myndigheder bør have øget opmærksomhed på, at det vil være relevant på et tidligt tidspunkt i forløbet at søge psykiatrisk bistand med henblik på undersøgelse af personer, der har gentagne domme og eventuelt påfaldende adfærd.

Sundhedsstyrelsen anbefaler således at:

- Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Dansk Psykiatrisk Selskab samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i samarbejde udarbejder en uddybende, let tilgængelig publikation om gældende regler for videregivelse af personfølsomme oplysninger i forskellige situationer,
- kommunerne sikrer, at de patienter, som har alvorlige, komplekse eller vanskeligt behandlelige psykiske lidelser visiteres til bosteder mv., hvor der er personale med psykiatrisk kompetence,
- kommunerne sikrer, at botilbud for psykisk syge, hvor der ikke er ansat sundhedsfagligt personale, får tilstrækkelig sundhedsfaglig rådgivning,
- der fra de psykiatriske afdelinger og fra distriktspsykiatrien kommer øget fokus på instruktion og supervision af det personale, der jævnligt efter iværksættelse af den psykiatriske behandling er i kontakt med patienten,
- kommunerne sikrer, at der på botilbud, hvor der gives medicin og patienterne observeres i forbindelse med dette, føres dokumentation,

- personale, som passer psykisk syge, får undervisning i psykiske sygdomme, herunder særlig undervisning af personale, der arbejder med psykisk syge kriminelle,
- det i 2012 vurderes om der på baggrund af de indhentede erfaringer fra tilsyn på bosteder, kunne være grundlag for at indføre årlige sundhedsfaglige tilsyn i hele landet,
- de psykiatriske afdelinger og distriktskykiatrien udarbejder behandlingsplaner, og at der ved udskrivelse af patienter gives instruktion til personale om, i hvilket situationer der skal rettes henvendelse til den behandlingsansvarlige læge.
- regionerne fortsat er opmærksomme på at der skal udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, når betingelserne herfor er opfyldt jf. psykiatrilovens §§ 13a og b,
- patienter med alvorlig psykisk sygdom ikke uden videre opfølgning eller kontakt til den behandlingsansvarlige læge afsluttes,
- de praktiserende læger får mere støtte fra behandlingspsykiatrien, fx i form af en formaliseret supervisionsordning,
- anklagemyndigheden og de sociale myndigheder har øget opmærksomhed på at søge psykiatrisk bistand med henblik på undersøgelse af personer, der har gentagne domme og eventuelt påfaldende adfærd.

6 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling

Bilag 1: Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulat psykiatrisk behandling

Formålet med denne vejledning er at præcisere den omhu og samvittighedsfuldhed, som en behandlingsansvarlig overlæge og en ledende overlæge i medfør af lov nr. 1350 af 17. december 2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), § 17, skal udvise ved varetagelse af behandlingen af patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens §§ 68 eller 69.

Vejledningen omfatter behandling af patienter, der har fået en behandlingsdom og patienter, der har fået en dom til ambulat psykiatrisk behandling. Vejledningen omfatter ikke patienter, der er idømt dom til anbringelse.

Der er igennem en årrække set en stigning i antallet af patienter, der er idømt de nævnte psykiatriske særforanstaltninger, og Sundhedsstyrelsen har konstateret, at der er uensartet praksis for varetagelsen af disse patienter. Derfor præciserer vejledningen, hvordan den ledende overlæge og den behandlingsansvarlige overlæge skal varetage behandlingen af patienter idømt en af ovennævnte psykiatriske særforanstaltninger. Vejledningen præciserer overlægernes ansvar ved iværksættelse og gennemførelse af behandlingsforløb samt ansvaret i forbindelse med samarbejdet med andet personale og andre instanser.

Langt hovedparten af patienter, der er idømt psykiatriske særforanstaltninger, er i medfør af dommen underlagt tilsyn af kriminalforsorgen. Vejledningen præciserer derfor også den behandlingsansvarlige overlæges ansvar i forbindelse med samarbejdet med kriminalforsorgen om patienten.

- **Ved en behandlingsdom** forstås i denne vejledning, at en patient har fået en dom til behandling på psykiatrisk afdeling eller er under tilsyn heraf. En behandlingsdom forudsætter som udgangspunkt, at behandlingen indledes med indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Overlægen kan beslutte at udskrive patienten til fortsat ambulat behandling. Patienten vil i givet fald kunne genindlægges på psykiatrisk afdeling, om nødvendigt med politiets hjælp, uden at patienten opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse jf. psykiatrilovens bestemmelser. Afhængigt af dommen vil det være overlægen eller kriminalforsorgen sammen med overlægen, der træffer bestemmelse om genindlæggelse.
- **Ved dom til ambulat behandling** forstås i denne vejledning, at en patient har fået dom til ambulat behandling ved psykiatrisk afdeling. For hovedparten af disse patienter vil dommen give mulighed for, at patienten kan indlægges på psykiatrisk afdeling, om nødvendigt med politiets hjælp, uden at patienten opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse jf. psykiatrilovens bestemmelser. Afhængigt af dommen vil det være overlægen eller

kriminalforsorgen sammen med overlægen, der træffer bestemmelse om indlæggelse. For et mindretal af patienter, som har dom til ambulant behandling, giver dommen ikke mulighed for indlæggelse. Hvis disse patienter skulle få behov for indlæggelse, skal det foregå i henhold til psykiatrilovens bestemmelser.

Vejledningen gælder for behandlingen af alle patienter med en af ovenstående domme, uafhængigt af om dommen er kombineret med tilsyn af kriminalforsorgen eller ej. Det fremgår af vejledningen, i hvilke tilfælde den alene er gældende for patienter med behandlingsdom eller alene for patienter, som er dømt til ambulant behandling.

Ved en retspsykiatrisk patient forstås i denne vejledning en patient idømt en af ovenstående psykiatriske særforanstaltninger.

Behandlingsansvar

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 62 af 20. januar 2010 om ret til sygehusbehandling § 14, at regionsrådene har pligt til på de psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage personer, der i henhold til dom behandles på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling. Fuldbordelse af idømte psykiatriske særforanstaltninger varetages således af sygehusvæsenet.

Efter at en patient er visiteret til et sygehus, er det den ledende overlæge på den psykiatriske afdeling, som har ansvaret for at tilrettelægge behandlingsforløbet således, at hver patient til stadighed har en behandlingsansvarlig overlæge i hele det behandlingsforløb, dommen omfatter. Den ledende overlæge har det overordnede ansvar for, at alle afdelingens patienter, idømt en psykiatrisk særforanstaltning, har en behandlingsansvarlig overlæge.

Det er den ledende overlæges ansvar at sørge for, at der er en anden overlæge, der overtager ansvaret for patientens behandling ved en behandlingsansvarlig overlæges fravær, fx ved ferie og sygdom. Hvis den behandlingsansvarlige overlæge ikke længere er tilknyttet den afdeling, som patienten er visiteret til, skal den ledende overlæge sikre, at der udpeges en anden overlæge, som overtager ansvaret for behandlingsforløbet. Det skal fremgå af patientens journal, hvilken overlæge der til enhver tid har behandlingsansvaret.

Den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for patientens behandlingsforløb, men kan inddrage andre i behandlingen, fx andre læger eller sygeplejersker.

Da det følger af dommen, at behandlingsansvaret for en patient, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, skal varetages af en overlæge, kan en privatpraktiserende psykiater eller en kommunalt ansat psykiatrisk konsulent ikke være behandlingsansvarlig overlæge.

I de tilfælde hvor en retspsykiatrisk patient, der behandles i distriktspsykiatrien, indlægges, skal den behandlingsansvarlige overlæge i distriktspsykiatrien og den behandlingsansvarlige overlæge på afdelingen samarbejde om forløbet. For at afklare ansvarsforholdet skal den ledende overlæge på den psykiatriske afdeling udarbejde en instruks for samarbejdet, herunder hvem der har behandlingsansvaret.

Iværksættelse af behandling

Når en patient har modtaget en behandlingsdom eller en dom til ambulante behandling, skal den behandlingsansvarlige overlæge sikre, at patienten indlægges eller ses i ambulatoriet, afhængigt af om patienten har fået en behandlingsdom eller dom til ambulante behandling. Patienter, som har ophold på et bosted, og som idømmes en behandlingsdom, skal også som udgangspunkt indledningsvis indlægges som følge af behandlingsdommen.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal vurdere patientens behandlingsbehov. Den behandlingsansvarlige overlæge skal sikre, at patienten kommer i behandling hurtigst muligt og senest 14 dage efter, at den psykiatriske afdeling har fået meddelelsen om dommen for patienter, der skal indlægges, og 4 uger for patienter, der skal behandles ambulante. Hvis tidsfristen ikke kan overholdes, skal begrundelsen herfor fremgå af patientens journal, samt hvilke overvejelser der ligger til grund for udsættelse af behandlingen.

Det kan i særlige tilfælde være nødvendigt med en kortere tidsfrist afhængigt af patientens behandlingsbehov, risiko for kriminelt recidiv, farlighed mv. Vurderingen foretages af den behandlingsansvarlige overlæge, som skal journalføre sine overvejelser og begrundelser for vurderingen.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal hurtigst muligt give politidirektøren skriftlig besked om, hvornår patientens behandling påbegyndes.

Behandlingsplan

Det er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar, at der udarbejdes en behandlingsplan, når en patient med en behandlingsdom indlægges, eller når en patient, der er dømt til ambulante behandling, påbegynder sit ambulante forløb. Ifølge psykiatrilovens¹⁾ § 3, stk. 3, skal der udarbejdes en behandlingsplan for indlagte patienter. For patienter, som har fået dom til ambulante behandling, skal der på samme vis udarbejdes en behandlingsplan, da den psykiatriske behandling også omfatter fuldbyrdelsen af en dom.

Behandlingsplanen skal udarbejdes i overensstemmelse med psykiatrilovens § 3, stk. 3, og den skal være udarbejdet senest én uge efter indlæggelsen eller påbegyndelsen af det ambulante forløb. Herudover skal behandlingsplanen indeholde en vurdering af patientens risiko for fornyet kriminalitet, og denne vurdering skal indgå i tilrettelæggelsen af behandlingen. Ved udarbejdelsen af planen skal den behandlingsansvarlige overlæge vurdere, om det er relevant for forløbet at beskrive patientens idømte foranstaltning, den bagvedliggende kriminalitet samt eventuelle tiltag mod forskellige risici for fornyet kriminalitet. Behandlingsplanen skal dække hele behandlingsforløbet, uafhængigt af behandlingsregi (indlæggelse eller ambulante).

Den behandlingsansvarlige overlæge har en særlig forpligtelse til at sikre, at det af behandlingsplanen fremgår, hvilken grad af observation fra sundhedsfagligt perso-

¹⁾ Lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien.

nale patienten har brug for, herunder om patienten skal have hjælp til at tage sin medicin mv. Desuden skal behandlingsplanen indeholde oplysninger om, i hvilke situationer patienten skal indlægges samt hvilke regler, der i henhold til dommen gælder for patientens indlæggelse og udskrivelse.

I det omfang den behandlingsansvarlige overlæge vurderer, at sundhedsfagligt personale på lægens vegne skal observere eller give medicin til patienten, skal lægen videregive relevante oplysninger til personalet til brug for observationen/medicinigivningen. Det skal fremgå af behandlingsplanen, i hvilke situationer den behandlingsansvarlige overlæge skal kontaktes af det sundhedsfaglige personale, der eksempelvis varetager medicinigivning eller observation af patienten.

Den behandlingsansvarlige overlæge kan overlade til en anden læge at udarbejde behandlingsplanen. Den behandlingsansvarlige overlæge skal dog godkende den.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal sikre koordinering med andre involverede instanser. For patienter, der har været indlagt, kan dette hensigtsmæssigt ske ved, at den behandlingsansvarlige overlæge sikrer, at der bliver udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, hvoraf ansvarsfordelingen mellem sundhedsvæsenet, kommunen, kriminalforsorgen mv. fremgår. Den behandlingsansvarlige overlæge skal desuden sikre, at behandlingsplanen og udskrivningsaftalen/koordinationsplanen justeres efter behov, samt at de involverede samarbejdspartnere orienteres, hvis der sker ændringer, som har betydning for samarbejdet.

Den behandlingsansvarlige overlæge kan overlade til en anden læge at udarbejde udskrivningsaftalen/koordinationsplanen. Den behandlingsansvarlige overlæge skal i så fald godkende den.

Behandling

Det er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar at sikre, at patienten får den nødvendige og relevante behandling. Den behandlingsansvarlige overlæge skal selv tilse patienten ved begyndelsen af behandlingsforløbet og konkret vurdere, hvor ofte det i behandlingsforløbet er nødvendigt, at patienten tilses og hvilket personale, der skal forestå behandlingen. Patienten skal som minimum ses én gang om måneden af den behandlingsansvarlige overlæge de første tre måneder. Efter en konkret vurdering fra den behandlingsansvarlige overlæge kan konsultationshyppigheden derefter ændres, således at patienten ses mindre hyppigt, men dog som minimum hver anden måned. Begrundelsen for beslutningerne om dette skal journalføres.

I særlige tilfælde kan opgaven med de indledende kontakter varetages af en anden speciallæge i psykiatri på sygehuset/afdelingen, fx en afdelingslæge. Dette skal foregå under tæt tilsyn fra den behandlingsansvarlige overlæge. Efter de indledende kontakter kan behandlingen af patienten varetages af læger under uddannelse til speciallæge i psykiatri eller andet personale med psykiatrisk erfaring. Dette skal ligeledes foregå under tæt tilsyn fra den behandlingsansvarlige overlæge.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal instruere det personale, som er involveret i behandlingen af patienten, i at give den behandlingsansvarlige overlæge tilbagemeldinger af relevans for behandlingen af patienten. Det kan fx være relevant, at personalet på et psykiatrisk bosted instrueres i, at de hurtigst muligt skal kontakte

den behandlingsansvarlige overlæge, hvis de får kendskab til eller mistanke om, at en patient ikke tager sin medicin som ordineret, eller hvis der opstår mistanke om stofmisbrug eller fornyet kriminalitet. Instruksen kan dog ikke erstatte tilsynet fra den behandlingsansvarlige overlæge eller kriminalforsorgen.

Ved patientens udeblivelse fra konsultation

Hvis en patient ikke møder til en planlagt konsultation, skal den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder primært forsøge hurtigst muligt at få kontakt med patienten. Patienter, som er idømt en psykiatrisk særforanstaltning med tilsyn af kriminalforsorgen, har pligt til at oplyse kriminalforsorgen om adresseændring. Hvis det ikke er muligt inden for kortere tid efter udeblivelsen at komme i kontakt med patienten, skal den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder beslutte, hvad der skal iværksættes i forhold til patienten. Såfremt patienten er under tilsyn af kriminalforsorgen, skal beslutningen ske i samarbejde med kriminalforsorgen.

Den behandlingsansvarlige overlæge skal i forbindelse med beslutningen vurdere, om det er tilstrækkeligt, at indkalde patienten til en ny konsultation, om patienten skal opsøges personligt, eller om der findes grundlag for indlæggelse af patienten, evt. med politiets hjælp. Hvis der er uenighed mellem kriminalforsorgen og overlægen, er det overlægen, der afgør, om der er grundlag for, at patienten skal indlægges, evt. med politiets hjælp. Den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder skal journalføre overvejelserne vedrørende beslutningen. I de tilfælde hvor det ved en patients udeblivelse fra en planlagt konsultation vurderes ikke at være nødvendigt at foretage sig yderligere, skal overvejelserne vedrørende beslutningen tillige journalføres.

Samarbejde

I forbindelse med dom til en psykiatrisk særforanstaltning er der oftest fastsat tilsyn af kriminalforsorgen, som i samarbejde med det psykiatriske behandlingssted skal påse, at patienten følger behandlingen. Hvis kriminalforsorgen kontakter den behandlingsansvarlige overlæge pga. bekymring for den dømte patient, fx ved mistanke om fornyet kriminalitet, skal overlægen sørge for, at patienten tilses hurtigst muligt med henblik på vurdering. Kun i helt særlige tilfælde vil det være tilstrækkeligt, at overlægen og kriminalforsorgen konfererer patienten telefonisk.

Indlæggelse

Patienter, der har dom til behandling på psykiatrisk afdeling, kan genindlægges, evt. med politiets hjælp, uafhængigt af, om psykiatrilovens bestemmelser om tvangsindlæggelse er opfyldt. Indikation for genindlæggelse kan eksempelvis være recidiv af misbrug, risiko for eller mistanke om kriminelt recidiv, at patienten er ophørt med at tage sin medicin, eller at patientens psykiske tilstand i øvrigt er forværret. Dette gælder også for patienter, som er dømt til ambulante psykiatriske behandling, hvor det af dommen fremgår, at der er mulighed for indlæggelse.

Det gælder for begge kategorier af patienter, at beslutning om indlæggelse skal foregå i samarbejde med kriminalforsorgen, såfremt patienten har tilsyn af kriminalforsorgen.

For begge kategorier af patienter gælder det endvidere, at patienten kan – eventuelt skal – nægtes udskrivelse, selvom psykiatrilovens kriterier for tvangstilbageholdelse ikke er opfyldt. Indikationen for at nægte udskrivelse kan, som indikationen for indlæggelse, eksempelvis være risiko for recidiv til stofmisbrug, risiko for kriminelt recidiv, risiko for at patienten vil ophøre med medikamentel behandling efter udskrivelsen, eller at patientens psykiske tilstand endnu ikke er stabil. Efter samme indikationer kan de retspsykiatriske patienter, som lader sig frivilligt indlægge, nægtes udskrivelse. Den behandlingsansvarlige overlæge på afdelingen har kompetencen til at udskrive patienten, men det bør altid drøftes med kriminalforsorgen. Den behandlingsansvarlige overlæge eller dennes stedfortræder skal journalføre de overvejelser, der ligger til grund for udskrivelsen, såfremt patienten udskrives på trods af kriminalforsorgens indsigelser.

I nogle tilfælde kan en patient, der alene er dømt til ambulat behandling uden mulighed for indlæggelse, have behov for indlæggelse. I disse situationer skal patienten vurderes og hvis der findes indikation herfor indlægges efter bestemmelserne om tvangsindlæggelse i psykiatrilovens §§ 5-9.

Det er vigtigt, at alt sundhedsfagligt personale, som er involveret i psykiatrisk behandling, har kendskab til de særlige regler, der gælder for indlæggelse af patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Det er den ledende overlæges ansvar, at der udarbejdes relevante instrukser således, at involveret personale handler efter de særlige regler for sådanne patienters indlæggelse. Den ledende overlæge skal herunder sikre, at personalet er bekendt med, at patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning, ved behov for indlæggelse kan indlægges uafhængigt af, om den behandlingsansvarlige overlæge kan træffes. Den behandlingsansvarlige overlæge skal i givet fald efterfølgende orienteres om patientens indlæggelse. Personalet skal desuden være instrueret i, at ved indlæggelse af en patient, hvor det ifølge dommen er nødvendigt med kontakt til kriminalforsorgen, kan kriminalforsorgen træffes på telefonnumre, som kriminalforsorgen sørger for tilgår den psykiatriske afdeling. Hvis det ikke er muligt at få fat i kriminalforsorgen forud for indlæggelsen, skal kriminalforsorgen kontaktes den efterfølgende dag.

I tilfælde af at en retspsykiatrisk patient frivilligt lader sig indlægge, skal den behandelende overlæge snarest muligt orientere kriminalforsorgen herom af hensyn til kriminalforsorgens tilsyn.

Kontinuitet

I forbindelse med varetagelsen af retspsykiatriske patienter skal det understreges, at en høj kvalitet af diagnostik, behandling og opfølgning kan give mulighed for at etablere en konstruktiv relation til patienten, der kan strække sig ud over dommens tidshorisont. Dette kan eventuelt medvirke til forebyggelse af fremtidig recidiv af sygdom og af kriminalitet. I den forbindelse bør det være et naturligt led i planlægningen af indsatsen at forberede og sikre patientens overgang fra status som retspsykiatrisk patient til almindelig psykiatrisk patient.

Sundhedsstyrelsen, den 8. november 2010

Anna Murphy

/ Lena Graversen