



BERETNING VEDR. UNDERSØGELSE AF PSYKISK SYGE KRIMINELLES FORLØB I DET PSYKIATRISKE SYSTEM, 2006

Som følge af lov nr. 1372 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet af 20. december 2004, skal Anklagemyndigheden underrette Sundhedsstyrelsen om de i loven beskrevne straffelovsovertrædelser, hvor en person er blevet idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68-70.

Som følge af loven har Sundhedsstyrelsen nedsat to arbejdsgrupper, som har til opgave at indsamle, analysere og vurdere viden om behandlingsforløb, hvor en psykisk syg person er blevet dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet efter straffelovens § 180, 1. led, § 216, § 222, stk. 2, § 237 eller § 246, og hvor personen er blevet idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68-70. Personen skal desuden have haft kontakt med det psykiatriske system: sundhedsvæsenet, politiet eller de sociale myndigheder, inden for seks måneder forud for den kriminelle handling. Arbejdsgrupperne skal vurdere, om der i forløbet evt. kunne være handlet anderledes, samt om der kunne være en sammenhæng mellem forløbet og den kriminelle handling.

Undersøgelserne har til formål, hvis det er muligt at konkludere generelt fra de enkelte sager samt at foreslå initiativer til forebyggelse af lignende tilfælde, som led i en kvalitetsudvikling i tilbuddene til psykisk syge. Det forventes, at der skal undersøges cirka 10 sager om året i de fem år, som loven gælder.

Arbejdsgruppen skal afgive rapport om hvert enkelt undersøgelsesforløb til Sundhedsstyrelsen, som på baggrund heraf udarbejder en årlig beretning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om de overordnede og generelle problemstillinger, der kan udtrages.

Der undersøges alene forløb, hvor der er grund til at overveje, om lovovertrædelserne kunne have været undgået, hvis der for den pågældende havde været iværksat den fornødne indsats.

Undersøgelsen af et forløb har ikke til hensigt at udpege sundhedspersoner, institutioner i behandlingssystemet eller øvrige involverede personer for at placere skyld for et eventuelt uheldigt forløb. En person, som rapporterer om et forløb, kan således ikke - som følge af sin rapportering - underkastes disciplinære foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.

30. august 2007

j.nr. 7-604-02-
13/1

Enhed for Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
Fax 7222 7414
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 72 22 78
E-post off@sst.dk

Det kan konstateres, at for de fleste af de personer, som denne undersøgelse omhandler, har der været flere forskellige sektorer og mange forskellige fagpersoner involveret, hvilket stiller særlige krav til samarbejdet og koordineringen af indsatsen.

Side 2
30. august 2007
Sundhedsstyrelsen

Der er lovgivet og etableret forskellige muligheder for at sikre dette samarbejde og koordineringen vedr. personer, der har brug for en særlig og sammenhængende indsats. For at sikre sammenhæng i et behandlingsforløb og et samarbejde mellem sundhedsvæsenet og socialsektoren, kan der udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for patienter, når patienterne udskrives fra psykiatrisk afdeling. Det er overlægens ansvar jf. dagældende Psykiatrilovs § 3 stk. 4, (nuværende Lov nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien, § 13a), at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en aftale om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Hvis patienten ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvar for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder udarbejder en koordinationsplan. Målgruppen for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er patienter med alvorlige sindslidelser, der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Udskrivningsaftaler skal bl.a. indeholde oplysninger om, hvem der er ansvarlig for at reagere, hvis aftalerne ikke overholdes.

I kommunalt regi er der mulighed for at skabe sammenhæng og overblik i forløbene ved fx at udarbejde handleplaner. Særligt for personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller personer med alvorlige sociale problemer, skal kommunerne efter serviceloven udarbejde en skriftlig handleplan. Flere af årets sager bærer præg af mangel på en sådan koordineret indsats. I 1998 udarbejdede Socialministeriet "Vejledende retningslinjer for samarbejdet mellem de sociale myndigheder og kriminalforsorgens institutioner og afdelinger". Efterfølgende er der blevet lavet en evaluering af samarbejdet mellem Kriminalforsorgen og det sociale system, som viste, at der ikke kunne konstateres forbedrede samarbejdsrelationer på tværs af de offentlige sektorer. På baggrund heraf udstedte Socialministeriet i februar 2006 en bekendtgørelse om kommunernes pligt til at koordinere handleplaner med Kriminalforsorgen for visse persongrupper.

I det følgende vil der først blive redegjort for sagerne i 2006. Der vil kort blive givet eksempler på de fundne problemstillinger, vurderingen af undersøgelserne og en sammenfatning af problemstillingerne. Det skal understreges, at konklusionerne alene baserer sig på de indhentede oplysninger fra årets sager.

Sager i 2006

Sundhedsstyrelsen har i perioden 1. januar- 31. december 2006 modtaget 21 sager om domfældelser, hvor den dømte umiddelbart opfyldte kriterierne i Lov om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet. Sagerne er modtaget løbende efter tidspunktet for domfældelsen. Dertil kommer fire sager, som blev modtaget sent på året i 2005 og derfor ikke nåede at blive undersøgt i 2005. Af disse fire sager blev

tre fundet at være uegnede til at indgå i en undersøgelse, mens én sag blev fundet egnet og derfor blev undersøgt i 2006.

Side 3
30. august 2007

Sundhedsstyrelsen

Af de 21 sager, som blev modtaget i 2006, var der tre, som ikke blev fundet at være egnede til en nærmere undersøgelse, efter at der var indhentet oplysninger om de domfældte fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Af de resterende 18 sager er syv sager overført til evt. undersøgelse i 2007, da de blev modtaget sent på året i 2006. Der er således i alt blevet indhentet materiale og vurderet 12 sager i 2006.

Af de 12 undersøgte personer, var langt hovedparten mænd. Personernes alder på forbrydelsestidspunktet var fra 17 til 69 år.

Ud af de 12 sager omhandlede de fem seksuelle forbrydelser, fire manddrab eller drabsforsøg mens to omhandlede legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter og én drejede sig om forsøg på grov legemsbeskadigelse.

I fire af årets undersøgte sager havde personen tidligere begået lignende kriminalitet af personfarlig karakter. Derudover havde halvdelen af de 12 undersøgte, begået andre former for forbrydelser. Tre af de undersøgte var tidligere blevet dømt til psykiatrisk behandling, heraf var én på gerningstidspunktet dømt til psykiatrisk behandling og havde to gange tidligere været dømt til behandling. To af de undersøgte var på tidspunktet for forbrydelsen under tilsyn af Kriminalforsorgen, mens én netop var løsladt med vilkår om 2 års straffrihed.

Ved gennemgangen af årets sager har det ikke i alle sager været muligt at få oplysninger om samtlige relevante forhold. Specielt har der været vanskeligheder med at skaffe oplysninger fra kommunalt regi p.g.a. omstruktureringer og dermed nye inddelinger af sagsområder, bl.a. som følge af kommunalreformen.

For alle sagerne gælder, at det er vanskeligt at vurdere, om en anden behandling eller indsats kunne have forebygget den aktuelle kriminalitet. Arbejdsgrupperne fandt dog for tre af årets sager, at der ikke kunne findes en sammenhæng mellem forløbet og den kriminelle handling. For fem af sagerne blev det vurderet, at den kriminelle handling muligvis kunne være forhindret, hvis forløbet havde været anderledes, mens det for fire af sagerne ikke var muligt at vurdere ud fra de givne oplysninger.

Som undersøgelser tidligere har vist, øger misbrug i kombination med psykisk sygdom risikoen for voldskriminalitet. Denne tendens afspejler sig også i årets undersøgte sager, hvor langt hovedparten af de psykisk syge kriminelle havde en eller anden form for misbrug, dvs. at 9 ud 12 af de undersøgte havde et betydeligt misbrug. Personer med en psykisk lidelse kan evt. være misbrugere som led i en form for selvmedicinering af deres psykiske lidelse. Misbrugere med psykiske lidelser kan være svære at diagnosticere og rumme i behandlingssystemet.

Sagseksempler

1. For en person lykkedes det tilsyneladende ikke den psykiatriske afdeling og Kriminalforsorgen, trods en aktuel behandlingsdom, at få etableret et samarbejde med bopælskommunen om personens bolig-situation og økonomi. Der var flere gange i forløbet blevet gjort opmærksom på, at personen havde behov for at komme på en boinsti-tution med en massiv socialpædagogisk indsats, uden at det rent fak-tisk lykkedes at få noget sådant etableret.

Side 4
30. august 2007
Sundhedsstyrelsen

Personen var indlagt flere gange i perioden op til forbrydelsen, og blev ved hver udskrivelse henvist til distriktspsykiatrisk afdeling, hvor vedkommende kun mødte op for at få sin antipsykotiske medi-cin, selv om der var blevet ordineret flere forskellige slags medicin. Cirka en måned før forbrydelsen henvendte personen sig til psykia-trisk skadestue med ønske om at blive indlagt på én bestemt afdeling, hvilket blev afvist. Kort tid før forbrydelsen henvendte han sig atter og blev indlagt i et par dage, hvorefter han blev udskrevet til gaden uden udskrivningsplan eller koordinationsplan.

Af det indhentede materiale kan det ikke ses, om Kriminalforsorgen blev orienteret om personens tidsubestemte behandlingsdom fra Landsretten. Dommen blev afsagt 5 uger før den nuværende forbry-delse, og dømte personen til psykiatrisk behandling i psykiatrisk af-delning med tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning, således at Kriminalforsorgen i forbindelse med den behandlingsansvarlige overlæge kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Personen udeblev flere gange fra Distriktspsykiatrisk afdeling, uden at det fremgik af det indhentede journalmateriale, hvad planen havde været for dommens opfølgning.

I denne sag var der således både tale om utilstrækkelig koordinering mellem de involverede parter samt en uklar ansvarsfordeling. Der-udover udeblev den behandlingsdømte flere gange fra behandling uden at det havde nogen konsekvens. Personen var således meget vanskelig at behandle samt svær at finde et relevant bosted til, hvorfor det ville have været yderst relevant med en samlet og velkoordineret indsats.

2. En person blev udskrevet fra psykiatrisk afdeling nogle måneder før den aktuelle forbrydelse, og der blev givet besked til kommunen om personens behov for hjælp. Men kommunen opfattede 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 osv. Resultatet var, at personen blot afviste forskellige former for kommunale tiltag samt kontakt med distriktspsykiatrisk sygeplejerske og ferieafløser for bostøtten. I perioden op til forbrydelsen var der således ikke nogen form for opsyn med personen på trods af alvorlig sindssygdom og at der var et hjemmeboende barn. Kommunen handlede på baggrund af en bostøttes vurdering af personen efter, at Distriktspsykiatrien, pga. personens afslag på behandling, afsluttede sagen med besked til kommunen om dette. Af afslutningsnotatet fra sygeplejersken på di-

striktspsykiatrisk afdeling til kommunen fremgår det, at patienten stadig havde tydelige symptomer på sindssygdom.

Side 5
30. august 2007
Sundhedsstyrelsen

Det er i denne sag tvivlsomt, om vurderingen af personens psykiske tilstand blev foretaget af kompetente personer, og om der var klarhed over, hvornår de skulle gå videre med deres observationer. Der var ingen, der havde taget stilling til hvilke konsekvenser, det havde for personen, hvis det ikke var muligt at få et samarbejde i gang med personen om behandling. Personen fravalgte flere planlagte behandlingstiltag og der var tilsyneladende ingen aftaler om koordination af indsatsen eller opfølgning mellem kommunen og psykiatrien.

3. En person med udtalt personlighedsforstyrrelse, som havde fået flere alvorlige domme, blev prøveløsladt med bl.a. et vilkår om at skulle modtage psykiatrisk behandling efter tilsynsmyndighedens bestemmelse samt misbrugsbehandling. Der var kun ringe koordination af samarbejdet mellem Kriminalforsorgen, kommunen og psykiateren. Personen gik til samtaler hos en psykiater, fik medicin hos egen læge, gik til møder hos kommunen og fik antabus hos Kriminalforsorgen. Personen ophørte efter en periode med sin medicin og nåede kun at have tre samtaler med en psykiater inden den aktuelle forbrydelse. Personen oplyste ca. fem uger før sin nuværende forbrydelse til Kriminalforsorgen, at pågældende var ophørt med sin medicin. Derefter forsøgte Kriminalforsorgen at overbevise personen om, at genoptage medicineringen, men kontaktede ikke de behandlende læger.

I sagen har der været mange involverede i behandlingen og det har efterfølgende været svært at få placeret det behandlingsmæssige ansvar fx for personens medicinering. Løsladelsen skete uden faste aftaler om misbrugsbehandling, medicinsk behandling, plan for revalidering eller lignende og indsatsen for personen virkede således ukoordineret.

4. En person fik ordineret antipsykotisk medicin af en psykiater i forbindelse med et ophold på en ungdomsinstitution som led i en ungdomssanktion. Behandlingen blev ikke fulgt op, da personen flyttede tilbage til hjemkommunen. Personen var i en trefaset ungdomssanktion, hvor det ikke fremgik af papirerne, hvem de involverede i kommunen skulle melde tilbage til, hvis det ikke gik som forventet.

I sin ungdomssanktion havde personen været på 7 forskellige institutioner i det første år, da han var blevet smidt ud fra alle institutionerne. Personen opholdt sig derfor på et tidspunkt alene på et opholdsted på landet med pædagogisk personale. Ungdomssanktionen ophørte, da personen blev 18 år og han overgik til en anden enhed i den kommunale forvaltning, der overvejende forholdt sig til spørgsmålet om økonomi og revalidering frem for personens psykiske tilstand og farlighed. Personen blev kort før forbrydelsen sluset ud i egen lejlighed på trods af de store problemer, der havde været med at håndtere ham kort forinden. Det fremgår ikke af sagsmaterialet, hvilke overvejelser kommunen havde gjort sig i forhold til en vurdering, inden

personen blev sluset ud i egen bolig, men kommunen havde angiveligt ikke ressourcer til andre foranstaltninger.

Side 6
30. august 2007
Sundhedsstyrelsen

Der kan påpeges flere ting i denne sag; der mangler opfølgning på fx den ordinerede medicin, og der burde have været en handleplan vedr. personens psykiske tilstand umiddelbart efter, at ungdomssanktionen var afsluttet. Der forekommer således at være sket en utilstrækkelig vurdering af personens behov for bistand.

5. En person havde i to år inden den aktuelle forbrydelse været tilknyttet et OPUS projekt (opsøgende behandling af psykotiske unge), hvor der under forløbet blev rejst mistanke om ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) samt tegn på begyndende psykose. Personen fik derfor tilbudt antipsykotisk medicin, hvilket personen afslog. Samtidig med at personen var tilknyttet OPUS, var vedkommende i en periode fængslet i flere måneder. Der blev ikke foretaget mentalundersøgelse inden denne fængsling. Personen blev prøveløsladt ca. 2 måneder før den aktuelle forbrydelse på vilkår om 2 års straffrit liv uden tilsyn fra Kriminalforsorgen. Personen blev karakteriseret som ikke psykosesuspekt ved afslutningen på OPUS. Efter den nuværende forbrydelse blev han dømt til 7 års fængsel uden forudgående mentalundersøgelse. Først da han under afsoningen fik symptomer, blev det besluttet at mentalundersøge ham, hvorved han fik diagnoserne opmærksomhedsforstyrret, skizofreni og personlighedsforstyrrelse.

Arbejdsgruppen har fundet det påfaldende, at undersøgte i en periode, hvor han blev fulgt i OPUS og frembød vrangforestillinger samt andre tegn på psykisk sygdom, afsonede flere måneder varende almindelig fængselsstraf uden, at der var foretaget en mentalundersøgelse. Desuden kom han ikke under tilsyn fra Kriminalforsorgen ved prøveløsladelsen. Der blev heller ikke under forløbet fulgt op på mistanken om fx ADHD diagnosen. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at personen heller ikke blev mentalundersøgt i relation til den aktuelle forbrydelse.

6. En person, som tidligere havde haft voldsomme udadreagerende episoder med pludselige overfald, blev undersøgt af psykolog. Denne anbefalede, at personen fik massiv social støtte og en struktureret hverdag, da man bl.a. fandt, at han havde et skizoidt personligheds-mønster. Kommunen vurderede, at personen kunne klare sig i egen bolig på trods af, at personens tidligere bosted vurderede, at vedkommende både praktisk, personligt og socialt havde et stort støttebehov. Personen henvendte sig flere gange hos psykolog, psykiatrisk skadestue og hos egen læge, uden at han blev undersøgt grundigt, men alene fik udleveret antidepressiv medicin på trods af, at han havde flere alvorlige symptomer som fx tankemylder og døgnrytme-forstyrrelser, som kunne tyde på sindssygdom. Personen begik en alvorlig forbrydelse kort tid efter, at han var kommet i egen lejlighed.

Kommunen valgte en anden løsning end den af det tidligere bosted og psykolog anbefalede. Der er ikke angivet en begrundelse for det-

te. Årsagen til at personen ikke på noget tidspunkt blev nærmere vurderet psykiatrisk, fremgår ikke af sagen. Kommunen havde vurderet, at personen ikke var fysisk eller psykisk handicappet og hjalp derfor primært med pension og bostøtte.

Side 7
30. august 2007
Sundhedsstyrelsen

7. En person, som havde en dobbeltdiagnose dvs. han både var skizofren samt misbrugte alkohol og stoffer, forsøgte flere gange at komme i gang med afrusning inden afvænningsbehandling. Personen var tidligere straffet flere gange pga. vold og forsøg på legemsangreb af særlig rå og brutal karakter og blev prøveløsladt ca. 8 mdr. inden den aktuelle forbrydelse med en prøvetid på 2 år. Personen var svær at rumme i behandlingssystemet og der manglede tilsyneladende et sted, hvor vedkommende kunne hjælpes. Personen blev hele tiden sendt videre til en anden instans i perioden op til forbrydelsen.

Vurdering af sagerne

Formålet med undersøgelserne er at vurdere, om der kunne være sammenhæng mellem behandlingsforløbet og den kriminelle handling. Som anført, har det har vist sig at være vanskeligt i de konkrete sager at pege på en entydig direkte sammenhæng mellem et evt. svigt i forløbet og personens forbrydelse. Der vil i de fleste tilfælde være tale om et forløb med mange forskellige beslutninger, vurderinger, behandlingsforslag, planer og evt. afvigelser herfra, som alle kan have mere eller mindre betydning for det samlede forløb. Dertil kommer, at personerne kan være særdeles vanskelige at lave en behandlingsalliance med alene pga. deres tilgrundliggende sygdom og den samlede tunge problematik.

De undersøgte sager omhandler personer med forskellige former for psykisk sygdom herunder fx personlighedsforstyrrelser, psykisk udviklingshæmmede og egentlig sindssygdom (fx skizofreni). Personernes problemer og forløb har derfor været af meget forskellig karakter.

Der er således meget få sager for de enkelte patientgrupper og det er derfor ikke muligt at foretage generelle konklusioner for bestemte diagnosegrupper af psykisk syges kriminelle forløb, men der kan fremhæves enkelte gennemgående overordnede problemstillinger i forløbene, som kan opdeles i følgende tre kategorier:

1. Manglende planlægning af forløb, herunder manglende koordination og tilbagemelding indenfor sektorerne og sektorerne imellem samt manglende ansvarlig for opfølgning.
2. En planlagt eller tilbudt behandling blev afbrudt eller afvist af patienten.
3. Utilstrækkelige behandlingstilbud.

Det skal endnu en gang understreges, at vurderingerne og den deraf følgende konklusion er baseret på årets sager, som kun udgør et lille materiale i forhold til de mange psykiatriske patientforløb, der er årligt i Danmark.

Manglende planlægning af forløb, herunder manglende koordination og tilbagemelding indenfor sektorerne og sektorerne imellem samt manglende ansvarlig for opfølgning

Side 8
30. august 2007
Sundhedsstyrelsen

I flere af årets sager er ansvarsfordelingen mellem Kriminalforsorgen, sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder ikke tilstrækkelig klar. Forløbene er præget af mangelfuldt samarbejde og manglende opfølgning på trufne beslutninger, anbefalinger og diagnoser.

Af flere af sagerne får man derudover indtryk af, at der er en betydelig kulturforskel eller forståelsessvanskelighed mellem sundhedsvæsenet, kommunerne og Kriminalforsorgen. Der er flere tilfælde, hvor der er fremsat alvorlige advarsler eller anbefalinger fra psykiatrisk afdeling eller fra Kriminalforsorgen, som ikke bliver fulgt op i kommunen. Enten fordi kommunen ikke opfatter advarslerne eller fordi kommunerne vurderer, at de ikke har mulighed for at tilbyde de anbefalede foranstaltninger, enten fordi de ikke har de nødvendige ressourcer eller fordi klienten afviser de givne tilbud. I ingen af sagerne ses, at kommunen har meldt tilbage til psykiatrien, når tingene af den ene eller anden grund er gået skævt og anbefalingerne ikke er blevet fulgt.

Der er ofte mange forskellige aktører involveret i forløbene, men hvordan behandlingsansvaret og det øvrige ansvar er fordelt står ikke klart. Det ville være en væsentlig forbedring, hvis patienten fik en overordnet koordineret plan for hele perioden, hvoraf det blandt andet fremgik hvilke tiltag, der skønnedes nødvendige i fald patienten modsatte sig fx den planlagte behandling eller de foreslåede miljøterapeutiske tiltag. Ligeledes vil det formentlig kunne give en bedre sammenhæng i forløbet, hvis der var et øget samarbejde med klare aftaler om ansvarsplaceringen.

Det findes at være nødvendigt at foretage klare udmeldinger mellem sektorerne og en klar ansvarsplacering, således at ansvaret for opfølgning bliver entydigt. Et tættere samarbejde mellem kommunerne og psykiatrien og især en bedre koordinering ville formentlig have kunnet forbedre resultaterne af den samlede indsats.

I det kommunale system er der flere eksempler på, at en person flere gange i et forløb skifter sagsbehandler, forvaltningsområde, flytter til nyt distrikt eller overgår til en anden forvaltning i forbindelse med, at klienten fx når myndighedsalderen. I flere sager er vigtig information tilsyneladende gået tabt ved overdragelse af sagen til en ny sagsbehandler, nyt forvaltningsområde eller ny kommune. For mange af klienterne begynder man således forfra med indhentning af nye oplysninger. Der sikres således ikke en opfølgning på tidligere vurderinger eller udtalelser, der allerede ligger i en sag indenfor samme sektor.

I flere af årets sager har en persons bostøtte fået til opgave at vurdere persons psykiske tilstand i og med, at bostøtten var den eneste, der havde kontakt med personen. En bostøtte tildelt efter servicelovens § 73 er en støtte til, at patienten kan få dagligdagen til at fungere. Det fremgår ikke af sagerne, hvilken uddannelse de pågældende bostøtter havde, men efter arbejdsgrup-

pernes vurdering har bostøtter almindeligvis ikke kompetence til at vurdere, en patients psykiatriske tilstand eksempelvis om vedkommende er psykotisk eller ej.

Side 9
30. august 2007

Sundhedsstyrelsen

I sundhedsvæsenet ses det i flere af sagerne, at der ikke er udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner på trods af, at flere af patienterne erfaringsmæssigt har haft problemer med selv at søge den behandling eller de sociale tilbud, der var nødvendige af hensyn til deres psykiske lidelse.

En planlagt eller tilbudt behandling blev afbrudt eller afvist af patienten

Der er i de undersøgte sager flere eksempler på, at patienterne vælger at op-høre med behandlingen på trods af, at sundhedspersonalet havde vurderet, at der var indikation for fortsat behandling.

I flere tilfælde afbrød patienten sin terapeutiske behandling, ønskede sig udskrevet mod givet råd, afbrød den medicinske behandling eller afviste fra begyndelsen at få ordineret medicin. I et enkelt tilfælde afviste de pårørende til en yngre patient den fra psykiatrisk side foreslåede behandlingsindsats.

Selv om det i flere tilfælde havde alvorlige konsekvenser for personen, var der ikke opfølgingsplaner eller forslag til hvilken konsekvens et behandlingsophør skulle have fx i form af andre tilbud. Hvis en patient ikke ønsker at samarbejde, skal der udarbejdes koordinationsplaner ved udskrivelsen. Hvis patienten fuldstændig nægter at samarbejde kan der være mulighed for iværksættelse af tvangsforanstaltninger, hvis patienter opfylder kriterierne for dette jf. psykiatriloven.

Utilstrækkelige behandlingstilbud

Det generelle indtryk fra sagerne er, at det ofte for gruppen af psykisk syge med misbrug kan være svært at finde konkrete velegnede behandlingstilbud. I flere af sagerne er meget dårligt socialt fungerende psykisk syge med misbrug formentlig derfor blevet sluset ud i egen lejlighed på trods af udtalelser fra sundhedspersoner og tidligere bosteder om det u hensigtsmæssige heri.

I andre sager blev de syge tilsyneladende sendt rundt i systemet i lang tid enten fordi personen ikke kunne rummes i eksisterende tilbud, eller fordi der ikke kunne findes et relevant behandlingstilbud. I flere sager var der således stor forskel på hvilke forslag, der var fremsat og hvilke foranstaltninger, herunder bosted, personen rent faktisk fik tilbudt. Indtrykket fra sagerne er, at der i flere tilfælde har været tale om ressourcemangel i kommunerne i forhold til at kunne opfylde de anbefalede foranstaltninger, men at dette ikke førte til genvurdering eller fælles fornyet drøftelse mellem de involverede parter.

Konklusion

Arbejdsgrupperne har i alt undersøgt 12 sager i 2006. Konklusionen er således baseret på disse sager, som kun udgør et lille materiale i forhold til de mange psykiatriske patientforløb, der er i Danmark hvert år.

Sagerne spænder over kriminelle personer med flere forskellige former for sygdom herunder personlighedsforstyrrelser, psykisk udviklingshæmmede og egentlig sindssygdom (fx skizofreni). De kriminelles problemer og forløb har været af meget forskellig karakter. Det har derfor ikke været muligt at udarbejde generelle konklusioner for psykisk syges kriminelle forløb, men der er gennemgående træk i sagerne, som kan påpeges, jf. de ovennævnte tre kategorier vedr. utilstrækkelige behandlingstilbud, en planlagt eller tilbudt behandling blev afbrudt eller afvist af patienten samt manglende planlægning af forløb, herunder manglende koordination og tilbagemelding inden for sektorerne og sektorerne imellem, samt manglende ansvarsplacering for opfølgning.

Forløbene er i øvrigt karakteriseret af manglende opfølgning fx ved udeblivelse og manglende udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner og sociale handleplaner uagtet at forudsætningerne herfor tilsyneladende til fulde er opfyldt.

Endvidere at vurderinger og anbefalinger fremsat fra psykiatrisk side ikke følges af kommunerne, tilsyneladende bl.a. dels på baggrund af mangel på eksisterende tilbud, men tillige tilsyneladende også fordi den kommunale sektor ikke altid forstår alvorligheden i den psykiatriske problematik. I flere af sagerne er der således ikke lagt planer for, hvad der skal ske, hvis patienten afviser et eller flere tilbud om foranstaltninger, ligesom der ikke er taget stilling til, hvem der har ansvaret for at følge op på forløbet. Specielt ses der ikke at være dialog mellem de involverede kommuner, Kriminalforsorgen og psykiatrien, selv i situationer hvor en meget psykisk syg person har afvist at modtage de tilbudte hjælpeforanstaltninger. Forløbene er således karakteriseret af manglende ansvarsplacering, manglende opfølgning og koordinering.

Selv om alle de psykisk syge i undersøgelsen i sagens natur har været i kontakt med sundhedsvæsenet eller kommunen forud for den begåede aktuelle forbrydelse, er der i forbindelse hermed ikke etableret en holdbar kontakt, der kunne fastholde patienten fx i et påbegyndt behandlingsforløb. Derudover kan det bemærkes, at der i et par tilfælde forekommer mangelfuld diagnostik eller manglende diagnostisk udredning af patienter med tegn på sindssygdom.

Med henblik på forbedring af flere af de fejl og mangler, der har vist sig ved gennemgang af årets sager, er der allerede lovgivning for, men disse er ikke alle steder implementeret. De allerede vedtagne bestemmelser vedr. fx koordinationsplaner, udskrivningsaftaler og handleplaner er således alle redskaber som med fordel kunne tages i anvendelse.

Der kan som nævnt være flere årsager til at dette ikke sker. I de tilfælde, hvor flere sektorer er involverede (fx sundhedsvæsenet, Kriminalforsorgen og kommunerne) er det dog væsentligt, at ansvarsfordelingen er beskrevet, og at der er aftaler om, at den enkelte sektor foretager tilbagemelding samt relevant opfølgning, hvis et forløb udvikler sig u hensigtsmæssigt.

Anne Mette Dons
Kontorchef, overlæge

Lena Graversen
Afdelingslæge

