

Underudvalget vedr. psykiatri- og socialområdets møde den 29. april 2009

Sag nr. 1

Emne: Udfordringerne i retspsykiatrien

2 bilag

NOTAT

Til: **Underudvalget for psykiatri og socialområdet**

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5419
Web www.regionh.dk

Ref.: Hanne Susan
Rasmussen

Dato: 15. april 2009

Udfordringer i retspsykiatrien

Region Hovedstadens Psykiatri er kendetegnet ved at have en bred palet af aktiviteter og tilbud til retspsykiatriske patienter. Samtidig står psykiatrien overfor en række udfordringer på området, der har betydning for udformningen af den fremtidige palet af behandlingstilbud. I notatet præsenteres Region Hovedstaden Psykiatri igangværende projekter inden for retspsykiatrien samt de fremtidige udfordringer psykiatrien står overfor. En del af de igangsatte projekter udspringer af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri's udsendte rapport om "Status og anbefalinger for retspsykiatrien i Region Hovedstadens Psykiatri" fra marts 2008.

En retspsykiatrisk patient er, i Region Hovedstaden Psykiatri, defineret som en patient, der hører under en af følgende strafferetslige kategorier:

- 1) varetægtsarrestanter indlagt på grund af psykisk sygdom
- 2) patienter i varetægtssurrogat
- 3) personer indlagt til mentalundersøgelse
- 4) patienter der er dømt til anbringelse eller behandling efter straffelovens § 68/69 og
- 5) strafafsonere, der udvikler psykiatrisk sygdom.

Igangsatte og kommende initiativer

Behandling af retspsykiatriske patienter og organiseringen heraf er et område, der har regionens bevågenhed. Det kommer blandt andet til udtryk i virksomhedsplanen, der lægger op til følgende initiativer:

- Styrkelse af sammenhængen mellem psykiatrien og de sektorer, der samarbejdes med, herunder sikre en klar ansvarsdeling mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Kriminalforsorgen bl.a. i forhold til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner
- Forbedre behandlingen af retspsykiatriske patienter gennem etablering af udslusningsteams, differentierede specialiserede behandlingsafsnit herunder stoffrit afsnit samt en akutmodtagelse
- Beskrivelse af målgruppen for retspsykiatrien
- Etablering af en centralvisitation på Psykiatrisk Center Sct. Hans.

De generelle linjer i de igangsatte initiativer er at kvalificere og udvikle regionens eksisterende tilbud samtidig med, at der sker en udvidelse af den retspsykiatriske sengekapa-
pacitet. Etableringen af udslusningsteams og forskellige specialiserede behandlings-
afsnit skal være med til at ruste almenpsykiatrien til bedre at kunne håndtere den tun-
geste gruppe af retspsykiatriske patienter.

I den igangværende udvikling af behandlingstilbuddene er der især fokus på at gøre
rehabilitering til en integreret del af behandlingen. Grunden til dette er, at en del af de
retspsykiatriske patienter mister deres sociale færdigheder i forbindelse med længere-
varende indlæggelse. Rehabilitering er at øge patientens funktionsniveau og fremme
en mere stabil social forankring, hvilket kan bidrage til at reducere antallet af genind-
læggelser og indlæggelsestiden. Ønsket er, at der via erfaringer fra de igangsatte pro-
jekter kan udvikles en praksis omkring rehabilitering.

Udover de nævnte projekter der er nævnt i virksomhedsplanen, er der i psykiatrien stor
fokus på at følge udviklingen i forhold til ventetiden for retspsykiatriske patienter, der
opholder sig i fængsler eller arrester. Dette gøres ved, at foretage månedlige opfølg-
ninger samt, at der arbejdes på en ensretning i registreringspraksis. Oprettelsen af cen-
tralvisitationen på Psykiatrisk Center Sct. Hans vil lette dette arbejde i fremtiden, idet
alle henvisninger fra Kriminalforsorgen til psykiatrien vil gå via centralvisitationen.
Yderligere er der blevet udarbejdet en retspsykiatrisk database, der er taget i brug på
Psykiatrisk Center Sct. Hans, og databasen er ved at blive introduceret på resten af re-
gionens psykiatriske centre. Formålet med databasen er at skabe et overblik over regi-
onens retspsykiatriske patienter, herunder et opslagværk til indhentning af oplysninger
vedr. patientens domme, behandlingsansvarlige afdeling/læge, bistandsværge mv.

Som led i at kvalificere behandlingstilbuddet er der et ønske om at forbedre den pati-
entoplevede kvalitet for de retspsykiatriske patienter. Det er et vigtigt pejlemærke i
udformningen af generalplanen, der beskriver visionerne for psykiatriens fremtidige
byggeprojekter. Regeringen har bevilliget 550 mio. kr. til nybyggeri på Psykiatrisk
Center Sct. Hans, hvilket sikrer at en stor gruppe af de retspsykiatriske patienter får
bedre faciliteter.

Gennem udformningen af de fremtidige fysiske rammer sikres der:

- mulighed for fleksible og sammenhængende behandlingsforløb
- mulighed for mindre restriktiv adgang til udendørsarealer.

I forbindelse med nybyggeriet på Psykiatrisk Center Sct. Hans bliver der etableret
skærmede uderum, som afgrænses af bygninger frem for hegn og mure. Det vil kon-
kret ske ved oprettelse af lukkede atriumgårde, som udover friere adgang til udendørs-
arealer giver mulighed for et mindre restriktivt indendørsmiljø med åbne døre. Med
muligheden for, at patienter på lukkede afdelinger kan opholde sig udendørs uden led-
sagelse af personale, får personalet frigjort tid fra overvågningsfunktioner. Samtidig er
den lettere adgang til luft og lys en vigtig del af rehabiliteringen.

I ”Status på anbefalinger for retspsykiatrien i Region Hovedstadens Psykiatri” blev det anbefalet, at der for alle patienter med retspsykiatriske foranstaltninger, hvori indlæggelse indgår, skal udarbejdes en udskrivningsaftale. Desuden skal der ved dommens ikrafttræden og mindst én gang om året afholdes et koordinerende møde for alle relevante parter. Under samme vifte blev det anbefalet, at udformningen af behandling koordineres i et tæt samarbejde mellem de involverede parter, herunder at der bliver udarbejdet en overordnet behandlingsplan for hele den periode, patienten har en retslig foranstaltning. Disse anbefalinger er indarbejdet i samarbejdsaftalerne om mennesker med sindslidelser mellem regionen og samtlige kommuner i regionen.

Fremtidige udfordringer

En central udfordring inden for det retspsykiatriske område er det store pres på sengekapaciteten – specielt den lukkede retspsykiatriske sengekapacitet. Antallet af retspsykiatriske patienter er femdoblet inden for de seneste 25 år, og stigningen forventes at fortsætte i et endnu hurtigere tempo fremover. Særligt de vanskeligste retspsykiatriske patienter er svære at rumme i de eksisterende behandlingstilbud. Det forventes, at der vil være en markant vækst i antallet af retspsykiatriske patienter. Denne tendens er bl.a. blevet bekræftet af en intern tværsnitsundersøgelse i september 2008. Stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter betyder, at det er nødvendigt med en udvidelse af den retspsykiatriske sengekapacitet for at kunne modsvare efterspørgslen.

Psykiatriplanen sigter mod at imødekomme efterspørgslen ved at udvide og samle den specialiserede retspsykiatri på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Det planlægges, at centret skal kunne rumme 130 lukkede retspsykiatriske senge og 10 udslusningssenge. Sammenlagt er der tale om en nettotilvækst på 32 lukkede senge. Desuden er der i dag 38 retspsykiatriske patienter på åbne afsnit i den specialiserede retspsykiatri, som vil skulle udfases til andre afdelinger eller almenpsykiatrien, eftersom den fremtidige sengekapacitet på Psykiatrisk Center Sct. Hans primært kommer til at omfatte lukket sengekapacitet.

Sidstnævnte medfører, at almenpsykiatriske sengeafsnit i højere grad kommer til at tage sig af retspsykiatriske patienter i den sidste del af deres indlæggelse. Samtidig medfører den generelle stigning i antallet af patienter, at de almenpsykiatriske sengeafsnit også fremover vil skulle rumme en stor del af de retspsykiatriske patienter i hele deres indlæggelsesforløb. Tværsnitsundersøgelsen fra efteråret 2008 viste, at der var 79 retspsykiatriske patienter indlagt på almenpsykiatriske sengeafsnit.

Den beskrevne udvidelse af sengekapaciteten afhænger i høj grad af nybyggeri. Manglen på lukket retspsykiatrisk sengekapacitet skaber ikke kun problemer for psykiatrien men også for kriminalforsorgen, fordi patienter med retslig foranstaltning opholder sig i fængslerne, mens de står på venteliste til psykiatrien, som i stigende grad har svært ved at modtage patienter med kort varsel.

En vækst i patientantallet medfører en stigning i udgiftsbehovet. Det er derfor væsentligt at undersøge alle muligheder for at forkorte indlæggelsestiden.

Udfordringerne inden for retspsykiatrien er mange og flerstrengede. De aktuelle udfordringer er at få de søsatte projekter implementeret samt at sikre en sammenhæng i organiseringen af de forskellige tiltag. Samtidig er sammenhængen mellem psykiatrien og dens samarbejdspartnere et vigtigt element i gennemførelsen af de beskrevet tiltag.

Region Hovedstadens Psykiatri
Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri

Retspsykiatrisk rapport

Marts 2008



Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3	7.	Udslusningsfasen for det gode patientforløb	20
2.	Den retspsykiatriske arbejdsgruppe	4	7.1.	Formålet med en målrettet indsats for gruppen af retspsykiatriske patienter i udslusningsfasen	20
2.1.	Kommissorium	4	7.2.	Udskrivningsaftale	20
2.2.	Medlemmer	4	7.3.	Erfaringer med den ambulante retspsykiatriske behandling	21
3.	Resumé og anbefalinger	5	7.4.	Erfaringer fra opsøgende psykoseteam for retspsykiatriske patienter i det tidligere H:S	21
3.1.	Resumé	5	7.5.	Udfordringer vedrørende ambulante behandling af retspsykiatriske patienter	22
3.2.	Anbefalinger	5	7.6.	PSP – samarbejde (Politi-Sociale myndighed-Psykiatri)	22
3.2.1.	For patienter med en retslig foranstaltning	5			
3.2.2.	For patienter indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling	6			
4.	Den retspsykiatriske patient	8	8.	Hvilke patienter bør behandles på specialiserede retspsykiatriske afdelinger?	24
4.1.	Patientforløb for den retspsykiatriske patient	8	8.1.	Patienter der som hovedregel bør behandles på en retspsykiatrisk specialafdeling	24
5.	Indlæggelsesfasen for det gode patientforløb	10	8.2.	Patienter der kan behandles på en almen psykiatrisk afdeling	24
5.1.	Modtagelse	10	8.3.	Ambulante patienter	25
5.2.	Behandlingsplan	10	9.	Tværsnitsundersøgelse eller database over retspsykiatriske patienter i behandling i Region Hovedstaden	26
5.3.	Retlig mappe	11	9.1.	Database over retspsykiatriske patienter i behandling i Region Hovedstaden	27
5.4.	Den akutte indlæggelse	11	10.	Litteraturfortegnelse	28
5.5.	Mentalobservation	12	11.	Bilagsfortegnelse	29
5.6.	Risikovurdering og risikohåndtering	12			
5.7.	Sikkerhed og absentering	13			
6.	Pleje- og behandlingsfasen i det gode patientforløb	14			
6.1.	Relationsarbejdet og behandlingsalliancen	14			
6.2.	Patienternes motivation	15			
6.3.	Miljøterapi	15			
6.4.	Rehabilitering	16			
6.5.	Kognitiv terapi	17			
6.6.	Psykofarmakologisk behandling	17			
6.7.	Pårørende	18			
6.8.	Psykopati	18			
6.9.	Misbrug	19			
6.10.	Etniske minoriteter	19			

1. Indledning

Retspsykiatrien afgrænses her i det væsentlige til undersøgelse og behandling af psykisk syge, der har begået kriminalitet. Retspsykiatrien har det seneste årti været i øget fokus, især fordi antallet af patienter med dom til behandling er stigende, og det har været uafklaret, hvorfor flere psykisk syge begår kriminalitet. Retspsykiatriske patienter behandles dels på retspsykiatriske specialafdelinger og dels på almen psykiatriske afdelinger. Endvidere er der tale om et betydeligt tværsektorielt samarbejde om disse patienter. Region Hovedstadens Psykiatri ønsker, bl.a. som forberedelse til den forestående specialeplanlægning, at præcisere og dermed synliggøre det faglige indhold i den retspsykiatriske indsats.

Formålet med rapporten er at beskrive det faglige indhold i retspsykiatrien, specielt med fokus på de områder, hvor den adskiller sig fra behandlingen og plejen af andre patienter i psykiatrien. Rapporten beskriver det gode patientforløb for retspsykiatriske patienter i en retspsykiatrisk specialafdeling, både når det drejer sig om planlagte forløb og om akutte forløb, herunder indlæggelse af indsatte fra fængslerne. Endelig giver rapporten et forslag til hvilke retspsykiatriske patienter, der bør behandles på en specialiseret retspsykiatrisk afdeling og hvilke patienter, der kan behandles i almen psykiatrien.

For at kvalificere og underbygge beslutningerne vedrørende det retspsykiatriske område har Region Hovedstadens Psykiatri ønsket en vurdering af, hvorvidt der skal gennemføres en tværsektorsundersøgelse af retspsykiatrien i regionen. Rapporten kommer derfor med en vurdering af, hvordan man kan sikre sig mest udbytte af sådan en indsats.

Rapporten er bygget op som faser i et patientforløb med indlæggelsesfase, pleje- og behandlingsfase og udslusningsfase. De beskrevne problemområder er rettet mod at skabe det bedste pleje- og behandlingsforløb for de retspsykiatriske patienter (det gode patientforløb).

Personalet, der er beskæftiget på en retspsykiatrisk specialafdeling arbejder tværfagligt og er i rapporten beskrevet på følgende måde:

Plejegruppen omfatter sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, beskæftigelsesvejledere, pædagoger og ergoterapeuter. Forskellen i denne gruppe mellem de retspsykiatriske specialafsnit og de almen psykiatriske afsnit er fortrinsvist, at pædagoger og ergoterapeuter er mere integreret i det daglige arbejde, bl.a. som kontaktpersoner. Behandlergruppen omfatter læger, socialrådgivere, kliniske psykologer, fysioterapeuter og sekretærer. Derudover er der tilknyttet forskellige andre grupper, bl.a. diætister, musikpædagoger m.fl.

Der er foretaget litteratursøgning i forbindelse med udfærdigelsen af rapporten. Denne har indeholdt søgning i følgende videnskabelige databaser: PubMed (Medline), EMBASE, CINAHL og PsycInfo. Følgende søgestrategi er anvendt: (forensic psychiatry or forensic psychiatric) and (rehabilitation or relapse or therapy or treatment or assessment or nursing), udgivet efter 01.01.2006.

Retspsykiatrien er stadig et ungt subspecial, og evidensen af den specifikke pleje og behandling i retspsykiatrien er begrænset, men er stigende, særligt internationalt.

Den nyeste videnskabelige litteratur vedrørende retspsykiatri handler for langt hovedpartens vedkommende om forskellige systematiske vurderingsredskaber omhandlende psykopati og risiko. Få artikler handler om rehabilitering, om udvikling og beskrivelse af den særlige retspsykiatriske sygepleje (1,2,3,4,5).

Rapporten er ikke et videnskabeligt arbejde, men en beskrivelse udført af eksperter indenfor retspsykiatrien i Region Hovedstaden. Referencerne er derfor ikke vurderet i forhold til validitet ud fra en videnskabelig standard.



2. Den retspsykiatriske arbejdsgruppe

2.1. Kommissorium

Formål

Formålet med arbejdsgruppen er at beskrive, hvad plejen og behandlingen af retspsykiatriske patienter består i, specielt med fokus på de områder, hvor den adskiller sig fra plejen og behandlingen af andre psykiatriske patienter. Derudover skal gruppen beskrive det gode patientforløb for retspsykiatriske patienter, både når det drejer sig om planlagte forløb og om akutte forløb, herunder indlæggelse af indsatte i fængslerne.

Opgaver

I forbindelse med nedsættelse af arbejdsgruppen ønsker Region Hovedstadens Psykiatri at gennemføre en tværsektorsundersøgelse af retspsykiatrien i regionen. Gruppens første opgave er derfor at udarbejde et oplæg til tværsektorsundersøgelsen. Undersøgelsen vil blive gennemført sideløbende med arbejdsgruppens videre arbejde.

Arbejdsgruppens opgave er endvidere:

- At udarbejde en beskrivelse af det faglige indhold i retspsykiatrien.
- At beskrive hvilke retspsykiatriske patienter der bør behandles på en specialiseret retspsykiatrisk afdeling og hvilke patienter, der kan behandles i almen psykiatri.

Det faglige indhold skal beskrives ud fra den forudsætning, at de sikkerhedsmæssige forhold er i orden. I den forbindelse vil det også være relevant at beskrive det faglige indhold i behandlingen af de patienter, der er indlagt på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland.

Beskrivelsen kan bl.a. indeholde følgende punkter:

- Observation, herunder klinisk vurdering og risikovurdering.
- Behandling, herunder rehabilitering (social færdighedstræning, konflikthåndtering, ADL-træning), miljøterapeutisk behandling, psykoterapi, medicinsk behandling, misbrugsbehandling.
- Mentalobservationer.
- Udslusning (hvilke typer af tilbud er der behov for).
- Koordinering og ansvar ved overflytning af patienter.

2.2. Medlemmer

Søren Bredkjær, fungerende direktør, Psykiatrisk Center Sct. Hans, formand for gruppen.

Derudover består arbejdsgruppen af følgende:

Lennart Bjarking, overlæge, Psykiatrisk Center Bispebjerg

Bjørn Holm, centerchef, Retspsykiatrisk Center Glostrup

Helle Hougaard, ledende overlæge, Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Karin Johannesen, udviklingschef, Psykiatrisk Center Glostrup

Winnie Tronier Jørgensen, ledende oversygeplejerske, Retspsykiatrisk Center Glostrup

Peder Knudsen, overlæge, Psykiatrisk Center Ballerup

Jørn Kragh, overlæge, Psykiatrisk Center Amager

Bjarne Lehmann, ledende oversygeplejerske, Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Dorthe Sestoft, overlæge, Psykiatrisk Center Frederiksberg

Peter Treufeldt, lægechef, Psykiatrisk Center Hillerød

Tine Wøbbe, ledende psykolog, Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Lis Zabinski, ledende socialrådgiver, Psykiatrisk Center Hvidovre

Faglig sekretær, Jesper Bak, udviklingschef/ledende oversygeplejerske, Udviklingsafdelingen, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Sekretær, Iben Junker Haupt, direktionssekretær, Direktionen, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Følgegruppen bestod af:
Formanden for arbejdsgruppen Søren Bredkjær
Formandskabet for Det Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri, Annette Gjerris og Birgitte Welcher
Enhedschef for koncern Plan og Udvikling, Kristen Kistrup.

Følgegruppen blev holdt løbende orienteret med arbejdsgruppens arbejde og fungerede som sparringspartner for formanden.

3. Resumé og anbefalinger

3.1. Resumé

Arbejdsgruppen har som formål haft at beskrive det faglige indhold i retspsykiatrien, herunder er det beskrevet, hvilke retspsykiatriske patienter, der bør behandles på en specialiseret retspsykiatrisk afdeling og hvilke patienter, der kan behandles i almen psykiatrien. Der er udarbejdet en beskrivelse af det gode patientforløb for retspsykiatriske patienter på en retspsykiatrisk specialafdeling.

Retspsykiatriske patienter er indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling af både behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige grunde. Vi har i denne rapport haft til opgave at fokusere på det behandlingsmæssige og det sundhedsfaglige indhold i det gode patientforløb. Hvad angår det sikkerhedsmæssige indhold, er det forudsat, at de fysiske forhold og personalenormeringer svarer til god standard for en retspsykiatrisk specialafdeling.

Retspsykiatriske patienter i en retspsykiatrisk specialafdeling har ofte komplekse problemstillinger. Patienterne har lange indlæggelser af års varighed, de er hyppigt ikke motiverede for behandling på samme måde som patienter i almen psykiatrien, de er ofte psykotiske og behandlingsresistente eller responderer dårligt på medicinsk- og anden behandling, ligesom hovedparten har et misbrug. Hertil kommer yderligere, at mange af patienterne også har en personlighedsforstyrrelse med dyssoziale personlighedstræk, deres skolekunderskaber er generelt dårlige, og de har betydelige problemer med sociale færdigheder. Retspsykiatriske patienter kan have en udadreagerende og socialt ikke-accepteret adfærd overfor andre patienter og personale, og de kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for deres omgivelser.

Plejen og behandlingen af den retspsykiatriske patient, der er indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling, adskiller sig fra plejen og behandlingen i almen psykiatrien, fortrinsvis i kompleksiteten.

Det stiller særlige krav til personalet på en retspsykiatrisk afdeling om både at være behandler og en form for vogter, dvs. at behandlingssystemet har såvel et behandlingsansvar som et forebyggende og

sikkerhedsmæssigt ansvar i forhold til det omgivende samfund og også i forhold til patienten selv.

Evidensen for interventioner overfor specifikke retspsykiatriske patientgrupper er indtil nu forholdsvis beskedne, og derfor baserer anbefalingerne sig overvejende på de erfaringer som arbejdsgruppens medlemmer har, og som er beskrevet i litteraturen.

Anbefalingerne er inddelt i det, der gælder for alle patienter med en retslig foranstaltning og i det, der gælder for patienter indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling.

3.2. Anbefalinger

3.2.1. For alle patienter med en retslig foranstaltning

- Idet en retspsykiatrisk patients behandlings- og støtteforløb oftest består af flere forskellige tilbud i både psykiatrien og det sociale system, bliver kontinuitet i behandlingen og samarbejde på tværs af sektorer og aktører afgørende for det gode patientforløb.

Det er væsentligt, at behandlingen koordineres i et tæt samarbejde mellem de involverede parter, så ansvaret for behandlingen er entydig igennem hele den periode, patienten har en retslig foranstaltning. Patienten kan kun flyttes fra et regi til et andet, når den udskrivende enhed er enig med modtagende enhed om, at behandlingsansvaret kan overdrages. For at sikre denne koordinering bedst muligt anbefaler arbejdsgruppen, at der udarbejdes en **overordnet behandlingsplan** for hele den periode, patienten har en retslig foranstaltning. I dag udarbejdes en lovpligtig behandlingsplan, som patienten har under indlæggelse, og forslaget er at den suppleres med nogle få punkter, omhandlende relevante observationer af f.eks. risiko- og misbrugsadfærd, særlige restriktioner og konsekvenser ved overtrædelse heraf.

- Arbejdsgruppen vil anbefale, at der for alle patienter med en retslig foranstaltning hvori indlæggelse indgår skal udfærdiges en **udskrivningsaftale**, jf. kapitel 4 a i Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Den behandlingsansvarlige

overlæge har ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten, den psykiatriske afdeling, distriktskykiatrien, de sociale myndigheder og privatpraktiserende sundhedspersoner (f.eks. praktiserende læger og praktiserende speciallæger) m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud. Det skal af udskrivningsaftalen fremgå, hvem der er ansvarlig for revurdering af planen, og hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, og det skal ligeledes fremgå, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes. I de særlige tilfælde, hvor vedkommende ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan.

- Ved dommens ikrafttrædelse og mindst én gang om året anbefales det, at den behandlingsansvarlige overlæge sikrer at der indkaldes til et **koordinerende møde**. Relevante personer inviteres, udover behandlings- og socialpsykiatrien kan det være Kriminalforsorgen, sagsbehandler fra socialforvaltning eller beskæftigelses- og integrationsforvaltning, politiet, bostøtter, bistandsværge, pårørende og patienten selv. På mødet revideres den overordnede behandlingsplan og eventuel udskrivningsaftale. Det vil ligeledes være naturligt, at mødet resulterer i udformning af en social handleplan i socialforvaltningens regi, ligesom der bør ske en koordinering med kriminalforsorgens handleplan.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at man i regionen sikrer en fælles og ensartet dataindsamling vedrørende de retspsykiatriske patienter. Det kan ske ved, at der for hver retspsykiatrisk patient udarbejdes en oplysningsmappe, en **retslig mappe**, der er opbygget efter en fælles skabelon.
- For at forebygge forværring i patientens psykiske tilstand og dermed også risiko for fornyet kriminalitet anbefales det, at en patient, der tidligere har haft en anbringelses- eller behandlingsdom, også i årene **efter at dommen er ophørt**, tilbydes øget opmærksomhed fra de ambulante behandlingenheder,
- For at sikre at patienter med en retslig foranstaltning følger den psykofarmakologiske behandling, anbefales det, at patienten får denne **medicin udleveret uden udgifter** for patienten, når denne behandles ambulant.
- Det anbefales, at der i **sundhedsaftalerne med kommunerne** indarbejdes, at den overordnede behandlingsplan, udskrivningsaftalen og den sociale handleplan for retspsykiatriske patienter koordineres.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at regionen etablerer en **database over retspsykiatriske patienter** ved primært at udnytte de muligheder, der ligger i de eksisterende patientadministrative systemer.
- Det anbefales, at man i regionen anvender den skabelon for udfærdigelse af **mentalobservationserklæring**, som anvendes på Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik.
- Det anbefales, at man i andre områder af regionen afprøver de erfaringer, man har fra det strukturerede samarbejde mellem politi, de sociale myndigheder og psykiatrien – **PSP-projektet** – på Frederiksberg.
- Det anbefales, at der i forbindelse med evaluering af opsøgende psykiatrisk team for retspsykiatriske patienter tages stilling til eventuelle flere lignende tilbud.
- Det anbefales, at Region Hovedstadens Psykiatri holder en årlig konference mellem almen psykiatrien og retspsykiatrien om **det gode patientforløb** for patienter med en retspsykiatrisk foranstaltning.

3.2.2. For patienter indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der i regi af de retspsykiatriske specialafdelinger er et **lukket modtageafsnit**, hvor man kan modtage akutte nye retspsykiatriske patienter.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at **risikovurdering** ved **HCR-20** bruges systematisk i den retspsykiatriske funktion, og at almen psykiatrien får kendskab til metoden og dens resultater. Risikovurderingen bør foretages i forbindelse med indlæggelse, ved mentalundersøgelse, ved regiskift, ved udskrivelse samt ved udtalelse til statsadvokaten.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at der i den retspsykiatriske funktion foretages en **nærmere vurdering i forhold til indførelse af BVC og SOAS**.
- I den retspsykiatriske specialafdeling vil der være et særligt fokus på behandlingsalliancen og relationen til patienten. Disse er af afgørende betydning for, hvad den enkelte patient får ud af indlæggelsesforløbet. **Relationsarbejdet fordrer en systematisk, faglig og velkvalificeret kontakt** mellem patienten og plejepersonalet (kontaktpersonen). På samme måde er de retspsykiatriske patienter en mangfoldig gruppe, der har komplekse individuelle problemstillinger. De har derfor et særligt behov for individuel tilpasning frem for udvikling af gruppetilbud.

- Arbejdsgruppen vil anbefale, at alt klinisk personale besidder viden om **kognitiv terapi**, da der er evidens for, at denne terapiform er effektiv i behandling af psykotiske symptomer og i at nedbringe graden af voldelig adfærd og aggression hos retspsykiatriske patienter.
- Det er vigtigt med øget fokus på patienternes psykofarmakologisk behandling. Intensiv behandling af retspsykiatriske patienter, der er behandlingsresistente eller som responderer dårligt på **psykofarmakologisk behandling**, bør varetages af psykiatere med særlig ekspertise inden for dette område, eller ske i samråd med kliniske farmakologer eller særlige psykiatriske eksperter indenfor det psykofarmakologiske område. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der afholdes regelmæssige psykofarmakologiske konferencer (eventuelt som videokonferencer) på tværs af afdelingerne i Regionen, hvor behandlingen af særligt vanskelige patientforløb kan drøftes.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at der i den retspsykiatriske specialafdeling og ved ambulante behandling er særligt fokus på rehabilitering. De fleste retspsykiatriske patienter har en betydelig funktionsevnedensættelse, og formålet med rehabilitering vil være, at patienten kan genvinde sit tidligere funktionsniveau eller højest mulige funktionsniveau. I rehabilitering kan indgå social færdighedstræning, beskæftigelse, dagligdags aktiviteter, undervisning, kreative aktiviteter, terapeutiske aktiviteter som kunstterapi, musikterapi eller lignende og fysisk aktivitet.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at der i retspsykiatriske specialafdelinger udvikles særlige tilbud til patienter med problemstillinger, der er dominerende for patienter med dom til behandling. Det gælder for følgende patientgrupper:
 - Patienter med misbrug, hvor det anbefales, at der oprettes misbrugsfrie afsnit.
 - Patienter med dyssocial personlighedsforstyrrelse, hvor det anbefales, at der udvikles særlige programmer og interventioner, der kan bedre patienternes impuls kontrol og sociale adfærd.
 - Patienter med anden etnisk baggrund end dansk, hvor det er centralt at forbedre kommunikationen og samarbejdet med patient og pårørende, herunder
 - udvikling af psykoedukationsmateriale til patient og pårørende
 - styrke personalets viden om transkulturel psykiatri
 - brug af tolke og eventuel telepsykiatri
- Patienter indlagt på retspsykiatriske specialafdelinger vil som udgangspunkt være indlagt i et længere forløb end patienter indlagt i almen psykiatri. Dette betyder, at der stilles særlige krav til kombinationen af et hospitalsmiljø med pleje og behandling, hvor miljøet samtidig skal fungere som patienternes bolig. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der sættes særligt **fokus på de fysiske rammer og fritidsfunktionen**.
- Arbejdsgruppen vil anbefale, at der er fokus på udvikling af personalets kompetencer i retspsykiatriske specialafdelinger i form af **uddannelse, faglig vejledning, supervision, netværksdannelse, forskning og udvikling**.
- Det anbefales yderligere, at nyt personale i retspsykiatriske specialafdelinger deltager i **obligatoriske forebyggende kurser** i deeskalerende kommunikation og fysiske afværgeteknikker.

4. Den retspsykiatriske patient

En retspsykiatrisk patient defineres som en person, hvis aktuelle stilling som psykiatrisk patient har sit grundlag i en afgørelse truffet af en domstol eller anden offentlig myndighed. Dertil kommer strafafsonere, der bliver psykisk syge. I bilag 1 er de forskellige afgørelser nærmere beskrevet.

Hvordan adskiller den retspsykiatriske patient sig fra den ikke-retslige patient?

For langt størstedelen af gruppen af retspsykiatriske patienter er forskellen kun den retslige status. Der kræves hertil alene en viden om enkelte juridiske aspekter, herunder erklæringskrivning samt en bevidsthed om det dobbelte mandat, dvs. at behandlingssystemet har såvel et behandlingsansvar som et forebyggende og sikkerhedsmæssigt ansvar i forhold til det omgivende samfund.

Hvordan adskiller den retspsykiatriske patient, der behandles i retspsykiatrisk specialafdeling, sig fra de patienter, der behandles i almen psykiatrien?

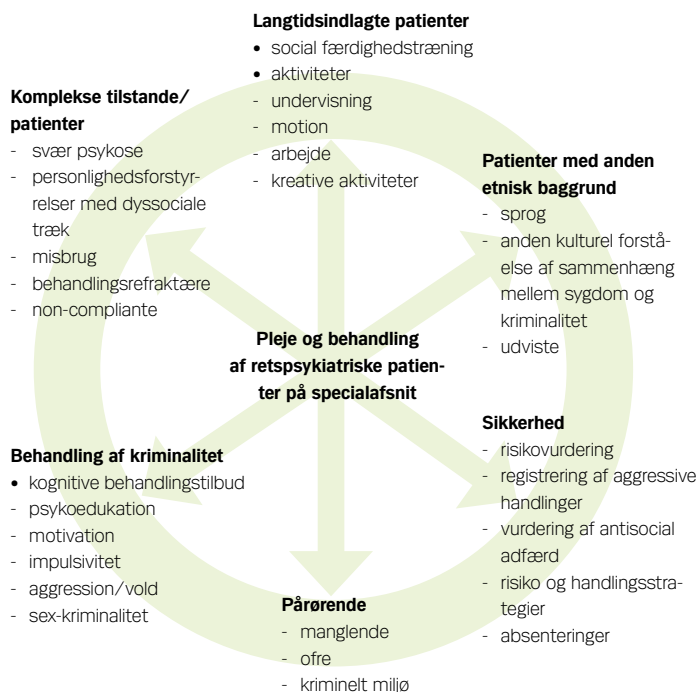
Patienter, der behandles i en retspsykiatrisk specialafdeling, har ofte komplekse psykiatriske problemstillinger, der bl.a. indbefatter følgende:

- Langtidsindlæggelse.
- Behandlingsresistent psykose.
- Manglende eller ringe sygdomsindsigt.
- Manglende eller ringe behandlingsalliance.
- Komplicerende misbrug.
- Problematisk udadreagerende adfærd.
- Ingen pårørende eller pårørende, der på forskellig måde kræver en særlig indsats.
- Dømt eller sigtet for alvorlig personfarlig kriminalitet.
- Aktuell farlighed.
- Risiko for at begå ny alvorlig personfarlig kriminalitet.
- Flugtrisiko.

Ud over det ovenfor nævnte, stiller denne gruppe særlige udfordringer inden for en lang række forhold, der interfererer med hinanden og derfor stiller store krav til planlægning, udførelse, evaluering og justering af plejen og behandlingen (illustreret i figur 1).

Figur 1

Problemorienteret illustration af nogle af de komplicerende forhold, der kan indgå i plejen og behandlingen af patienter indlagt i retspsykiatriske specialafdelinger.



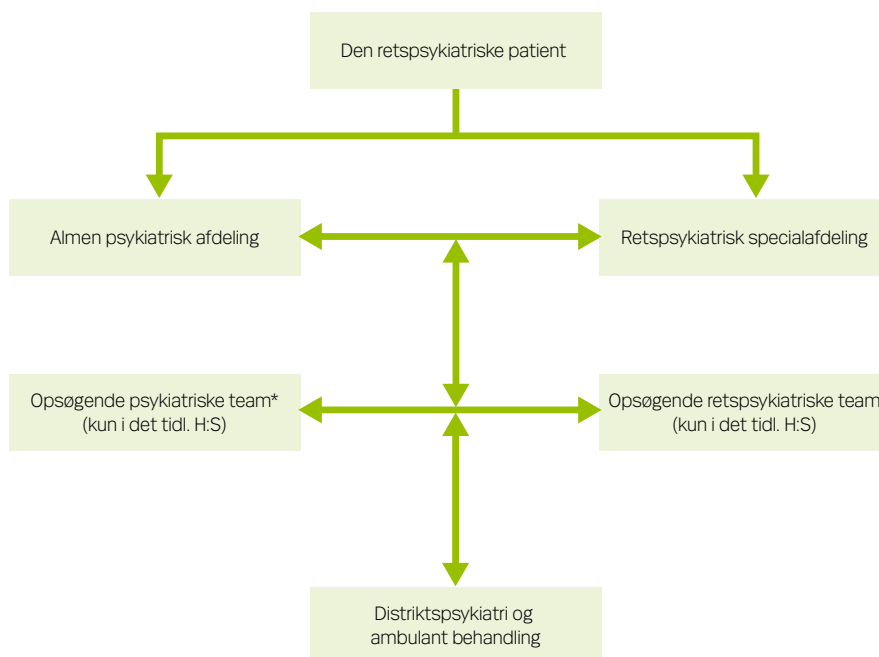
4.1. Patientforløb for den retspsykiatriske patient

Det gode patientforløb for den retspsykiatriske patient handler ikke om, hvor den enkelte patient bliver indlagt og udskrevet til, men i højere grad om, at patienten bliver plejet og behandlet de steder, hvor den optimale pleje og behandling kan tilbydes i forhold til, hvad den enkelte patients tilstand, foranstaltning eller behov kræver. Dette betyder, at det gode patientforløb handler om at skræddersy forløbet for den enkelte patient. For at opretholde det gode patientforløb anbefales det, at der årligt gennemføres en konference mellem lederne i almen psykiatrien og retspsykiatrien, hvor aktuelle patientforløb diskuteres.

Vi har valgt at illustrere de mulige forløb for den enkelte patient med en retspsykiatrisk foranstaltning i figur 2.

Figur 2.

Illustration af de mulige sammenhænge/patientforløb. Pilenes tykkelse beskriver antallet af flytninger mellem de enkelte afdelinger/funktioner.



* Jf. Psykiatriplan for Region Hovedstaden 2007 skal der indføres opsøgende psykiatriske team i hele regionen i perioden 2008-12.

5. Indlæggelsesfasen for det gode patientforløb

Psykisk syge patienter er i særlig risiko for at begå kriminalitet, når tilstanden er ustabil (og indlæggelse er indiceret), og lige efter udskrivelse (6), hvorfor let og hurtig adgang til indlæggelse, mulighed for længerevarende stabiliserende indlæggelse og gradvis udslusning over en længere periode er væsentlig for forebyggelse af kriminalitet.

Den retspsykiatriske specialafdeling skal kunne modtage akutte patienter, dvs. retspsykiatriske patienter såsom psykotiske varetægtsfængslede, foranstaltningssdomte eller afsonere, der bliver psykotiske og ikke kan modtages i almen psykiatrien af behandlingsmæssige eller sikkerhedsmæssige grunde (se kapitel 8).

5.1. Modtagelse

Ved kontakt / indlæggelse af patient i retspsykiatriske specialafdeling bør der lægges særligt vægt på at:

1. Der udarbejdes almindelig psykiatriske journal, inkluderende en grundig psykopatologisk beskrivelse og diagnosticering. Herudover vil det for denne særlige patientkategori være relevant at udarbejde en nærmere vurdering af:
 - Behandlingsmotivation.
 - Risiko.
 - Misbrugsmønster.
2. Der udfyldes en retslig mappe (se side 15).
3. Der tages stilling til patientens friheder i henhold til patientens psykiske tilstand, gældende regler (7) og anklagemyndighedens instruktioner.
4. Der tages stilling til særlige sikkerhedsmæssige aspekter.
5. Der udarbejdes en overordnet behandlingsplan for det retspsykiatriske forløb medinddragende relevante aktører; planen skal løbende revideres.
6. Der for patienter indlagt med henblik på mentalobservation snarest skal udarbejdes plan for observationen og patienten skal informeres om formålet med indlæggelsen, tidsperspektiv og personer involveret (8).

7. Patienten får tildelt behandlingsansvarlig læge, forløbsansvarlig sygeplejerske og kontaktperson/-er og skal i øvrigt informeres om den særlige dobbeltopgave, som ud over pleje og behandling også indebærer kontrol og sikkerhedsfunktioner.
8. Plejepersonalet, som har kontakt med patienten døgnet rundt, dokumenterer observationer og handlinger, der har betydning for plejen og behandlingen af patienten.

Ovenstående skal løbende revideres/ajourføres.

5.2. Behandlingsplan

I henhold til psykiatriloven skal alle patienter indlagt på psykiatriske afdeling have udarbejdet en behandlingsplan senest en uge efter indlæggelsen. Denne skal omfatte følgende:

- Psykiatriske og somatiske diagnoser samt beskrivelse af de fænomener, der underbygger diagnoserne.
- Plan for de efterfølgende undersøgelser, der er nødvendige af diagnostiske og behandlingsmæssige grunde.
- Plan for den påtænkte behandling, omfattende såvel medicinsk behandling som psykoterapeutiske, miljøterapeutiske samt sociale foranstaltninger, under hensyntagen til eventuelt senere indløbne undersøgelsesresultater.
- De mål der søges opnået ved behandlingen og antagelser om behandlingens varighed.
- Tidspunkt for planlagt opfølgning af behandlingsplanen.
- Oplysning om patientens holdning til behandlingsplanen.

Planen skal ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller den overordnede behandlingsstrategi. Pårørende søges med samtykke fra patienten i videst mulig grad informeret om behandlingsplanen.

Herudover vil det være hensigtsmæssigt for den retspsykiatriske patient, at man allerede i indlæggelsesfasen udarbejder supplement til den sædvanlige behandlingsplan, omfattende:

- Relevante observationer, f.eks. af risiko, misbrugsadfærd m.v.
- Særlige restriktioner og konsekvenser ved overtrædelse heraf.
- Kontakt- og mødeplan med f.eks. kommune og andre samarbejdspartnere.

Det er væsentligt, at plejen og behandlingen koordineres mellem de involverede parter, og arbejdsgruppen anbefaler, at patientens behandlingsplan bliver en overordnet plan for hele den periode, patienten har dom til behandling.

5.3. Retslig mappe

I forbindelse med indlæggelse af den retspsykiatriske patient vil det være ønskeligt, at man i regionen sikrer fælles og ensartet dataindsamling vedrørende patienterne. Dette kan ske ved, at der udarbejdes en oplysningsmappe (papir eller elektronisk) vedrørende patienten, indeholdende:

- Retsligt grundlag for indlæggelse.
- Retskendelse(r) (f.eks. vedr. varetægtssurrogat-anbringelse).
- Restriktioner (f.eks. brev-/telefon-/besøgskontrol).
- Domsudskrift(er).
- Mentalobservationserklæring(er).
- Korrespondance(r) med statsadvokat/politimester.
- Signalement af patienten.
- Kontaktliste.
 - Kriminalforsorgen.
 - Politijurist.
 - Bistandsværge.
 - Pårørende.

Disse oplysninger skal primært anvendes i forbindelse med det kliniske behandlingsarbejde vedrørende den retspsykiatriske patient.

5.4. Den akutte indlæggelse

Arbejdsgruppen anbefaler, at der er kapacitet til akut indlæggelse i retspsykiatrisk specialafdeling, hvor indlæggelsesperioden i modtagesenge ideelt set har en varighed på 1 til 2 - maksimalt 4 uger (4 uger er tidsgrænsen for retskendelsen om varetægt).

I denne periode skal der fastlægges psykiatrisk diagnose, risikovurdering vedrørende suicidalitet, aggressiv adfærd og risiko for absentering.

Afhængig af den psykiatriske og specifikke retspsykiatriske vurdering viderevisiteres patienten til ophold i psykiatrisk center eller andet patientafsnit i en retspsykiatrisk specialfunktion.

Ved akut indlæggelse af patienter, der er etableret i et behandlingsforløb i henhold til dom, dom til behandling eller dom til ambulante behandling med vilkår om indlæggelse, arrangeres indlæggelsen i det almenpsykiatriske hospitalsafsnit, som den behandlingsansvarlige læge er tilknyttet.

Visitation til indlæggelse i modtagesenge varetages af den retspsykiatriske visitation.

Retspsykiatriske patientkategorier, der modtages akut, er følgende:

- **Personer anbragt i varetægt:**
Hvor man af hensyn til helbredsmæssige forhold, i henhold til retsplejelovens § 770, stk. 2, på grund af opstået akut psykisk sygdom i varetægtsfængsel skal indlægges til hospitalsundersøgelse og behandling (9)..
Der er tale om en lægelig indlæggelse, og patienterne skal modtages efter almindelige lægelige regler eller efter regler i psykiatriloven. Indlæggelse sker uafhængigt af retskendelse. Anklagemyndigheden skal orienteres. Er der ikke behov for fortsat hospitalsindlæggelse, kan patienter direkte tilbageflyttes til almindelig varetægtsarrest.
- **Varetægtsurrogat efter retsplejelovens § 765 eventuelt retsplejelovens § 777 (9):**
Det er en juridisk begrundet visitation til hospitalsindlæggelse. Det anbefales i Sundhedsstyrelsens rapport om retspsykiatri, at personer modtages indenfor ca. 1 uge, efter at hospitalet er orienteret.
Tilbageflytning til almindelig arrest fordrer ny retskendelse.
- **Fængselsdømte strafafsonere:**
Efter europæiske fængselsregler kan sindssyge ikke have ophold i fængsel.
Sindssyge fængselsafsonere visiteres af den retspsykiatriske visitation til almen psykiatrien eller indlægges akut i modtagesenge efter lægelig visitation - frivilligt eller efter psykiatrilovens tvangsbestemmelser.
Flugtrisiko er principielt Kriminalforsorgens ansvar.
Er sindssygdommen af mere kronisk karakter, kan der ske overflytning til mere permanent hospitalsophold efter regler i straffuldbyrdslovens § 78 (10).
- Patienter med behandlingsdom kan modtages til akut indlæggelse i modtagesenge, hvis de udgør en sikkerhedsmæssig risiko, eventuelt hvor der overvejes farlighedsdekret.

5.5. Mentalobservation

Retspsykiatriske patienter, der er indlagt med henblik på udarbejdelse af mentalobservationserklæring (8), skal, bl.a. af hensyn til tidsfristen for erklæringens udarbejdelse, hurtigst muligt have udarbejdet en plan for undersøgelse, inkl. EEG, CT-scanning, psykologiske test mv. Herudover skal der laves en plan for møder med eksterne personer, indhentelse af oplysninger mv.

Det må anbefales, at man i regionen anvender samme skabelon, f.eks. den fra Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, i forbindelse med udarbejdelse af erklæring (Bilag 2).

5.6. Risikovurdering og risikohåndtering

I Indenrigs- og sundhedsministeriets rapport om Psykisk sygdom og kriminalitet (11) anbefales det, at der udvikles og implementeres en standardmetode til brug for arbejdet med risikovurderinger (analog med vurdering af selvmordsfare). Anvendelse af en standard metode til systematisk risikovurdering vil bl.a. sikre udvikling af fornøden faglig ekspertise på området og fremme sikkerhedsaspektet for den psykisk syge, som underkastes en risikovurdering, da en sådan har afgørende indflydelse på karakteren af efterfølgende behandling og tilbud.

Et af de mest anvendte, anerkendte og validerede redskaber er HCR-20 (Historical Clinical Risk 20) (12,13). Redskabet er udviklet af en gruppe internationale anerkendte canadiske forskere, og redskabet er nu oversat til en del sprog herunder de skandinaviske. Det er forskningsmæssigt vist (14,15,16,17,18,19), at redskabet kan anvendes, er brugbart og troværdigt inden for retspsykiatrien, men også i fængselsvæsenet samt i almen psykiatrien. Det kræver uddannelse, samrating og vedligeholdelse af viden ved løbende brug af skalaen. Det grundlæggende mål ved risikovurderinger er at forebygge voldskriminalitet. Vurderingen identificerer særlige risikoområder og hjælper derved med til at guide interventionen, så risikoen for vold kan håndteres og minimeres. Det bedste resultat opnås ved hjælp af en solid klinisk vurdering kombineret med et vurderingsredskab. I det daglige kliniske arbejde medvirker vurderingsmetoden til, at de samme relevante risikofaktorer tages i betragtning uanset hvem, der laver vurderingen. Vurderingen indvirker på den behandling, håndtering og forebyggelse, der planlægges i behandling og pleje, og medvirker til at bedre kommunikationen mellem de involverede parter omkring patienten.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at alle patienter i retspsykiatrisk specialafdeling bør risikovurderes i forbindelse med indlæggelse samt i forbindelse med mentalundersøgelse. Desuden bør patienter vurderes ved flytning fra et højere til et lavere sikkerhedsniveau som f.eks. fra lukket til åbent afsnit. Patienter bør ligeledes vurderes ved udskrivelse samt ved afgivelse af statusudtalelse til statsadvokaten. En risikovurdering laves således med relative lange intervaller. Den udfærdiges af en psykiater eller en psykolog i tæt samarbejde med plejeteamet og det tværfaglige team omkring patienten.

Der kan også være behov for akutte vurderinger, der alene forudser risikoen for vold og aggression inden for det kommende døgn, så der plejemæssigt kan tages forbehold herfor i planlægningen af den enkelte vagt. BVC (Brøset Violence Checklist (20)), der er udviklet på Brøset, Sikringsafdelingen i Trondheim, Norge, dækker dette formål. BVC skal udfyldes i forbindelse med den almindelige dokumentation ved vagtens slutning, dvs. tre gange i døgnet for hver patient, og der skal alene vurderes på 6 variable, dvs. det handler alene om den almindelige vurdering, man har gjort af patienten i løbet af vagten. Der foreligger få videnskabelige undersøgelser af dette redskab (21,22,23), og arbejdsgruppen vil anbefale, at det vurderes nærmere i retspsykiatrisk specialafdeling.

Ud over de to ovennævnte vurderingsredskaber vil arbejdsgruppen anbefale, at SOAS, (Staff Observation Aggression Scala (24)) vurderes nærmere i retspsykiatrisk specialafdeling. Her er tale om et skema, der skal udfyldes hver gang, der observeres en aggression fra patientens side lige fra den ganske lille til den meget voldsomme hændelse. Denne dokumentation kan indgå i planlægningen af patientens videre pleje og behandling, herunder også stillingtagen til friheder. Skalaen er forskningsmæssig meget velunderbygget og anvendes i vore nabolande.

Gruppen af patienter, som opholder sig på retspsykiatrisk afdeling, vil for alles vedkommende være sigtet for eller dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet. Der er derfor behov for fokus på både de behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige aspekter i en retspsykiatrisk afdeling. Det er vigtigt, at afdelingens miljø bliver så tryksskabende, forudsigeligt og roligt som muligt, hvilket kan være medvirkende til, at der kan ske en bedring af patienters tilstand. Tilbud om aktiviteter, såvel hverdagsagtige som madlavning, bagning, beskæftigelsesmæssige, undervisningsmæssige, kreative og rekreative, kan være med til at dæmpe aggressionsniveauet. Misbrug kan medvirke til, at patienterne reagerer impulsivt og voldsomt, og et misbrugsfrit miljø vil derfor også virke fremmede for et godt roligt miljø uden aggressioner. Fysisk aktivitet kan på samme måde virke dæmpende på aggressioner, og der er derfor behov for gode og forskelligartede fysiske tilbud til patienterne i de retspsykiatriske afdelinger.

Personalet ansat på en retspsykiatrisk specialafdeling er ofte udsat for trusler og udadreagerende adfærd, og der er behov for en målrettet, kontinuerlig kompetenceudvikling vedrørende aggressionsforvaltning og konflikthåndtering. Arbejdsgruppen vil anbefale, at det skal være obligatorisk med psykofysisk træning for personalet i retspsykiatrisk specialafdeling. I den forbindelse er det vigtigt, at personalet er parate til ikke kun at se på patientens reaktioner, men

samtidig fokusere på egne reaktioner med henblik på udøvelse af pleje og behandling. Der bør derfor være tale om et erfarent, veluddannet og modent personale med vilje og evne til selvrefleksion. Dette opnås bl.a. gennem kontinuerlig vejledning og supervision, hvilket personalet skal være indforstået med, når man er ansat i en retspsykiatrisk afdeling.

5.7. Sikkerhed og absentering

Når man beskriver sikkerhed i retspsykiatrien, så kan man dele det op i tre aspekter. Det ene aspekt er de fysiske rammer, der skal til for at give for gode behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige forhold. Det andet aspekt er procedurene omkring sikkerhed, f.eks. visitation af patienter ved indlæggelse. Det tredje aspekt er den sikkerhed, man kan opbygge i relationen mellem patient og personale i plejen og behandlingen.

I denne rapport er der fokus på det sundhedsfaglige indhold i retspsykiatrien, herunder relationen mellem patient og personale, og hvad det betyder for sikkerheden i afdelingen. Dette er nærmere beskrevet i kapitel 6.

Vedrørende sikkerhed i retspsykiatrien skal det påpeges, at der er tale om forskellige sikkerhedsniveauer. I den engelske retspsykiatri findes det højeste sikkerhedsniveau, "maximum security" på tre retspsykiatriske hospitaler, der dækker England og Wales (Ashworth, Broadmoor og Rampton). I disse hospitaler er der dog flere sikkerhedsniveauer. Derudover huser England regionale restpsykiatriske afdelinger, hvis sikkerhedsniveau er "medium security". Disse begreber anvendes også i retspsykiatrien i andre lande. Normalt taler man ikke om "low security", men dette kan sidestilles med det sikkerhedsniveau, der findes på almindelige lukkede psykiatriske sengeafsnit.

I forhold til danske forhold forholder det sig sådan, at man i Danmark råder over 30 "maximum security" sengepladser på Sikringsafdelingen (beskrivelse af Sikringsafdelingen findes i bilag 3). Derudover findes der 30 pladser på Koføeds Minde i Rødby til retarderede farlige personer, og disse har samme sikkerhedsniveau.

Retspsykiatriske afdelinger har, hvad der svarer til "medium security" i deres lukkede afsnit, og her har man også gradinddeling indenfor "medium security". Der kan således være brug for "medium security" for at hindre nogle retspsykiatriske patienters forsøg på at absenter sig, idet det kan medføre en særlig sikkerhedsmæssig risiko. Her er det derfor vigtigt, at personalet kan vurdere, hvornår det er det rette tidspunkt for patienter at få ledsaget eller uledsaget udgang.



6. Pleje- og behandlingsfasen i det gode patientforløb

Pleje- og behandlingsfasen for den retspsykiatriske patient, der er indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling, adskiller sig fra plejen og behandlingen i almen psykiatrien. Den adskiller sig ikke diagnosemæssigt, behandlingsmæssigt eller, fordi der er særlige forhold i plejen, som ikke findes i almen psykiatrien, men fordi kompleksiteten i plejen og behandlingen er større (11).

Skulle man beskrive forhold, der stiller særlige krav til plejen og behandlingen i en retspsykiatrisk specialafdeling, ville det være:

- De oftest lange indlæggelser der stiller særlige krav til f.eks. relationsarbejdet, rehabilitering, det sociale miljø, personalets holdninger, fysiske og intellektuelle aktiviteter og den fysiske indretning.
- Komorbiditeten. Retspsykiatriske patienter har ofte flere diagnoser (dobbel eller trippel diagnoser). De har som regel en svær psykose, der kan være behandlingsrefraktær, og dertil kommer en personlighedsforstyrrelse, ofte med dyssociale personlighedstræk og et misbrug.
- Det sikkerhedsmæssige. Retspsykiatriske patienter med udadreagerende og socialt ikke-accepteret adfærd stiller særlige krav til personalets viden og uddannelse i forhold til kontakt med patienterne, risikovurdering, kommunikation (deeskalering, afledning), fysiske afværgegreb, skånsom tvangsfikseringsteknik, farmakologisk behandling og fysisk indretning.

De oftest forekomne forhold, der skal inddrages i plejen og behandlingen for, at patientforløbet bliver det gode patientforløb, vil være problemstillinger hos patienten, der oftest skal adresseres samtidigt (det komplekse). Det kan eksempelvis være reduktion af patientens psykotiske symptomer, rehabilitering, ændringer af patientens misbrugsadfærd og /eller interventioner i forhold til patientens sociale adfærd.

Vi har valgt at beskrive følgende mere indgående:

- Relationsarbejdet og behandlingsalliancen samt patienternes motivation.
- Pleje- og behandlingstilbud i forhold til patienternes sygdom og adfærd herunder miljøterapi, rehabilitering, kognitiv terapi, psykofarmakologisk behandling og pårørendearbejde.
- Særlige problemstillinger, der er overrepræsenterede i gruppen af retspsykiatriske patienter:
 - Misbrug
 - Personlighedsforstyrrelse, ofte med dyssociale personlighedstræk
 - Patienter af anden etnisk baggrund end dansk

6.1. Relationsarbejdet og behandlingsalliancen

Pleje og behandling til den retspsykiatriske patient tager udgangspunkt i en helhedsopfattelse af patienten, hvori psykologisk, biologisk, kulturelle og sociale faktorer er integrerede. Den psykiatriske pleje og behandling er rettet mod patienter, der er underlagt en retslig foranstaltning, dvs. det ydes målrettet i respekt for den enkelte patient, uagtet kriminalitet, samtidig med, at samfundets krav om sikkerhed tilgodeses.

Patienter indlagt på retspsykiatrisk afdeling vil som udgangspunkt være indlagt i et længere forløb, hvorfor afdelingens pleje- og behandlingstilbud vil tage højde herfor, i modsætning til den alment psykiatriske afdeling, hvor indlæggelsestiden er relativt kort. I forbindelse med behandling og pleje til den retspsykiatriske patient er opgaven at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbet, og at etablere relationer til såvel patienten som dennes netværk. I relationsarbejdet spiller det kommunikative element en væsentlig rolle, som personalet forventes at håndtere på en kvalitativ, etisk og faglig forsvarlig måde. Personalet bør også udvise en ikke-fordømmende holdning samtidig med, at de sikkerhedsmæssige opgaver varetages. Personalet skal indgå i en bæredygtig relation, dvs. med fokus på patientens resurser, kunne stille krav og modificere mål samt bevare overblikket i forløbet.

Etableringen af en relation til patienten er nødvendig og afgørende for, at man kan sætte ind med f.eks. terapi. Den bæredygtige relation er samtidig voldsforebyggende.

Personalet, som varetager pleje og omsorg af denne patientgruppe hele døgnet, skal kunne agere i et felt med store udfordringer:

- Relationen mellem patient og personale er af afgørende betydning for udfaldet af pleje- og behandlingstiltag. Relationsarbejdet bygger på respekt, ansvar og faglighed, hvilket ofte fordrer systematiseret én til én kontakt - en kontaktpersonordning. Udfordringen for kontaktpersonen er at agere fagligt professionelt med fokus på omsorg, samtidig med at det sikkerhedsmæssige aspekt medtænkes.
- Kontaktpersonen og plejepersonalet har en ganske særlig funktion i at være den primære kontakt til patienter, der som udgangspunkt ikke er motiveret. Denne kontakt opretholdes i mange timer i den enkelte vagt og gennem flere år. Plejepersonalet har til opgave at etablere og vedligeholde en bæredygtig relation, der kan udfordres af patienten.
- Paternalisme og autonomi er etiske aspekter, som kontinuerligt bør være til drøftelse i personalegruppen, idet for stor vægt på det ene eller det andet kan udvikle sig til henholdsvis overgreb eller svigt.
- Rammer og begrænsninger i forhold patienter kan være konfliktskabende, hvis de ikke er forbundet med tydelighed og forudsigelighed. Derfor er tydelig kommunikation tilpasset den enkelte patient af meget stor betydning.
- Sikkerhed er på lige fod med pleje og behandling en grundlæggende fordring i arbejdet med denne patientgruppe. Det drejer sig om sikkerhed i forhold til det omgivende samfund (jf. den retslige foranstaltning), den enkelte patient, medpatienter og personalet. Udfordringen for personalet ligger i at forvalte dette fokus på en måde, der respekterer patientens værdighed og integritet. Det er kendetegnende for personalet, der arbejder indenfor dette specielle felt, at det åbenlyse fokus på sikkerhed, som en nyansat er meget optaget af, udvikler sig gennem læring og erfaring til en underliggende sikkerhedsbevidsthed, der fylder stadig mindre i forhold til relationen til patienten.

6.2. Patienternes motivation

Beslutningen om, at en psykisk syg person, som dømmes for kriminalitet, skal have en psykiatrisk særforanstaltning i stedet for straf, træffes af en dommer. Det vil sige, at der ikke er en aftale mellem læge og patient om, at der skal ske et behandlingsforløb. For langt størsteparten af patienterne, der henvises til en retspsykiatrisk afdeling, vil patienterne ved indlæg-

gelsen ikke være motiverede for at indgå i et samarbejde omkring indlæggelsesforløbet. Der er således behov for et langvarigt arbejde omkring at motivere patienterne samt en løbende vurdering af patientens motivationsgrad.

Det er meget vigtigt, at man er bevidst omkring patientens motivation, og hvilket motivationsstadium patienten befinder sig på. Behandling og pleje må således tilrettelægges meget udførligt i forhold til den enkelte patients motivationsgrad.

Motivationsgraden påvirkes af patientens evne til sygdomsindsigt, men hvor meget vides ikke. Der findes endnu ingen undersøgelser, der kan anvise parametre til at vurdere graden af sygdomsindsigt, men omfattende studier viser, at 50% - 80 % af alle patienter, der har diagnosen skizofreni, ikke mener, de er syge (25). Sammenhængen mellem sygdomsindsigt og motivationsgrad bør undersøges nærmere.

Der findes videnskabelige udarbejdede skalaer til vurdering af motivation og motivationsstadium samt mulighed for måling af, hvorledes patienten flytter sig motivationsmæssigt. Disse skalaer bør vurderes nærmere i en dansk kontekst (26,27).

6.3. Miljøterapi

Miljøterapi er terapeutisk arbejde udført af plejepersonalet, der på en koordinerende og systematisk måde, sammen med patienten, forsøger at tilrettelægge betingelserne i det sociale og materielle miljø, så patienterne får mulighed for øget indsigt og ny læring. Det er en terapiform, som anvender målrettede aktiviteter og her-og-nu situationer, til at skabe den ønskede udvikling.

Miljøterapien udfolder sig i mange sammenhænge, så som grænsesætning, at styrke patientens oplevelse af coping/mestring, at konfrontere, at bidrage til struktur og rytme på dagen eller at lære at udtrykke egne behov på en for omgivelserne mere acceptabel måde alt efter, hvad der er vigtigt for den enkelte patient. Miljøterapien kan udføres samtidig med anden terapi, fordi miljøterapien hviler på et værdigrundlag, hvor mennesket og dets relationer til andre er i fokus. Den bygger på respekt for andres individualitet og integritet. Det vil sige, at kvaliteten af menneskeligt samvær er i fokus (28).

Med baggrund i de meget komplekse plejeforløb, der er i retspsykiatrien, er det vigtigt at plejepersonalets kompetencer indenfor det miljøterapeutiske arbejde er høje, fordi miljøterapien øger patientens evne til bedre at meste hele sin livssituation og derfor øger

muligheden for, at patienten klarer sig godt efter udskrivelsen (29). For at fastholde og udvikle plejepersonalets kompetence på dette felt er det vigtigt med normeringsmæssige ressourcer til uddannelse, faglig vejledning, supervision og forskning (30).

De retspsykiatriske patienter indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling udgør en meget uhomogen gruppe i socialt henseende, hvorfor de miljøterapeutiske tiltag må rettes mod enkelt-individet og ikke mod gruppen. Miljøet kan være dynamisk alt afhængig af patienternes tilstand, og dette stiller krav til plejepersonalet om fleksibilitet

I relation til patienternes sociale kompetencer skal de plejemæssige og miljøterapeutiske tiltag rettes mod den enkelte patients formåen.

Patienternes sociale kompetencer strækker sig fra dårligt at kunne magte et begrænset socialt fællesskab med kortvarigt én til én kontakt uden krav om aktiv ageren, til at kunne indgå i grupper med krav om forpligtende tiltag, handlinger og aktiviteter.

Patienter kan qua deres sygdom skifte hurtigt mellem deres evne til at magte forpligtende og uforpligtende kontakt. Netop dette stiller store krav til de fysiske rammer, personalets kompetencer, personaleressourcerne og den ramme miljøterapien udfolder sig i.

Et andet væsentligt aspekt i miljøterapien og sygeplejen er patienternes ofte manglende egenomsorgspotentiale. De professionelle tiltag er her at være kompenserende, det vil sige at støtte og give omsorg, at tage over og samtidig stille realistiske krav med henblik på udvikling.

Med hensyn til patienternes ofte lave sociale kompetencer og manglende egenomsorgspotentiale, vil patientgruppen opleve, at plejepersonalet stiller uens krav og forventninger til dem. Dette, sammenholdt med patienternes ofte manglende evne til at sætte sig ind i andres situation, stiller store krav til kontaktpersonen/erne, om formidling og pædagogiske forklaringer, så patienterne oplever forståelse for forskelligheden.

I den strukturerede miljøterapeutiske indsats indgår fastsættelse af mål sammen med den enkelte patient. Ikke sjældent vil der være behov for, at personalet er med til at opstille patientens mål for fremtiden, så de bliver realistiske og meningsfulde, og patienten derved opnår succes. I praksis viser det sig, at nogle af de fremskridt patienten opnår kun holder kortvarigt, hvilket kan give frustrationer hos såvel patienten som hos personalet. Personalet skal derfor kunne bære/

rumme de mange tilbagefald og bevare håbet og overblikket.

I den retspsykiatriske specialafdeling er udadreagerende og socialt ikke-accepteret adfærd almindelig kendt, hvorfor grænsesætning indgår som en naturlig del af det miljøterapeutiske arbejde. Det er vigtigt at påpege, at der her ikke er tale om en negativ form for grænsesætning men en anerkendende tilgang. Den anerkendende tilgang tager sit udgangspunkt i begreber som empatisk undren, undrende refleksion, kognitive spørgeteknikker, verbalisering og aftaler. Dette stiller store krav til personalets viden om og evne til at kommunikere og agere anerkendende i situationen, så patienten opnår læring og udvikling (31).

Ovenstående beskriver nogle af erfaringerne med psykodynamisk miljøterapi fra de retspsykiatriske afdelinger i Region Hovedstaden.

6.4. Rehabilitering

De retspsykiatriske patienter har en betydelig funktionsevnededsættelse, og formålet med rehabilitering vil være, at patienten kan genvinde sit tidligere funktionsniveau eller højest mulige funktionsniveau. I rehabilitering kan indgå social færdighedstræning, beskæftigelse, dagligdags aktiviteter, undervisning, kreative aktiviteter, terapeutiske aktiviteter som kunstterapi, musikterapi eller lignende og fysisk aktivitet (32).

En patient med en retslig foranstaltning må ofte tilbringe flere år i en åben eller lukket psykiatrisk afdeling. Patienternes ophold i en retspsykiatrisk specialafdeling indebærer derfor, at afdelingen har karakter af at være både bolig og behandlingssted. Selvom der arbejdes bevidst med at bevare patientens sociale færdigheder eller opøve disse, er der stor risiko for en institutionalisering. Det er derfor vigtigt at have fokus på rehabilitering, både under patientens indlæggelse og udslusning og i det ambulante regi og, at der stræbes mod kontinuitet i de rehabiliteringstilbud, patienten tilbydes.

Det er vigtigt at sikre sig, at der arbejdes med at vedligeholde, udvikle og opbygge nye sociale færdigheder, således at patienten er bedst muligt rustet til at vende tilbage til det omgivende samfund. Der skal gives mulighed for løbende social færdighedstræning, men også mulighed for meningsfulde aktiviteter og beskæftigelse såvel som at dække et alment menneskeligt behov for adspredelse. Der kan differentieres mellem afdelingens almene miljøterapeutiske tilbud, herunder hvordan social omgang og daglige aktiviteter afholdes, desuden suppleres ud fra patientens

helhedssituation med individuelle eller gruppeaktiviteter, herunder aktiviteter af målrettet karakter. I forbindelse med deltagelse i ovennævnte aktiviteter vil patienterne få mulighed for at afprøve og udvikle fornyede copings-/mestringsstrategier.

Der er behov for beskæftigelsestilbud som undervisning, arbejde (erhvervsterapi), fysiske aktiviteter, kreative og rekreative aktiviteter. Det er vigtigt i arbejdet også omkring disse aktiviteter at tænke langsigtet, således at patienten vil kunne drage nytte af lignende aktiviteter efter en udskrivelse, og således at patienten får en meningsfuld hverdag i andre og mere gunstige miljøer, end dem de tidligere færdedes i. Der er i rehabiliteringen behov for mange forskellige kompetencer og faggrupper, og det kræver et velfungerende tværfagligt samarbejde.

Fysisk aktivitet og sund kost er godt for helbredet og for ens fysiske og psykiske velvære og kan mindske risikoen for overvægt. Fysisk aktivitet kan være med til at dæmpe aggressioner, angst og indre uro/anspændthed hos patienter og kan føre til mindre anvendelse af tvang (33,34).

I forhold til kreative aktiviteter kan det både have et terapeutisk øjemed og et almen menneskeligt behov for at beskæftige sig med kreative aktiviteter for "fornøjelsens skyld". Kunst og musikterapi er meget efterspurgt terapiformer i retspsykiatrien, da den ikke-verbale kommunikation i terapierne synes at være nemmere at forholde sig til end de verbale terapier.

Hvad angår undervisning er denne patientgruppe karakteriseret ved oftest ganske ringe skolekundskaaber (11). For gruppen af danske patienter vil langt de fleste ikke have en afsluttet grunduddannelse, og mange har både et ønske om og et behov for at få styrket de almene skolekundskaaber.

Gruppen af patienter med anden etnisk herkomst end dansk vil oftest have behov for at bedre dansk-kundskaaberne. Dette vil bedre kommunikationen med patienten og på længere sigt også give patienten bedre muligheder for at integrere sig i det danske samfund.

Retspsykiatriske patienter har komplekse problemstillinger, og de har forskellige forudsætninger. De har i særlig grad behov for individuel tilpasning frem for udvikling af særlige programmer. Det er vigtigt, at patientens aktiviteter kan tilpasses på en fleksibel måde, og at patienten bliver inddraget i planlægning og udførelse.

6.5. Kognitiv terapi

Undersøgelser har vist, at kognitiv terapi sammen med antipsykotika er effektiv til behandling af både intensitet og hyppighed af psykotiske symptomer (35,36). Andre undersøgelser har vist, at kognitiv terapi til patienter med dobbeltdiagnoser er effektiv og bl.a. mindsker behovet for anvendelse af tvang (37). Desuden er det vist, at kognitiv terapi har positiv virkning på behandling af aggression hos patienter med alvorlige psykiske lidelser, men også specifikt til retspsykiatriske patientgrupper til nedbringelse af aggression og voldelig adfærd (38). I snart 20 år har der været særlig fokus på kognitiv terapi i fængselsvæsenet. Det begyndte i Canada, der revolutionerede deres føderale fængselsvæsen med implementering af kognitiv terapi til indsatte med domme for alvorlig personfarlig kriminalitet. Det har bl.a. medført, at Kriminalforsorgen har indført (dog i mindre målestok) kognitive behandlingsprogrammer til visse grupper af indsatte.

Kognitiv terapi er således en relevant behandling til retspsykiatriske patienter med en kompleks problemstilling, hvor der er behov for, at der er fokus både på den psykiatriske behandling af den svære sindslidelse og misbrug, men også i håndtering af patientens manglende motivation, aggressive og impulsive adfærd. I den kognitive terapi gør man bl.a. brug af psykoekation, systematiserede metoder til træning af sociale færdigheder og mestrings-/copingstrategier herunder brug af kommunikation.

Kognitiv terapi er ikke den eneste terapiform, der kan anvendes overfor retspsykiatriske patienter. Det er kasuistisk beskrevet, at nogle patienter profiterer af længerevarende og fleksibelt tilrettelagt psykodynamiske forløb (39).

6.6. Psykofarmakologisk behandling

Det er ikke systematisk undersøgt, om retspsykiatriske patienter responderer anderledes på psykofarmakologisk behandling end ikke retspsykiatriske patienter (40). Det er dog et almindeligt indtryk, at patienter, der er indlagte i retspsykiatriske afdelinger, generelt får en mere intensiv behandling, flere præparater og større doser end ikke retspsykiatriske patienter. Dette kan skyldes, at man i gruppen af retspsykiatriske patienter i særlig grad finder patienter, der responderer dårligt på den psykofarmakologiske behandling. En anden forklaring kan være, at man i retspsykiatrien i højere grad end i almen psykiatrien er tvunget til at sikre en afgørende afdæmpning af psykotiske symptomer hos patienterne, der ofte er præget af stor impulsivitet og meget lav frustrationstærskel med ten-

dens til aggressive handlinger. Patienter, der i psykotisk tilstand har haft en voldelig adfærd, må betragtes som farligere, indtil psykosen er velbehandlet (41). Konsekvenserne af en underbehandling af retspsykiatriske patienter vil som regel være betydeligt alvorligere end en underbehandling af ikke-retspsykiatriske patienter.

Intensiv behandling med antipsykotika er imidlertid heller ikke uden risici. Behandlingen kan give patienten betydelige helbredsgener og i enkelte tilfælde være fatal (42,43,44).

Det er derfor vigtigt med fortsat øget fokus på patienternes sikkerhed ved psykofarmakologisk behandling (45,46). Intensiv behandling af retspsykiatriske patienter der er behandlingsresistente, eller som responderer dårligt på psykofarmakologisk behandling, bør til en hvis grad centraliseres og kræver koordination på en sådan måde, at det er psykiatere med særlig ekspertise inden for dette område, der står for behandlingen, samt at dette kan ske i samråd med kliniske farmakologer eller særlige psykiatriske eksperter indenfor det psykofarmakologiske område.

Gruppen anbefaler derfor, at der afholdes regelmæssige psykofarmakologiske konferencer (eventuelt som videokonferencer) på tværs af afdelingerne i Regionen, hvor behandlingen af særligt vanskelige patientforløb kan drøftes.

6.7. Pårørende

Pårørendearbejde vil også i forhold til denne patientgruppe give særlige udfordringer. Dels vil en del af patienterne have meget få relationer, idet de i kraft af deres alvorlige psykiske lidelse ikke længere har et netværk. Derudover vil nogle pårørende være ofre, og i enkelte tilfælde vil pårørende også komme fra det kriminelle miljø. Som ovenfor beskrevet vil en stor del af de pårørende være af anden etnisk herkomst end dansk. Det betyder, at de kan have en anden sygdoms- og sundhedsopfattelse, samt at deres viden om det danske behandlingssystem og juridiske system ikke er særlig omfattende. Det er også stigmatiserende i forhold til, ikke alene at være pårørende til en psykisk syg patient, men også pårørende til en psykisk syg kriminel patient, der ofte har begået alvorlig personfarlig kriminalitet.

Alt i alt er der behov for en særlig indsats i forhold til de pårørende til denne patientgruppe, der kan bl.a. være tale om formaliserede tilbud, såvel individuelle som gruppetilbud. Formaliseret psykoedukation bør være et fast element.

Der bør ligeledes være en vejledning for, hvordan børn af retspsykiatriske patienter kan besøge deres far eller mor på en lukket retspsykiatrisk afdeling.

6.8. Psykopati

På retspsykiatriske afdelinger, hvor gruppen af de dårligste retspsykiatriske patienter observeres og behandles, har 80-90% af patienterne diagnosen skizofreni. Mange vil derudover også have mere eller mindre udtalte dyssociale personlighedstræk, der kendetegner det, man ofte vil forstå som begrebet "psykopati". Dette medfører særlige behandlingsmæssige udfordringer, idet patienter med udtalte psykopatiske/dyssociale træk kan påvirke et helt behandlingsmiljø. Ydermere er det en udfordring, når mange patienter behandles og opholder sig på samme sted. Der er derfor behov for i personalegruppen - og her tænkes på alle faggrupper - at have en god såvel teoretisk som praktisk viden om pleje og behandling af denne patientgruppe.

Det er ydermere væsentligt, fordi det forskningsmæssigt er vist, at gruppen af patienter har en højere risiko for tilbagefald i ny kriminalitet, herunder også personfarlig kriminalitet (47).

Det er således vigtigt, at personalet kan identificere og diagnostisk vurdere denne patientgruppe grundigt af hensyn til planlægningen af plejen og behandlingen, men også af hensyn til opretholdelse af sikkerheden i miljøet for patienter og personale.

Det, der bl.a. kendetegner patientgruppen med psykopati, kan være en manipulerende og beregnende adfærd, gentagne asociale handlinger, manglende empati, medfølelse og skyldfølelse. Derudover kan ses dårlig adfærdskontrol, herunder aggressivitet samt impulsivitet og ansvarsløshed.

Patienterne med dyssociale/psykopatiske træk kan have en tendens til at dominere miljøet på et afsnit, de kan ligeledes have en tendens til at manipulere og udnytte andre "svagere" patienter. Samtidig kan det være kendetegnende, at patienterne har en manglende motivation for at indgå i behandling, idet de ikke har indsigt i egen adfærd og derfor ikke har et grundlæggende ønske om at ville ændre sig. Det er derfor meget vigtigt i den terapeutiske sammenhæng at finde områder, hvor man kan indgå samarbejde med denne patientgruppe om at ændre adfærd på en måde, så de kan se en mening derved.

Alt i alt kræver denne patientgruppe meget af en personalegruppe, og der er behov for løbende, tæt vejledning og supervision for at kunne yde den optimale pleje og behandling til patientgruppen. Det bør i den

sammenhæng også bemærkes, at man er vidende om, at hvis ikke den rette pleje og behandling vælges til patienter med psykopati, kan det medføre en forværing. Behandling af denne patientgruppe er langvarig, og det er vigtigt løbende at monitorere patientens ændringer i såvel motivation og adfærd. Rent terapeutisk synes det ikke brugbart at anvende en psykodynamisk tilgang til denne patientgruppe, men tværtimod at anvende kognitiv terapi (48). Det er samtidig vigtigt at gøre sig klart, at terapien bør målrettes mod at mindske den antisociale adfærd og ikke så meget de interpersonelle og affektive problemer hos patienten. Der er udviklet forskellige programmer til dette, hvor man i første omgang fokuserer på en reduktion af den voldelige og antisociale adfærd, der bringer patienter med diagnosen psykopati i konflikt med loven og med det psykiatriske behandlingssystem (48,27).

Som ovenfor beskrevet kræver det stor stringens, viden og samarbejde i den samlede personalegruppe for at kunne yde en kvalificeret pleje og behandling til denne krævende patientgruppe.

6.9. Misbrug

Mange retspsykiatriske patienter vil have et komplicerende misbrug oftest af flere forskellige rusmidler. En stor del af patienterne har udført deres alvorlige personfarlige kriminalitet under påvirkning af stoffer. En række undersøgelser viser desuden, at misbrug og især alkoholmisbrug øger risikoen for voldskriminalitet (11,49). Hvis den psykisk syge patient har en personlighedsforstyrrelse, øger det også risikoen for, at personen begår vold og anden alvorlig personfarlig kriminalitet. Er der tale om både misbrug og personlighedsforstyrrelser, hvilket ofte er tilfældet, øges risikoen for voldskriminalitet markant. Det er derfor væsentligt, at der er særlig fokus på misbrugsbehandlingen. Der er behov for en grundig anamnese, således at misbruget beskrives. På den måde kan man bedst muligt tilrettelægge et målrettet behandlingsforløb for patienten. Derudover bør der i den kognitive terapi arbejdes målrettet med patientens misbrug.

Også under indlæggelse er misbrug hyppigt forekommende. Selvom der laves en målrettet indsats for at undgå, at misbrugsstoffer kommer ind i afsnittene, er det ikke altid muligt at undgå. Medpatienter, der har udgang og pårørende, presses til at medbringe stoffer, ligesom der på anden vis forsøges indsmuglet stoffer. Man kan ikke alene kontrollere sig ud af dette problem, og derfor er der behov for en bred indsats, der inddrager kontrol, psykoedukation, målrettet misbrugsbehandling mv. Man bør overveje muligheden af, at der etableres særlige konceptafsnit, der er misbrugsfrie. Her tænkes på mindre afsnit i en

retspsykiatriske afdeling, som patienterne kan blive indstillet til, når de er motiverede for at arbejde med deres misbrug, og hvor de indgår en særlig kontrakt for opholdet, hvilket indebærer absolut afholdenhed. Indholdet i behandlingen skal være målrettet kognitiv terapi både individuelt og i gruppe samt med fokus på aktiviteter og social færdighedstræning. Dersom patienter misbruger, vil de straks blive overflyttet til et andet afsnit i den retspsykiatriske afdeling. Det er vigtigt at give patienter, der har et reelt ønske om at komme ud af misbruget, denne behandlingsmulighed. Det er også vigtigt at give patienter, der tidligere har misbrugt, og som er svage i forhold til at genoptage misbruget, denne mulighed.

6.10. Etniske minoriteter

Etniske minoriteter er overrepræsenteret i gruppen af retspsykiatriske patienter således, at der på landsplan er mellem 20 og 25% af patienterne, der har anden etnisk herkomst end dansk (11). Det er indtrykket, at gruppen af etniske minoriteter er stor, når det drejer sig om de mest syge patienter og patienter, der har lavet den mest alvorlige personfarlige kriminalitet. Således udgør denne gruppe mellem 40 og 45% af de indlagte patienter på retspsykiatriske afdeling, Psykiatriske Center Sct Hans.

Som sådan kan man ikke sige, at behandling og pleje af patienter med anden etnisk herkomst end dansk er en retspsykiatriske problemstilling, men da gruppen er så overrepræsenteret, stiller det specielle krav til personalet i bred forstand i forhold til behandling og pleje. Behov for forståelse for den fremmedes kultur er vigtigt. Disse patienter har ofte meget lidt indsigt og forståelse af sammenhængen mellem den psykiatriske behandling og deres kriminalitet. Der er behov for en styrket indsats omkring pårørendearbejdet til denne patientgruppe (se tidligere afsnit). Ydermere vil enkelte af disse patienter være dømt til udvisning efter endt behandling, hvilket medfører andre pleje- og behandlingsmæssige udfordringer. Der er også et behov for en særlig indsats omkring kommunikation, herunder anvendelse af tolke og ansættelse af tosproget personale med anden etnisk oprindelse.

En udfordring generelt er, at en del af de behandlings tiltag i bred forstand, der er til gruppen af komplekse retspsykiatriske patienter fordrer, at patienterne mestrer dansk - her tænkes på gruppeterapi, individuel terapi, social færdighedstræning i en vis forstand, samt undervisning via psykoedukation.



7. Udslusningsfasen for det gode patientforløb

Eftersom en retspsykiatrisk patients behandlings- og støtteforløb oftest består af flere forskellige tilbud i både psykiatrien og det sociale system, bliver kontinuitet i behandlingen og samarbejde på tværs af sektorer og aktører afgørende for det gode patientforløb. Det er væsentligt, at behandlingen koordineres mellem de involverede parter, og at ansvaret for behandlingen og aftaler er klart defineret for alle parter gennem hele perioden, hvor patienten har en retslig foranstaltning.

På samme måde gælder det inden for Region Hovedstadens Psykiatri, at patienten kun kan flyttes fra et regi til et andet, når udskrivende enhed er enig med modtagende enhed om at overdrage behandlingsansvaret. Det er centralt for det gode patientforløb i retspsykiatrien, at de involverede parter har været inddraget og er orienteret om et regiskift, f.eks. fra indlæggelse til ambulante forløb, således at kontinuiteten i forløbet sikres, og det professionelle og øvrige netværk omkring patienten kan fungere optimalt.

Udslusningen af den retspsykiatriske patient fra en indlæggelse til ambulante behandling kan gå flere veje (se også figur 2 side 13).

Fra retspsykiatrisk specialafdeling til:

- Opsøgende retspsykiatrisk team
- Opsøgende psykiatrisk team
- Distriktspsykiatrisk center
- Ambulatorium

Fra almen psykiatrisk afdeling til:

- Opsøgende retspsykiatrisk team
- Opsøgende psykiatrisk team
- Distriktspsykiatrisk center
- Ambulatorium

Udslusningen af retspsykiatriske patienter kan altid planlægges og vil sjældent være akut, da det i de fleste forløb er overlægen der i samråd med Kriminalforsorgen tager stilling til, hvornår patienten skal udsluses. I modsætning til almen psykiatrien, hvor patienten kan forlange sig udskrevet, så har den retspsykiatriske patient ikke denne mulighed.

Derfor bør der altid afsættes tid til at sikre en god udslusning.

7.1. Formålet med en målrettet indsats for gruppen af retspsykiatriske patienter i udslusningsfasen

Formålet med indsatsen er:

- At bedre patientens psykiske lidelse, herunder at reducere risikoen for fornyet kriminalitet.
- Nedbringe behovet for genindlæggelse.
- Øge kontinuiteten i behandlingen, herunder reducere uregelmæssigheder og pauser i kontakten.
- Hjælpe patienten til bedst muligt at kunne fungere i eget hjem, såvel praktisk som socialt.
- Støtte patientens relation til familie og andet netværk samt indgå i samarbejde med disse.
- Støtte patienten til at indgå i meningsfulde aktiviteter, arbejde og lignende, der ikke har relation til misbrug eller kriminelt miljø.
- Bedre patientens relation til behandlingen i samarbejde med behandlingsafdeling, botilbud, Kriminalforsorgen, de sociale myndigheder, støttekontaktpersoner, væresteder, mv.

Den psykiatriske behandling skal forstås bredt, således skal det understreges, at det er gennem den samlede tværfaglige indsats, den ønskede forebyggende effekt bedst kan opnås.

7.2. Udskrivningsaftale

For at sikre en god udslusning af den retspsykiatriske patient vil arbejdsgruppen anbefale, at alle retspsykiatriske patienter, der udskrives fra en retspsykiatrisk specialafdeling eller en almen psykiatrisk afdeling, får en udskrivningsaftale, jf. kapitel 4 a i Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, der beskriver ansvarsplaceringen.

Udskrivningsaftalen skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud. Udskrivningsaftalen skal omfatte de behandlingsmæssige og sociale tilbud, som vil være relevante for patienten, og angive dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl. Udskrivningsaftalen skal være tidsbegrænset, og aftalen skal tages op til vurdering efter en aftalt periode. Det skal af udskrivningsaftalen fremgå, hvem der er ansvarlig for revurderingen af planen, og hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, og det skal endvidere fremgå, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Det er den behandlingsansvarlige overlæge, der har ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten, den psykiatriske afdeling, distriktspsykiatrien eller anden ambulant enhed (f.eks. de sociale myndigheder, Kriminalforsorgen, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.) om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. De sociale myndigheder skal udfærdige en social handleplan, hvis patienten samtykker til det, og det vil være relevant, at den er koordineret i forhold til patientens overordnede behandlingsplan. Kriminalforsorgen har initiativforpligtelsen til at udarbejde en handleplan, men det er de sociale myndigheder, som har opfølgingsforpligtelsen, og derfor vil de begge være vigtige samarbejdspartnere og deltagere i indgåelsen af udskrivningsaftalen.

Udskrivningsaftalen bliver underskrevet af patienten og de involverede parter, og er på den måde gensidigt forpligtende. Det er en forudsætning for, at patienten kan blive udskrevet, at vedkommende medvirker til at indgå en udskrivningsaftale. I de særlige tilfælde, hvor vedkommende ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan, jf. kapitel 4 a i Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Henvisningen til den ambulante behandling skal indeholde en grundig beskrivelse af det hidtidige forløb og af den tværfaglige indsats. I forbindelse med indgåelse af udskrivningsaftale vil det samtidigt sikre videreførelsen af den overordnet behandlingsplan.

Behandlingsplanen og udskrivningsaftalen revideres mindst en gang om året, eventuelt i forbindelse med, at der udfærdiges erklæring til statsadvokaten.

7.3. Erfaringer med den ambulante retspsykiatriske behandling

Den ambulante behandling, som patienterne tilbydes aktuelt, er organiseret forskelligt i regionen.

Nogle patienter følges ambulant via et retspsykiatrisk eller et almen psykiatrisk sengeafsnit.

Andre følges af et retspsykiatrisk ambulatorium, et distriktspsykiatrisk center, et psykiatrisk ambulatorium, opsøgende psykiatrisk team eller opsøgende retspsykiatrisk team (OP-team).

At patienten mærker kontinuitet i behandlingstilbudene er en fordring i forhold til udslusningsfasen. Den ambulante enhed bør informeres tidligt i forberedelserne til udslusning, således at der kan etableres kontakt til patienten og kontaktpersonen i afsnittet, med henblik på at videreføre behandlingen gennem en fælles planlægning af udslusningsforløbet. Et samarbejde om aftaler og planlægning kan derved danne grundlag for, at patienten og den nye kontaktperson får oparbejdet et bedre grundlag for det fremtidige samarbejde. Efter udslusning overtager den ambulante enhed ansvaret for forløbet og dermed videreførelse af den overordnede behandlingsplan.

Ganske unge lovovertrædere, særlig kontaktsvage behandlingsdømte, retslige patienter med anden etnisk baggrund end dansk og patienter med særlig kriminalitet, der kan virke moralsk anstødelige i nærmiljøet, kan ofte have behov for en mere individuel tilgang, som OP-teamet bedre kan honorere end distriktspsykiatrien.

7.4. Erfaringer fra opsøgende psykiatrisk team for retspsykiatriske patienter i det tidligere H:S

I det tidligere H:S-område er 80 patienter tilknyttet det retspsykiatriske OP-team. En stor del af de indlagte patienter fra retspsykiatrisk specialafdeling udsluses direkte til dette eller andre OP-team.

OP-team for retspsykiatriske patienter blev først etableret i november 2006, og de erfaringer, som foreligger efter det første halve års funktion, må tages med et vist forbehold. Der er ingen erfaringer eller rapporter for lignende danske tiltag, og internationalt er evidensen beskedent. Det ser dog ud til, at de steder, hvor der har været etableret et specifikt målrettet ambulant efterbehandlingstilbud til denne patientgruppe, opleves færre tilfælde af fornyet kriminalitet og færre genindlæggelser.

Patienter med en retslig foranstaltning kan grundlæggende ikke fravælge behandling og er derfor underlagt de behandlingstilbud som er til rådighed.

Princippet i assertivitet (OP-team = Assertive Community Treatment) er, at det er OP-teamets opgave og ansvar at opretholde kontakten, og at kontakten skal

opretholdes ved opsøgende virksomhed, hvis det er nødvendigt (50). Dog er der det faktum, at hvis patienten ikke følger aftalt behandling, eller den psykiske tilstand af andre grunde kræver det, kan der i henhold til dommen blive tale om en genindlæggelse. Med andre ord vil den behandlende overlæge via Kriminalforsorgen kunne begære patienten indlagt uden patientens accept.

Da patienten ofte har været langvarigt indlagt, vil en stor del af den udadrettede opsøgende virksomhed sætte fokus på rehabilitering, på at træne og hjælpe patienten med at udnytte eksisterende tilbud, det være sig beskæftigelse, fritidsaktiviteter, det sociale system og sundhedsvæsenet generelt. Det kan også dreje sig om støtte og træning i at få kontakt med familie og andet netværk. Da der for OP-teamet ligger en meget stor opgave i at træne patienten til at kunne fungere selvstændigt i samfundet, vil træning i at overholde en aftale, planlægge transport, forholde sig til tid og lignende kunne kombineres med, at patienten i et vist omfang møder i OP-teamets lokaler til eksempelvis lægesamtale, medicinudlevering og undervisning. Derfor skønnes det vigtigt, at teamet overfor visse patienter tilbyder en ambulatoriemulighed. I tilknytning til det retspsykiatriske OP-team anbefales det, at der tilbydes psykoedukation, kognitiv behandling, pårørendeundervisning og særlige undervisningsprogrammer til patienter og pårørende med anden etnisk baggrund end dansk.

En del af målgruppen bor i socialpsykiatriske botilbud, hvor det er af afgørende betydning at have et godt samarbejde med botilbuddets personale. I den periode, hvor OP-teamet har fungeret, har personalet i botilbuddene haft et stort behov for vejledning i at varetage omsorgsopgaven i forhold til den retspsykiatriske patient. Der viser sig mange problemstillinger: Hvordan forholder man sig til en person - dømt for voldskriminalitet, hvad er væsentligt at observere og rapportere, hvad sker der, hvis patienten ikke tager sin medicin og hvad skal personalet gøre? Efter at have oplevet behovets størrelse, har det nuværende retspsykiatriske OP-team oprettet en kontaktpersonsordning til botilbud i København, som gerne fremover skulle medvirke til, at de retspsykiatriske patienter modtager en passende støtte og som kan sikre, at patienten oplever en sammenhæng i den samlede indsats. På nuværende tidspunkt vurderes det, at der er et behov en større differentiering i botilbud til retspsykiatriske patienter, som er blevet udsluset.

7.5. Udfordringer vedrørende ambulant behandling af retspsykiatriske patienter

Det behandlingsmæssige ansvar for denne patientgruppe, som ofte præges af manglende sygdomsindsigt og compliance, må indbefatte en sikkerhed for, at patienten ikke ophører med at følge den medicinske behandling af økonomiske grunde. Det kan give forværring af patientens psykiske tilstand, hvilket kan øge risikoen for kriminalitetsrecidiv.

Fordi der er mange måder at organisere den ambulante behandling på, er det vigtigt, at arbejdet koordineres. Det anbefales, at der i **sundhedsaftalerne med kommunerne** indarbejdes, at den overordnede behandlingsplan, udskrivningsaftalen og den sociale handleplan for retspsykiatriske patienter koordineres.

Følgende forhold kan bl.a. berøres:

- For at forebygge ny kriminalitet er det særligt vigtigt at være opmærksom på, at patienten oplever en meningsfuld tilværelse. Følgende faktorer kan det specielt være relevant at inddrage:
 - Boligløshed
 - Misbrug
 - Gæld
 - Beskæftigelse
 - Mulighed for en aktiv fritid
- Hvilke myndigheder bør være informeret om dommen (egen læge, lokale politimyndighed, sagsbehandler, hjemmeplejen).
- Såfremt der er behov for administration af overførselsindkomsten f.eks. til automatisk indbetaling af husleje via kommunen.

7.6. PSP - samarbejde (Politi - Sociale myndighed - Psykiatri)

På Frederiksberg har man siden efteråret 2004 indført et struktureret samarbejde mellem politi, de sociale myndigheder og psykiatrien - PSP-projektet.

Formålet med projektet har været at sikre en optimal koordinering af de involverede myndigheders ressourcer med det sigte at hjælpe personer, der på grund af misbrugsproblemer, psykiske lidelser eller andre former for sociale problemer befinder sig i en situation, hvor de har behov for særlig støtte.

PSP-projektet retter sig primært mod borgere, der har behov for hjælp/støtte, uden at de klart kan henføres under ét myndighedsområde, som f.eks. lovover-

trædere, patienter i distriktpsychiatrien eller "rene sociale klienter". Projektet vil imidlertid også kunne anvendes som platform for erfaringsopsamling og metodeudvikling samt kompetenceudvikling for de involverede myndigheders medarbejdere.

I praksis fungerer projektet således, at repræsentanter fra hver myndighed mødes med faste intervaller - aktuelt hver måned. Her drøftes så sager, hvor flere myndigheder med fordel kunne være involveret, ligesom der udveksles relevant information, f.eks. oplysninger om personer, som kunne have brug for hjælp fra politiets døgnrapport. Desuden er det et forum, der kan sikre en koordineret indsats i sager, som er i gang, og også et forum, som kan bruges til løbende evaluering og optimering af det øvrige samarbejde, f.eks. i forbindelse med tvangsindlæggelser.

Modellen har, efter at have været i gang i knapt 2 år, vist sig særdeles anvendelig med et stort løbende antal sager, som med fordel er blevet behandlet i dette forum til gavn for patienterne.

I relation til psykisk syge kriminelle er det en model, som kan tænkes at forebygge kriminalitet, da den skaber mulighed for en tidlig behandlingsindsats. Dette er vigtigt ikke mindst i sager, hvor sygdommen måske ellers ikke ville være blevet opdaget.

8. Hvilke patienter bør behandles på specialiserede retspsykiatriske afdelinger?

I plejen og behandlingen af den retspsykiatriske patient har psykiatrien et dobbeltmandat, hvilket indebærer et ansvar for både den psykiatriske behandling i bred forstand, men også ansvaret for sikkerhedsmæssige aspekter såvel i afdelingen som i samfundet. Plejen og behandlingen adskiller sig som tidligere nævnt fortrinsvis i kompleksiteten. Ikke diagnosemæssigt, behandlingsmæssigt eller fordi der er særlige forhold i plejen, der ikke findes i almen psykiatrien, men fordi kompleksiteten i behandlingen og plejen er større.

Med udgangspunkt i de særligt sikrede forhold på en retspsykiatrisk specialafdeling bør de primært modtage patienter, som, af de tidligere nævnte sikkerhedsmæssige og behandlingsmæssige grunde, har brug for disse rammer og tilbud.

8.1. Patienter der som hovedregel bør behandles på en retspsykiatrisk specialafdeling

- De varetægtsurrogatfængslede patienter bør som hovedregel behandles på retspsykiatrisk specialafdeling. De varetægtsurrogatfængslede bliver ofte indlagt i en akut fase, er diagnostisk uafklarede og har brug for de klare rammer, der kan etableres i en retspsykiatrisk specialafdeling. Der kan være en sikkerhedsmæssig risiko hos varetægtsurrogatfængslede, og de bør også af den grund behandles på en retspsykiatrisk specialafdeling.
- De anbringelsesdømte patienter (både tidsbestemte og tidsubestemte) bør som hovedregel behandles på retspsykiatrisk specialafdeling. De anbringelsesdømte patienter er ofte indlagt i mere end 5 år og bør være på en afdeling, der er beregnet til langtidsindlæggelse og med mulighed for rehabilitering med beskæftigelse, aktiviteter, undervisning, enestuer og stabilt miljø. De anbringelsesdømte kan også kræve særlige sikkerhedsmæssige rammer, og de bør som hovedregel være på en retspsykiatrisk specialafdeling.
- Personer med dom til udvisning efter endt behandling bør som hovedregel behandles på retspsykiatriske specialafdelinger.

Der er tale om personer af anden etnisk herkomst end dansk, der vil profitere af, at der i en retspsykiatrisk specialafdeling er stor erfaring med andre kulturer. Personer med dom til udvisning efter endt behandling kan udgøre en særlig flugtrisiko og bør derfor være på en retspsykiatrisk specialafdeling.

- Strafafsonere (§ 78) bør som hovedregel behandles på retspsykiatrisk specialafdeling. Disse straffasonere har ofte langvarige domme og komplekse problemstillinger af behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige karakter og bør derfor behandles på en retspsykiatrisk specialafdeling.
- Den retspsykiatriske specialafdeling bør modtage patienter efter psykiatrilovens bestemmelser, når det af sikkerhedsmæssige grunde overvejes at anmode om farlighedsdekret til anbringelse i Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland. Patienter med anmodning om farlighedsdekret udgør en særlig sikkerhedsrisiko og bør være på en retspsykiatrisk specialafdeling.
- Strafafsonere, der indlægges akut fra Anstalten ved Herstedvester, bør modtages i en retspsykiatrisk specialafdeling. Strafafsonere fra Anstalten ved Herstedvester, som har en psykose, har ofte ved siden af en personlighedsforstyrrelse med mange dyssociale træk med deraf behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige udfordringer.

8.2. Patienter der kan behandles på en almen psykiatrisk afdeling

- Mentalobservander kan være på en almen psykiatrisk afdeling, men i de tilfælde, hvor tilstanden er mere kompleks med mange diagnoser og en udadreagerende adfærd, bør patienten være på en retspsykiatrisk specialafdeling.
- De behandlingsdømte kan behandles både i almen psykiatrien og retspsykiatrisk specialafdeling. Placeringen vurderes i forhold til behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige forhold. Patienter med langvarige indlæggelser (over 1 år), komplekse tilstande med

psykose, personlighedsforstyrrelse med dyssoziale træk og misbrug samt patienter, der forulemper medpatienter og flugttruede patienter, bør være på en retspsykiatrisk specialafdeling.

- Strafafsonere, herunder varetægtsarrestanter (personer der bliver psykisk syge i fængslerne), kan være både i almen psykiatrien og retspsykiatrisk specialafdeling. Placeringen vurderes i forhold til behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige forhold. Patienter med langvarige indlæggelser (over 1 år), komplekse tilstande med psykose, personlighedsforstyrrelse med dyssoziale træk og misbrug samt patienter, der forulemper medpatienter, flugttruede patienter, patienter underkastet besøgs- og brevrensensur og patienter med særligt komplicerede juridiske problemstillinger, bør være på en retspsykiatrisk specialafdeling.
- En almen psykiatrisk patient uden retslig foranstaltning bør kun helt undtagelsesvis indlægges på en retspsykiatrisk specialafdeling og bør tilbageflyttes til almen psykiatrisk afdeling, så snart det er muligt.
- Retspsykiatriske patienter der i forvejen er velkendte i almen psykiatrien.

8.3. Ambulante patienter

Patienter, der har været indlagt på retspsykiatrisk afdeling, bør gennemgå en gradvis udslusning. I retspsykiatrien er der mulighed for at graduere sikkerhed og gradvist sluse patienterne ud i mere åbne og mindre sikre miljøer. Patienterne udsluses via retspsykiatrisk specialafdelings OP-team i en kortere eller længere periode og derfra videre ud i distriktspsykiatrien.

Retspsykiatriske patienter, som man i almen psykiatrien har haft vanskelig ved at fastholde i et ambulante forløb på grund af hyppige genindlæggelser eller komplekse problemstillinger, bør kunne henvises til den retspsykiatriske specialafdelings OP-team.

Retspsykiatriske patienter, som udskrives fra almen psykiatrien, bør kunne udsluses til OP-team, distriktspsykiatri eller ambulante behandling.

9. Tværsnitsundersøgelse eller database over retspsykiatriske patienter i behandling i Region Hovedstaden

Arbejdsgruppen skulle udarbejde et oplæg til en tværsnitsundersøgelse i retspsykiatrien.

Inden for de sidste 10 år har der været gennemført 3 tværsnitsundersøgelser af retspsykiatriske patienter i Danmark.

Den bedste og mest omfattende undersøgelse blev gennemført for H:S i 2000 af Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik (51). Den blev gennemført som en videnskabelig tværsnitsundersøgelse med 33 spørgsmål. Spørgsmålene vedrørte:

- Sociodemografiske forhold, herunder etnicitet.
- Hoved- og bidiagnose.
- Retslige status og den påsigtede/pådømte kriminalitet.
- Fordelingen af retspsykiatriske patienter i H:S.
- Eventuelle barrierer mellem de forskellige behandlingsinstitutioner.
- De retspsykiatriske patienters senge-dagsforbrug

Undersøgelsen har givet oplysninger om antallet af retspsykiatriske patienter i 2000 fordelt på køn, alder, civilstand, etnicitet, hoved- og bidiagnoser, retslige status, påsigtet/pådømt kriminalitet og deres senge-dagsforbrug.

Undersøgelsen har ikke kunnet angive kausale forhold, men den har som eksempel kunnet pege på, at:

- Ophold på socialpsykiatriske boenheder ikke kan erstatte indlæggelse for de retspsykiatriske patienter.
- Patienter, der dømmes til psykiatrisk behandling, ikke alle som udgangspunkt har været indlagt i forbindelse med dommen.
- Opfølgningen af ambulante retspsykiatriske patienter er meget forskellig.

Undersøgelsen er blevet publiceret i flere peer-reviewed tidsskrifter og er blevet hyppigt citeret.

En opfølgning af undersøgelsen har været drøftet med ledende overlæge Peter Kramp, Justitsministeriets

Retspsykiatriske Klinik, som fandt det kunne være relevant at gentage undersøgelsen som en videnskabelig anonym tværsnitsundersøgelse. Samtidig understregede han, at det havde været en tidskrævende opgave, og det er begrænset, hvor meget ny viden en gentagelse af undersøgelsen vil give, da det er en tværsnitsundersøgelse.

I 2003 gennemførte amterne en tværsnitsundersøgelse, primært med henblik på at give et billede af retspsykiatriske patienter i amterne/H:S (52). Det var ikke en videnskabelig undersøgelse, men opgørelse af retslig status og sociodemografiske forhold, herunder etnicitet. Undersøgelsen viste, at der den 19. maj 2003 var 621 retspsykiatriske patienter i Region Hovedstaden, heraf var 210 indlagt og 167 havde en anden etnisk baggrund end dansk.

I 2005 gennemførte 3 ministerier en tværsnitsundersøgelse i forbindelse med rapporten om sammenhæng mellem psykisk sygdom og kriminalitet (11). Det var ikke en videnskabelig opgørelse, men en opgørelse af retslig status, sociodemografiske forhold samt eventuel barriere mellem de forskellige behandlingsinstitutioner.

Sammenholder man de 3 tværsnitsundersøgelser, viser det for det tidligere H:S, at der i 2000 var der 330 retspsykiatriske patienter, i 2003 var der 376 retspsykiatriske patienter, heraf 115 af anden etnisk baggrund og i 2005 var der 448 retspsykiatriske patienter (336 registreret), heraf 130 af anden etnisk baggrund. Undersøgelserne har vist en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter fordelt på køn, alder og etnicitet, men derudover har undersøgelserne ikke kunnet sammenlignes.

Arbejdsgruppen vurderer, at det er begrænset, hvad en videnskabelig tværsnitsundersøgelse af retspsykiatriske patienter i Region Hovedstaden vil give af ny viden i forhold til tidligere, og i forhold til de ressourcer en sådan undersøgelse vil kræve.

Hvis man vil gennemføre en ny videnskabelig tværsnitsundersøgelse, har arbejdsgruppen forslag om at supplere den tidligere undersøgelse fra H:S med spørgsmål om:

- a. Patientens bopæl.
- b. Det ambulante behandlingstilbud.
- c. En form for "tyngdemål" (Sygdomstyngde, pleje- og behandlingstyngde, eller lignende).

Det, der kan begrunde en ikke-videnskabelig tværsnitsundersøgelse, er at få et prævalensmål for patienter med retspsykiatrisk foranstaltning, deres indlæggelsesstatus og afdelingstilknytning, og på den måde kan Region Hovedstadens Psykiatri følge udviklingen i forhold til undersøgelserne fra 2003 og 2005.

En anden mulighed end en tværsnitsundersøgelse er at få udtræk fra Landspatientregisteret (LPR). For nuværende er validiteten af registreringen af retspsykiatriske patienter i Landspatientregistret angiveligt ikke god, jf. ministeriernes undersøgelse fra 2005, hvor kun 75% af de retspsykiatriske patienter var registreret i Landspatientregisteret, og derfor vil et udtræk fra Landspatientregistret næppe give et pålideligt mål for, hvor mange patienter med retspsykiatrisk foranstaltning, der er i Region Hovedstaden. En arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen med deltagelse af retspsykiatrisk interessegruppe har i de sidste år arbejdet på at gøre registreringen af retspsykiatriske patienter i LPR bedre. Deres forslag til forbedring er forløbsbaseret og kan ikke umiddelbart gennemføres, da registreringen i dag er kontaktbaseret og ikke forløbsbaseret, som den vil blive i fremtiden.

9.1. Database over retspsykiatriske patienter i behandling i Region Hovedstaden

En tredje mulighed er at etablere en database over retspsykiatriske patienter med kontakt til Region Hovedstadens Psykiatri, hvilket kan være et godt planlægningsgrundlag for Region Hovedstadens Psykiatri vedrørende behandlingen af de retspsykiatriske patienter. De nuværende planlægningsdata baserer sig på tværsnitsundersøgelser fra 2000, 2003 og 2005, og data fra Landspatientregisteret er ikke valide og afspejler næppe den vækst, der er i gruppen af retspsykiatriske patienter.

Formålet med databasen skal være at:

1. Støtte visitationen af retspsykiatriske patienter i Region Hovedstaden
2. Have data vedrørende udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter, herunder deres kriminalitet og domme med henblik på en hensigtsmæssig planlægning af hoved- og specialfunktionen

Vi forestiller os at der i KMS (Klinisk Målesystem) kan etableres en database over retspsykiatriske patienter, som retspsykiatrisk visitation og Region Hovedstadens Psykiatri har adgang til, og hvor hver afdeling har adgang til egne data.

Følgende data kan indgå i databasen:

- Cpr. nr. (alder og køn)
- Indlæggelsesdato
- Udskrivelsesdato
- Diagnose ved start og ved ændringer
- Kommune

hvilket registreres i GS-systemet og kan trækkes derfra

Derudover foreslår arbejdsgruppen at følgende bliver registreret:

- Hvor er patienten (indlagt/ambulant).
- Retslig status (kodesystem fra tværsnitsundersøgelserne anvendes).
- Hvornår kendelse eller dom er afsagt.
- Den alvorligste kriminalitet (kodesystem fra tværsnitsundersøgelserne anvendes).
- Hvem har behandlingsansvaret (afdelingsbetegnelse eller læge).
- Bistandsværge.
- Fødested.
- Kontakt til kriminalforsorgen.
- Etnicitet.

Arbejdsgruppen forestiller sig, at hver afdeling har en speciallæge, der koordinerer behandlingen af de retspsykiatriske patienter, som deltager i retspsykiatrisk visitation samt har ansvaret for, at databasen bliver opdateret ved sekretær.

En opdateret database vil give afdelingen et overblik over deres egne retspsykiatriske patienter, vil lette samarbejdet med Kriminalforsorgen, vil gøre visitationen lettere og vil give Region Hovedstadens Psykiatri gode planlægnings- og forløbsdata og give mulighed for kvalitetssikring.

En forløbsbaseret database vil kræve godkendelse af Datatilsynet og Sundhedsstyrelsen, og vil kræve ressourcer til etablering af database samt tid til oplæring af sekretær(er) og speciallæge, men vil give væsentlige bedre data end gentagne tværsnitsundersøgelser. Samtidig vil enhederne have data over egne patienter.

På længere sigt når LPR er blevet forløbsbaseret og EPJ er udviklet og implementeret vil databasen få data direkte fra LPR og EPJ.

10. Litteraturfortegnelse

1. Simpson AIF, Jones RM, Evans C, McKenna G. Outcome of Patients Rehabilitated Through a New Zealand Forensic Psychiatry Service. *Behavioral Sciences and the Law*. Vol. 24 (6) 2006, 833-843.
2. Skipworth J, Brinded P, Chaplow D, Framptom C. Insanity acquittee outcomes in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 40 (11-12) Nov 2006, 1003-1009.
3. Bowring LE. The forensic mental health nurse – A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 13 (6). Dec 2006, 780-785.
4. Kettles AM, Woods P. A concept analysis of "forensic" nursing. *British Journal of Forensic Practice*. Vol 8 (3). Sep 2006, 16-27.
5. Walker H. From acorns... developing a nursing research culture in forensic psychiatry. *Mental Health Practice*. Vol 9 (6). Mar 2006, 24-6.
6. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the same Neighborhoods. *Archives-of-General-Psychiatry*. Vol 55 (5). Maj 1998, 393-401.
7. Bekendtgørelse om udgangstilladelse mv. til personer, der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret. BEK nr 200 af 25/03/2004.
8. Meddelelse. Behandling af straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle og personer omfattet af straffelovens § 70. Meddelelse nr. 5/2002.
9. Lovbekendtgørelse. Bekendtgørelse af lov om rettens pleje. LBK nr 777 af 16/09/2002.
10. Lovbekendtgørelse. Bekendtgørelse af lov om fuldbyrdelse af straf mv. LBK nr 207 af 18/03/2005.
11. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Psykisk sygdom og kriminalitet. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet; 2006.
12. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20 – Assessing risk for violence (version 2). Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
13. Pedersen L, Hougaard H. HCR-20 (Dansk oversættelse). Roskilde: Afdeling R, Sct. Hans Hospital; 2005.
14. Belfrage H, Fransson G, Strand S. Prediction of violence using the HCR-20: A prospective study in two maximum-security correctional institutions. *Journal of Forensic Psychiatry*. 2000; 11:167-175.
15. Douglas KS, Ogloff JRP, Hart SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*. 2003; 54:1372-1379.
16. De Vogel V, De Ruiter C. Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective Study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*. 2006; 12(3):321-336.
17. Douglas KS, Guy LS, Weir J. HCR-20 Risk Assessment Scheme: Overview and annotated bibliography. Available: <http://www.violence-risk.com/hcr20annotated.pdf>. 2006.
18. Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., Nicholls, T. L., & Grant, I. Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67, 917-930.
19. McNeil DE, Gregory AL, Lam JN, Binder RL, Sullivan GR. Utility of decision support tools for assessing acute risks of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71:945-53.
20. Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist. *International journal of Psychiatric Nursing Research*. 1999 ; 4 (3) 489-497.
21. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. Dec 2000; Vol. 15 No. 12, 1284 – 1296.
22. Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004; 11, 422-427.
23. Woods P, Almvik R. The Brøset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 2002; 106 (Suppl. 412): 103-105.
24. Nijman, Muris, Merckelbach, Palmstierna, Wistedt, Vos, Van Rixtel, Allertz. The Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R). *Aggressive Behaviour*. 1999; 25, 197-209.
25. Dam J. Insight of schizophrenia: A review. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006; 60:2, 114-120.
26. Maden, A., Williams, J., Wong, S. & Leis, T.A. Treating dangerous and severe personality disorder in high security: lessons from the Regional Psychiatric Centre, Saskatoon, Canada. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2004; vol 15, (3): 375-390.
27. Wong, S.C.P. & Hare, R.D. Guidelines for a Psychopathy Treatment Program. Toronto: MHS; 2006.
28. Lyngaa J. Sygeplejefag – refleksion og handling (Bind 2). København: Munksgaards forlag; 1998.
29. Snoek JE, Engedal K. Psykiatri, viden-forståelse-udfordringer. København: Akribes Forlag; 2000.
30. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses ?. *Journal of Advanced nursing*. Mar 2002; 5, 470-476(7).

31. Vatne S. Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2006.
32. Davies S, Abbott P. Forensic rehabilitation. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T (eds). Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry. London: Royal College of Psychiatrists. Gaskell; 2006.
33. Campbell P, Foxcroft D. Exercise therapy for schizophrenia. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. 2007; Issue 2.
34. Houston J. Therapeutic intervention for forensic mental health nurses. Criminal behaviour and mental health. 2003; vol 13:3, 219.
35. Kingdon D, Turkington D. Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York: The Guilford Press; 2005.
36. Gould R, Mueser K, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. Schizophrenia Research. 2001; 48(2-3), 335-342.
37. Oestrich I, Holm L. Kognitiv miljøterapi, At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2001.
38. Timmerman IG, Emmelkamp PMG. The Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Forensic Inpatients. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. Okt 2005; vol 49(5), 590-606.
39. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. 2007; Issue 2.
40. Stone DC, Niz DO; Treatment considerations in the forensic patient with schizophrenia; Current Pharmaceutical Design, 2004; 2263-2267.
41. Marder SR; Pharmacological treatment strategies in acute schizophrenia; International Clinical Psychopharmacology, 1996; 11 (suppl. 2), 29-34.
42. Vestergaard P, Gerlach J; Behandling med psykofarmaka, 1988, 35-55.
43. Straus SM, Bleumink GS, Dieleman JP, van der Lei J, 't Jong GW, Kingma JH, Sturkenboom MC, Stricker BH, Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death, Arch Int Med, 2004, 164(17), 1839.
44. Jaukamaa M, Heliövaara M, Knekt P; Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality; Br J psychiatry, 2006, 188, 122-127.
45. Hallas J; Brug af flere antipsykotika samtidig og risikoen for død; Ugeskr Læger, 2007, 169 (7) 618.
46. Sundhedsstyrelsen, Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter med skizofreni, mani eller bipolar affektiv sindsslidelse.
47. Nestor PG. Mental Disorder and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features. American Journal of Psychiatry. Dec 2002; 159:1973-1978.
48. Schjødt T, Heinskou T. Miljøterapi på dynamisk grundlag. København: Hans Rietzels Forlag. Kap. 12; 2007.
49. Putconen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tühönen J. Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders og Mentally Ill Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. Schizophrenia Bulletin. 2004; Vol 30-1.
50. Lamberti SJ, Weisman R, Faden DI. Forensic Assertive Communitive Treatment: Preventing Incarceration of Adults With Severe Mental Illness. Psychiatric Services. Nov 2004; Vol 55-11.
51. H:S Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri. Retspsykiatrien i H:S. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab; 2001.
52. Amtsrådsforeningen. Retspsykiatri – Status og udfordringer. København: Amtsrådsforeningen; 2004.

11. Bilagsfortegnelse

1. Retslige patienter, Før dom - Efter dom - Farlighedsdekret (oversigt over retslige foranstaltninger) (Side 1).
2. Vejledning, Mentalerklæringer, Retspsykiatrisk Klinik (Side 3).
3. Beskrivelse af Sikringsafdelingen (Side 24).

Bilag 1

Retslige patienter, Før dom - Efter dom
– Farlighedsdekret (oversigt over retslige foranstaltninger)

1. Før dom

1. Varetægtsurrogatanbragte.

Retten kan bestemme, at en varetægtsfængslet person skal surrogatanbringes på psykiatrisk afdeling med henblik på enten at modtage psykiatrisk behandling eller afvænningsbehandling. Dette kræver, jf. retsplejelovens § 765, den sigtedes samtykke.

2. Overførte varetægtsarrestanter (anticiperet afsoning).

Hvis man allerede under varetægtsfængslingen forventer behandlingsdom, og retten skønner, at en hurtig overførsel til den psykiatriske afdeling, hvor dommen skal fuldbyrdes, er ønskelig, kan den sigtede påbegynde anticiperet afsoning, jf. retsplejelovens § 777. En sådan overførsel kræver ikke nødvendigvis den sigtedes samtykke.

3. Anbringelse uden for varetægtsfængsel af helbredsmæssige grunde.

En varetægtsfængslet person kan alene ved lægelig beslutning anbringes udenfor fængslet af helbredsmæssige grunde (retsplejeloven § 770, stk. 2). Bestemmelsens hovedsigte er akutte somatiske indlæggelser. Dog sker det, at arrestanter overflyttes til psykiatrisk afdeling af helbredsmæssige grunde i medfør af denne bestemmelse.

4. Mentalobservander.

Ifølge retsplejelovens § 809 skal sigtede underkastes mentalundersøgelse, når det er af betydning for sagens afgørelse. Mentalundersøgelser er navnlig indiceret, hvis der er grund til at tro, at 1) sigtede er sindssyg, mental retarderet eller på anden måde psykisk afvigende, 2) når sigtelsen angår en særlig grov forbrydelse som f.eks. drab og 3) hvis der overvejes anvendelse af tidsubestemt forvaring.

2. Efter dom

1. Domfældte idømt psykiatrisk særforanstaltning.

Psykisk afvigende lovovertrædere, hvis tilstand er omfattet af enten straffelovens § 16 (sindssyge mv.), straffelovens § 69 (andre psykisk afvigende) eller straffelovens § 73 (personer som udvikler en psykisk abnormtilstand efter gerningstidspunktet, men før dommen), kan efter straffelovens § 68 idømmes psykiatriske særforanstaltninger.

De psykiatriske særforanstaltninger idømt for mindre alvorlig kriminalitet har en længstetid på 3 eller 5 år. Der er dog mulighed for forlængelse. Psykiatriske særforanstaltninger idømt for grovere forbrydelser er tidsubestemte. Der er fastsat regler for anklagemyndighedens kontrol med varigheden af de tidsubestemte foranstaltninger.

Dog fastsætter retten, ved institutionsanbringelse for personer dømt efter straffelovens § 69 jf. § 68, en længstetid. Denne længstetid vil i almindelighed ikke overstige 1 år. I særlige tilfælde kan den forlænges. De nærmere retningslinier for, hvorledes foranstaltningerne skal varetages, fremgår også af Rigsadvokatens meddelelse (Rigsadvokaten, 2002).

De psykiatriske særforanstaltninger kan inddeles i 3 hovedgrupper:

- a. dom til anbringelse,
 - b. dom til behandling og
 - c. dom til ambulantly behandling.
- a. Dom til anbringelse indebærer, at patienten overflyttes til psykiatrisk afdeling og ikke kan udskrives, før retten giver tilladelse hertil i form af en foranstaltningsændring.
 - b. Dom til behandling indebærer, at patienten som absolut hovedregel indledningsvis behandles under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Foranstaltningen suppleres ofte med tilsyn af Kriminalforsorgen. Ophør af foranstaltningen kan kun ske ved rettens kendelse, jf. straffelovens § 72.
 - c. Ved dom til ambulantly behandling er patienten forpligtet til at møde til behandling i et omfang, der bestemmes af den pågældende afdelings overlæge. I langt hovedparten af disse tilfælde anordnes der også tilsyn af Kriminalforsorgen, ligesom det af dommen fremgår, at overlægen sammen med Kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om (gen) indlæggelse.

2. Strafafsonere.

- a. Hvis en indsat under afsoning bliver syg, det være sig psykisk eller somatisk, kan han/hun overflyttes til relevante afdeling. En sådan indlæggelse er en lægelig beslutning, der ikke kræver en retslig afgørelse, og som finder sted på ganske samme måde som alle andre indlæggelser.

b. Er der behov for længerevarende psykiatrisk behandling, kan Justitsministeren (det vil i denne sammenhæng sige Kriminalforsorgen), sammen med den psykiatriske afdeling, der skal modtage patienten, bestemme, at en domfældt skal overføres til psykiatrisk afdeling, jf. straffuldbyrdelsesloven § 78, enten midlertidigt eller for resten af afsoningstiden.

3. Vilkår om psykiatrisk behandling.

En person kan, i henhold til straffelovens § 57, som led i en betinget dom, en prøveløsladelse, et tiltalefråfald eller en benådning, undergives vilkår om psykiatrisk behandling om fornødent på hospital.

3. Farlighedsdekret § 40 (kun relevant for Sikringsafdelingen)

VEJLEDNING

MENTALERKLÆRINGER

Retspsykiatrisk Klinik
Blegdamsvej 6B, 2., 2200 København N

Indholdsfortegnelse

1	Mentalerklæringer	II
1.1	Den sproglige udformning	II
2	Mentalerklæringens opbygning	III
2.1	Introduktion	III
2.2	Sygdomme, kriminalitet mv. i slægten	III
2.3	Levnedsbeskrivelse	III
2.4	Legemlig helbredstilstand	III
2.5	Tidligere kriminalitet	IV
2.6	Den nu påsigtede kriminalitet	V
2.6.1	Aktuddrag	V
2.6.2	Ankesag	V
2.6.3	Benådningsandragende	VI
2.6.4	Den retspsykiatriske opgave	VI
2.6.5	Asylsag	VI
2.7	Andres oplysninger om observandens psykiske udvikling og tilstand	VI
2.8	Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand	IX
2.9	Observandens forhold under observationen	IX
2.10	Psykologisk undersøgelse	IX
2.11	Klinisk vurdering	X
2.12	Legemlig undersøgelse	X
2.13	Diskussion	X
2.14	Konklusion	X
3	Særlige spørgsmål	XI
3.1	Forvaring, jf. Straffelovens § 70	XI
3.2	Sindssyg på undersøgelsestidspunktet, men ikke på gerningstidspunktet, jf. Straffelovens § 73	XII
3.3	Foranstaltninger over for helt unge, dvs. 15-17-Årige	XII
3.4	Stærk sindsbevægelse, jævnfør straffelovens § 85	XIII
3.5	Observanden tilstår	XIII
4	Kontinuationserklæringer	XIV
5	Erklæringer i benådningssager	XIV

1. Mentalerklæringer

*"Court reports display one aspect of the public face of psychiatry. A well-crafted report demonstrates objectivity, detachment, humanity and professionalism. A carelessly constructed report reveals much about the author, does little for the patient, and does less for the credibility and image of the profession of psychiatry".**

En mentalerklæring er såvel et lægeligt som et juridisk dokument, en del af en straffesags akter. I korthed kan den lægelige opgave beskrives som følger:

*"Ved den retspsykiatriske undersøgelse er det lægens opgave at stille sagkundskab til rådighed, ikke for den person, han undersøger, men for myndighederne; i forhold til disse har lægen derfor ikke tavshedspligt i almindelig forstand, men er tværtimod forpligtet til at gengive de modtagne oplysninger i sin erklæring, hvis de skønnes relevante." ***

En retspsykiatrisk erklæring udarbejdes for at vejlede en afgørelsesmyndighed – i straffesager domstolene, i benådningssager Direktoratet for Kriminalforsorgen, i asylsager Udlændingestyrelsen eller Flygtningenævnet – i en sag. Erklæringen skal således indeholde de nødvendige og de tilstrækkelige lægefaglige præmisser for den konklusion, der drages. De juridiske myndigheder har imidlertid sjældent forudsætning for at vurdere en erklærings faglige indhold, hvorfor visse retspsykiatriske erklæringer forelægges Retslægerådet, som foretager en sådan lægefaglig vurdering. Hvad angår mentalerklæringer, indeholder Rigsadvokatens Meddelelse nr. 5/2002 de generelle retningslinjer for, hvilke sager der forelægges Retslægerådet.

Erklæringer, der udgår fra Retspsykiatrisk Klinik, opbygges efter de retningslinjer, der gennemgås i det følgende. Disse retningslinjer er i overensstemmelse med de krav til ambulante mentalundersøgelser, der fremgår af Justitsministeriets aftale med Fyns, Nordjyllands og Århus Amt.

* R. Bluglass in: Chiswich D Z, Cape R eds. Practical Forensic Psychiatry. London: Royal College of Psychiatrist, 1995; 134-163.

** Mentalobservationskommissionen. Betænkning om de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager. Bet. nr. 149/1956.

En mentalerklæring skal være objektiv og neutral. Normalt er det kun erklæringens konklusion, der fremlægges (dokumenteres) i retten, men det kan ikke udelukkes at, også andre dele af erklæringen dokumenteres. Indholdet skal være korrekt, f.eks. hvad angår dateringer, beskrivelser af faktuelle begivenheder mv. Retspsykiatriske erklæringer nærlæses under-

tiden af jurister på en måde, som læger normalt slet ikke kan forestille sig. Det svækker troværdigheden af en erklæring, såfremt der er fejl i disse oplysninger, ligesom det svækker troværdigheden, såfremt oplysninger et sted i erklæringen modsiges af angivelser et andet sted i erklæringen.

Ved en mentalundersøgelse tilvejebringes et righoldigt materiale af følsomme oplysninger om observandens privatliv. Der fremkommer måske også private oplysninger om nærtstående personer til observanden, f.eks. søskende eller forældre. Ved udarbejdelsen af erklæringen skal lægen vurdere, i hvilket omfang sådanne private oplysninger er relevante for erklæringens konklusion og derfor bør gengives, samt i hvilket omfang private oplysninger er af mindre betydning og derfor blot kan refereres i hovedtræk eller eventuelt helt udelades.

1.1 Den sproglige udformning

Den sproglige udformning bør være neutral. En observand går ikke "på druk", han drikker sig beruset. En observand bliver ikke "fyret", han bliver "afskediget", en observand tager ikke "speed", "junk" eller "fyrrer den fede", han misbruger euforiserende stoffer (det juridisk korrekte udtryk) i form af centralstimulerende midler, morfinpræparater og hash. Journalslang ("Ikke tidligere kendt i psykiatrisk regi") og epikrisesprog ("Får 10 NCE, bedres, udskrives") må ikke anvendes. Det hedder f.eks. i stedet: "Observanden har ikke tidligere modtaget psykiatrisk behandling, hverken ambulante eller under indlæggelse". "Observanden blev behandlet med ti elektrostimulationsbehandling (ECT), hvorefter...".

En mentalobservationserklæring bygger på observandens egne udtalelser bortset fra de afsnit, hvor det direkte anføres, at oplysningerne stammer fra andre kilder. Der er således ikke grund til hele tiden at nævne, at observanden "beretter", "oplyser" eller lignende. Ordet "fortæller" bør undgås, idet betydningen kan være uklar, jf. f.eks. at "fortælle en god historie". Ønsker man at lægge en lille distance til observandens oplysninger, kan man f.eks. anføre, at "observanden angiver". Dette kan især være relevant i situationer, hvor det er indtrykket, at observandens oplysninger er subjektivt farvede. Ønsker man at pointere, at det drejer sig om observandens meget subjektive opfattelse, som måske er i strid med andre oplysninger, kan man f.eks. anføre, at "observanden angiver – og fastholder – at...". Hvad angår omtalen af den påsigtede kriminalitet henvises til afsnit 2.6.

2. Mentalerklæringens opbygning

2.1 Introduktion

Erklæringen indledes med en kort introduktion af observanden bl.a. med omtale af tidligere væsentlig kriminalitet samt aktuelle sigtelse, og om han/hun erkender sig skyldig/ikke skyldig.

Forhold af særlig betydning, f.eks. sindssygdom, ufuldstændig undersøgelse, tolkebistand mv., skal nævnes i indledningen.

En introduktion kan f.eks. formuleres som følger:

"Observanden er en 23-årig ugift mand, der stammer fra Irak. Han har tidligere været idømt flere ubetingede frihedsstraffe for bl.a. vold, tyveri, hærværk og overtrædelse af lov om euforiserende stoffer. Han er nu sigtet for forsøg på manddrab, han nægter sig skyldig.

Der er ved undersøgelsen anvendt arabisk talende tolk.

Observanden er ved aktuelle undersøgelse fundet sindssyg, han lider med overvejende sandsynlighed af skizofreni, og det til erklæringen oplyste må ses i lyset heraf."

2.2 Sygdomme, kriminalitet mv. i slægten

Her skal overvejende lægges vægt på psykiske sygdomme, herunder tidligt udviklet demens samt misbrug og kriminalitet. Forekomst af sygdom eller kriminalitet hos f.eks. en stedfader nævnes også, idet dette kan være med til at tegne billedet af observandens opvækstvilkår.

2.3 Levnedsbekrivelse

Dette afsnit udarbejdes af socialrådgiveren efter de herfor udarbejdede retningslinjer (bilag 1). Afsnittet beskriver de faktuelle forhold, mens observandens reaktioner, vurderinger mv. henhører under afsnittet "Observandens egne oplysninger...". Der vil undertiden være overlapning mellem oplysningerne i dette punkt og oplysningerne i punktet "Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand". Ved udarbejdelse af erklæringen skal gentagelser så vidt muligt undgås. F.eks. kan en broget erhvervs-karriere være beskrevet i punktet "Levnedsbeskrivelse", senere i erklæringen kan man så blot anføre noget i retning af, at "observanden forklarer sine mange erhvervsskift og sine lange arbejdsløshedsperioder med...". Modsetningsvis vil f.eks. en detaljeret beskrivelse af faglige og sociale skolevanskeligheder som

absolut hovedregel høre hjemme i afsnittet "Observandens egne oplysninger...".

2.4 Legemlig helbredstilstand

Betydende legemlige sygdomme gennemgås i kronologisk orden. Det vil normalt lette oversigten at gengive observandens egne oplysninger om en given sygdom for herefter at referere lægebrev, journaloplysninger eller lignende. Det skal altid anføres, hvor observanden har været behandlet og i hvilke perioder. Et længerevarende behandlingsforløb, eventuelt med flere indlæggelser for en given sygdom, kan resumeres. Psykiatriske undersøgelser (tilsyn) foretaget under observandens indlæggelse(r) på somatisk afdeling omtales under punktet "Andres oplysninger...", hvorimod somatikers vurdering af observandens psykiske tilstand omtales under dette punkt, f.eks. at "...observandens klager virker psykisk betingede (funktionelle)". Der er ingen grund til detaljeret at omtale den somatiske behandling, f.eks. kan det om mere almindelige sygdomme og former for sygdomsbehandling blot anføres, at "...observanden blev behandlet efter de gængse principper herfor, bl.a. i form af...".

Det skal altid fremgå, hvorvidt en observand har pådraget sig alvorlige hovedtraumer, har haft kønssygdomme, betændelse af hjernen eller hjernehindere eller har haft epileptiske anfaldsphenomener. For kvinder anføres altid, hvorvidt observanden har haft underlivsproblemer samt antal graviditeter og antal fødsler.

Observandens aktuelle legemlige helbredstilstand og eventuel behandling for legemlig(e) sygdom(me) nævnes kort.

Eksempler:

Eksempel 1:

"Observanden ved, at han som barn var indlagt vistnok to gange for falsk strubehoste, men han ved ikke, hvor han var indlagt. Han angiver sig i øvrigt rask som barn og ung."

Eksempel 2:

"Observanden faldt cirka 11 år gammel på cykel, hvorved han angiveligt pådrog sig såvel hjernerystelse som kraniebrud. Han blev behandlet på Thisted Sygehus, han husker ikke, hvor længe han var indlagt. De følgende par år havde han tendens til migrænelignende hovedpine, men herudover har han ingen subjektive følger efter ulykkestilfældet.

Af lægebrev fra Thisted Sygehus, kirurgisk afdeling, fremgår, at observanden var indlagt 17. oktober til 3. november 1989, 11 år gammel. Han blev indbragt akut i bevidstløs tilstand efter et ulykkestilfælde. Ved røntgenundersøgelse af ansigtsskelettet påvises

et brud uden forskydning af knogledele (fissur) af venstre tindingeknogle. Observanden var bevidstløs i ca. fire timer, hvorefter han langsomt vågnede op. To dage efter indlæggelsen er han beskrevet som fuldstændig vågen, klar og orienteret. Han havde de første tre dage efter indlæggelsen let udsivning af hjernevæske gennem næsen (liquorrhé), og han blev i en uge behandlet med penicillin for at forebygge infektion. Forløbet var i øvrigt ukompliceret. Han blev for udskrivelsen undersøgt af øjenlæge og ørelæge, hvorved intet abnormt blev påvist. Han blev udskrevet i velbefindende. Udskrivningsdiagnosen var hjernerystelse (commotio cerebri) og brud af venstre tindingeknogle (fissura os temporalis sin.).”

Eksempel 3:

”Observanden har i perioden 1995 til 2001 været indlagt vistnok fem gange på gynækologisk afdeling, Amtssygehuset i Herlev, med underlivsbetændelse. Hun angiver, at symptomerne i det væsentlige har bestået af smerter i underlivet og måske let udflåd.

Af lægebrev fra gynækologisk afdeling, Københavns Amts Sygehus i Herlev, fremgår bl.a., at observanden har været indlagt i perioderne 3. til 9. januar 1995, 21 år gammel, 11. til 14. november 1997, 24 år gammel, og 3. til 5. august 2001, 28 år gammel. Hun er hertil i 1998 to gange tilset på skadestuen. Ved indlæggelsen i 1995 påvistes tegn på underlivsbetændelse i form af ..., hvorfor observanden blev behandlet med bl.a. penicillin. Hun blev udskrevet velbefindende og henvist til fortsat behandling hos egen læge. Ved de øvrige indlæggelser samt ved undersøgelserne på skadestuen klagede observanden over kraftige smerter nedadtil i venstre side af maven, men der blev ikke fundet holdepunkter for legemlig sygdom, og det har været vurderingen, at der i høj grad har været tale om psykisk betingede smerter. Observanden blev under indlæggelsen i 2001 tilbudt samtale med psykiater, men det var hun ikke interesseret i. Afdelingens udskrivningsdiagnose efter første indlæggelse var..., udskrivningsdiagnoserne efter de to seneste indlæggelser har været...”

Eksempel 4:

”Observanden har været gravid fem gange. Hun fik i 1986 og 1987, henholdsvis 16 og 17 år gammel, foretaget provokeret abort. Hun mener, at det var på Rigshospitalet. Hun har i 1994, 24 år gammel, og i 1998, 28 år gammel, født henholdsvis en søn og en datter. Begge fødsler, som var ukomplicerede, foregik på Varde Sygehus. Hun har hertil 26 år gammel, 1996, haft en spontan abort, hun fik efterfølgende foretaget udskrabning på Varde Sygehus.”

Eksempel 5:

”Observanden har siden 1999, 41 år gammel, været behandlet ved Rigshospitalets hæmatologiske afdeling for en blodsygdom, karakteriseret bl.a. ved, at knoglemarven danner for mange røde blodlegemer (observanden kender sygdommens navn, polycytemia vera). Han har flere gange kortvarigt været indlagt på afdelingen med henblik på forskellige specialundersøgelser. Han behandles nu med åreladning en gang månedligt, ligesom han er i medikamentel behandling med ... og ... Han har ingen særlige bivirkninger af den medikamentelle behandling, udover tendens til mavekneb og diarre.

Af journal fra Rigshospitalets hæmatologiske afdeling fremgår bl.a., at observanden i 1999 blev henvist af praktiserende speciallæge i intern medicin på grund af mistanke om blodsygdom (polycytemia vera). Efter et omfattende undersøgelsesprogram, som bl.a. omfattede ..., ligesom observanden under en kortvarig indlæggelse fik foretaget ..., blev diagnosen fastslået. Han behandles ambulantly, og han har stabilt passet den ambulante behandling. Han har været behandlet med forskellige former for cellegifte, bl.a. ..., men behandlingen hermed måtte afbrydes på grund af bivirkninger i form af... Han behandles nu med ... og ..., ligesom han årelades en gang om måneden. Sygdommen synes imidlertid langsomt at forværres, og det fremgår af journalen, at det overvejes...”

Eksempel 6:

”Af journal fra observandens alment praktiserende læge, N.N., fremgår bl.a., at observanden siden 1995 med mellemrum har konsulteret lægen på grund af f.eks. forkølelse, influenzasymptomer og lignende. Efter en operation for diskusprolaps i 2001 (se ovenfor) har observanden hyppigt opsoget lægen og klaget over rygsmerter samt anmodet om smertestillende medicin i form af morfinpræparater. Observanden har hertil klaget over angstelse, uro og søvnbesvær. Han er blevet behandlet med ketogantabletter, x mg daglig (syntetisk morfinpræparat) samt med Stesolid og Nitrazepam (henholdsvis beroligende medicin og sovemedicin af benzodiazepintypen). Det fremgår, at observanden har haft tendens til et overforbrug af de nævnte præparater, hvorfor han nu en gang ugentligt får indtelefoneret recept på ...”.

2.5 Tidligere kriminalitet

Sagsbehandleren udarbejder oversigten over den tidligere kriminalitet, der bliver ”oversat” fra særakterne eller fra straffeattesten. Som absolut hovedregel bør kun de sager medtages, der er afgjort ved dom eller med tiltalefrafald med vilkår inkl. særvilkår. Sager, der er sluttet på grund af bevisets stilling, medtages ikke.

Det anføres ved overskrift "Af særakter fremgår" eller "Af straffeattest fremgår", hvorfra oplysningerne stammer. Først skrives observandens alder, dernæst datoen for dommen, herefter straffen samt kriminaliteten. Hvis observanden er blevet prøveløsladt, skrives datoen for prøveløsladelsen, vilkårene og reststraffen. Er observanden idømt en betinget dom, benævnes denne som "betinget dom af 40 dages fængsel" eller "betinget dom med udsat straffastsættelse", derefter på hvilke vilkår, bl.a. tilsyn og/eller behandling.

Hvis vilkårene udelukkende drejer sig om ikke at begå strafbart forhold i prøvetiden, skrives blot "på vilkår".

Observanden kan have fået diverse bødestrafte: Han kan "vedtage en bøde i retten", han kan "blive idømt bøde i retten", eller han kan "vedtage bødeforelæg".

Ved overtrædelse af straffeloven skrives sigtelsen i klartekst (dvs. flydende sprog uden paragraffer), mens overtrædelse af færdselsloven og andre særlove benævnes som "overtrædelse af færdselsloven med hensyn til spirituskørsel", "overtrædelse af lov om euforiserende stoffer", "overtrædelse af politivedtægten", "overtrædelse af våbenloven" osv.

Bilag 2a og 2b samt bilag 3 er eksempler på, hvorledes indholdet af en straffeattest omskrives ("oversættes") til brug for mentalerklæringen.

Ved benådningssager må den tidligere kriminalitet alene omfatte forhold før den sag, for hvilken vedkommende søger om benådning. Aktuddraget må altså ikke indeholde oplysninger om eventuelle senere sigtelser eller domme.

Observandens egne bemærkninger til den tidligere kriminalitet indhentes i forbindelse med undersøgelsen – hvad enten det er en mentalundersøgelse eller en benådningssag – og gengives kort – f.eks.:

"Observanden anfører her, at han har begået tyverier for at skaffe sig penge til euforiserende stoffer. Hvad angår voldsdommen i 1999, forklarer han, at han...".

"Her vedgår observanden for så vidt, at han flere gange er dømt for trusler med videre, men han angiver sig samtidig fuldstændig uskyldig, idet han ser dommene som et udtryk for samfundets forfølgelse af sig. (Se nærmere i afsnittet "Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand")."

2.6 Den nu påsigtede kriminalitet

2.6.1 Aktuddrag

Dette uddrag af den aktuelle sags akter udarbejdes af sagsbehandleren. Det består af en ekstrakt af de tekstdele, som er af betydning for undersøgelsen. Aktuddraget skal i resumerende form give det nødvendige og tilstrækkelige overblik over sagen. Aktuddraget er udarbejdet således, at det direkte kan anvendes, når erklæringen skrives. Selve aktuddraget starter med sigtelsen, som "oversættes" til flydende sprog. Sigtelsen skrives både i klartekst og som straffelovsparagraffer, eksempelvis: "Observanden er sigtet for manddrag efter straffelovens § 237, ved....". Medsigtede/forurettede/vidner gøres "anonyme" ved, at de benævnes som Janni P. i stedet for Janni Petersen osv. Efter sigtelsen anføres, om observanden erkender/nægter sig skyldig. Herefter kommer observandens egen forklaring. Såfremt observanden har været afhørt i retten, anvendes uddrag og formuleringen fra retsbøgerne. Indledningsvis anføres, at "observanden har bl.a. forklaret...", idet man ikke altid skriver den fulde forklaring, men blot refererer det mest relevante. F.eks. er det ikke relevant for mentalerklæringen eventuelt at beskrive farve på biler, nummerplader, længder mv. Der vil normalt ikke være grund til at gengive forklaringer, som observanden senere har ændret, f.eks. kan det blot anføres, at "...observanden i grundlovsforhøret den ... nægtede sig skyldig, men i retsmøde den ... erkendte han sig skyldig i ... og forklarede bl.a. ...". Er det nødvendigt for forståelsen af sagen, skal uddraget fra retsbøgerne suppleres med uddrag af politirapporter, f.eks. hvad angår relationen mellem forurettede og observanden. Er observanden ikke afhørt i retten gengives uddrag af politirapporter.

Bilag 4a og 4b samt bilag 5a og 5b er eksempler på, hvorledes henholdsvis en retsbogsudskrift samt en retsbogsudskrift med ledsagende politirapporter omskrives og resumeres til brug for mentalerklæringen.

2.6.2 Ankesag

Hvis det drejer sig om en ankesag, skrives først: Observanden blev den XX ved retten i XX idømt X dages fængsel for ... Herefter skrives anken, f.eks. "Observanden har anket til frifindelse/formildelse, mens anklagemyndigheden har anket til skærpeelse". Aktuddraget udarbejdes herefter som anført under pkt.2.6.1.

Hvis det er skyldsspørgsmålet, der ankes, bruges betegnelserne "den nu påsigtede kriminalitet", "de(t) nu påsigtede forhold" og lignende. Er det derimod alene sanktionsspørgsmålet, der ankes (dvs. at skyldsspørgsmålet er afgjort), bruges betegnelserne "den nu pådømte kriminalitet", "de(t) nu pådømte forhold" og lignende.

2.6.3 Benådningsandragende

Den kriminalitet, en benådningsansøger er dømt for, omtales kun ganske kort under overskriften "Den pådømte kriminalitet". Normalt vil det være tilstrækkeligt at anføre, hvad ansøgeren er dømt for. Benådningsansøgere benævnes ved forbogstaver. Benådnings sagen formuleres således:

J.P. blev ved retten i XX den XX idømt XX dages fængsel for tyveri. J.P. har nu søgt om benådning for den idømte frihedsstraf under henvisning til sin psykiske helbredstilstand

2.6.4 Den retspsykiatriske opgave

Det skal indledningsvis fremhæves, at dette punkt (den påsigtede kriminalitet) i mentalerklæringen juridisk er overordentligt ømtåleligt. Retspsykiateren, der i undersøgelsessituationen er en slags myndighedsperson, taler med observanden om den påsigtede kriminalitet uden de retsgarantier, som træder i kraft, når observanden afhøres såvel af politiet som i retten.

Formålet med at gennemgå den påsigtede kriminalitet er ikke at foretage efterforskning, og det absolutte udgangspunkt er derfor at tage observandens tilkendegivelser til efterretning, uanset hvor meget de strider mod andre oplysninger. Lægen må under ingen omstændigheder hverken direkte eller indirekte vurdere troværdigheden af observandens udsagn, ligesom undersøgeren under ingen omstændigheder må vurdere vidneudsagns troværdighed eller lignende - dette tilkommer alene retten. (Hvad angår en eventuel tilståelse under forløbet af mentalundersøgelsen henvises til afsnit 3.5).

Aktuddraget indeholder det nødvendige og tilstrækkelige til forståelse af sagen, og det vil ofte være tilstrækkeligt at henvise hertil, hvad angår de faktuelle oplysninger.

Ved undersøgelsen vil det imidlertid ofte være nødvendigt at supplere akternes oplysninger om den påsigtede kriminalitet med forhold af psykiatrisk relevans, f.eks. symptomer på patologisk rus.

Efter aktuddraget anføres observandens egne bemærkninger, f.eks. således:

"Observanden har her forklaret som til akterne. På forespørgsel har han uddybende oplyst, at han var svært alkoholpåvirket på tidspunktet for det påsigtede forhold, idet han i timerne..."

Såfremt observandens forklaring er betinget af en tilstedeværende psykisk sygdom gives et kort resume, og der henvises til afsnittet om observandens egne oplysninger, jf. pkt. 2.8.

Det skal endvidere fremhæves, at det ikke er opgaven mere uddybende at "forstå" eller "forklare" kriminaliteten, om end der kan være situationer, hvor det vil være relevant at omtale omstændigheder, som kan have medvirket til et efterfølgende hændelsesforløb, f.eks. "stærk sindsbevægelse", jævnfør straffelovens § 85 (se afsnit 3.4.).

I benådningssager indhentes ansøgerens forklaring, hvad angår den pådømte kriminalitet, ligeledes og anføres kort. "J.P. oplyser her, at han helt overvejende er uskyldig i de pådømte forhold, idet..."

Se i øvrigt bilag 3.

2.6.5 Asylsag

I aktuddraget anføres, hvornår asylansøgeren er kommet til landet, at vedkommende oplyser at have været udsat for tortur i forbindelse med fængsling og tilbageholdelse i hjemlandet samt i hvilken periode, det har fundet sted. Aktuddraget overføres ikke til erklæringen. Hvis asylansøgeren ikke er dømt i Danmark, angives blot, at: "NN ses ikke at være straffet her i landet". I modsat fald påføres kriminalitet med tidligere domme.

2.7 Andres oplysninger om observandens psykiske udvikling og tilstand

Til brug for mentalerklæringen ekstraheres relevante oplysninger fra indhentet journalmateriale mv. Det refererede skal være relevant, og gentagelser skal undgås. Såvel psykiatriske journaler som mange erklæringer vil f.eks. indeholde sociale oplysninger, som allerede er gennemgået i mentalerklæringens afsnit herom (se pkt. 2.3). Sådanne oplysninger skal ikke gentages, men man kan eventuelt anføre: "Erklæringen indeholder en gennemgang af observandens sociale forhold, således som de fremgår af afsnittet "Levnedsbeskrivelse" i denne erklæring." På samme måde er der ikke grund til at gentage oplysninger om somatiske helbredsforhold - en erklærings troværdighed øges ikke ved at gentage de samme oplysninger flere gange.

"Erklæringernes formulering skal imidlertid ikke her behandles. Og dog vil jeg gerne om dette punkt, som jeg letsindigt har strejft, slutteligt sige: Lad være med at undervurdere formuleringens betydning. Jo renere en erklærings arkitektur er, des stærkere står den. Det kan betage psykiatriske erklæringer deres overbevisende kraft, såfremt de er således opbyggede, at læseren

*må få det indtryk, at denne vrimmel af lige gyldige oplysninger skulle være det fundament, hvorpå en psykiatrisk konklusion bygges; det er det jo heldigvis ikke – men hvorfor så medinddrage det?**

Alle oplysninger refereres i kronologisk orden. Den instans, oplysningerne stammer fra, understreges, f.eks.:

"Af journal fra Københavns Kommunehospital, nu Amager Hospital, psykiatrisk afdeling, fremgår bl.a., at observanden var indlagt dér 3. juni til 15. juli 1992, 27 år gammel".

Alle tidsangivelser skal være nøjagtige, og det letter overblikket at anføre, hvor gammel observanden var på det tidspunkt, som det refererede daterer sig fra.

Flere indlæggelser på samme psykiatriske afdeling under et nogenlunde ensartet billede kan slås sammen, men således at forhold af betydning, f.eks. tvangsindlæggelse, medicinændring og lignende, specielt nævnes.

Såfremt en observand har været indlagt flere gange på forskellige psykiatriske afdelinger, refereres disse indlæggelser i kronologisk orden, dvs. f.eks. tre indlæggelser på afdeling x, så to indlæggelser på afdeling y, herefter en indlæggelse på afdeling x, en indlæggelse på afdeling y osv.

Journaler fra distriktpsychiatriske centre refereres på samme måde som hospitalsjournaler og også disse referater indsættes i den kronologiske orden.

Journaler og lignende bør som udgangspunkt altid refereres – journalnotater egner sig sjældent til direkte at blive gengivet i en erklæring. Relevante uddrag af erklæringer kan normalt skrives direkte af, men er den sproglige formulering af erklæringen problematisk, bør også erklæringer refereres. Er der faktisk forkerte oplysninger i det gengivne materiale, tilføjes en rettelser i parentes umiddelbart efter den gengivne oplysning – f.eks. "... 19. december 1992 (skal formentlig være 19. december 1991, klinikens bemærkning)...". Vurderinger, gengivelse af mere "bløde" data og lignende skal ikke korrigeres eller kommenteres.

* le Maire L. Tilregnelser og tilregnelighed. Nord Medicin 1960;64:1625-31.

Referater af psykiatriske journaler bør altid indeholde oplysninger om indlæggelsesomstændighederne. Ved tvangsindlæggelser resumeres baggrunden for tvangs-

indlæggelsen kort. De i journalen beskrevne psykopatologiske symptomer resumeres, herunder også ændringer i løbet af indlæggelsen, f.eks. på grund af effekt af en given behandling. Observandens tilstand og adfærd under indlæggelsen beskrives, f.eks. bæltefiksering, flytning mellem åben og lukket afdeling, skærmning mv. Medikamentel behandling angives med administrationsmåde, præparatnavn og dosis. Referatet slutter med udskrivelsen – om observanden forlangte sig udskrevet, om der er tale om en planlagt udskrivelse, hvad observanden udskrives til mv., eventuel udskrivnings- eller koordinationsaftale. Herefter anføres afdelingens udskrivningsdiagnose.

Indhentede sociale akter vil ofte omfatte en længere tidsperiode. Referatet af disse akter indsættes, hvor det findes mest naturligt. Er der i de sociale akter psykiatriske eller psykologiske undersøgelser, indsættes uddrag/referat af disse i den kronologiske gennemgang, idet det anføres, at de pågældende oplysninger er taget fra de sociale akter.

Referater af tilsynsjournaler fra Kriminalforsorgen refereres på samme måde som sociale akter. Oplysninger fra personundersøgelser (§ 808-undersøgelser) indsættes i den kronologiske gennemgang.

Eksempler:

Eksempel 1:

"Af journal fra Amtssygehuset Nordvang (nu psykiatrisk afdeling P, Psykiatrisk Center, Glostrup), fremgår bl.a., at observanden var indlagt for anden gang 3. marts til 20. april 1996, 21 år gammel. Observanden blev tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 2, ("røde papirer", dvs. sindssyg og farlig for sig selv eller andre) efter bl.a. at have været råbende, omkringfarende og truet naboer med en kølleliggende genstand. Han fandtes ved indlæggelsen i udtalt grad psykotisk, bl.a. husede han omfattede vrangforestillinger af storhedskaraktter, hvor han Han var endvidere hørelsehallucineret, ligesom hans sprogbrug var privatpræget og med ordnydninger, f.eks. ... Det var således vanskeligt at forstå, hvad han egentlig mente. Han var hertil præget af udtalt (sindsygelig) kontaktaflukkethed ("autisme"). På grund af voldsom uro og truende adfærd måtte han få timer efter indlæggelsen bæltefikseres. ... Observanden blev sat i behandling med antipsykotisk virkende medicin i stigende doser (tabl. Cisordinol, stigende til 10 mg x 2 dgl.), og i løbet af de næste 14 dage blev hans psykiske tilstand væsentlig bedre. Han kunne oplyse, at han to måneder før indlæggelsen var ophørt med at tage Cisordinol, idet han ikke fandt, han havde behov for medicinen..., De sidste 14 dage af indlæggelsen overnattede observanden flere gange i hjemmet, hvilket forløb uden komplikationer. Han angav, at

hørelshallucinationerne var forsvundet, og hverken ved samtale eller ved afdelingens observation frembød han tegn på at være hallucineret. Hans forestillingsverden var imidlertid fortsat privatpræget i form af... Observanden blev udskrevet til hjemmet med henblik på fortsat behandling ved Distriktspsykiatrisk Center ..., ligesom afdelingen før udskrivelse havde været i kontakt med den stedlige socialforvaltning med henblik på, at observanden fik tildelt en støtte/kontaktperson. Han var ved udskrivelsen i behandling med...

Hospitalets diagnose ved udskrivelsen var skizofreni domineret af vrangforestillinger (paranoid skizofreni)."

Eksempel 2:

"Observanden var for tredje gang indlagt på Rigshospitalets psykiatriske afdeling O 5. til 9. oktober 2002, 41 år gammel. Han henvendte sig selv og anmodede om indlæggelse, idet han...

Observanden blev genindlagt fire dage efter at være udskrevet, idet han ... Observanden fandtes under indlæggelsen fortsat ..., hvorfor han blev indstillet til indlæggelse på Sct. Hans Hospital, afdeling M. Han blev den 30. oktober 2002 udskrevet til eget hjem i afventen på at blive indkaldt til Sct. Hans Hospital. Han var ved udskrivelsen fortsat i behandling med... Afdelingens udskrivningsdiagnose var uændret...

Af journal fra Sct. Hans Hospital, afdeling M, fremgår, at observanden blev indlagt 17. november 2002, jf. ovenstående. Han frembød ingen åbenbare sindssygdomssymptomer ved indlæggelsen, men han var præget af sit misbrug af ..., idet han... Observanden var under hele indlæggelsen i behandling med antipsykotisk virkende medicin givet i depotform (...)..., men han frembød ret udtalte såkaldte negative symptomer på skizofreni i form af tvivlrådighed (ambivalens), initiativsvækkelse og isolationstendens, ligesom han var tristhedspræget og uglad (anhedon)... Observanden blev udskrevet 18. december 2002, efter at han havde misbrugt... Han blev henvist til fortsat behandling ved... Afdelingens udskrivningsdiagnose var..."

Eksempel 3:

"Af journal fra Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling E, fremgår, at observanden i perioden oktober 2001 til maj 2003, 43 til 45 år gammel, i alt har været indlagt otte gange på afdelingen under et ensartet billede. Observanden har typisk henvendt sig og anmodet om indlæggelse, fordi... Observanden blev dog ved tredje indlæggelse (14. februar 2002) tvangsindlagt i medfør af psykiatrilovens § 5, nr. 1, idet han ... Han er under indlæggelserne blevet behandlet med medicin mod alkoholabstinenssymptomer (tabl. Fenemal...), og hans psykiske tilstand ... Der er under flere af indlæg-

gelserne ved blodprøver fundet forhøjede værdier af visse leverenzymmer (...) som tegn på en af alkoholmisbrug betinget leverpåvirkning. Indlæggelserne har været kortvarige, tre til fem dage, og observanden har typisk forlangt sig udskrevet efter at være blevet afruset.

Hospitalets udskrivningsdiagnose ved samtlige indlæggelser har været afhængighed af alkohol."

Eksempel 4:

"Af sagsakter fra Københavns Kommune..., Socialcenter Ryvang, fremgår, at observanden henvendte sig første gang i 1999, 31 år gammel, og anmodede om økonomisk hjælp, idet han... Han har jævnligt ved kontakt med medarbejdere virket påvirket, og i begyndelsen af 2001 udviste han flere gange truende adfærd, hvorfor han havde karantæne i perioden 15. maj til 15. august 2001. I denne periode ... Observanden er flere gange blevet forsøgt motiveret til at deltage i ..., men han har jævnligt nægtet at medvirke, eller også er han hurtigt udeblevet efter at være påbegyndt..."

Eksempel 5:

"Af sagsakter fra Københavns Kommune, Socialcenter Mathæusgade, fremgår bl.a., at observanden 29. november 2002, 25 år gammel, blev undersøgt af overlæge, speciallæge i psykiatri NN. Baggrunden for undersøgelsen var... Af undersøgelsen fremgår bl.a.: "...".

I konklusionen er bl.a. anført: "...".

Eksempel 6:

"Af journal fra Vestre Hospital fremgår, at observanden under aktuelle varetægtsfængsling tre gange er blevet psykiatrisk undersøgt. Observanden klagede ved indsættelsen over..., hvorfor hun den 28. august 2003, 33 år gammel, blev tilset af psykiatrisk konsulent NN. Speciallægen anfører i nogle konkluderende bemærkninger bl.a.: "...". Observandens tilstand forblev uændret, hvorfor hun igen blev tilset af psykiatrisk konsulent NN den 16. september. Da tilstanden var stort set uændret som tidligere beskrevet, anbefalede konsulenten, at den medikamentelle behandling med ... blev øget til ... Observandens psykiske tilstand blev imidlertid yderligere forværret, hvorfor hun igen den 1. oktober 2003 blev tilset af den psykiatrisk konsulent, der i lighed med tidligere fandt, at observanden var depressiv. Det hedder videre: "...". På baggrund heraf anbefalede speciallægen, at observanden snarest muligt blev indlagt på psykiatrisk afdeling."

2.8 Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand

Alle væsentlige sider af en psykiatrisk anamnese bør kort berøres, men hovedvægten skal lægges på det for den konkrete sag relevante. Er observanden f.eks. sigtet for sædelighedskriminalitet, skal seksuelle forhold naturligvis omtales grundigt, mens dette kan være mindre relevant i andre sager. Ved diagnostisk tvivl, f.eks. skizoid personlighed, skizotypisk sindslidelse eller skizofreni, skal relevante anamnesticke data og aktuel psykopatologi uddybes med henblik på belysning af diagnosen.

Det vil normalt lette overblikket at opbygge dette afsnit nogenlunde kronologisk. Afsnittet kan disponeres efter følgende retningslinjer, men afsnittets opbygning bør være således, at sammenhængende oplysninger også beskrives samlet:

- Præmorbid psyke (fra barndommen).
- Relation til andre mennesker, herunder f.eks. familie, jævnaldrende, samlever, kolleger og overordnede (bl.a. med henblik på vurdering af eventuelle dyssoziale træk).
- Misbrug af alkohol og/eller euforiserende stoffer, debutalder, art, omfang, behandling mv.
- Kontakt til det psykiatriske behandlingssystem med en gennemgang af debut, forløb, behandling og aktuelle status. Endvidere omtales observandens egen opfattelse af årsag, behandling mv.
- Den psykiske tilstand tidligere og aktuelt

Der skal altid være en grundig gennemgang af mulige psykotiske eller "psykosenære" symptomer. Det skal direkte fremgå, at observanden er udspurgt om hallucinationer, vrangforestillinger, derealisationsoplevelser, influensfænomener, (maniodepressive) stemningsvingninger osv. Det skal ligeledes fremgå, at observanden er udspurgt om et eventuelt misbrug. I sager vedrørende observander med anden etnisk baggrund end dansk kan det være relevant at omtale religion og kultur. Såfremt klinikken skal tage stilling til eventuel forvaring, skal de områder af anamnesen, der belyser farlighed, uddybes mest muligt.

Afsnittet bør være så udtømmende, at læseren selv kan danne sig et diagnostisk indtryk. Dette indebærer bl.a., at afsnittet ikke blot skal indeholde en opremssning af de symptomer, observanden har/ikke har, men også en beskrivelse af observandens egen forhold til eventuelle symptomer, observandens selvopfattelse og selv vurdering, oplysninger om temperament, personlighedstræk mv. Om muligt bør såvel symptomer som personlighedstræk illustreres med observandens egen beskrivelse – det være sig i hvilket omfang han retter sig efter kommanderende stemmer, eller hvorledes han kan føle sig nærmest fysisk dårlig

tilpas ved at overhøre en diskussion mellem to andre, således at han altid undgår konflikter. Ved paranoide tilstande bør ikke blot de paranoide forestillinger refereres, men observandens forklaring på disse forestillinger bør også omtales, således at det fremgår, at observanden f.eks. er selvrefererende eller selvhenførende, tankegangen og argumentationsformen er præget af omvendt logik osv. – altså den klassiske psykopatologiske beskrivelse.

Direkte citater af observandens udtalelser bør anvendes med forsigtighed, idet sådanne citater let kan virke nedladende eller indirekte afstandtagende. Direkte citater kan dog være nyttige – og undertiden nødvendige – til illustration af psykotiske symptomer, herunder især tankeforstyrrelser.

2.9 Observandens forhold under observationen

Her omtales kort observandens aktuelle situation, f.eks. om han er eller har været isolationsfængslet, om han er i nogen form for medikamentel behandling, forhold til medindsatte, personale mv. Er observanden på fri fod, omtales – kort – hans dagligdag samt eventuelle kontakter til behandlingssystemet. Ligeledes beskrives observandens evne/vilje til at samarbejde ved undersøgelsen og eventuelle udeblivelser.

2.10 Psykologisk undersøgelse

Dette afsnit indledes således:

"Der er den xx. ved cand. psych. xx foretaget psykologisk undersøgelse med ... (de forskellige test nævnes).

Den sammenfattende konklusion heraf lyder:
"..."

Normalt vil det være tilstrækkeligt at gengive undersøgelsens konklusion. Indeholder adfærdsbeskrivelsen væsentlige informationer, bør også den gengives. Er der blot enkelte punkter fra adfærdsbeskrivelsen, som man ønsker at lade indgå i erklæringen, kan disse eventuelt omtales under punktet "Observandens egne oplysninger..." med en bemærkning om, at ..."observanden i forbindelse med den psykologiske undersøgelse har oplyst...". Er der væsentlig diskrepans imellem den klinisk psykiatriske vurdering og resultatet af den psykologiske testning, vedlægges hele testen erklæringen, og forskellen kommenteres i konklusionen eller i et eventuelt resumé.

I sager vedrørende sædelighedskriminelle, der henvises til mentalundersøgelse i forbindelse med ordningen vedrørende behandling af visse sædelighedskriminelle (s-sager), vedlægges hele den psykologiske test, og efter afskriften af den psykologiske tests konklusion anføres: "Den psykologiske test er vedlagt i sin

helhed". I andre særlige tilfælde vedlægges hele den psykologiske test efter overlægens beslutning.

2.11 Klinisk vurdering

Dette afsnit bør være væsentligt mere omfattende end "Objektivt psykisk" i en almindelig psykiatrisk journal. Afsnittet skal formuleres velgennemtænkt (og på dansk), og det skal indeholde alle aspekter af en psykopatologisk vurdering, men selvsagt med hovedvægten på det relevante. Afsnittet indledes med en beskrivelse af observandens umiddelbare fremtoning, dvs. alderssvarende udseende, tegn på selvforsømmelse, eventuel påvirkning af rusmidler, absitenssymptomer og lignende. Afsnittet skal altid indeholde en vurdering af intelligensniveau, en grundig psykopatologisk beskrivelse af eventuelle psykotiske symptomer, den formelle og følelsesmæssige (emotionelle) kontakt, fremherskende personlighedstræk (især for ikke-psykotiske), hvortil kommer adfærd under observationen. Beskrivende eksempler, der f.eks. illustrerer psykotiske symptomer, bør anføres. Det kan være eksempler på formelle tankeforstyrrelser, ordnydannelser (neologismer) eller eksempler på paranoid, omvendt logik. Er en observand hallucineret beskrives, hvorledes observanden f.eks. kaster hurtige sideblik og mumler, således at man har indtryk af, at han svarer stemmerne. På samme måde beskrives ikke alene, at en observand kan være dramatiserende, garderet, indyndende, angstpræget, selvcentreret, affektspændt mv, men det beskrives også, hvorledes disse symptomer manifesterer sig.

Vær opmærksom på at undgå moralske eller bedrevende vurderinger samt indforstået psykiatrisk jargon.

2.12 Legemlig undersøgelse

Der bør normalt i forbindelse med enhver retspsykiatrisk undersøgelse foretages en almindelig klinisk somatisk undersøgelse. Resultatet kan eventuelt anføres som: "Ved almindelig legemlig undersøgelse samt neurologisk statusundersøgelse er intet abnormt påvist" (ved at anvende betegnelsen "intet abnormt påvist" har man taget højde for at have overset en nedsat vibrationssans på venstre underben).

Det klientel, der henvises til mentalundersøgelse, vil jævnligt have haft seksuel risikoadfærd, og det bør derfor altid overvejes, om den kliniske tilstand taler for, at der tages WR ("blodprøve til påvisning af tidligere eller aktuel syfilis") eller undersøges for hiv.

Resultatet af "registrering af hjernes elektriske aktivitet" (eeg), CT-skanning og lignende anføres ligeledes her.

2.13 Diskussion

Dette punkt anvendes i omfattende og vanskelige sager, hvor man resumerer og diskuterer undersøgelsens resultater.

Bilag 6a og 6b er to eksempler på komplicerede sager med et diskussionsafsnit og den efterfølgende konklusion.

2.14 Konklusion

Konklusionen bygger på, hvad der er anført i erklæringen, og en konklusion må aldrig bygge på præmisser, som ikke fremgår af erklæringen. Konklusionen skal være kortfattet og så vidt mulig entydig. Den indledes altid med at tage stilling til de væsentligste spørgsmål – psykotisk eller ikke psykotisk, mentalt retarderet eller ej, organisk hjerneskade eventuel epilepsi eller ikke. Lider observanden af epilepsi, skal der explicit tages stilling til, hvorvidt observanden på tidspunkterne for de påsigtede forhold har befundet sig i en "af epilepsi betinget psykisk abnormtilstand".

Såfremt en observand er sigtet for flere forhold over en tidsperiode, skal der principielt tages stilling til den pågældende psykiske tilstand på tidspunkterne for hvert forhold. Som hovedregel vil det imidlertid være tilstrækkeligt at anføre "perioden for de påsigtede forhold". Såfremt en observand har været sindssyg i en periode, hvor nogle af de påsigtede forhold har fundet sted, og ikke sindssyg i en anden, skal dette naturligvis fremgå.

"Observanden er herefter ikke sindssyg, og han kan ikke antages at have været sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold. Han er jævnt begavet, placeret i sinkeområdet, men han er ikke mentalt retarderet. Han lider ikke af epilepsi eller anden form for organisk hjernelidelse".

"Observanden er herefter sindssyg, og han må antages at have været sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han er normalt begavet...".

"Observanden er herefter sindssyg på undersøgelsestidspunktet, men han kan ikke antages at have været sindssyg i perioden for de påsigtede forhold. Han er...".

"...Han er mentalt retarderet i lettere grad...".

Er det relevant fortsættes med nogle få betydningsfulde anamnesticke oplysninger.

"Observanden har fra barndommen frembudt betydelige adfærdsforstyrrelser, og han har fra sin tidlige ungdom udvist kriminel adfærd. Han har aldrig været socialt tilpasset. Observanden var 19 år gammel første gang indlagt på psykiatrisk afdeling, og han har siden adskillige gange været indlagt pga. symptomer som hørelshallucinationer, vrangforestillinger og undertiden selvbeskadende adfærd".

Endvidere anføres diagnose(r) og - kort - forløbet af eventuel ambulans behandling.

Herefter følger en gennemgang (på forståeligt dansk) af de vigtigste fund ved den aktuelle undersøgelse. Personlighedsbeskrivelsen skal også være på dansk - betegnelser som "dyssocial", "empati" osv. er psykiatrisk fagterminologi.

Et eventuelt misbrug skal altid omtales, og har observanden været påvirket på tidspunktet for de påsigtede forhold, skal der tages stilling til spørgsmålet om abnorm rustilstand.

Det skal anføres, hvad observanden fejler, men en eventuel diagnostisk tvivl skal naturligvis omtales. Almindeligvis bør der dog tages stilling til, hvad der findes "overvejende" sandsynligt, "nærliggende at antage", "muligvis" eller lignende.

"Det findes herefter overvejende sandsynligt, at observanden lider af skizofreni i begyndelsesfasen, men det kan ikke udelukkes, at det i stedet drejer sig om en forbigående psykotisk tilstand udløst af hans misbrug, herunder især misbrug af amfetamin".

På samme måde skal tages stilling til, om observanden er omfattet af straffelovens § 16 eller § 69, men igen bør en diagnostisk tvivl nævnes.

"Det findes herefter overvejende sandsynligt, at observanden er omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, men er det ikke tilfældet, er han under alle omstændigheder omfattet af samme lovs § 69".

"Ved en samlet vurdering findes det herefter mest sandsynligt, at observanden er omfattet af straffelovens § 69, men det kan ikke ganske udelukkes, at han er omfattet af samme lovs § 16, stk.1".

Klinikken tager stilling til recidivrisikoen til ligeartet kriminalitet - ingen kan udtale sig om risikoen for enhver form for fremtidig kriminalitet. Recidivrisikoen graderes - "der må antages at bestå en kun ringe risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet"; "...der

må antages at bestå en vis risiko for..."; "...at bestå en nærliggende ..." osv.

Konklusionen ender med at tage stilling til sanktionsspørgsmålet, og anbefales en særforanstaltning, skal denne udformes i overensstemmelse med gældende administrative forskrifter, således som de fremgår af Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2002. De foranstaltningforslag, klinikken anvender, er resumeret i bilag 7.

Eventuelle længstetider omtales aldrig, idet dette spørgsmål er et rent juridisk anliggende.

Hvis en observand hverken er omfattet af straffelovens § 16 eller § 69, omtales hverken recidivrisiko, eventuelt tilsyn af Kriminalforsorgen eller andet. Observanden er i denne situation ikke fundet psykisk afvigende, og psykiateren har derfor ingen faglig kompetence til at rådgive retssystemet. Konklusionen afsluttes i disse tilfælde med følgende:

"Observanden findes herefter hverken omfattet af straffelovens § 16 eller § 69".

3. Særlige spørgsmål

3.1 Forvaring, jf. straffelovens § 70

Ved sagens fremsendelse kan klinikken blive anmodet om at tage stilling til spørgsmål om eventuel forvaring, jf. straffelovens § 70. Klinikken bør også af egen drift anbefale forvaring, såfremt en observand efter klinikkens opfattelse opfylder kriterierne herfor.

Såfremt klinikken tager stilling til spørgsmålet om forvaring, enten efter anmodning eller på eget initiativ (ex officio), skal konklusionen i koncentreret form indeholde præmisserne for, at observanden må antages at frembyde en "nærliggende" (straffelovens § 70, stk. 1) eller "væsentlig" (straffelovens § 70, stk. 2) risiko for andres liv, legeme, helbred eller frihed". Forskellen mellem "nærliggende" og "væsentlig" er af ren juridisk karakter, idet lovgiver har ønsket, at anvendelsesområdet for forvaring i tilfælde af grov, recidiverende sædelighedskriminalitet (§ 70, stk. 2) skal være knapt så restriktivt som i andre tilfælde af grov, recidiverende personfarlig kriminalitet (§ 70, stk. 1). Den lægelige vurdering vil være ens i de to sagstyper.

Forvaring kan i teorien anvendes over for personer omfattet af straffelovens § 16, men i praksis anvendes forvaring udelukkende over for ikke-sindssyge, typisk svært personlighedsafvigende personer, omfattet af straffelovens § 69. Der skal derfor som næstsidste led i konklusionen tages stilling til, hvorvidt en særforan-

staltning, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., kan anbefales. Afslutningsvis i konklusionen tages så stilling til spørgsmålet om forvaring. Farlighedsvurderingen graderes, f.eks. fra "det kan ikke ganske afvises" til uden forbehold at anføre, at den pågældende er farlig.

"Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 69, men man kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til imødegåelse af en formentlig nærliggende risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet.

Under hensyn til karakteren af den tidligere pådømte og den nu påsigtede kriminalitet samt under hensyn til observandens personlighedsmæssige egenart kan det ikke afvises/må det antages, at han, såfremt han findes skyldig, frembyder en sådan nærliggende (væsentlig) fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring i stedet for fængsel er påkrævet for at forebygge denne fare".

3.2 Sindssyg på undersøgelsestidspunktet, men ikke på gerningstidspunktet, jf. straffelovens § 73

En mentalobservand kan efter at have foretaget den påsigtede handling, men før dommen er afsagt, udvikle en ikke blot forbigående psykisk abnormtilstand af den i straffelovens § 16 eller § 69 omtalte karakter, jf. straffelovens § 73. Som det fremgår, skal der være tale om en "ikke blot forbigående" abnormtilstand, hvilket vil sige, at en korterevarende abstinenspsykose, en forbigående tilpasningsreaktion mv. ikke falder ind under bestemmelsens område. I praksis anvendes bestemmelsen næsten udelukkende i situationer, hvor en sigtet efter det påsigtede forhold har udviklet en psykotisk tilstand, men som eksempel på en § 69-tilstand kan nævnes, at den sigtede efter kriminaliteten har pådraget sig en hjerneskode, som dog ikke er så omfattende, at den pågældende må henføres til straffelovens § 16.

Klinisk diagnostisk er disse tilstande ofte vanskelige, og de vil ofte kræve meget grundige undersøgelser, bl.a. med henblik på en vurdering af, hvorvidt der kunne være tale om simulation.

Findes en observand at have udviklet en psykisk abnormtilstand (i praksis altså sindssygdom) efter det påsigtede forhold, skal klinikken tage stilling til, hvorvidt en særforanstaltning kan anbefales i stedet for straf, eller indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes. Som udgangspunkt vil klinikken anbefale en særforanstaltning i stedet for straf, såfremt det må antages, at observanden har udviklet en mere permanent psykotisk tilstand, hvorimod en særforanstaltning

anbefales, "indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes", såfremt der klinisk er holdepunkter for at antage, at observanden lider af en mere forbigående psykotisk tilstand. I tvivlstilfælde kan begge muligheder anføres, hvorefter det er op til retten at tage stilling - og domstolene vil som absolut hovedregel idømme en almindelig frihedsstraf med "anbringelse i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes".

"Observanden har efter det påsigtede forhold, men før dom er afsagt, udviklet en ikke blot forbigående tilstand af den i straffelovens § 16 nævnte art, og man skal, jf. straffelovens § 73, stk. 1, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale, at han anbringes i psykiatrisk afdeling, indtil straffen måtte kunne fuldbyrdes".

3.3 Foranstaltninger over for helt unge, dvs.

15-17-årige

Den kriminelle lavalder er 15 år, og straffeloven indeholder enkelte særbestemmelser for unge lovovertrædere, dvs. i alderen 15-17 år. Det fremgår bl.a., at disse unge som maksimum kan idømmes fængsel i otte år. Der findes ingen særlige bestemmelser for sindssyge unge, her anbefales særforanstaltninger efter de sædvanlige retningslinjer. Man kan altså ikke f.eks. anbefale dom til behandling ved en ungdomspsykiatrisk afdeling. Såfremt det skønnes vigtigt at fremhæve, at en behandling bør varetages af f.eks. en ungdomspsykiatrisk afdeling, kan dette nævnes tidligere i konklusionen, f.eks.: "Observanden har behov for længerevarende psykiatrisk observation og behandling, hvilket mest hensigtsmæssigt vil kunne varetages af en børne-/ungdomspsykiatrisk afdeling".

De ikke-sindssyge unge, som henvises til mentalundersøgelse, vil som absolut hovedregel være omfattet af straffelovens § 69, idet de kan siges at være præget af "manglende udvikling af de psykiske funktioner". For de 15-16-årige vil klinikken som absolut udgangspunkt anbefale, at en ung ikke idømmes en almindelig frihedsstraf, men i stedet anbefale en sanktion inden for det sociale system. Jo nærmere en observand er 18 år (på gerningstidspunktet), jo mere kan det overvejes, om en særforanstaltning inden for det sociale system er formålstjenlig, eller om klinikken må konkludere, at man ikke kan anbefale nogen særforanstaltning. Er dette tilfældet, bør det i konklusionen nærmere begrundes, hvorfor klinikken ikke kan anbefale en særforanstaltning, f.eks.:

"Observanden har siden 11 års alderen modtaget forskellige former for intensiv social støtte og behandling, herunder længerevarende institutionsophold, uden at denne behandlingsindsats mere varigt har ændret hans tilstand eller adfærd. Man kan derfor ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. straffelovens § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf."

Såfremt en særforanstaltning inden for det sociale system anbefales, vil formuleringen være:

"Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 69, og man skal, såfremt han findes skyldig, som mere formålstjenlig foranstaltning end straf, anbefale, at han undergives bestemmelserne om særlig støtte til børn og unge i lov om social service."

Straffelovens § 74 a indeholder en bestemmelse om, at unge, der før det fyldte 18. år har begået grovere personfarlig kriminalitet eller anden alvorlig kriminalitet, kan undergives en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling, som alternativ til en ubetinget frihedsstraf. Bestemmelsen kan ikke anvendes over for unge, der er omfattet af straffelovens § 16. Den beskrevne "socialpædagogiske behandling" må opfattes som en slags særforanstaltning, og den kan anbefales i forbindelse med en mentalundersøgelse. Der eksisterer endnu ikke administrative forskrifter for, hvorledes en påstand, jævnfør § 74 a, skal formuleres. Indtil videre vil klinikken kunne anvende følgende formulering:

"Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 69, men man kan ikke, såfremt han findes skyldig, pege på foranstaltninger, jf. samme lovs § 68, 2. pkt., som mere formålstjenlige end straf til imødegåelse af en formentlig ikke ubetydelig risiko for fremtidig ligeartet kriminalitet. Under hensyn til karakteren af den påsigtede kriminalitet og observandens personlighedsmæssige egenart må det anses for formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser, at han, såfremt han findes skyldig, undergives en struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling, jf. straffelovens § 74 a".

Ved behov kan man tilføje vilkår, f.eks. om psykiatrisk behandling.

Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2002 omtaler endvidere "dom til anbringelse i en socialpædagogisk behandlingsinstitution" samt dom til behandling ved en sådan institution. Anvendelsesområdet for disse foranstaltninger er imidlertid uafklaret, og indtil videre vil klinikken derfor ikke anbefale disse to typer af særforanstaltninger.

3.4 Stærk sindsbevægelse, jævnfør straffelovens § 85

Det fremgår af straffelovens § 85, at straffen kan nedsættes, eventuelt bortfalde, såfremt en strafbar handling er begået under indflydelse af stærk sindsbevægelse mv. Vurderingen af, hvorvidt straffen skal nedsættes eller eventuel helt bortfalde, jf. § 85, er et juridisk anliggende, og klinikken vil aldrig anføre "§ 85" i en erklæring. Dette forhindrer imidlertid ikke, at det i konklusionen anføres, at observanden må antages at have handlet "under indflydelse af stærk sindsbevægelse". De klassiske retspsykiatriske begreber som "den abnorme enkeltreaktion", "afspændingsreaktion" mv. vil typisk være omfattet af begrebet "stærk sindsbevægelse". Derimod falder f.eks. affektreaktioner, handlinger begået i svært påvirket tilstand, psykotisk betinget adfærd mv. ikke ind under bestemmelsen. Den typiske "§ 85-situation" er en kæde af begivenheder, der medfører, at den tiltalte f.eks. oplever, at han handler "automatisk" uden viljens medvirken, eller der kan være tale om en "psykisk indespærring", hvor den pågældende ... "ser pludselig, eller mener at se, alle veje spærret og foretager da et desperat udbrud". *

Ikke sjældent vil det alene være observandens egne oplysninger om et hændelsesforløb, der kan begrunde antagelsen af, at den pågældende har handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse. Der vil således indgå et stærkt element af bevisvurdering i skønnet over, hvorvidt stærk sindsbevægelse har foreligget, og en sådan bevisvurdering tilkommer alene retten. Dette bør utvetydigt fremgå af konklusionen.

* Helweg H. Den Retslige Psykiatri i kort omrids. København: H. Hagerup, 1949.

Eksempel:

"Observanden har oplyst, at han ..., og at ..., samt at ... Han har videre oplyst, at han på tidspunktet for det påsigtede forhold... Såfremt observandens forklaring lægges til grund, må det antages, at han på tidspunktet for det påsigtede forhold har handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse"

3.5 Observanden tilstår

Observanden er ved den indledende samtale med overlægen blevet orienteret om, at klinikken ikke har tavshedspligt over for retsvæsenet, efter omstændighederne nærmest en oplysningspligt. Der kan opstå den særlige situation, at en mentalobservand, der hidtil har nægtet sig skyldig, erkender sig skyldig under en samtale i forbindelse med mentalundersøgelsen. I disse situationer konfereres altid med den ansvarlige overlæge. Udgangspunktet vil være, at såfremt observanden erkender et par mere bagatelagtige forhold, f.eks. et par tyverier, som den pågældende tidligere har nægtet sig skyldig i, bør observanden mindes om,

at klinikken ikke har tavshedspligt, og undersøgelsen fortsætter. Såfremt observanden imidlertid tilstår hovedforholdet, afbrydes undersøgelsen, og anklagemyndigheden, forsvareren og retten orienteres ved enslydende skrivelser om observandens forklaring. Det beror på en konkret vurdering, hvorvidt sagen forbliver hvilende på Retspsykiatrisk Klinik, indtil den nye situation er afklaret, eller hvorvidt sagen tilbagesendes.

4. Kontinuationserklæringer

Har klinikken tidligere udarbejdet erklæring vedrørende en observand (benådningssøger), vil erklæringen i aktuelle sag normalt blive udarbejdet som en kontinuationserklæring, dvs. at undersøgelsen – og hermed erklæringen – vil koncentrere sig om forløbet siden klinikken senest afgav erklæring, idet der samtidig henvises til de(n) tidligere erklæring(er). Indledningsvis i en kontinuationserklæring anføres, at observanden (benådningssøgeren) tidligere er blevet undersøgt hér, og konklusionen af den tidligere erklæring gengives.

Dette kan formuleres som følger:

"Observanden blev i 1998 undersøgt hér i anledning af en sigtelse for brandstiftelse. Klinikken afgav erklæring 13. oktober 1998, observanden var da 34 år gammel, med følgende konklusion:

(Afskrift af den tidligere konklusion).

Den aktuelle erklæring er udarbejdet som en kontinuationserklæring til klinikkens tidligere erklæring, til hvilken der henvises".

Har klinikken tidligere afgivet flere erklæringer, vil det normalt være tilstrækkeligt kort at referere indholdet af den (de) tidligere konklusion(er), eventuelt således at centrale afsnit direkte citeres, hvorefter den senest afgivne erklærings konklusion medtages i sin helhed.

Det anføres – hvor det er relevant – i overskriften til de enkelte afsnit i erklæringen, at det drejer sig om en kontinuationserklæring, f.eks.: "Levnedsbeskrivelse (kontinueret); Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand (kontinueret)" osv.

Det hænder i sjældne tilfælde, at der skal udarbejdes mentalobservationserklæring, hvor klinikken tidligere har afgivet erklæring i en benådningssag eller omvendt. I disse tilfælde vedlægges den tidligere erklæring som et bilag til den aktuelle erklæring.

Klinikken udarbejder aldrig kontinuationserklæringer til mentalerklæringer udarbejdet af andre afdelinger mv. Eventuelle uddrag af erklæringer udarbejdet af andre afdelinger samt (altid) erklæringens konklusion gengives i afsnittet om "Andres oplysninger...".

5. Erklæringer i benådningssager

Erklæringer i benådningssager udarbejdes efter de samme retningslinier som mentalobservationserklæringer. Den kriminalitet, en benådningssøger er dømt for, omtales kun ganske kort under overskriften "Den pådømte kriminalitet". Normalt vil det være tilstrækkeligt at anføre, hvad ansøgeren er dømt for.

Afsnittet "xx's egne oplysninger..." afsluttes med en gennemgang af ansøgerens begrundelse for benådningssøgningen.

Konklusionen i en erklæring i en benådningssag skal indeholde en vurdering af, hvorvidt afsoning må antages at medføre ... "nærliggende risiko for alvorlig helbredsforringelse". Det bør erindres, at afsoning kan finde sted under mange forhold – i et arresthus, i et åbent fængsel med mulighed for psykiatrisk bistand, på en sygeafdeling (hvor der ikke er arbejdspligt) eller eventuelt i Vestre Hospital. Der skal altså tages stilling til disse forskellige former for afsoning, eventuelt kan blot anføres at... "afsoning under enhver form må antages at medføre nærliggende risiko for alvorlig helbredsforringelse".

En benådningssøger er dømt, og det er således irrelevant at tage stilling til f.eks. straffelovens § 16, stk. 1. Erklæringen vil blot konkludere, at ansøgeren er sindssyg, og at ... "afsoning under enhver form vil medføre nærliggende risiko for alvorlig helbredsforringelse. Benådning af lægelige grunde skal derfor anbefales."

Bilag 3

Beskrivelse af Sikringsafdelingen

Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland er en del af psykiatrien i den nye Region Sjælland. Sikringsafdelingen har landsfunktion og har i alt 30 sengepladser fordelt på 3 afsnit. Sikringsafdelingen skal udadtil yde fængselsmæssig sikkerhed og indadtil fungere som et psykiatrisk hospital/afdeling og varetage behandlingen af følgende grupper af patienter:

- Farlighedsdekret.
- Anbringelsesdom til Sikringsafdelingen.
- Indlæggelse på Sikringsafdelingen med henblik på mentalundersøgelse.
- Varetægtsurrogatanbringelse på Sikringsafdelingen.

Patienter på Sikringsafdelingen kan således kun placeres der, hvis der er en retskendelse herom eller et farlighedsdekret udstedt af Justitsministeriet, der efterfølgende er sanktioneret af en dommer i by- eller landsret.

Behandlingsmæssigt gælder de samme principper som i den øvrige psykiatri, herunder også at Psykiatriloven gælder. Der blev dog for få år siden i Psykiatriloven indført en ændring, således at man på Sikringsafdelingen har lovhjemmel til at låse patienterne inde på deres sengestuer.

Det gør det muligt at isolere patienterne i særlige situationer og på den måde sikre en bedre observation, sikkerhed og undgåelse af konflikter i fællesmiljøet. Det fælles miljø på de 3 sengeafsnit er således præget af ro, forudsigelighed og en personalestab, der har været ansat længe og som kender patienterne godt. Patienterne har en ganske lang indlæggelsestid, således har cirka halvdelen været indlagt i mere end 2 år. En medvirkende årsag til at der er så roligt er sandsynligvis, at der så godt som aldrig er misbrugsstoffer smuglet ind på Sikringsafdelingens sengeafsnit.

På Sikringsafdelingen er der sikret, at patienternes aktiviteter kan tilgodeses indenfor de bygningsmæssige rammer. Man har særligt der lagt vægt på fysisk udfoldelse, og der er således fast skemalagte udfoldelser med idrætsmedarbejder, herunder spinning, fodboldtræning og anden fysisk træning. Derudover er der ansat musikterapeuter, og der findes andre aktivitetstilbud, herunder værkstedslignende tilbud og kreative tilbud.

Sikringsafdelingens sikkerhedsniveau er det eneste i landet, der svarer til den internationale betegnelse

maximum security. De har de nødvendige fysiske rammer, personalemæssige ressourcer, og der er i deres procedurer og relation mellem patient og personale lagt vægt på et højt sikkerhedsniveau.



Psykiatri

**Region Hovedstadens
Psykiatri**
Administrationen
Borgervænget 7, 4
2100 København Ø

Telefon: 45 11 20 00
E-mail: psykiatri@regionh.dk
www.psykiatri-regionh.dk

Status på anbefalinger for retspsykiatrien i Region Hovedstadens Psykiatri

I slutningen af 2006 nedsatte Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri en retspsykiatrisk arbejdsgruppe, sammensat af relevante og kompetente fagfolk. Arbejdsgruppen præsenterede sin afsluttende retspsykiatri rapport for Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri den 10. september 2007. Rådet roste arbejdsgruppens arbejde og tiltrådte rapportens hovedpunkter.

Direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri har efterfølgende præsenteret koncerndirektionen i Region Hovedstaden for retspsykiatriske anbefalinger og status i forhold til igangværende og planlagte aktiviteter. Anbefalinger og status er opstillet tematisk i nedenstående:

1. For alle patienter med en retslig foranstaltning

1.1 Anbefaling

Idet en retspsykiatrisk patients behandlings- og støtforløb oftest består af flere forskellige tilbud i både psykiatrien og det sociale system, bliver kontinuitet i behandlingen og samarbejde på tværs af sektorer og aktører afgørende for det gode patientforløb.

Det er væsentligt, at behandlingen koordineres i et tæt samarbejde mellem de involverede parter, så ansvaret for behandlingen er entydig igennem hele den periode, patienten har en retslig foranstaltning. Patienten kan kun flyttes fra et regi til et andet, når den udskrivende enhed er enig med modtagende enhed om at behandlingsansvaret kan overdrages. For at sikre denne koordinering bedst muligt anbefaler arbejdsgruppen, at der udarbejdes en overordnet behandlingsplan for hele den periode, patienten har en retslig foranstaltning. I dag udarbejdes en lovpligtig behandlingsplan, som patienten har under indlæggelse, og forslaget er at den suppleres med nogle få punkter, omhandlende relevante observationer af f.eks. risiko- og misbrugsadfærd, særlige restriktioner og konsekvenser ved overtrædelse heraf.

1.2 Status

Anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007, der foreslår at arbejdet forankres i Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri.

Anbefalinger er indarbejdet i samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelser, der i 2008 indgås mellem de enkelte psykiatriske centre og deres respektive kommuner.

1.3 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at der for alle patienter med en retslig foranstaltning hvori indlæggelse indgår, skal udfærdiges en udskrivningsaftale jf. kapitel 4 a i Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten, den psykiatriske afdeling, distriktspsykiatrien, de sociale myndigheder og privatpraktiserende sundhedspersoner (f.eks. praktiserende læger og praktiserende speciallæger) m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud. Det skal af udskrivningsaftalen fremgå, hvem der er ansvarlig for revurdering af planen, og hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, og det skal ligeledes fremgå, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes. I de særlige tilfælde hvor vedkommende ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale skal der udarbejdes en koordinationsplan.

1.4 Status

Anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007, der foreslår at arbejdet forankres i Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri og implementeres gennem ledelsessystemet og psykiatriens komite for patientrettigheder og tvang.

Anbefalinger er indarbejdet i samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelser, der i 2008 indgås mellem de enkelte psykiatriske centre og deres respektive kommuner.

1.5 Anbefaling

Ved dommens ikrafttrædelse og mindst en gang om året anbefales det, at den behandlingsansvarlige overlæge sikrer at der indkaldes til et koordinerende møde. Relevante personer inviteres, udover behandlings- og socialpsykiatrien kan det være Kriminalforsorgen, sagsbehandler fra socialforvaltning eller beskæftigelses- og integrationsforvaltning, politiet, bostøtter, bistandsværge, pårørende og patienten selv. På mødet revideres den overordnede behandlingsplan og evt. udskrivningsaftale. Det vil ligeledes være naturligt, at mødet resulterer i udformning af en social handleplan i socialforvaltningens regi, ligesom der bør ske en koordinering med kriminalforsorgens handleplan.

1.6 Status

Anbefalinger er indarbejdet i samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelser, der i 2008 indgås mel-

lem de enkelte psykiatriske centre og deres respektive kommuner.

1.7 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at man i regionen sikrer en fælles og ensartet dataindsamling vedr. de retspsykiatriske patienter. Det kan ske ved, at der for hver retspsykiatrisk patient udarbejdes en oplysningsmappe, en retslig mappe, der er opbygget efter en fælles skabelon.

1.8 Status

Anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007, der foreslår at arbejdet forankres i ledelsessystemet og implementeres gennem psykiatriens komite for patientrettigheder og tvang.

1.9 Anbefaling

For at forebygge forværring i patientens psykiske tilstand og dermed også risiko for fornyet kriminalitet anbefales det, at en patient, der tidligere har haft en anbringelses- eller behandlingsdom, også i årene efter at dommen er ophørt tilbydes øget opmærksomhed fra de ambulante behandlingenheder.

1.10 Status

Anbefalinger er indarbejdet i samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelser, der i 2008 indgås mellem de enkelte psykiatriske centre og deres respektive kommuner.

1.11 Anbefaling

For at sikre at patienter med en retslig foranstaltning følger den psykofarmakologiske behandling, anbefales det, at patienten får denne medicin udleveret uden udgifter for patienten når de behandles ambulant.

1.12 Status

Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri har en delt holdning til anbefalingen. Medicinudgifter har ligeledes været drøftet af Danske Regioner. Videre drøftelse udestår.

1.13 Anbefaling

Det anbefales, at der i sundhedsaftalerne med kommunerne indarbejdes, at den overordnede behandlingsplan, udskrivningsaftalen og den sociale handleplan for retspsykiatriske patienter koordineres.

1.14 Status

Anbefalinger er indarbejdet i samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelser, der i 2008 indgås mellem de enkelte psykiatriske centre og deres respektive kommuner.

1.15 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at regionen etablerer en database over retspsykiatriske patienter ved primært at udnytte de muligheder, der ligger i de eksisterende patientadministrative systemer.

1.16 Status

Der er igangsat initiativer med henblik på at etablere et fælles system, database i KMS, hvor retspsykiatriske patienter inkluderes. En arbejdsgruppe har udarbejdet et overordnet designlayout på et fælles system. Det fælles system gennemgår testcases i marts 2008. Samtidig vurderes via tests om databasen lever op til formålet. Databasen forventes at blive taget i brug på Psykiatrisk Center Sct. Hans fra maj 2008.

1.17 Anbefaling

Det anbefales, at man i regionen anvender den skabelon for udfærdigelse af mentalobservationserklæring som anvendes på Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik.

1.18 Status

Anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007. Implementeres gennem ledelsessystemet.

1.19 Anbefaling

Det anbefales, at man i andre områder af regionen afprøver de erfaringer, man har fra det strukturerede samarbejde mellem politi, de sociale myndigheder og psykiatrien - PSP-projektet - på Frederiksberg.

1.20 Status

Til drøftelse.

1.21 Anbefaling

Det anbefales, at der i forbindelse med evaluering af Opsøgende psykoseteam for retspsykiatriske patienter tages stilling til evt. flere lignende tilbud.

1.22 Status

Det kan dels overvejes at bringe udbredelsen på banen i næste ansøgningsrunde af satspuljemidler. En anden model for udvidelsen kunne være, at det retspsykiatriske OP team påtager sig opgaven i forhold til Københavns fængsler. Dette kan være i form af tilsyn/konsulentfunktion både i relation til udvisitering til psykiatriske centre og i forhold til behandling. Farlighedsvurdering kan være et centralt element i funktionen.

1.23 Anbefaling

Det anbefales at Region Hovedstadens Psykiatri holder en årlig konference mellem almen psykiatrien og retspsykiatrien om det gode patientforløb for patienter med en retspsykiatrisk foranstaltning.

1.24 Status

Til videre overvejelse.

2. For patienter indlagt på en retspsykiatrisk specialafdeling

2.1 Anbefaling

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i regi af de retspsykiatriske specialafdelinger er et lukket modtageafsnit, hvor man kan modtage akutte nye retspsykiatriske patienter.

2.2 Status

Anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007. Det gode initiativ kræver dog videre afklaring, idet initiativet har indflydelse på vagtdækning og kapacitet på Psykiatrisk Center Sct. Hans.

2.3 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at risikovurdering bruges systematisk i den retspsykiatriske funktion, og at almen psykiatri får kendskab til metoden og dens resultater. Risikovurderingen bør foretages i forbindelse med indlæggelse, ved mentalundersøgelse, ved regiskift, ved udskrivning samt ved udtalelse til statsadvokaten.

2.4 Status

Implementeres gennem ledelsessystemet.

2.5 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at der i den retspsykiatriske funktion foretages en nærmere vurdering i forhold til indførelse af systematiseret vurdering og metoder i forbindelse med aggressioner.

2.6 Status

Ingen kommentarer.

2.7 Anbefaling

I den retspsykiatriske specialafdeling vil der være et særligt fokus på behandlingsalliancen og relationen til patienten, disse er af afgørende betydning for hvad den enkelte patient får ud af indlæggelsesforløbet. Relationsarbejdet fordrer en systematisk, faglig og velkvalificeret kontakt mellem patienten og plejepersonalet (kontaktpersonen). På samme måde er de retspsykiatriske patienter en mangfoldig gruppe der har komplekse individuelle problemstillinger, de har derfor et særligt behov for individuel tilpasning frem for udvikling af gruppe tilbud.

2.8 Status

Der vurderes at være et udviklingsbehov.

2.9 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at alt klinisk personale besidder viden om kognitiv terapi, da der er evidens for, at denne terapiform er effektiv i behandling af psykotiske symptomer og i at nedbringe graden af voldelig adfærd og aggression hos retspsykiatriske patienter.

2.10 Status

Kognitiv terapi er et af de temaer, der er i spil i forhold til arbejde med etableringen af en uddannelsesenhed i Region Hovedstadens Psykiatri.

2.11 Anbefaling

Det er vigtigt med øget fokus på patienternes psykofarmakologisk behandling. Intensiv behandling af retspsykiatriske patienter, der er behandlingsresistente eller som responderer dårligt på psykofarmakologisk behandling, bør varetages af psykiatere med særlig ekspertise inden for dette område, eller ske i samråd med kliniske farmakologer eller særlige psykiatriske eksperter indenfor det psykofarmakologiske område. Arbejdsgruppen anbefaler derfor at der afholdes regelmæssige psykofarmakologiske konferencer (eventuelt som videokonferencer) på tværs af afdelingerne i Regionen, hvor behandlingen af særligt vanskelige patientforløb kan drøftes.

2.12 Status

Vurderes at ligge indenfor den styrkede indsats, der allerede pågår indenfor det psykofarmakologiske område.

2.13 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at der i den retspsykiatriske specialafdeling og ved ambulant behandling er særligt fokus på rehabilitering. De fleste retspsykiatriske patienter har en betydelig funktionsevned-sættelse, og formålet med rehabilitering vil være, at patienten kan genvinde sit tidligere funktionsniveau eller højest mulige funktionsniveau. I rehabilitering kan indgå social færdighedstræning, beskæftigelse, dagligdags aktiviteter, undervisning, kreative aktiviteter, terapeutiske aktiviteter som kunstterapi, musikterapi e.l. og fysisk aktivitet.

2.14 Status

Ligger indenfor virksomhedens intentioner om udvikling af rehabiliteringsområdet.

Rehabilitering indgår i plan for efterforløbet, der er indarbejdet i samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelser, der i 2008 indgås mellem de enkelte psykiatriske centre og deres respektive kommuner.

2.15 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale, at der i retspsykiatrisk specialafdeling udvikles særlige tilbud til patienter med problemstillinger, der er dominerende for patienter med dom til behandling. Det gælder for følgende patientgrupper:

- patienter med misbrug, hvor det anbefales, at der oprettes misbrugsfrie afsnit.
- patienter med dyssocial personlighedsforstyrrelse, hvor det anbefales, at der udvikles særlige programmer og interventioner, der kan bedre patienternes impuls kontrol og sociale adfærd.
- patienter med anden etnisk baggrund end dansk, hvor det er centralt at forbedre kommunikationen og samarbejdet med patient og pårørende herunder
 - udvikling af psykoedukationsmateriale til patient og pårørende
 - styrke personalets viden om transkulturel psykiatri
 - brug af tolke og evt. telepsykiatri

2.16 Status

Oprettelse af misbrugsfrie afsnit anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007. Der er bevilliget satspuljemidler til etablering af misbrugsfrie afsnit. Der arbejdes med forskellige modeller for udmøntning, som vurderes at kunne effektueres i løbet af 2008.

Udforskning af brug af telepsykiatri anbefales af Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri på møde den 10. september 2007. Afprøves indenfor andre områder af psykiatrien, for eksempel i relation til behandling af fremmedsprogede.

2.17 Anbefaling

Patienter indlagt på retspsykiatrisk specialafdeling vil som udgangspunkt være indlagt i et længere forløb end patienter indlagt i almen psykiatrien. Dette betyder, at der stilles særlige krav til kombinationen af et hospitalsmiljø med pleje og behandling, hvor miljøet samtidig skal fungere som patienternes bolig. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der sættes særligt fokus på de fysiske rammer og fritidsfunktionen.

2.18 Status

Skal ses i lyset af, at ovenstående indgår i psykiatriplanen. Ifølge psykiatriplanen skal der bygges en ny retspsykiatrisk afdeling på Psykiatrisk Center Sct. Hans.

2.19 Anbefaling

Arbejdsgruppen vil anbefale at der er fokus på udvikling af personalets kompetencer i retspsykiatrisk specialafdeling i form af uddannelse, faglig vejled-

ning, supervision, netværksdannelse, forskning og udvikling.

2.20 Status

Ovenstående skal ses i lyset af, at Region Hovedstadens Psykiatri etablerer en uddannelsesenhed i virksomheden.

2.21 Anbefaling

Det anbefales yderligere, at nyt personale i retspsykiatrisk specialafdeling deltager i obligatoriske forebyggende kurser i deeskalerende kommunikation og fysiske afværgeteknikker.

2.22 Status

Skal ses i lyset af, at Region Hovedstadens Psykiatri etablerer en egen uddannelsesenhed.

Annette Gjerris

Kst. direktør, dr. med.

Region Hovedstadens Psykiatri