Sundhedsstyrelsen
National Board of Health

BERETNING VEDR. UNDERSØGELSE AF PSYKISK SYGE KRIMINELLES FORLØB I DET PSYKIATRISKE SYSTEM, 2007

30. oktober 2008
j.nr. 7-604-19-2/1/LEG

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

Dir. tlf. 7222 7802
E-post eft@sst.dk

Baggrund

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

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

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

Arbejdsgrupperne skal afgive rapport om hvert enkelt undersøgelsesforløb til Sundhedsstyrelsen, som på baggrund heraf udarbejder en årlig beretning til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om de overordnede og generelle problemstillinger, der kan uddrages.

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

Undersøgelsen af et forløb har ikke til hensigt at udpege sundhedspersoner, institutioner i behandlingssystemet eller øvrige involverede personer for at placere skyld for et eventuelt uhensigtsmæssigt forløb. En person, som rapporterer om et forløb, kan således ikke - som følge af sin rapportering – underkastes disciplinære foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsyns-

mæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.

I det følgende vil der først blive redegjort for arbejdsgruppernes arbejde med undersøgelse af sager i 2007. Der vil kort blive givet eksempler på de fundne problemstillinger i årets sager, vurderingen af undersøgelserne samt konklusioner og forslag på baggrund af de hidtil undersøgte sager.

Sager i 2007

Sundhedsstyrelsen har i perioden 1. januar - 31. december 2007 modtaget 22 sager om domfældelser, hvor den dømte umiddelbart opfyldte kriterierne i Lov om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet. Sagerne er modtaget løbende efter tidspunktet for domfældelsen. Dertil kommer syv sager, som blev modtaget sent på året i 2006 og derfor ikke nåede at blive undersøgt i 2006. Af disse syv sager blev tre fundet at være uegnede til at indgå i en undersøgelse, mens fire af sagerne blev fundet egnet og derfor blev undersøgt i 2007.

Af de 22 sager, som blev modtaget i 2007, var der tre, som ikke blev fundet at være egnede til en nærmere undersøgelse, efter at der var indhentet oplysninger om de domfældte fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Af de resterende 19 sager er 13 sager overført til evt. undersøgelse i 2008, da de blev modtaget sent på året i 2007.

Der er således i alt blevet indhentet materiale i og vurderet 10 sager i 2007.

I de 10 undersøgte sager, var de dømte alle mænd. Personernes alder på forbrydelsestidspunktet var fra 17 til 48 år, med en gennemsnitsalder på 32 år.

Ud af de 10 sager omhandlede de syv manddrab eller drabsforsøg mens én omhandlede legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter og to drejede sig om ildspåsættelse.

I fire af årets undersøgte sager havde personen tidligere begået lignende kriminalitet af personfarlig karakter. Derudover havde otte af de 10 undersøgte, begået andre former for forbrydelser. Fire af de undersøgte var tidligere blevet dømt til psykiatrisk behandling eller ungdomssanktion med socialpædagogisk behandling. To af de undersøgte var på tidspunktet for forbrydelsen under tilsyn af Kriminalforsorgen.

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

Sagseksempler

Behandling af patienter dømt til psykiatrisk behandling eller ungdomssanktion

I den ene af disse sager var en patient idømt ambulant psykiatrisk behandling for vold af særlig rå, brutal og farlig karakter nogle få måneder før den aktuelle forbrydelse. Patienten, som var kendt skizofren, skulle være under tilsyn af Kriminalforsorgen, således at Kriminalforsorgen sammen med overlægen kunne træffe bestemmelse om indlæggelse.

Patienten havde i årene inden sin dom til behandling været indlagt talrige gange på psykiatrisk afdeling, heraf flere gange tvangsindlagt. Indlæggelserne var ofte forudgået af medicinsvigt ofte i kombination med stofmisbrug.

I forbindelse med dommen blev der rettet henvendelse til retspsykiatrisk afdeling, da det blev skønnet, at det ville være mest hensigtsmæssigt, at patienten blev fulgt i retspsykiatrisk regi med henblik på udslusning samt opfølgning på dommen, bl.a. fordi han var svær at behandle. Da retspsykiatrisk afdeling havde kapacitetsproblemer, blev det besluttet, at behandlingen af patienten skulle foregå i distriktspsykiatrien.

På patientens bosted, blev der kun ført sparsomme optegnelser om medicinering og selv om det i flere tilfælde fremgik, at der var usikkerhed om, hvorvidt patienten tog sin medicin eller ej, var der ingen opfølgning på dette eller kontakt til den behandlingsansvarlige overlæge. I flere tilfælde var den ordinerede medicin ikke givet. Bostedet havde ingen handleplaner for patientens medicinvægring, misbrug eller patientens voldsomme reaktioner og der var ingen koordination mellem den psykiatriske ansvarlige overlæge og bostedet. Samlet set resulterede dette i, at patienten, som havde en dom til behandling, ikke modtog medicin og som følge heraf blev tiltagende voldsom og udadreagerende. I perioden op til forbrydelsen blev politiet således flere gange tilkaldt til bostedet.

Samlet set fandt arbejdsgruppen, at patienten var for syg og for farlig til at være på bostedet. Den behandlingsansvarlige overlæge tilså ikke den dømte og Kriminalforsorgen førte ikke tilstrækkeligt tilsyn med den dømte.

I en anden sag var en psykisk syg idømt en ungdomssanktion, hvor han skulle undergive sig struktureret, kontrolleret socialpædagogisk behandling, hvorfor han var anbragt på en døgninstitution. Patienten havde begået talrige forbrydelser og var kendt af socialforvaltningen og politiet. Patienten havde inden den aktuelle forbrydelse været truende overfor forskellige medarbejdere og der havde været problemer med at rumme ham på flere bosteder. Kort tid før forbrydelsen tog personalet flere gange kontakt til sundhedsvæsenet og patienten blev vurderet på psykiatrisk afdeling. Konklusionen blev, at der ikke var tale om en psykiatrisk opgave men en pædagogisk opgave. Få dage senere begik patienten en alvorlig personfarlig forbrydelse.

Arbejdsgruppen fandt, at det kunne have været en fordel, at patienten i forbindelse med sin dom til ungdomssanktion var blevet mentalundersøgt, hvilket kunne have hjulpet til en afklaring af, hvilken form for dom fx til behandling, der ville have været mest hensigtsmæssig for patienten.

Det er desuden ikke hensigtsmæssigt, at et bosted, som har så store vanskeligheder med en person, ikke kan få en grundig psykiatrisk vurdering af personen, men afvises efter en kort vurdering.

Distriktspsykiatrisk behandling
I flere af årets sager havde patienten inden forbrydelsen været i behandling i distriktspsykiatrien, men var ophørt med behandlingen enten ved at udeblive eller ved, at der ved medicinsvigt ikke var blevet fulgt op på dette. Flere af patienterne havde været indlagt talrige gange i løbet af få år og nogle få af patienterne var blevet udskrevet få dage før forbrydelsen.

Én sag drejede sig om en meget psykotisk mand, som havde været indlagt 17 gange på syv år, og som ofte fik medicinsvigt kort efter udskrivelsen. Alligevel fik patientens familie ansvaret for medicineringen, hvilket medførte medicinsvigt og konflikter. I forbindelse med medicinsvigt blev patienten voldelig og i perioden op til forbrydelsen havde familien derfor kontakt med politiet flere gange.

Det ville have været hensigtsmæssigt, hvis udskrivende afdeling og distriktspsykiatrien havde fundet en måde at sikre sig, at patienten fik medicinen. Endvidere at man havde sikret sig en tæt kontakt til familien, således at denne kunne søge råd og vejledning.

I en anden sag havde en skizofren patient flere tidligere behandlingsdomme og da seneste behandlingsdom ophørte, ønskede han ikke at have kontakt med distriktspsykiatrien længere eller modtage medicinsk behandling. Senere i forløbet, da patienten blev dårligere overtalte distriktspsykiatrien ham til at komme til samtaler. Men på et tidspunkt, hvor han stadig var dårligt fungerende, meldte han fra igen. Senere dvs. få måneder før forbrydelsen kontaktede et herberg socialforvaltningen og orienterede om, at patienten atter var psykisk dårlig, men dette førte hverken til, at patienten fik kontakt med socialforvaltningen eller distriktspsykiatrien.

I en tredje sag med en skizofren patient, som havde 13 indlæggelser på fem år, undlod patienten at tage sin medicin. Ved den seneste indlæggelse tre måneder før forbrydelsen blev der ikke udarbejdet en koordinationsplan, da patienten overfor overlægen havde givet udtryk for, at han ville tage sin medicin. På trods af dette skete der atter medicinsvigt. I perioden op til forbrydelsen følte hjemmeplejen sig tiltagende utryg ved at komme hos patienten og politiet var i kontakt med patienten to gange. Pårørende til patienten havde anmodet egen læge om tvangsindlæggelse, da de mente patienten havde det dårligt. Egen læge fandt ikke grundlag for dette. Alle involverede var klar over medicinsvigtet og at patienten var tiltagende syg, men ingen reagerede. Patienten blev ikke set i distriktspsykiatrien de sidste måneder inden forbrydelsen, bl.a. fordi han meldte afbud.

En fjerde sag omhandlede en mand, der tidligere var dømt flere gange for vold og manddrab, som i forbindelse med prøveløsladelse var under tilsyn fra Kriminalforsorgen. Patienten, som ved en tidligere mentalundersøgelse var fundet at have en personlighedsforstyrrelse med dyssociale træk, blev

fulgt i distriktspsykiatrien efter en indlæggelse, hvor han desuden var blevet diagnosticeret til at have en psykotisk tilstand. Patienten blev, på trods af dette, ikke set i distriktspsykiatrien de sidste syv måneder op til forbrydelsen og distriktspsykiatrien forsøgte ikke at tage kontakt til patienten.

Drabsforsøg på personale
I to af de sager, der blev undersøgt i 2007, var der tale om drabsforsøg på personale på sociale botilbud, hvilket involverede i alt fire personalemedlemmer.

Konklusion og forslag

Ifølge bemærkningerne til lov nr. 1372 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet af 20. december 2004, fremgår det, at Sundhedsstyrelsens årlige beretning vedr. arbejdsgruppens arbejde vil kunne anvendes som et kvalitetsudviklingsværktøj med henblik på at bidrage til styrkelse af den nationale indsats. For eksempel i forbindelse med Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger og udarbejdelse af konkrete retningslinjer for sundhedspersonalets arbejde, eller for samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og andre sektorer i den samlede indsats for de sindslidende.

På baggrund af de foreløbig 30 undersøgte sager kan Sundhedsstyrelsen pege på følgende mulige indsatsområder:

Ungdomssanktioner
En ungdomssanktion er en dom til en toårig struktureret socialpædagogisk behandling, som retter sig mod unge 15-18-årige, der har begået grov kriminalitet som fx vold, røveri eller voldtægt. Hvis den unge i stedet var blevet idømt fængselsstraf, ville straffen have været ubetinget fængsel fra 30 dage til et års varighed. I særlige tilfælde kan en ungdomssanktion idømmes i stedet for en fængselsstraf på op til 1½ år.

Af det forholdsvis lille antal sager, som er undersøgt, er der fundet flere patienter, som enten i ungdomssanktionsforløbet eller kort efter, viste sig at være alvorligt psykisk syge og begik alvorlig personfarlig kriminalitet.

Der findes ingen central registrering af, hvor mange unge, der inden idømmelse af en ungdomssanktion, bliver mentalundersøgt. Imidlertid er der undersøgelser, der viser, at ungdomskriminalitet har prædiktiv værdi for psykisk sygdom.

Sundhedsstyrelsen finder det derfor særdeles vigtigt, at disse unge altid bliver grundig udredt og undersøgt for, om de skulle have psykiske lidelser eller være mentalt handicappede, inden der træffes beslutning om sanktion.

Manglende opfølgning på medicinsvigt
I flere af de undersøgte sager manglede distriktspsykiatrien planer og aftaler om håndtering af patienternes medicinsvigt og udeblivelser. Der bør systematisk sikres gode og planlagte overgange mellem sengeafsnit og distriktspsykiatri, gerne ved fortløbende behandlingsplaner, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner mv. og fx ved deltagelse af distriktspsykiatrisk personale

ved udskrivningskonferencen. Brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er instrumenter, som kunne anvendes hyppigere.

Det er tidligere blevet drøftet i forbindelse med revisionen af psykiatriloven i 2006, om der skulle gives mulighed for tvungen opfølgning efter udskrivning af patienter ved særlige omstændigheder. Forslaget var en overbygning på anvendelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Konkret gik forslaget ud på, at overlægen skulle kunne træffe beslutning om at pålægge en patient at møde op til medicinering i det psykiatriske sygehusvæsen, hvis der på baggrund af den aktuelle indlæggelse fandtes at være en begrundet frygt og nærliggende risiko for, at patienten efter udskrivning ville ophøre med at følge den behandling, der var nødvendig for patientens helbred.

Der var dog ikke flertal for denne del af lovforslaget, hvilket betyder, at den gældende psykiatrilov alene indeholder mulighed for brug af tvang ved tvangsindlæggelse på gule eller røde papirer, hvis en patient udenfor sygehuset har behov for medicinering, men ikke ønsker dette.

Ud fra de undersøgte sager kan der umiddelbart rejses tvivl om, hvorvidt de gældende regler om indlæggelse på gule og røde papirer anvendes i tilstrækkeligt omfang. I flere af de undersøgte sager, ville en tvangsindlæggelse på ”gule papirer” dvs. en tvangsindlæggelse på behandlingsindikation have været relevant undervejs i forløbet. Kriterierne for en sådan indlæggelse er, at patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende mhp. behandling fordi, at patientens udsigt til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet.

I Danmark tvangsindlægges ca. 1.000 patienter om året på behandlingsindikation. Dette skal ses i lyset af, at der er ca. 42.000 indlæggelser og ca. 100.000 ambulante kontakter årligt. Umiddelbart kunne dette tyde på, at lægernes tærskel for tvangsindlæggelse på behandlingsindikation er for høj. I enkelte af sagerne ville en tvangsindlæggelse på ”røde papirer” også have været muligt.

Derudover kunne der i flere af sagerne være gjort mere for at følge op på patientens behandling herunder medicineringen. Der kunne allerede inden udskrivning have været etableret aftaler om kontrol med medicineringen og været etableret aftaler og initiativer ved tegn på medicinsvigt. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner burde have været anvendt i en række af tilfældene. Det kunne i flere tilfælde have været relevant, at der var en fagperson, som var ansvarlig for, at medicinen blev givet. I flere af sagerne, hvor der blev rejst mistanke om medicinsvigt, gik der meget lang tid, før dette blev verificeret og der blev taget hånd om det. Specielt for patienter, som tidligere har haft medicinsvigt, bør der være en plan for, hvordan medicineringen sikres og hvordan der skal følges op, hvis der er tegn på at medicineringen svigter.

Patienter, der er i psykiatrisk behandling, som følge af en dom, udgør i denne forbindelse et særligt problem, da medicineringen kan være en forudsætning for at opfylde dommen.

Flere af årets sager demonstrerer desuden de særlige og meget store problemer, der er forbundet med at behandle psykotiske misbrugere. Det er meget svært at sikre en behandlingsalliance med psykotiske misbrugere samtidig med, at man ofte i behandlingssystemet adskiller psykosebehandlingen og misbrugsbehandlingen. For nogle patienter kunne det derfor være relevant med en længerevarende stabiliserende indsats af fx 9-12 måneders varighed i en miljøterapeutisk afdeling med et rehabiliterende sigte. Dette er der imidlertid ofte ikke mulighed for med den nuværende organisering af det psykiatriske behandlingssystem i dag.

Behandlingsansvarlig overlæge.
I flere af de sager, der er undersøgt i perioden 2005-2007, begik patienter, der allerede var idømt en psykiatrisk særforanstaltning, personfarlig kriminalitet. Ved en dom til psykiatrisk særforanstaltning får patienten en behandlingsansvarlig overlæge. Patienten kan enten få en dom til anbringelse, dom til behandling eller dom til ambulant behandling. Specielt i de to sidstnævnte situationer, når patienten ikke er indlagt, kan det være nødvendigt at få præciseret, hvorledes de ansvarlige overlæger skal udvise omhu og samvittighedsfuld i deres virke i sådanne sager jf. autorisationslovens § 17. Der findes imidlertid aktuelt ingen vejledning for, hvad dette behandlingsansvar indebærer og der er forskellig praksis afhængig af hvilket sygehus, patienten er tilknyttet.

Sundhedsstyrelsen vil derfor snarest muligt nedsætte en arbejdsgruppe mhp. at få udarbejdet en vejledning vedr. behandlingsansvar i forbindelse med behandling af patienter, der har fået en dom til psykiatrisk særforanstaltning.

Desuden er der sager, hvor den læge, som skulle vurdere patienten fx i skadestuen, ikke havde kendskab til, at patienten havde en behandlingsdom. Sundhedsstyrelsen vil derfor i forbindelse med udarbejdelsen af ovenstående vejledning overveje, hvorledes det relevante sundhedspersonale sikres de nødvendige informationer om aktuelle behandlingsdomme.

Ansvarsfordeling og koordinering
Som i tidligere sager er der også i årets sager flere tilfælde, hvor der ikke er aftalt en klar ansvarsfordeling. I hovedparten af sagerne er der fundet behov for, at der var blevet udarbejdet handleplaner, koordinationsplaner eller udskrivningsplaner, men det er kun i et fåtal af sagerne, at dette er blevet gjort.

Der bør i større omfang anvendes behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt fastlægges ansvar for opfølgning for at sikre relevant behandlingskontinuitet.

Undersøgelserne kunne desuden tyde på, at der kunne være behov for en større og mere varieret vifte af forskellige psykiatriske tilbud efter udskrivning end de allerede eksisterende. Flere af de, der udskrives fra psykiatriske afdelinger, kan have svært ved at klare den løsere struktur uden for hospitalet samt de øgede krav til egen omsorg, når de udskrives til eget hjem, herberg eller psykiatrisk bofællesskab. Resultatet kan i disse tilfælde blive flere tilbagefald og hyppigere genindlæggelser.

Farlighedsvurdering og sikkerhed for personale
På baggrund af de to sager med drabsforsøg på personale bør socialpsykiatriske botilbud og lignende, der rummer behandlingsdømte eller farlige beboere, have en sikkerhedspolitik og overfaldsalarm af hensyn til personalets sikkerhed. Sagerne giver desuden anledning til at bemærke, at det nøje bør overvejes hvilke psykisk syge, der egner sig til ophold i bosteder og lignende. Mere differentierede botilbud og konkrete samarbejdsaftaler for relevante tilfælde mellem en psykiatrisk afdeling og bosted bør kunne etableres.

Sundhedsaftaler og psykiatriplanlægning
Sundhedsstyrelsen vil fremover i forbindelse med sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner være opmærksom på, at der sikres aftaler om samarbejde vedr. koordination, information og initiativforpligtelse, hvilket især er vigtigt i forbindelse med vanskelige patientforløb og ved retspsykiatriske patienter. I sidstnævnte tilfælde bør en klar opgave- og ansvarsfordeling sikres også med inddragelse af Kriminalforsorgen.

Sundhedsstyrelsen vil ligeledes i relation til psykiatriplanlægningen opfordre regionerne til at inddrage koordination og samarbejde med kommuner og kriminalforsorg aktivt i den løbende planlægning og evaluering.

Anne Mette Dons
Overlæge, Chef for Tilsyn

Lena Graversen
Afdelingslæge

26. august 2008