

Sundhedsstyrelsens beretning vedr. psykisk syge kriminelles forløb, 2008

3. november 2009
j.nr. 7-604-19-2/1/LEG

Baggrund

Som følge af lov nr. 1372 af 20. december 2004 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet, 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 udtrages.

Der undersøges alene forløb, hvor der er grund til at overveje, om lovovertrædelserne kunne have været undgået, hvis der for den pågældende havde været iværksat den fornødne indsats. Undersøgelsen af et forløb har ikke til hensigt at udpege sundhedspersoner, institutioner i behandlingssystemet eller øvrige involverede personer for at placere skyld for et eventuelt u hensigtsmæssigt forløb. En person, som rapporterer om et forløb, kan således ikke - som følge af sin rapportering - underkastes disciplinære foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.

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

I det følgende vil der først blive redegjort for arbejdsgruppernes arbejde med undersøgelse af sager i 2008. 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.

Side 2
3. november 2009
Sundhedsstyrelsen

Sager i 2008

Sundhedsstyrelsen har i perioden 1. januar - 31. december 2008 modtaget 19 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 13 sager, som blev modtaget sent på året i 2007 og derfor ikke nåede at blive undersøgt i 2007. Af disse 13 sager blev fire fundet egnet til undersøgelse. Da der kun skal undersøges 10 sager om året og der således var fire sager fra 2007, blev kun 6 sager fra 2008 undersøgt.

Der er således i alt blevet indhentet materiale i og vurderet 10 sager i 2008. I de 10 undersøgte sager, var der 3 dømte kvinder og 7 dømte mænd. Personernes alder på forbrydelsestidspunktet var fra 19 til 44 år, med en gennemsnitsalder på 32 år.

Ud af de 10 sager omhandlede de fire manddrab eller drabsforsøg, hvoraf to af sagerne også omhandlede legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter. To sager drejede sig om ildspåsættelse, mens tre sager drejede sig om seksuelle krænkelser. Én sag drejede sig om legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter.

I fem af årets undersøgte sager havde personen tidligere begået lignende kriminalitet. Derudover havde tre af de 10 undersøgte, begået andre former for forbrydelser. To af de undersøgte var tidligere blevet dømt til psykiatrisk behandling, mens to af de undersøgte på tidspunktet for forbrydelsen var under tilsyn af Kriminalforsorgen.

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

Sagseksempler

Én af de undersøgte sager drejede sig om en patient, som havde fået diagnosen paranoid skizofreni ca. tre år før den aktuelle forbrydelse. Patienten havde i de tre år haft flere indlæggelser på psykiatrisk afdeling af længere varighed. Alle indlæggelserne var udløst af en forværring i sygdommen og der blev konstateret medicinsvigt. Ved den sidste indlæggelse inden forbrydelsen blev det fundet nødvendigt, at tvangstilbageholde patienten i over tre måneder på behandlingsindikation. Under indlæggelsen blev det ved testning af patientens blod vist, at patienten ikke fik den ordinerede medicin. Det blev

under indlæggelsen overvejet, om patienten skulle tvangsmedicineres, men overvejelserne blev ikke fulgt op inden udskrivelsen. Det fremgår ikke af journalmaterialet, hvorfor der ikke foregik en opfølgning. I forbindelse med planlægningen af udskrivning, blev der afholdt møder med et mobilt psykiatrisk team, som skulle følge patienten efter udskrivelsen. På et af møderne blev det konkluderet, at det var nødvendigt med tæt opfølgning fra mobilteamet ved udskrivelsen for, at fastholde patienten i behandling. Efter udskrivelsen havde teamet kun kontakt med patienten én gang, da patienten ikke overholdt sine aftaler om hjemmebesøg. Derfor blev forløbet i det psykiatriske team afsluttet allerede efter tre uger. Derefter var der ingen, som havde det behandlingsmæssige ansvar for patienten. Det mobile psykiatriske team, fik oplyst fra patienten, at egen læge ville tage sig af den videre medicinadministration. Men egen læge var ikke orienteret via et udskrivningsbrev eller personlig kontakt om patientens udskrivelse og forløb i psykiatrisk regi. Det mobile team sikrede sig ikke, at egen læge varetog det videre forløb med patienten.

Der var således ingen kontakt med patienten eller mellem kommunen, den praktiserende læge og psykiatrien i de sidste ca. fire måneder inden forbrydelsen. I de foregående 2½ år havde patienten haft jævnlig kontakt til både kommune og psykiatrien. Ved udskrivelsen var der ikke udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Fire måneder efter afslutningen fra det mobile psykiatriske team, begik patienten en alvorlig forbrydelse.

En anden sag drejede sig om en patient med diagnosen paranoid skizofreni, som havde flere domme for vold af særlig farlig karakter. Patienten havde været vanskelig at indgå en behandlingsalliance med, hvilket bl.a. medførte medicinsvigt. Patienten blev gentagne gange indlagt psykotisk og forpint. Efter en bedring af tilstanden under den sidste indlæggelse, blev patienten derefter udskrevet til opfølgning i Distriktskykiatrien. Patienten blev afsluttet efter et kort forløb, da det ikke lykkedes, at få patienten til at indgå i et samarbejde om behandlingen, og kontakten ophørte. To måneder efter, at det var blevet besluttet, at afslutte patienten fra psykiatrien, forårsagede patienten flere tilfælde af grov vold – i et tilfælde med dødelig udgang. Der var ikke blevet udarbejdet udskrivningsaftale eller koordineringsplan for patienten.

I en sag med en patient med diagnosen paranoid skizofreni, der tidligere var blevet dømt til en psykiatrisk foranstaltning pga. drabsforsøg, var det meget svært at få overblik over det samlede forløb op til den aktuelle forbrydelse. Patienten var flyttet rundt i landet under forskellige navne og forskellige cpr. numre. Cirka to måneder før den aktuelle forbrydelse blev patienten indlagt psykotisk med paranoide vrangforestillinger og hallucineret. Det blev besluttet, at patienten skulle tvangstilbageholdes på behandlingsindikation, hvis patienten forlangte sig udskrevet. To dage senere lykkedes det patienten at undvige fra afdelingen på trods af skærmning.

Kort efter blev patienten indlagt frivilligt, men undveg atter fra afdelingen på trods af øget skærmning. Dagen efter blev patienten fulgt tilbage til afdelingen af politiet. Herefter blev det besluttet at tvangsmedicinere patienten og

der blev ordineret fast vagt. På trods af dette lykkedes det atter patienten at undvige fra afdelingen.

Side 4
3. november 2009
Sundhedsstyrelsen

En uge senere kontaktede politiet afdelingen, da de havde fået kontakt med patienten. Politiet oplyste, at de fandt patienten apsykotisk og relevant, og ville vide om patienten skulle indlægges. Patienten blev i forbindelse med denne telefoniske kontakt formelt udskrevet fra afdelingen uden opfølgning i form af fx en udskrivningsplan, koordinationsplan eller lign. Det skal bemærkes, at udskrivningen skete uden, at der var foregået en psykiatrisk vurdering af tilstanden og at de oplysninger der forelå, alene var politiets observationer.

Cirka seks uger senere begik patienten alvorlig personfarlig kriminalitet.

En sag drejede sig om en ung patient, som var straffet flere gange tidligere og bl.a. havde været idømt en ungdomssanktion. En psykologisk undersøgelse konkluderede, at det stærkt måtte anbefales, at patienten blev anbragt i en socialpædagogisk foranstaltning. Egen læge og personalet på de institutioner, den unge var anbragt på, forsøgte flere gange at få patienten psykiatrisk undersøgt men blev afvist. Begrundelsen for afvisningen fremgår ikke af sagens journalmateriale.

Efter ungdomssanktionen begik patienten atter kriminalitet og blev straffet. Patienten havde været fulgt tæt igennem hele sin opvækst i det sociale system, men da patienten blev 18 år, skiftede patienten til Jobcenteret i kommunen. Efter én samtale dér blev patienten vurderet til at være i matchgruppe 4 og yderligere tiltag i forhold til uddannelse eller job, blev ikke forsøgt. Da den unge blev løsladt fra fængsel efter en dom for vold, var patienten, på trods af sit tidligere forløb og behandlingsbehov, boligløs i flere måneder. Efter den aktuelle forbrydelse, blev patienten mentalundersøgt og fik diagnosen skizofreni.

En lignende problemstilling blev fundet i en anden af årets sager.

Konklusion

Af de undersøgte sager, var der flere, som drejede sig om patienter med paranoid skizofreni, hvor kontakten med patienten efter udskrivelsen hurtigt blev opgivet og hvor der ikke var udarbejdet koordinationsplaner eller udskrivningsaftaler. Patienterne blev afsluttet i Distriktspsykiatrien, når det ikke lykkedes, at få dem til at samarbejde om et behandlingsforløb. For eksempel hvis patienter udeblev fra aftaler og ikke reagerede på skriftlige henvendelser.

Der er brug for at skærpe indsatsen og opmærksomheden på, at netop de sager, hvor det er svært at opnå et samarbejde med patienten, ofte er de sager, som er mest komplekse og derfor har brug for størst faglig opmærksomhed. Desværre opgives kontakten med disse patienter ofte i stedet for. Det kunne evt. overvejes om denne type af sager med fordel kunne centraliseres, så der kunne oparbejdes en ekspertise i komplekse og fagligt krævende behandlingsforløb fx med et intensivt, vedholdende og opsøgende specialteam, således som det kendes fra Opsøgende psykiatriteam flere steder i landet. Der kunne desuden være behov for koordinering og opfølgning, herunder opsø-

gende monitorering hos disse patienter, som har gentagne complianceproblemer og medicinsvigt.

Side 5
3. november 2009
Sundhedsstyrelsen

Det er lægen, der har behandlingsansvaret for patienter, som behandles i Distriktspsykiatrien. Flere af de undersøgte sager omhandlede patienter, som i Distriktspsykiatrien i et længerevarende forløb ikke havde regelmæssige opfølgende lægekontakter. Patientens primære kontakt var til fx socialrådgivere eller sygeplejersker. I disse tilfælde skal lægen sørge for, at der foreligger en instruks, som beskriver i hvilke tilfælde lægen skal inddrages eller orienteres. Lægen har ansvaret for, at der er en plan for behandlingen og at det fx er beskrevet i hvilke situationer, der skal gribes ind ved patientens udeblivelse eller behandlingssvigt. For eksempel i de tilfælde, hvor en patient ophører med at tage antipsykotisk medicin, bør personalet konferere dette med den ansvarlige læge, som skal vurdere om patienten skal have en opfølgende samtale med en læge. Når en patient således ophører med antipsykotisk medicin, vil der ofte gå uger, inden patientens symptomer viser sig. Det vil i disse tilfælde være hensigtsmæssigt, at der foregår en løbende vurdering af patientens symptomer, så der kan gribes ind tidligt, efter den ansvarlige læges vurdering.

I nogle kommuner etableres ”efterværn” i problematiske børne/ungeforløb til en ung er fyldt 25 år. Dette åbner mulighed for, at følge den unge efter det fyldte 18 år. Arbejdsgruppen vurderer, at overgangen fra ung til voksen i sociale sager bør sikres bedre. Arbejdsgruppen drøftede bl.a., om det kunne være hensigtsmæssigt, at der i forbindelse med afslutningen af et forløb med en ungdomssanktion bliver formidlet en statusvurdering eller en anden form for rapportering til de sociale myndigheder og kriminalforsorgen.

Flere sagsforløb kunne desuden pege på et behov for, at opkvalificere medarbejdere i socialforvaltningen til at være opmærksomme på muligheden for psykiatrisk sygdom som grundlag for alvorlig social instabilitet. Endvidere kunne der være behov for en lettere adgang til psykiatrisk vurdering i disse sager, end kommunerne råder over i dag. Specielt i sager, hvor en person kommer ud i en såkaldt domsspiral- dvs. at personen først får en dom, så en dom til og siden en alvorligere dom. Det kunne være relevant, at der i disse tilfælde tidligere blev taget stilling til, om der skulle foretages en egentlig psykiatrisk udredning tidligere i forløbet end i dag.

Med venlig hilsen

Lena Graversen
Overlæge