

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Retsudvalget (SUU)
Anledning:	Åbent samråd J, K og R
Taletid:	ca. 15 minutter
Tid og sted:	18. november 2008, kl. 15.00, værelse S-092
Fil-navn:	Dokument 4

Samrådsspørgsmål:

J: ”Hvilke initiativer vil ministrene tage her og nu og på langt sigt for at sikre, at psykisk syge indsatte i fængsler identificeres hurtigt, og at der igangsættes den behandling, de har brug for og har krav på?”

K: ”Hvilke initiativer vil ministrene tage for at opdage ADHD i frihed og fængslerne, og hvordan vil man sikre behandling?”

Der henvises (i spm. J og K) til følgende artikler i Politiken den 8. oktober 2009: ”Sindssyge bag tremmer i månedsvis” og ”De tror, at maden er forgiftet”.

Indledning

Her i efteråret har pressen skrevet om psykisk syge kriminelle, der sidder længe i fængslerne og venter på at blive overført til behandling på en psykiatrisk afdeling.

Også Sundhedsstyrelsens *årsberetning om personfarlig kriminalitet begået af psykisk syge kriminelle*, som blev offentliggjort for nylig har pressen haft fokus på.

Derudover har der også for nylig været presseomtale af adfærdsforstyrrelsen ADHD hos voksne. Disse emner har givet anledning til dagens samrådsspørgsmål, som hovedsagelig handler om psykisk sygdom og kriminalitet.

Det har ligget og ligger stadig regeringen meget på sinde at få bedre forhold i psykiatrien. Derfor har regeringen sammen med satspuljepartierne tilført psykiatrien rigtig mange penge siden 2001. Jeg har derfor set frem til at få denne mulighed for at få lov til at redegøre for de initiativer, der er iværksat til styrkelse af retspsykiatrien:

Først med besvarelse af samrådsspørgsmål J om opsporing og behandling af psykisk sygdom i forbindelse med kriminalitet først, og dernæst med besvarelse af samrådsspørgsmål K om ADHD.

[Om behandling af psykisk syge indsatte]

Som justitsministeren lige har sagt, så skal sindssyge mennesker ikke opholde sig i et fængsel. De regler *skal* selvfølgelig overholdes, ikke mindst af hensyn til de psykotiske indsatte, der *ikke* hører til i fængselsmiljøet. De skal ud af fængslet og ind på regionernes psykiatriske afdelinger.

De tal justitsministeren lige har fremlagt, viser et problem i Region Hovedstaden. Men som justitsministeren også sagde, så er der nogen usikkerhed omkring indberetningerne.

Derfor har jeg nu bedt om at få kortlagt ventetiderne på området. De regioner, der har ventetider for psykotiske indsatte, må redegøre for, hvilke initiativer, de har iværksat eller iværksætter, for at løse problemet. Ventetider er jo et udtryk for, at regionerne ikke lever op til deres modtageforpligtelse.

Der bør på kort sigt etableres løsninger, der sikrer psykotiske indsatte mulighed for *hurtig* overførsel til en relevant psykiatrisk afdeling, der kan rumme disse patienter og sikre behandling under de fornødne sikkerhedsmæssige rammer og med kvalificeret personale til at varetage opgaverne.

Da vi har et decentralt sundhedsvæsen, er det den enkelte regions ansvar at sikre, at der er de nødvendige og relevante tilbud. Regionerne har derfor pligt til at sikre en kapacitet, der gør det muligt at kunne modtage psykotiske indsatte hurtigst muligt, når de henvises fra fængselsvæsenet. Jeg vil følge udviklingen og regionernes indsats *meget tæt*.

For at sætte tingene ind i et lidt større perspektiv, så er det nødvendigt også at tale om psykisk syge kriminelle generelt.

Antallet af psykisk syge kriminelle stiger fra år til år. Denne særlige gruppe af kriminelle lægger derfor beslag på en større og større andel af ressourcerne i psykiatrien. Det kan der være flere forklaringer på, men et

er sikkert – det *kræver* en indsats. Og her taler vi ikke kun om behandlingskapacitet, men også om forebyggelse og opfølgning.

Regeringen og satspuljepartierne har via satspuljeaftalerne afsat betydelige og målrettede økonomiske ressourcer til psykiatrien. Blandt andet blev der med psykiatriaftalen på sundhedsområdet for perioden 2007-2010 afsat 120 mio. kr. målrettet *retspsykiatrien*. Dette var en direkte opfølgning på de konklusioner og anbefalinger, der fremgår af regeringens rapport "Psyisk sygdom og kriminalitet" fra 2006.

I denne rapport bliver der blandt andet peget på behovet for at udnytte og tilpasse kapaciteten i retspsykiatrien, så man kan undgå ventetid på

indlæggelse for både behandlingsdømte og for kriminelle, som udvikler en psykisk sygdom under fængselsopholdet.

Rapportens anbefalinger har endvidere givet regeringen og satspuljepartierne anledning til at styrke området med yderligere 90 mio. kr. i satspuljeaftalen for 2008-2011 til ansættelse af mere personale i forbindelse med etablering af nye retspsykiatriske sengepladser. Målet var også her at tilgodese behovet for langvarige stabiliserende indlæggelser og gradvis udslusning efter indlæggelse.

Puljen er netop udmøntet og pengene er gået til flere retspsykiatriske senge, såkaldte udslusningssenge samt en styrkelse af distriktspsykiatrien.

Det er væsentligt, at rehabilitering og udslusning fra en retspsykiatrisk afdeling foregår på en hensigtsmæssig måde. Det skal være velplanlagt, og der skal være samarbejde mellem behandlingspsykiatrien, kommunen og kriminalforsorgen.

En styrkelse af indsatsen i forhold til rehabilitering, udslusning og opfølgning skal være med til at sikre en hurtig og mere effektiv indgriben i krisesituationer og på den måde kunne medvirke til at forebygge fornyet kriminalitet.

For nogle psykiatriske patienter er udskrivningsaftaler og koordinationsplaner en nødvendig del af udslusningen og opfølgningen. Og vigtigt i forhold til at forebygge kriminalitet.

[Om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner]

Som jeg nævnte i min indledning udgav Sundhedsstyrelsen for nylig årsberetning om personfarlig kriminalitet begået af psykisk syge mennesker.

På baggrund af de foreløbige 30 undersøgte sager siden 2005 har Sundhedsstyrelsen peget på nogle *mulige indsatsområder*.

Styrelsen har vurderet, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner burde have været anvendt i en række af de undersøgte sager. I flere

sager var der ikke gjort nok for at følge op på patientens behandling, herunder medicinering. Specielt for patienter, som tidligere har haft medicinsvigt, bør der være en plan for henholdsvis sikring af medicineringen og opfølgning ved tegn på medicinsvigt. Det er lige netop i sådanne sager, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har en vigtig funktion.

Nu er det sådan, at en overlæge ifølge psykiatriloven har *pligt* til at udarbejde en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, hvis det antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling og de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

Jeg indskærpede denne forpligtelse overfor regionerne i juli i år.

Der er sket en stigning igen fra 2006 til 2007, hvor der i alt blev udarbejdet 207 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Så det går den rigtige vej. Men Sundhedsstyrelsens årsberetning viser, at dette redskab ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang. Og i nogle tilfælde med meget alvorlige konsekvenser til følge.

Derfor har også Sundhedsstyrelsen i sidste uge sendt brev til regionerne og henledt opmærksomheden på reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner og desuden opfordret regionerne til at indskærpe disse over for de psykiatriske afdelinger.

Vi har som sagt kunnet se, at brugen af disse vigtige værktøjer stiger, men vi – Sundhedsstyrelsen og regeringen – vil fortsat holde øje med

udviklingen og holde regionerne og lægerne fast på ansvaret for at bruge udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for de patienter, der har behov for det.

[Om ADHD]

Og så til spørgsmål K om ADHD.

Jeg antager, at spørgsmålet refererer til forekomst af ADHD hos voksne.

Justitsministeren har redegjort for ADHD i fængslerne og pilotprojektet om screening i fængslerne.

Indledningsvist skal jeg understrege, at ADHD omhandler en ganske anden problematik end den foranstående, idet der ikke er tale om en

sindssygdom eller psykotisk lidelse, men derimod om en såkaldt adfærdsforstyrrelse. Der er derfor ikke tale om en patientgruppe, der skal overføres fra fængslerne til en psykiatrisk afdeling.

Sundhedsstyrelsen har orienteret mig om, at diagnosen som udgangspunkt kun kan stilles på børn. Der er imidlertid viden om, at symptomer af forskellig og som oftest mindre karakteristisk karakter kan fortsætte i voksenalderen.

Der foreligger endvidere *nogen* viden om, at børn med diagnosen har større risiko for sociale vanskeligheder, blandt andet misbrug og kriminalitet i voksenlivet. De kan også have større risiko for udvikling af personlighedsforstyrrelser.

Med den nye udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien er der givet mulighed for hurtig udredning i forhold til ADHD. Der er derfor mulighed for at sætte ind på et tidligt stadie og dermed forebygge problemer i voksenalderen.

De senere år har der været fokus på ADHD hos voksne, men der mangler fortsat grundlæggende faglig viden om forekomst af ADHD hos voksne, herunder vedrørende diagnostik og behandling.

I barnealderen er der et stort behov for grundig og korrekt diagnosticering, idet der ifølge Sundhedsstyrelsen på én gang formentlig foregår både over- og underdiagnosticering. Diagnosticering er således en specialistopgave.

Medikamentel behandling har en dokumenteret effekt hos børn. For så vidt angår voksne, er viden og erfaring mere usikker.

De eksisterende behandlingsstudier med voksne med ADHD tyder på, at færdighedsbaserede psykoterapeutiske behandlingsformer, det vil sige forskellige former for kognitiv adfærdsterapi, *kan* være virksomme og ofte vil være førstevalg.

Sådanne metoder *kan* være hjælpsomme for voksne med ADHD. De kan afhjælpe deres grundlæggende vanskeligheder med fokus og organisering og kan evt. øge personens evne til at planlægge og gennemføre opgaver og tilpasse sig de fysiske og sociale omgivelser.

Blandt andet på baggrund af den mangelfulde viden om behandling og effekt på området, men også i forhold til de generelle forbehold, der er overfor befolknings-screening for særlige sygdomme, mener jeg ikke, vi skal indføre screening for ADHD i befolkningen generelt.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der først og fremmest er behov for mere og bedre funderet faglig viden på området om voksne med ADHD.

Jeg mener derfor, at vi skal afvente resultaterne af screeningsprojektet i fængslerne, inden vi overvejer, hvilke behov, der eventuelt er for tiltag i forhold til ADHD hos voksne kriminelle.