

**KORTLÆGNING AF RETSPSYKIATRIEN:
MULIGE ÅRSAGER TIL UDVIKLINGEN I ANTALLET
AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER
SAMT
VIDEN OM INDSATSER FOR DENNE GRUPPE**

**FAGLIG EKSPERTGRUPPE
VEDRØRENDE RETSPSYKIATRI**

DECEMBER 2015

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
2. Sammenfatning	6
3. Begrebsafklaring	10
Retspsykiatrisk patient	10
Foranstaltninger	11
4. Mulige forklaringer på stigningen i antallet af foranstaltningsdomme	12
5. Vurdering og analyse af forklaringsfaktorer	13
Datagrundlag	13
Udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter og foranstaltningsdomme	13
Faktorer, der kan have betydning for udviklingen i kriminalitet	18
Antal personer diagnosticeret med psykisk sygdom	18
Misbrug af rusmidler	19
Kombination af visse typer lægemidler og behandlingsophør.....	21
Behandlingskapacitet i psykiatrien	21
Faktorer, der kan have betydning for udviklingen i foranstaltningsdomme	23
Anmeldelsestilbøjelighed.....	23
Rekvirering af mentalundersøgelser/personundersøgelser	26
Retslægerådets rolle og praksis.....	29
Praksis for tiltalerejsning	29
Tiltalefrafald	30
Tidsbegrænsning.....	31
Forebyggelse af recidiv	33
Etnicitet.....	34
6. Forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser	35
Forebyggelse af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser	35
Konkrete eksempler på forebyggende indsatser	36
PSP-samarbejdet	36
Fællesspsykiatrisk retningslinje.....	36
Samarbejdsaftale vedr. retspsykiatriske patienter, TTM	37
Styrket indsats til forebyggelse af vold	37
Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud.....	38
Isolerede sindslidende i egen bolig	39
Behandling	39
Behandling og rehabilitering af retspsykiatriske patienter – best practice.....	39
Kriminalforsorgen	41
Konkrete indsatser for retspsykiatriske patienter	42
Opsøgende retspsykiatriske teams	43
Netværksarbejde: koordinationsplaner og udskrivningsaftaler.....	43
Retsdistriktspsykiatri (RDP).....	43
Den opsøgende retspsykiatrisk funktion	44
Koordinerende handleplaner - Region Sjælland	45
Ungescreening i fængsler og arresthuse	45
Screeningsprojekt for psykisk syge indsatte	46
Psykiatere i arresthusene	46
Modtagelsesprocedurer i fængsler.....	46
Klienter med opmærksomhedsforstyrrelse.....	46
Øvrige forhold af betydning for behandlingen af retspsykiatriske patienter.....	46

Uddannelse og kompetenceudvikling.....	46
Fysiske rammer	47
Konkrete indsatser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug	48
Stofmisbrugsbehandling	48
Satspuljeprojekt om "forløbskoordinatorer" for dobbeltdiagnosticerede (DDP).....	49
Individuelle koordinerede indsatsplaner for dobbeltbelastede	49
Forskning i retspsykiatrien	50
Bilag.....	53

1. Indledning

Baggrunden for denne rapport er, at antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark er steget markant i perioden 2001-2014. Antallet af unikke patienter er steget fra 1.445 i 2001 til 4.393 i 2014, svarende til en stigning på 204 pct. Med andre ord er der sket en tredobling af antallet af retspsykiatriske patienter.

Samtidig står det ikke klart, hvilke forhold der kan forklare den markante stigning i antallet af retspsykiatriske patienter.

I følge den daværende regerings udvalg om psykiatri er det uklart, om udviklingen afspejler en reel vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der begår kriminalitet, fordi de ikke bliver opdaget eller behandlet i tide, eller om udviklingen afspejler en holdnings- eller praksisændring på området.

Denne rapport har til formål at kortlægge retspsykiatrien ved at præsentere mulige årsager til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter og beskrive den viden, vi i dag har om forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser for retspsykiatriske patienter. Rapporten er udarbejdet af en faglig ekspertgruppe. Kommissorium for arbejdet og medlemmerne af ekspertgruppen fremgår af bilag 1 og 2.

Ekspertgruppens analysegrundlag er udviklingen i antallet af psykiatriske foranstaltningsdomme, som ikke er et udtryk for antallet af retspsykiatriske patienter. En retspsykiatrisk patient er idømt en foranstaltningsdom, hvilket vil sige en dom til behandling. Antal domme og antal patienter med dom er forskellige, blandt andet fordi samme person kan have modtaget flere domme.

Antallet af retspsykiatriske patienter fremgår af Landspatientregisteret, mens antallet af psykiatriske foranstaltningsdomme fremgår af data fra Justitsministeriets Forskningskontor, baseret på data fra Danmarks Statistik, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og supplerende oplysninger, hvilket muliggør tilbundsgående analyser af gruppen af personer, der har fået en foranstaltningsdom. Samme muligheder findes ikke med data fra Landspatientregistret. Eventuelle yderligere samkørsler af data har ikke været mulige inden for tidsrammen af dette arbejde.

Antallet af nye psykiatriske foranstaltningsdomme pr. år er steget fra 315 i 2001 til 733 i 2013, hvilket svarer til en stigning på 133 pct. Foranstaltningsdomme opdeles i denne rapport i to grupper efter den dømtes mentale tilstand: 1) personer, der i gerningsøjeblikket var utilregnelige på grund af sindssygdom, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., og 2) personer, der i gerningsøjeblikket var i en tilstand betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, jf. straffelovens § 69. Der ses alene på psykiatriske foranstaltningsdomme, herfra benævnt foranstaltningsdomme.

Endvidere ses der på udviklingen i antallet af retspsykiatriske sengepladser. I perioden 2007-2014¹ er antallet af retspsykiatriske sengepladser steget med 130 senge, svarende til en stigning på 46 pct. Samtidig er den ambulante aktivitet for retspsykiatriske patienter steget fra 2.343 patienter i 2007 til 4.153 patienter i 2014,

¹ Tal ikke tilgængelige for 2001-2007.

svarende til 77 pct. For hele den almene psykiatri ses i samme periode et mindre fald i sengepladser på 17 pct.

Udgifterne til retspsykiatriske specialfunktioner i den regionale psykiatri er senest oplyst til årligt at udgøre knapt 800 mio. kr². Størstedelen af behandlingen i de retspsykiatriske specialfunktioner sker i stationære behandlingstilbud, der lægger beslag på over 90 pct. af udgifterne. Dette skal sammenholdes med, at flertallet af de retslige patienter behandles ambulant størsteparten af tiden og er tilknyttet almenpsykiatrien. Der foreligger dog ikke konkrete tal for udgifter knyttet til behandling af retspsykiatriske patienter i den almene psykiatri.

Udover ekspertgruppens viden og erfaring bygger rapportens analyse på en analyse af udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme, leveret af Justitsministeriets Forskningskontor, samt en række undersøgelser og rapporter.

Ekspertgruppen har indhentet bidrag fra Norge, Sverige, Finland og England vedrørende landenes lovgivning, status, praktiske erfaring og indsatser for retspsykiatriske patienter. Det har ikke været muligt inden for ekspertgruppens ramme at bearbejde de indberettede informationer nærmere, men de er vedlagt som bilag 6 til inspiration.

Dele af kortlægningen omfatter perioden fra 2001 til 2013, og hvor det er muligt, er tallene for 2014 inkluderet. Andre steder er data kun tilgængeligt for en kortere periode, som fx 2007-2013. Det skal yderligere nævnes, at gruppen for mentalt retarderede, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt., og § 16, stk. 2, ikke er medtaget i denne rapport, se faktaboks side 10 for definitioner.

Rapportens opbygning er følgende. Først følger rapportens sammenfatning. Derefter afklares begreber. Fjerde afsnit beskriver mulige forklaringer på stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter – belyst via foranstaltningsdomme. I afsnit fem analyseres og vurderes de mulige forklaringsfaktorer. Sjette afsnit runder af med beskrivelse af forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser på området, samt forskning i retspsykiatri.

² Det har ikke været muligt at opdatere disse tal inden for de tidsmæssige rammer for denne rapport

2. Sammenfatning

Baggrund

Det fremgår af satspuljeaftalen fra juni 2014, at der skal igangsættes et arbejde, der skal søge at kortlægge årsagerne til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter og udviklingen i indsatserne. Der er udarbejdet et kommissorium for arbejdet, jf. bilag 1.

Ekspertgruppen blev nedsat i januar 2015 og har i perioden januar til oktober 2015 afholdt fem møder. I ekspertgruppen har deltaget 13 personer udpeget af henholdsvis Danske Regioner, KL, Social- og Indenrigsministeriet og Justitsministeriet. Desuden har Justitsministeriets Forskningskontor og Sundhedsstyrelsen deltaget i arbejdet. Sundheds- og Ældreministeriet har varetaget formandskab og sekretariat.

Der har undervejs været afholdt møder med repræsentanter fra SIND, LAP og Bedre Psykiatri.

Årsager til stigningen

Retspsykiatriske patienter er mennesker, der har fået en dom til behandling i stedet for en straf – en såkaldt psykiatrisk foranstaltningsdom. Der findes grundlæggende tre typer psykiatriske foranstaltningsdomme (herfra foranstaltningsdomme): 1) dom til ambulant behandling, 2) dom til indlæggelse og 3) dom til anbringelse på en sikret institution.

Ekspertgruppen kan på baggrund af denne kortlægning konstatere, at der ikke er enkelte, klare årsager til stigningen i antallet af foranstaltningsdomme. Der er derimod tale om flere forskellige faktorer, som hver især kan medvirke til at forklare stigningen.

Ekspertgruppen finder det vigtigt indledningsvist at påpege, at stigningen i antallet af foranstaltningsdomme primært kan forklares af en stigning i antallet af foranstaltningsdomme for mindre alvorlige personfarlige hændelser, det vil sige primært simpel vold eller vold og trusler mod offentligt ansatte. Domme for alvorligere personfarlige kriminalitet er også steget i perioden, men betydeligt mindre end domme for den mindre alvorlige kriminalitet.

En vigtig forklaringsfaktor er, at der er opmærksomhed på lovovertræders mentale tilstand, før der træffes beslutning om, hvorvidt der gives en straf eller en foranstaltningsdom. Figur 7 i denne rapport viser udviklingen i antallet af mentalerklæringer i perioden 2002-2014 fordelt på region. I perioden er antallet af mentalundersøgelser steget med 50 pct. Denne stigning kan blandt andet ses som en afledt effekt af, at et stigende antal personundersøgelser, dvs. undersøgelse af sigtedes personlige forhold, i stigende grad leder til iværksættelse af mentalundersøgelser.

Det er således ekspertgruppens vurdering, at øget brug af mentalundersøgelser fører til flere foranstaltningsdomme frem for straf og dermed en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter.

Ekspertgruppen har søgt at klarlægge, hvorvidt stigningen i antallet af domme kan have sammenhæng med en ændret retspraksis. Ekspertgruppen har ikke inden for rammen af dette arbejde kunne afdække forhold, der kan afklare betydningen af en eventuelt ændret retspraksis, hverken i regi af Retslægerådet eller, hvad angår praksis for rejsning af sigtelser eller frafald af sigtelser. På baggrund af begrænsede data tyder det på, at muligheden for at frafalde en sigtelse kun i meget begrænset omfang benyttes. Dette forhold har været drøftet i ekspertgruppen.

Ekspertgruppen vurderer, at en anden vigtig faktor, der forklarer stigningen i foranstaltningsdomme er, at der i 2000 blev indført fastsættelse af længstetid for foranstaltningsdomme, der angår mindre personfarlig kriminalitet. Tidsbegrænsningen kan bidrage til en stigning i antallet af domme til personer, der begår kriminalitet, mens de er underkastet en foranstaltning, hvor praksis tidligere i højere grad var at give et tiltalefrafald under henvisning til, at personen allerede var underkastet en foranstaltning.

Stigningen i foranstaltningsdomme kan yderligere formodes at skyldes en stigning i recidiv, dvs. domme til personer, der tidligere har været dømt. Der foreligger ikke klare tal for udviklingen i recidiv, hvorfor ekspertgruppen hverken kan be- eller afkræfte recidivs betydning for udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme.

Ekspertgruppen finder, at en væsentlig underliggende faktor, der kan have betydning for udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter er, hvis der i befolkningen er en øget andel af mennesker diagnosticeret med den type psykiske lidelser, der er stærkest repræsenteret i domsstatistikken for foranstaltninger. Det gælder særligt mennesker med lidelser inden for skizofrenispektret. Ekspertgruppen har ikke på baggrund af analyserne til brug for denne rapport kunne afklare, om denne faktor bidrager væsentligt til udviklingen i antallet af domme.

En anden vigtig faktor er, hvis der er sket en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, idet misbrug øger risikoen for kriminalitet og dom. Antallet af mennesker med psykiske lidelser og et samtidig misbrug er stigende, og det er ekspertgruppens vurdering, at denne stigning har betydning for retspsykiatrien.

Der har ikke kunne konstateres en sammenhæng mellem antallet af foranstaltningsdomme og anvendelsen af kombinationer af visse typer af lægemidler og behandlingsophør hos mennesker, der efterfølgende har fået en dom.

Desuden synes udviklingen i domme til personer med anden etnisk baggrund ikke at være en forklaringsfaktor.

Ser man på behandlingskapaciteten, er den stigende inden for retspsykiatrien både hvad angår stationær og ambulans kapacitet, mens billedet ikke er nært så klart inden for hele den almene psykiatri. Ekspertgruppen kan ikke på grundlag af analyserne i denne rapport vurdere, om udviklingen i kapaciteten bidrager til at forklare stigningen i domme.

Der har været rejst spørgsmål om, hvorvidt stigningen i domme kan forklares af, at der generelt anmeldes flere hændelser af mindre alvorlig karakter. Ekspertgruppen har set på, hvorvidt der sket en stigning i antallet af domme for mindre alvorlige

hændelser vedrørende vold eller trussel mod offentlig ansatte. Det skal bemærkes, at ekspertgruppen ikke har undersøgt udviklingen i anmeldelser. Generelt ses der en stigning i antallet af foranstaltningsdomme vedrørende vold og trussel mod offentlig ansatte for såvel alvorlige som mindre alvorlige hændelser. Dermed er der ikke tegn på, at en eventuel ændring i anmeldelsestilbøjelighed for mindre alvorlige hændelser mod offentlig ansatte kan forklare stigningen i antallet af foranstaltningsdomme.

Forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser

Kortlægningen har yderligere haft til formål at beskrive de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser på området.

Ekspertgruppen har indhentet bidrag fra Norge, Sverige, Finland og England vedrørende landenes lovgivning, status, praktiske erfaring og indsatser for retspsykiatriske patienter. Det har ikke været muligt inden for rammerne af ekspertgruppens arbejde at bearbejde de indberettede informationer nærmere, men disse er vedlagt som bilag 6 til inspiration.

Forebyggelse handler både om at forebygge kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser, og om at forebygge ny kriminalitet blandt retspsykiatriske patienter. Ekspertgruppen er opmærksom på, at det kan have væsentlig betydning for udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme, hvilken forebyggende indsats kommunerne og regionerne tilbyder borgere.

Ekspertgruppen har i afsnit seks indsamlet et udsnit af konkrete indsatser vedrørende forebyggelse af kriminalitet blandt retspsykiatriske patienter eller personer, der udgør en særlig sikkerhedsrisiko. Generelle initiativer vedrørende forebyggelse af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser er omfangsrige og har ikke været formålet at afdække i dette arbejde. Der kan søges inspiration i satspuljeaftalerne på sundheds- og socialområdet.

Ekspertgruppen har endvidere beskrevet best practice for behandling og rehabilitering af retspsykiatriske patienter, og der beskrives konkrete eksempler på samarbejde om behandling og rehabilitering af denne patientgruppe. Ekspertgruppen har ikke afdækket de samlede indsatser på området, men der synes at være en betydelig variation i tilbud på tværs af regioner og kommuner, hvilket kan hænge sammen med, at en del af initiativerne har karakter af projekter.

Ved den behandlende og rehabiliterende indsats vurderer ekspertgruppen, at særligt sammenhæng mellem de forskellige myndigheder - kommune, psykiatriske afdelinger, Kriminalforsorgen, m.fl., er væsentlig.

Ekspertgruppen vurderer tillige, at der savnes ny viden og forskning på det retspsykiatriske område, hvor særligt forskning i behandlingsindsatsen for de retspsykiatriske patienter vil kunne medvirke til at styrke indsatsen for denne særligt sårbare gruppe. Mere konkret er det ekspertgruppen vurdering, at kvalitative casestudier af forløb for retspsykiatriske patienter kan skabe indsigt og læring, der kan bidrage til styrkelse af forebyggende og behandlende indsatser for retspsykiatriske patienter.

Endelig tilslutter ekspertgruppen sig anbefalingerne i "Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi", hvoraf det fremgår, at forskningen bør fokusere på sammenhængen mellem forebyggelse, tidlig opsporing og tidlig indsats for psykisk lidelse. Yderligere fremhæves det, at der både er behov for viden om, hvordan man mindsker risikoen for, at patienter, der er i kontakt med psykiatrien, får en dom til behandling samt mere viden om, hvordan man bedst forebygger risiko for ny kriminalitet hos mennesker, der allerede har en dom til behandling. Tillige er der, i forhold til mennesker med samtidig psykisk lidelse og misbrug, brug for mere viden om, hvilke tidlige indsatser der kan forebygge udviklingen af misbrugsproblematikker hos mennesker med en psykisk lidelse.

3. Begrebsafklaring

Retspsykiatrisk patient

Retspsykiatriske patienter med en psykiatrisk foranstaltningsdom er mennesker med psykiske lidelser, der på baggrund af den kriminalitet, de har begået er dømt til behandling eller anbringelse på psykiatrisk afdeling. Formålet med en foranstaltningsdom er gennem behandling at forebygge, at personen på grund af sin psykiske lidelse begår ny kriminalitet.

Den lovgivningsmæssige ramme for retspsykiatrien omfatter dels særlige bestemmelser i straffeloven, dels bestemmelser i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. I dette afsnit vil alene straffelovens §§ 16, 68 og 69 gengives, da de ligger til grund for analysens opdeling af populationen. Nedenstående faktaboks angiver de omtalte paragraffer.

Denne rapport analyserer data for udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme. Foranstaltningsdommene inddeles i to grupper efter, hvorvidt der er tale om personer dømt efter § 16, stk. 1, 1. pkt. eller dømt efter § 69. Se nedenstående faktaboks.

Faktaboks: Straffelovens §§ 16, 68 og 69

§ 16. Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdом eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke. Tilsvarende gælder personer, der var mentalt retarderede i højere grad. Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdом eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.

Stk. 2 (...)

§ 68. Hvis en tiltalt frifindes for straf i medfør af § 16, kan retten træffe bestemmelse om anvendelse af andre foranstaltninger, der findes formålstjenlige for at forebygge yderligere lovovertrædelser. Såfremt mindre indgribende foranstaltninger som tilsyn, bestemmelser vedrørende opholdssted eller arbejde, afvænningsbehandling, psykiatrisk behandling m.v. ikke findes tilstrækkelige, kan det bestemmes, at den pågældende skal anbringes i hospital for sindslidende, i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller under tilsyn med mulighed for administrativ anbringelse eller i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg. Anbringelse i forvaring kan ske under de betingelser, der er nævnt i § 70.

§ 69. Befandt gerningsmanden sig ved den strafbare handling foretaget i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, og som ikke er af den i § 16 nævnte beskaffenhed, kan retten, såfremt det findes formålstjenligt, i stedet for at idømme straf træffe bestemmelse om foranstaltninger som nævnt i § 68, 2. pkt.

Foranstaltninger

Dom til psykiatrisk særforanstaltning kan gives i form af én af følgende foranstaltninger:

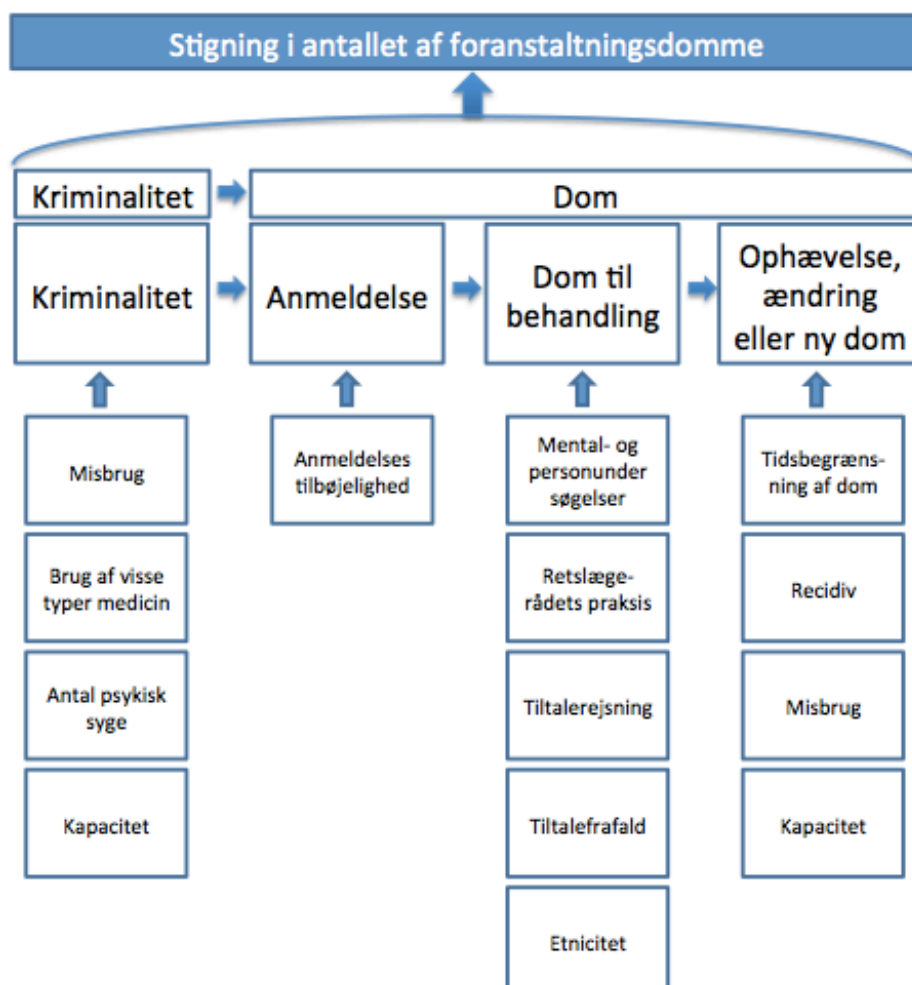
- Dom til ambulat behandling ved psykiatrisk afdeling, der i udgangspunktet indebærer ambulat behandling (og tilsyn fra kriminalforsorgen), men som hovedregel også giver mulighed for, at overlægen sammen med kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.
- Dom til behandling på psykiatrisk afdeling, der indebærer, at den behandlingsdømte som udgangspunkt indlægges på en psykiatrisk afdeling, men herefter kan udskrives igen efter afgørelse fra overlægen. Behandlingsdommen vil da blive udmøntet som ambulat behandling (med tilsyn af kriminalforsorgen), men med mulighed for genindlæggelse, hvis patientens tilstand forværres, eller der er risiko for ny kriminalitet. Overlægen har sammen med kriminalforsorgen adkomst til at træffe bestemmelse om, hvorvidt patienten skal genindlægges.
- Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling, der indebærer, at den anbringelsesdømte indlægges på en psykiatrisk afdeling og ikke kan udskrives før retten ændrer foranstaltningen til en behandlingsdom. Anbringelsesdom anvendes ved alvorlig kriminalitet og betyder ofte mange års indlæggelse, som afhængig af patientens tilstand kan foregå på enten hoved- eller regionsfunktionsniveau på retspsykiatrisk afdeling. I særligt alvorlige tilfælde kan retten dømme til anbringelse på Sikringsafdeling ved Slagelse. Foranstaltningsdomme i sager med alvorlig kriminalitet er uden tidsbegrænsning, og det er op til retten at beslutte, hvornår en dom kan ophæves.

4. Mulige forklaringer på stigningen i antallet af foranstaltningsdomme

Det stigende antal foranstaltningsdomme formodes at skyldes en række faktorer af forskellig art og med betydning på forskellige stadier i forløbet for retspsykiatriske patienter. Forklaringen på stigningen i antallet af foranstaltningsdomme skal derfor findes i faktorer, der relaterer sig til 1) forhold, der påvirker omfanget af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser generelt 2) forhold der påvirker omfanget af anmeldelser 3) forhold omkring domsafsigelsen og 4) forhold omkring ophævelse, ændring eller ny dom efter afsagt dom. Nogle faktorer kan relatere sig til mere end én af de fire stadier. Eksempelvis kan en stigning i misbrug af rusmidler både bidrage til at forklare udviklingen i kriminalitet og idømmelse af ny foranstaltning til en tidligere dømt person. Det er således vigtigt at være opmærksom på helheden i modellen, og at der ofte vil være tale om et samspil mellem flere faktorer.

Ekspertgruppens hypoteser om mulige forklaringsfaktorer er opstillet efter de fire stadier i det typiske forløb for en retspsykiatrisk patient, illustreret ved figur A.

Figur A: Model med mulige forklaringsfaktorer til stigningen i antallet af foranstaltningsdomme, opstillet ud fra det typiske forløb for en patient med en retspsykiatrisk foranstaltning.



5. Vurdering og analyse af forklaringsfaktorer

Nærværende afsnit har til formål at udlede og vurdere mulige forklaringsfaktorer på stigningen i antallet af foranstaltningsdomme.

Forinden beskrives datagrundlaget, og stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter belyses. Yderligere belyses stigningen i foranstaltningsdomme ud fra graden af alvorlighed i kriminaliteten bag foranstaltningsdommene, fordelingen af domme til henholdsvis tidligere og førstegangsdømte samt henholdsvis § 16, stk.1, 1. pkt. og § 69.

Datagrundlag

Data er baseret på analyser, som Justitsministeriets Forskningskontor har leveret særskilt til brug for denne rapport, se bilag 3 og 4.

Desuden bygger denne rapport videre på rapporten "Udviklingen i domme til foranstaltning", som Forskningskontoret udarbejdede til Rådet for Socialt Udsatte i april 2014. Ekspertgruppen har endvidere inddraget en række undersøgelser og rapporter, herunder fra Danske Regioner "Retspsykiatri – kvalitet og sikkerhed, 2011", og rapporten fra Regeringens Udvalg om Psykiatri "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" fra 2013, samt en række af Sundhedsstyrelsens rapporter. Derudover er der anvendt en række rapporter og undersøgelser, hvortil den fulde liste kan findes i litteraturlisten.

Ekspertgruppen har endvidere rettet henvendelse til ambassaderne i Sverige, Norge, Finland og England, med henblik på at indhente viden og erfaring fra disse lande vedrørende lovgivning, praktiske erfaringer og indsatser samt forskning på det retspsykiatriske område. Resultatet af denne forespørgsel fremgår som bilag 6.

Udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter og foranstaltningsdomme

Retspsykiatriske patienter

Som nævnt i indledningen er antallet af retspsykiatriske patienter steget fra 1.445 unikke patienter i 2001 til 4.393 i 2014. Udviklingen fremgår af nedenstående tabel 1.

Tabel 1: Antal unikke patienter i psykiatrisk behandling med retligt forhold, totalt og fordelt efter ambulante behandling og med påbegyndt indlæggelse, 2001-2014

År	Unikke patienter	Ambulant	Stationær
2001	1445	1075	720
2002	1609	1305	678
2003	1781	1499	740
2004	2017	1732	802
2005	2264	1924	938
2006	2560	2257	1022
2007	2630	2343	1060
2008	3262	2779	1404
2009	3452	3119	1315
2010	3760	3445	1386
2011	4159	3803	1601
2012	4269	3925	1555
2013	4358	4037	1566
2014	4393	4153	1489

*Kilde: Statens Serum Institut, Landspatientregisteret pr. 10. marts 2015.

Note: Ambulante ydelser uden besøg er ikke medtaget i opgørelse. Stationær behandling, hvor unikke personer har været berørt af indlæggelse er ikke medtaget i opgørelse. Stationær behandling dækker således alene over antal unikke personer, der har påbegyndt en indlæggelse. Antal af unikke patienter svarer ikke til summen af ambulante og indlagte patienter, da nogle patienter indgår i begge opgørelser.

Foranstaltningsdomme

Udviklingen i nye foranstaltningsdomme pr. år er ligeledes stigende. Absolut fra 315 i 2001 til 733 i 2013, svarende til en procentvis stigning på 133. De konkrete tal fremgår af tabel 2.

Ser man på udviklingen fordelt efter foranstaltningsart, er der især sket en stigning i antallet af foranstaltningsdomme til ambulante behandling med mulighed for indlæggelse. Som det fremgår af nedenstående tabel 2, steg antallet af domme med mulighed for indlæggelse fra 112 i 2001 til 365 i 2013, svarende til en stigning på knapt 225 pct. Det bemærkes yderligere, at foranstaltningsarterne "ambulant behandling med mulighed for indlæggelse" og "behandling med mulighed for genindlæggelse" udgør næsten 95 pct. af samtlige foranstaltningsdomme.

Tabel 2: Antal foranstaltningsdomme fordelt efter art, 2011-2013

År	Tilsyn/ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse/ anbringelse	Tilsyn/ambulant behandling med mulighed for indlæggelse/ anbringelse	Behandling med mulighed for indlæggel- se	Anbringelse på hospital/ institution	I alt
2001	14	112	182	7	315
2002	11	120	250	12	396
2003	14	156	260	24	454
2004	20	172	278	14	484
2005	23	206	335	18	582
2006	19	240	323	23	605
2007	12	194	269	29	504
2008	9	197	346	22	574
2009	12	262	254	36	564
2010	15	301	394	30	740
2011	16	344	384	36	780
2012	16	361	341	32	750
2013	13	365	330	25	733

*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015. Data for antallet af foanstaltningsdomme foreligger ikke for 2014. Derfor indeholder de efterfølgende tabeller og figurer alene data til og med 2013, dog med undtagelse af afsnit om behandlingskapacitet.

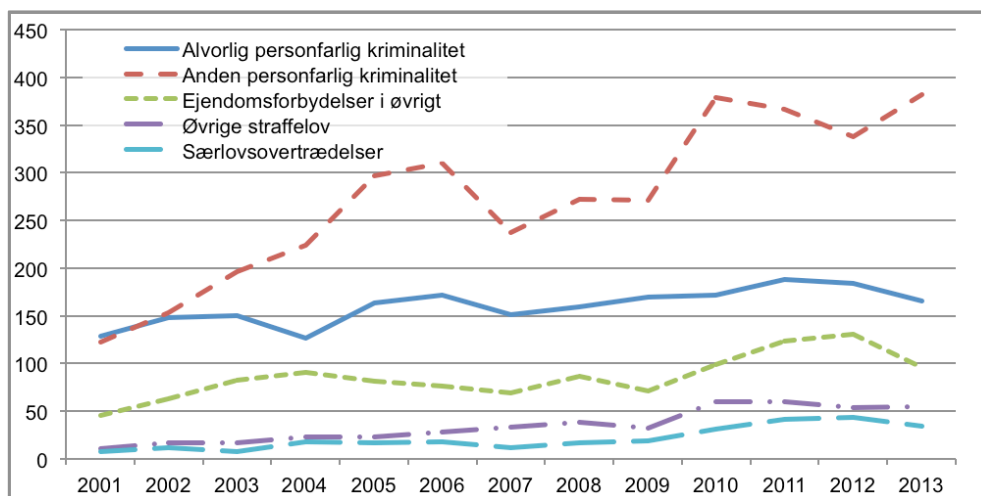
Graden af alvorlighed i kriminaliteten bag foranstaltningsdommene

Det har været ekspertgruppens ønske at undersøge, i hvilken udstrækning stigningen i antallet af foranstaltningsdomme beror på en stigning i den alvorlige personfarlige kriminalitet eller primært kan forklares ved en stigning i den mindre personfarlige kriminalitet.

Analysen viser, jf. figur 1, at stigningen i foranstaltningsdomme primært kan forklares ved, at der er sket en stigning i den mindre alvorlige personfarlige kriminalitet (anden personfarlig kriminalitet). Denne kategori indbefatter hovedsageligt vold eller trusler mod offentligt ansatte (straffelovens § 119) og simpel vold (straffelovens § 244). Alvorligere personfarlig kriminalitet omhandler som udgangspunkt primært røveri, voldtægt drab, alvorligere vold, ildspåsættelse samt forsøg herpå. Hertil skal det nævnes, at vold og trusler mod offentligt ansatte kan indbefatte alvorlige forseelser, men er inkluderet i kategorien "mindre personfarlig kriminalitet", da strafpraksis på dette område i høj grad svarer til det, der ses for § 244, dvs. simpel vold.

Udviklingen i foranstaltningsdomme for henholdsvis den mindre alvorlige personfarlige kriminalitet og øvrige former for kriminalitet fremgår af figur 1. I absolutte tal er der sket en stigning i antallet af foranstaltningsdomme for den mindre alvorlige personfarlige kriminalitet fra 123 foranstaltningsdomme i 2001 til 383 i 2013, svarende til en stigning på 211 pct. Foranstaltningsdomme for alvorlig personfarlig kriminalitet er i samme periode steget 27 pct., mens domme for ejendomsforbrydelser er steget 113 pct. De mindre kategorier af domme, det vil sige domme for andre straffelovsovertrædelser og for særlovsovertrædelser, er også steget ganske betragteligt procentuelt, men angår under alle omstændigheder alene en lille del af væksten og af antallet af årlige domme.

Figur 1: Udviklingen i foranstaltningsdomme fordelt efter kriminalitetens art, 2001-2013



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015.

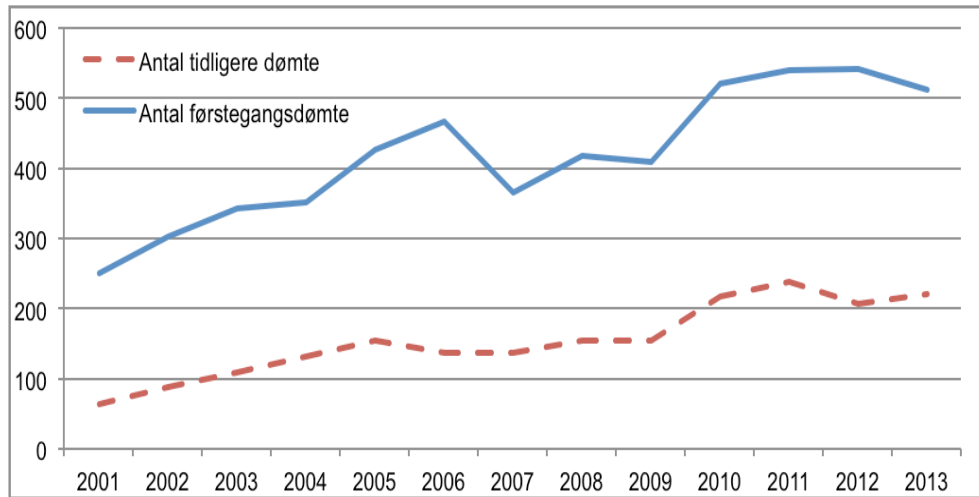
Ser man nærmere på andelen af domme for alvorlig personfarlig kriminalitet viser denne sig stærkt faldende. I 2001 vedrørte over 40 pct. af dommene den alvorlig personfarlige kriminalitet, mens andelen er faldet til under 25 pct. i 2013. Det er dog vigtigt at påpege, at der totalt set er sket en mindre stigning i antallet af foranstaltningsdomme for alvorlig personfarlig kriminalitet.

Foranstaltningsdomme til tidligere eller førstgangsdømte

Analysen af udviklingen i foranstaltningsdommene viser, at stigningen er størst i foranstaltningsdomme til tidligere dømte. Med andre ord er stigningen i antallet af domme, der angår tidligere dømte kraftigere end stigningen i antallet af domme generelt set.

Mens det i 2001 var 20 pct. af dommene, der vedrørte tidligere foranstaltningsdømte, var det i 2013 30 pct. I absolutte tal er der tale om en stigning i antallet af tidligere dømte på 157 domme. Tendensen til i højere grad at idømme tidligere dømte en ny foranstaltning fremgår af figur 2. Fra 2001 til 2013 er antallet af domme til tidligere dømte steget med 250 pct., mens antallet af domme til førstgangsdømte er godt fordoblet.

Figur 2: Udvikling i antallet af foranstaltningsdomme fordelt efter tidligere dømte eller førstegangsdømte, 2001-2013



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015

I figur 2 kan det ses, at der fra 2006 til 2007 er sket et fald i antallet af foranstaltningsdomme, hvilket kan relateres til, at der pr. 1. januar 2007 blev gennemført en retsreform. Reformen indebærer omfattende omstruktureringer hos politiet og domstolene, hvilket også afspejles i en mindskning i sigtelsesprocenten og i antallet af strafferetlige afgørelser for straffelovsovertrædelser i de følgende år. Den kraftige stigning i antallet af domme fra 2009 til 2011, jf. tabel 3 nedenfor, kan bero på det efterslæb, retsreformen har medført. Det mindre fald i antallet af foranstaltningsdomme, der ses i 2012 og 2013, tyder også på, at det kan være tilfældet.

Foranstaltningsdomme fordelt efter § 16, stk. 1, 1. pkt. og § 69

Ekspertgruppen har ønsket at afdække, om stigningen i antallet af foranstaltningsdomme primært vedrører en stigning i antal dømte efter straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. ("personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed"). Eller om stigningen primært vedrører en stigning i antal dømte efter § 69 (se faktaboks i afsnit tre).

Ekspertgruppens analyse har vist, at foranstaltningsdommene stiger relativt mest for gruppen af dømte efter § 69, se nedenstående tabel 3. Her stiger antallet af domme fra 77 til 213 fra 2001 til 2013, svarende til en stigning på 177 pct. For gruppen af dømte efter § 16, stk. 1, 1. pkt. er der for samme periode tale om en stigning på 118 pct.

Table 3: Antal foranstaltningsdomme fordelt efter dømtes mental tilstand, 2001-2013

År	§ 16, stk.1, 1. pkt.	§ 69	I alt
2001	238	77	315
2002	291	102	393
2003	358	96	454
2004	359	125	484
2005	427	155	582
2006	448	157	605
2007	383	121	504
2008	437	137	574
2009	406	158	564
2010	543	197	740
2011	568	212	780
2012	493	257	750
2013	520	213	733
I alt	5471	2007	7478

*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015

Opsummering

Ovenstående viser, at der totalt set har været en stigning i antallet af foranstaltningsdomme i den undersøgte periode (2001-2013). Specifikt er der tale om den største stigning i foranstaltningsdomme for mindre personfarlig karakter (anden personfarlig kriminalitet) og domme til tidligere dømte samt dømte efter § 69.

Der kan være flere forskellige faktorer, der forklarer udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme. I det efterfølgende oplystes ekspertgruppens hypoteser om mulige forklaringer på stigningen i antallet af foranstaltningsdomme. Strukturen for vurderingen følger den opstillede model, men vil dog opstilles i to efter hvorvidt faktorerne relaterer sig til udviklingen i kriminalitet eller anmeldelse, sigtelse og afsigelse af foranstaltningsdomme.

Faktorer, der kan have betydning for udviklingen i kriminalitet

Dette afsnit belyser nogle af de baggrundsfaktorer, der kan bidrage til at forklare stigningen i kriminalitet og i den vold mv., der fører til foranstaltningsdomme. Ekspertgruppen har set på følgende mulige forklaringsfaktorer: Omfanget af mennesker med psykisk sygdom, omfanget af misbrug af rusmidler, brugen af visse typer og kombinationer af medicin og behandlingsophør samt kapacitetsmæssige forhold i retspsykiatrien og den almene psykiatri generelt.

Antal personer diagnosticeret med psykisk sygdom

Hypotese

Ekspertgruppen har overvejet, om en eventuel stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser kan have betydning for udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter. Det gælder særligt for mennesker med svære psykiske lidelser.

Vurdering

Konkret udgjorde personer med diagnosen skizofreni i 2011 55 pct. af alle retspsykiatriske patienter. Til sammenligning udgør personer med skizofreni ca. 20 pct. af alle psykiatriske patienter³. Disse patienter repræsenterer dermed den største gruppe i retspsykiatrien, konkret udgør de over 60 pct. af foranstaltningsdomme efter § 16, stk.1, 1. pkt. Denne gruppe er yderligere udfordret på det sociale område og med misbrug. Derfor er det relevant at se på udviklingen i antallet af personer, der diagnosticeres med skizofreni.

Der er en vis usikkerhed i opgørelsen af sygdomsforekomst, og nye tal antyder et noget større tal for personer diagnosticeret med skizofreni end almindeligvis antaget. Det har ikke været muligt at gå nærmere ind i denne problematik.

Misbrug af rusmidler

Hypotese

Mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug af rusmidler er en særlig sårbar gruppe. Rusmidler, ikke mindst brug af hash eller centralstimulerende midler, kan udløse alvorlige psykotiske tilstand. Kriminalitet begået under psykotiske tilstande kan føre til foranstaltning i stedet for straf. Yderligere formodes det, at misbrug modvirker behandlingen og kan øge risikoen for recidiv. Misbrug af rusmidler formodes således at have betydning for både kriminaliteten, afsigelse af dom og ophævelse, ændring eller idømmelse af ny dom. Dermed kan det formodes, at en stigning i antallet af personer med misbrug og samtidig psykisk lidelse kan være med til at forklare stigningen i antallet af foranstaltningsdomme.

Vurdering

I Danske Regioners rapport "Retspsykiatri. Kvalitet og Sikkerhed", fremgår det, at halvdelen af retspsykiatriske patienter har et diagnosticeret misbrug. Meget tyder på, at kun en lille del af de dobbeltdiagnosticerede retspsykiatriske patienter er i behandling for deres misbrug.

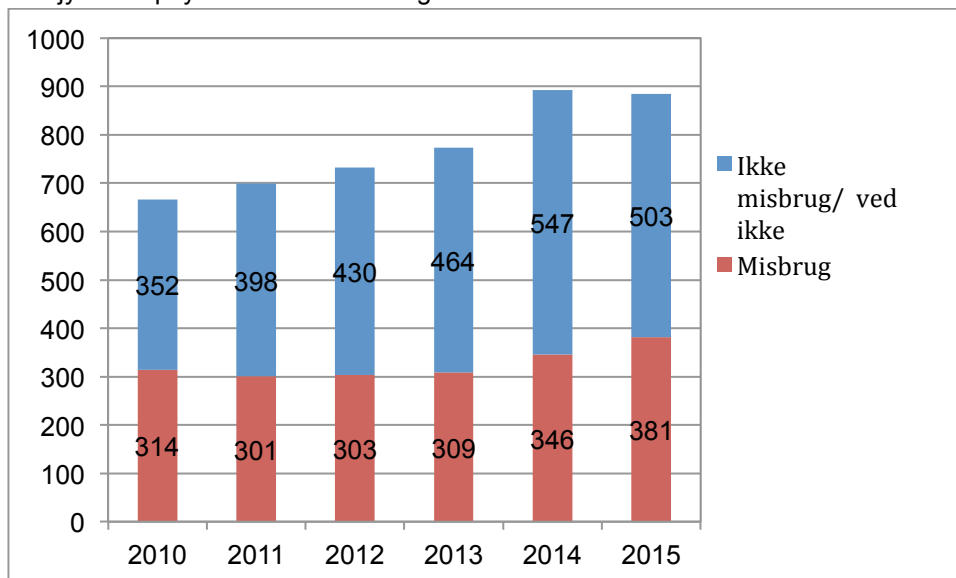
Den generelle udvikling i antallet af mennesker med psykiske lidelse og samtidig misbrug er stigende. Tal fra Landspatientregistret viser, at der i 2001 blev indlagt 3.422 patienter på psykiatriske afdelinger med en stofrelateret diagnose, mens tallet i 2012 var steget til 5.709. Som det beskrives i "Rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri", er det dog ikke klart, hvorvidt stigningen er et udtryk for en reel stigning i antal sygdomstilfælde, eller om det skyldes, at man i stigende grad er opmærksom på at få diagnosticeret en eventuel underliggende psykisk lidelse hos mennesker med misbrug eller at få registreret misbrug hos mennesker, der får behandling for psykiske lidelser. Yderligere skal det bemærkes, at disse tal er vanskelige præcist at opgøre, blandt andet fordi de dobbeltdiagnosticerede ikke udgør en homogen gruppe, at misbruget kan være mere eller mindre erkendt, og at nogle personer kan have en underliggende ikke erkendt psykisk lidelse.

³ Danske Regioner, 2011 "Retspsykiatri - Kvalitet og sikkerhed"

Det har ikke været muligt at afdække tal for udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter med et samtidigt misbrug for hele landet. Dog er det muligt at se på et udsnit fra Regions Midtjyllands årlige tværsnitsundersøgelse.

Region Midtjyllands tværsnitsundersøgelse fra 2015 omfatter misbrug blandt retspsykiatriske patienter, der er indberettet som indlagt eller tilknyttet ambulante behandling på et af Region Midtjyllands psykiatriske behandlingssteder. Undersøgelsen viser, at misbrug er hyppigt problem blandt retspsykiatriske patienter, hvor kriminaliteten ofte er knyttet til ulovlige stoffer. Talene viser, at fra 2010 til 2015 har ca 40-50 pct. af alle retspsykiatriske patienter et misbrug af en eller flere typer stoffer jf. figur 3. Fordelingen mellem ambulante og stationære patienter med misbrug viser, at de indlagte patienter har større misbrugsproblemer end de ambulante patienter. Ambulante retspsykiatriske patienter med misbrug af stoffer eller alkohol udgjorde 41 pct. i 2010 og 40 pct. i 2015, mens de stationære retspsykiatriske patienter med et misbrug af stoffer eller alkohol udgjorde 44 pct. i 2010 og 65 pct. i 2015.

Figur 3: Antal retspsykiatriske patienter med misbrug indlagt på et af Region Midtjyllands psykiatriske behandlingssteder



*Kilde: Tværsnitsundersøgelse Regions Midtjylland. Se bilag 15 for fuldstændig opgørelsesmetode.

På baggrund af tal fra Region Midtjylland tyder det ikke på, at der er en markant stigning i andelen af retspsykiatriske patienter med et samtidigt misbrug. Dette er dog i et udsnit både geografisk og tidsmæssigt, og misbrug vurderes stadig som en væsentlig faktor. Udviklingen i misbrug blandt retspsykiatriske patienter anses som oplagt for fremtidig undersøgelse.

Uanset om misbrug udløser psykisk sygdom, eller omvendt, at psykisk sygdom fører til misbrug, er det velkendt, at misbrug af rusmidler øger risikoen for kriminalitet jf. "Rusmiddelundersøgelsen Misbrug blandt kriminalforsorgens klientel". Yderligere kan det nævnes, at den alvorlige personfarlige kriminalitet ofte er udført under påvirkning af stoffer. Der er ofte tale om kompliceret misbrug med flere forskellige slags rusmidler. Misbrug modvirker endvidere behandlingsresultaterne og øger

risikoen for recidiv, hvorfor misbrug betragtes som et særligt problem i retspsykiatrien.

Udfordringen med retspsykiatriske patienter og samtidig misbrug af rusmidler nødvendiggør en helhedsorienteret og sammenhængende behandling af mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt misbrug. I dag er ansvaret for indsatsen delt mellem kommunen, som er ansvarlig for stofmisbrugsbehandlingen, og regionen, som er ansvarlig for behandlingen af den psykiske lidelse.

Kombination af visse typer lægemidler og behandlingsophør

Hypotese

Det har været en af ekspertgruppens hypoteser, at der kan være en sammenhæng mellem brugen af visse typer lægemidler i særlige doser og kriminalitet i form af vold mv. Fx om særlige doser og kombinationer af benzodiazepiner og antipsykotika i behandlingen kan resultere i aggressiv adfærd og eventuel kriminalitet, eller om ophør af relevant behandling bidrager til ændret adfærd og eventuel kriminalitet. Derfor er det fundet relevant at undersøge, om der blandt personer, der har fået en foranstaltningsdom, er sket en udvikling i brugen og behandling med visse typer lægemidler eller kombinationer heraf.

Vurdering

Undersøgelsen, som ekspertgruppen har bestilt hos Statens Serum Institut, tyder ikke på, at der er en klar ændring i brugen af medicin fra 2003-2012 hos gruppen af foranstaltningsdømte. Undersøgelsen kan findes som bilag 5.

Behandlingskapacitet i psykiatrien

Hypotese

I ekspertgruppen har der været rejst spørgsmål om, hvorvidt udviklingen i behandlingskapaciteten i psykiatrien kan have betydning for udviklingen i kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser.

I denne forbindelse er det både relevant at se på udviklingen i kapacitet for retspsykiatrien og den almene psykiatri. At det er relevant at se på udviklingen i den almene psykiatri skyldes, at retspsykiatriske patienter ofte indlægges på almene psykiatriske afdelinger, og hvis de har været i psykiatrisk behandling, før de begår kriminalitet, vil det også være i almenpsykiatrien. De retspsykiatriske patienter adskiller sig typisk ikke fra andre patienter med hensyn til diagnose og behandling. Derfor kan det være både fagligt og sikkerhedsmæssigt forsvarligt at behandle retspsykiatriske patienter i den almene psykiatri. Indlæggelse af retspsykiatriske patienter på alment psykiatriske afdelinger vil naturligvis altid ske efter en konkret faglig vurdering.

Vurdering

Behandlingskapacitet særsilt for retspsykiatrien er stigende fra 2007 til 2014. Der ses et stigende antal sengepladser og yderligere en relativt større stigning i den ambulante behandlingsaktivitet.

Nedenstående figur 4 giver et klart billede af det stigende antal retspsykiatriske patienter, der er steget 60 pct. fra 2007-2014.

Antallet af sengepladser særskilt for retspsykiatrien er i samme periode ligeledes steget, svarende til en stigning på 46 pct. I absoluttet tal er der tale om en stigning på 130 sengepladser.

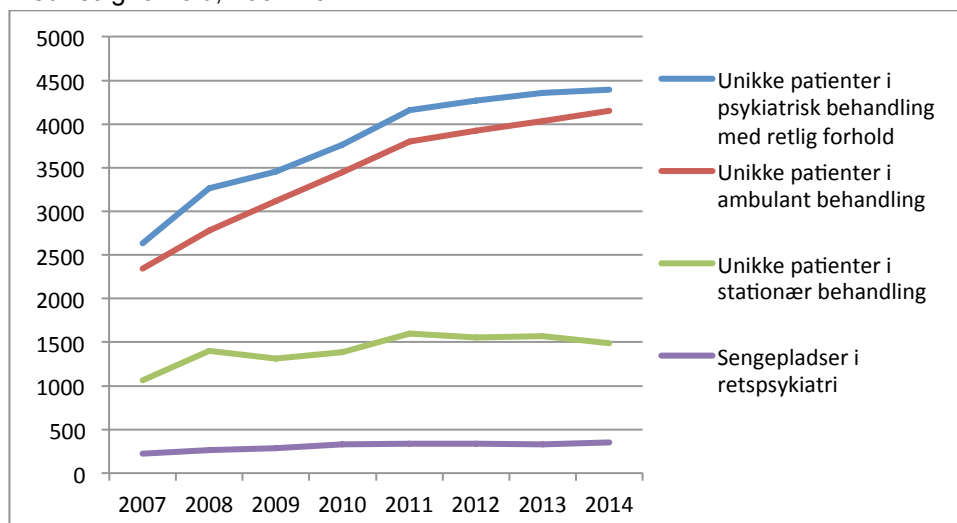
Antallet af unikke personer i stationær behandling er steget fra 1.060 i 2007 til 1.489 i 2014, hvilket er en stigning på 40 pct.

Antallet af retspsykiatriske patienter i ambulante behandling er steget betydeligt i samme periode, svarende til en procentvis stigning på 77 og absolut fra 2.343 patienter i 2007 til 4.153 patienter i 2014.

Det skal bemærkes, at en stor gruppe af patienter modtager både ambulante og stationær behandling.

Der ses således, som i den øvrige del af sundhedsvæsenet, en stigning i behandlingskapaciteten med en forskydning fra stationær til ambulante behandling.

Figur 4: Udvikling i antal sengepladser i retspsykiatrien, antal unikke patienter i henholdsvis ambulante og stationær behandling og unikke patienter i behandling med retlig forhold, 2007-2014



*Kilde: Sengepladser: Danske Regioner 2015. Nøgletal fra nøgletalsopgørelse/benchmark af psykiatrien, der opgør den faktiske kapacitet ultimo det pågældende år.

Antal unikke patienter særskilt og fordelt på ambulante og stationær behandling: Landspatientregister per 10. marts 2015. Note hertil: Registreringspraksis på området er særdeles uensartet, og tallene er således behæftet med meget stor usikkerhed. Opgørelsen dækker over personer, der er blevet behandlet på en psykiatrisk afdeling med en primær- eller bi-diagnose om et retslig forbehold (Diagnosekode 'DZ046pct.'). Der er afgrænset til patienter med bopæl i Danmark på behandlingstidspunktet. En person indgår i opgørelsen af unikke ambulante patienter i de år, hvor personen har haft et ambulante besøg. Ambulante ydelser uden besøg er ikke medtaget i opgørelsen, således at hvis en person alene har modtaget dette, tæller de ikke i opgørelsen. Ambulante ydelser uden besøg er knyttet til et CPR, men kræver ikke patientens fremmøde, f.eks. udfærdigelse af erklæringer, samtale med forældre, værge eller pårørende m.v. En person indgår i opgørelsen af unikke personer i stationær behandling i de år, hvor der er påbegyndt en indlæggelse af personen. Opgørelsen af unikke personer i stationær behandling dækker således ikke over antallet af personer, der har været berørt af indlæggelse men alene antallet der har påbegyndt en indlæggelse. Antallet af personer, der er påbegyndt en indlæggelse, vil alt andet lige være mindre end antallet af personer berørt af indlæggelse inden for et givent år. Antallet af unikke personer i alt svarer ikke til summen af ambulante og stationære patienter, da nogle personer indgår i begge opgørelser.

For hele den almene psykiatri ses ligeledes en forskydning i behandlingen imod mere ambulat behandling. I hele den almene psykiatri ses et faldende antal sengepladser fra 2007 til 2014.

Konkret er der tale om et fald fra 2.890 sengepladser i 2007 til 2.396 i 2014 for hele den almene psykiatri, hvilket svarer til et fald på 17 pct. Omvendt er antallet af patienter i ambulat behandling i samme periode steget fra 86.945 til 107.856, svarende til en stigning på 24 pct.

Hvorvidt udviklingen i kapaciteten i den almene psykiatri har betydning for antallet af personer med psykiske lidelser, der begår kriminalitet og idømmes en foranstaltning kan ikke vurderes nærmere. Der ses et fald i antallet af sengepladser, men samtidig en stigende aktivitet i antallet af personer i ambulat behandling.

Om udviklingen i behandlingspraksis skal det yderligere nævnes, at regionerne igennem de seneste år har samlet behandlingen af flere af de retspsykiatriske patienter på specialiserede enheder. Retspsykiatriske patienter varetages i psykiatrien på flere specialiseringsniveauer. Flertallet behandles stadig på hovedfunktionsniveau i almenpsykiatrien i samarbejde med regionsfunktion, mens en mindre, men dog stigende, gruppe behandles på regionsfunktionsniveau. I Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for psykiatri er retspsykiatrisk behandling af patienter med svær sygdomsgrad og/eller høj farlighed en regionsfunktion.

Faktorer, der kan have betydning for udviklingen i foranstaltningsdomme

Dette afsnit belyser faktorer, der formodes at have betydning for stigningen i antallet af foranstaltningsdomme.

Anmeldelsestilbøjelighed

Hypotese

Hvis der er sket en ændring i anmeldelsestilbøjeligheden, kan dette have betydning for antallet af domme. Ekspertgruppen har haft fokus på, om der er sket en ændring i anmeldelsestilbøjeligheden inden for kategorien vold og trusler mod offentlig ansatte. Det skyldes, at stigningen i foranstaltningsdomme som nævnt primært beror på en stigning i "anden personfarlig kriminalitet", i denne rapport benævnt "mindre alvorlig personfarlig kriminalitet". Indenfor denne kategori er vold og trusler mod offentlig ansatte som nævnt placeret, da straffepraksis svarer til straffepraksis for simpel vold.

Ekspertgruppen har set på, om der indenfor kategorien af vold og trusler mod offentlig ansatte har været en stigende tilbøjelighed til at anmelde og rejse sigtelse for mindre alvorlig hændelser, hvilket vil kunne bidrage til at forklare stigning i antallet af foranstaltningsdomme.

Vold og trusler mod offentlig ansatte defineres som § 119-sager jf. nedenstående faktaboks.

Faktaboks: Vold eller trussel mod offentlig ansatte. Straffelovens § 119

§ 119. Den, som med vold eller trussel om vold overfalder nogen, hvem det påhviler at handle i medfør af offentlig tjeneste eller hverv, under udførelsen af tjenesten eller hvervet eller i anledning af samme, eller som på lige måde søger at hindre en sådan person i at foretage en lovlig tjenestehandling eller at tvinge ham til at foretage en tjenestehandling, straffes med bøde eller fængsel indtil 8 år.

Stk. 2. På samme måde straffes den, som, uden at forholdet falder ind under stk. 1, fremsætter trusler om vold, om frihedsberøvelse eller om sigtelse for strafbart eller ærerørigt forhold mod nogen, der af det offentlige er tillagt domsmyndighed eller myndighed til at træffe afgørelse vedrørende retsforhold eller vedrørende håndhævelse af statens straffemyndighed, i anledning af udførelsen af tjenesten eller hvervet, eller som på lige måde søger at hindre en sådan person i at foretage en lovlig tjenestehandling eller at tvinge ham til at foretage en tjenestehandling.

Stk. 3. (...)

Vurdering

Hvis en øget anmeldelsestilbøjelighed for mindre person farlige hændelser skal bidrage til at forklare udviklingen, må det forventes at komme til udtryk ved flere foranstaltningsdomme for mindre personfarlig kriminalitet mod offentlig ansatte.

En gennemgang af de § 119-sager, der i perioden 2005 til 2013 har ført til en foranstaltningsdom, viser ikke tegn på, at dommene i stigende grad angår mindre alvorlige hændelser inden for denne specifikke kategori.

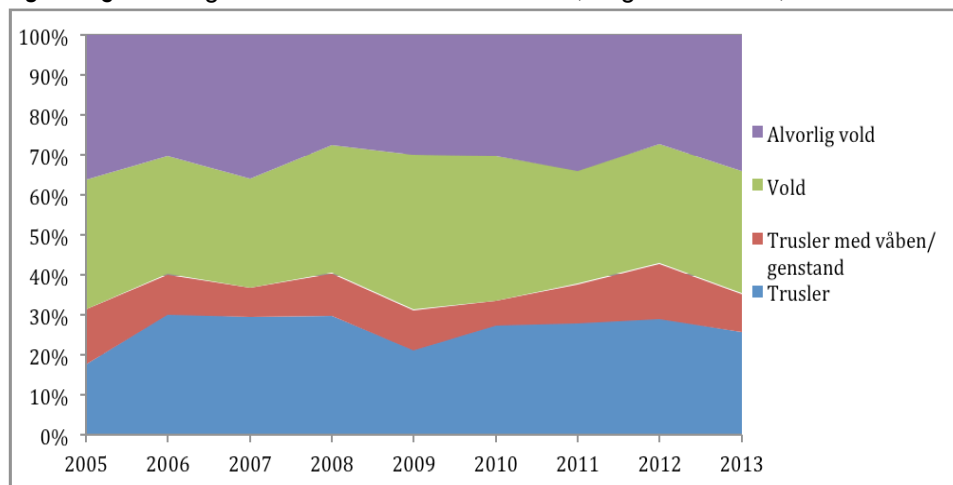
I mere end 90 pct. af de § 119-sager, der er omfattet af undersøgelsen, er det muligt at kategorisere hændelserne efter en af følgende fire kategorier med den anførte fordeling:

- 1) Hændelser, hvor der alene er tale om verbale trusler – udgør 28 pct.
- 2) Hændelser, hvor der har været truet med våben eller anden genstand, men ikke begået vold – udgør 10 pct.
- 3) Hændelser, hvor der har været udøvet fysisk vold af mindre alvorlig karakter (slag mod krop, arme, m.v., men ikke mod hoved og uden brug af våben) - 31 pct.
- 4) Vold af mere alvorlig karakter (slag mod hoved, brug af stikvåben, m.v.) – 31 pct.

Det skal bemærkes, at denne opdeling er udviklet som led i Justitsministeriets Forskningskontors arbejde.

Fordelingen af hændelser vedrørende § 119 efter disse kategorier viser sig at være nogenlunde konstant, illustreret ved figur 5.

Figur 5: § 119-sager fordelt efter hændelsens art, angivet i andele, 2005-2013



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, "Vold og trusler mod offentlig ansatte. Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde om årsager til væksten i antallet af retspsykiatriske patienter", 2015.

Der er med andre ord ikke tegn på, at væksten i § 119-sager først og fremmest er forårsaget af en stigning i foranstaltningsdomme vedrørende mindre alvorlige hændelser.

Det skal bemærkes, at ovenstående analyse ikke betyder, at det kan udelukkes, at der generelt er sket en stigning i anmeldelsestilbøjeligheden ved vold og trusler mod offentlig ansatte. Der er blot ikke tale om, at en eventuel stigende tilbøjelighed til anmeldelse alene angår mindre alvorlige hændelser. Af Justitsministeriets rapport "Udviklingen i domme til foranstaltning" fremgår det, at der formodentlig har været en stigende tilbøjelighed til at anmelde vold og trusler mod offentlig ansatte. Samtidig beskrives det dog, at det ikke kan udelukkes, at stigningen i antallet af foranstaltninger for vold og trusler mod offentligt ansatte også kan bero på en stigning i omfanget af disse hændelser.

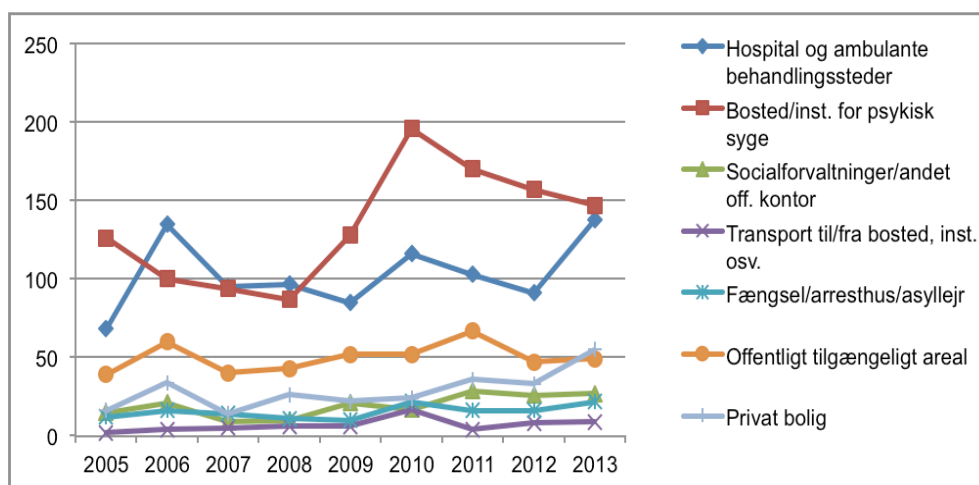
I forlængelse heraf kan det nævnes, at en undersøgelse af vold og trusler i psykiatrien, foretaget af Bedre Psykiatri, FOA og DSR, viser, at politianmeldelse ifølge medarbejdernes vurdering ofte sker for at signalere nultolerance over for vold og trusler eller som følge af arbejdspladsens voldspolitik. Notatet er vedlagt som bilag 7.

Det er yderligere fundet interessant at belyse § 119-sagernes fordeling ud fra køn, gerningstidspunkt og sted, selvom det ikke forklarer udviklingen i § 119 sagerne.

Kønsfordelingen er interessant, idet relativt mange af dem, der er dømt efter § 119, er kvinder, nemlig 24 pct. Det er uventet mange, dels i betragtning af at kun 17 pct. af foranstaltningsdommene vedrører kvinder, dels fordi kvinder generelt er underrepræsenterede med hensyn til at begå vold. En mulig forklaring kan være, at der er mindre opmærksomhed omkring situationer, forhold, m.v., der kan varsle aggressioner blandt det kvindelige klientel, og der er derfor ikke det samme fokus på forebyggelse.

Vedrørende gerningssted viser undersøgelsen, at § 119-sagerne først og fremmest vedrører bosteder og hospitaler, illustreret ved figur 6. I den undersøgte periode stiger antallet af sager vedrørende bosteder og hospitaler i overensstemmelse med den generelle stigning, mens sager der er foregået under transport til/fra bosted og i private boliger stiger relativt mere, men udgør relativt få sager.

Figur 6: Antal § 119-sager fordelt efter gerningssted 2005-2013



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, "Vold og trusler mod offentlig ansatte. Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde om årsager til væksten i antallet af retspsykiatriske patienter", 2015.

Med hensyn til gerningstidspunktet er en stor del af § 119-sagerne, 53 pct., foregået i dagtimerne – fra kl. 10 til kl. 19.

Rekvirering af mentalundersøgelser/personundersøgelser

Hypotese

Antallet af mentalundersøgelser formodes at have betydning for antallet af foranstaltningsdomme, da et stigende antal mentalundersøgelser kan bevirke, at man i højere grad identificerer psykiske lidelser blandt tiltalte, hvormed der kan idømmes foranstaltningsdom frem for fængselsstraf.

Analysen af udviklingen i foranstaltningsdomme viser, at der både relativt og absolut er størst stigning i antallet af foranstaltningsdomme af mindre personligfarlig karakter. Denne ændring kan hænge sammen med en samtidig vækst i antallet af mentalundersøgelser. Ved meget alvorlig personfarlig kriminalitet vil man typisk foretage en mentalundersøgelse, mens dette ikke i samme omfang er tilfældet ved mindre personfarlig kriminalitet. Dermed er det muligt, at en ændring i praksis i forhold til tilbøjeligheden til at iværksætte mentalundersøgelser, også for de mindre personfarlige hændelser, kan resultere i flere foranstaltningsdomme frem for fængselsstraf. Se nedenstående faktaboks.

Faktaboks. Mentalundersøgelse.

Retsplejelovens § 809

§ 809. Sigtede skal underkastes mentalundersøgelse, når dette findes at være af betydning for sagens afgørelse. Hvis han ikke udtrykkeligt samtykker i undersøgelsen, kan denne kun finde sted efter retskendelse. Er sigtede fængslet, kan han ikke mentalundersøges uden rettens bestemmelse.

Stk. 2 (...)

Forløb

Behovet for en mentalundersøgelse afklares som udgangspunkt så tidligt under politiets efterforskning som muligt.

Det er anklagemyndigheden, der på baggrund af en konkret vurdering tager stilling til, om der skal foretages en mentalundersøgelse. Dette kan eksempelvis være fra begæring fra sigtedes forsvarer.

Hvorvidt mentalundersøgelser skal iværksættes, afhænger af en samlet vurdering, der blandt andet omfatter indtrykket af den sigtede under afhøringerne, den aktuelle sag, eventuelle tidligere sager, oplysninger om personlige forhold, tidligere psykiatrisk behandling eller sociale hjælpeforanstaltninger.

Rigsadvokaten

Mentalundersøgelser vil ifølge Rigsadvokaten være indiceret:

1. Hvis sigtede tidligere har modtaget psykiatrisk behandling, eller der i øvrigt kan være grund til at formode, at sigtede er sindssyg eller mentalt retarderet jf. straffelovens § 16.
2. Når der i øvrigt, f.eks. på grund af de strafbare handlingers art og/eller grovhed er grund til at formode, at sigtedes mentale tilstand afviger fra det normale. Mentalundersøgelser bør normalt ske, når sigtelsen angår:
 - a. drab eller forsøg herpå,
 - b. grovere meningsløs eller særegen form for vold, herunder særligt i gentagelsestilfælde,
 - c. grovere voldtægt og voldtægt i gentagelsestilfælde eller forsøg herpå
 - d. grovere eller gentagne seksualforbrydelser over for børn,
 - e. seksualforbrydelser omfattet af ordningen med behandling som alternativ til frihedsstraf, hvis sigtede ønsker at indgå i ordningen, eller
 - f. forsætlig brandstiftelse uden økonomisk motiv eller forsøg herpå.
3. Når kriminalitetsbetingelserne for anvendelse af forvaring efter straffelovens § 70 er opfyldt, herunder f.eks. gentagen voldtægt, røveri mv.

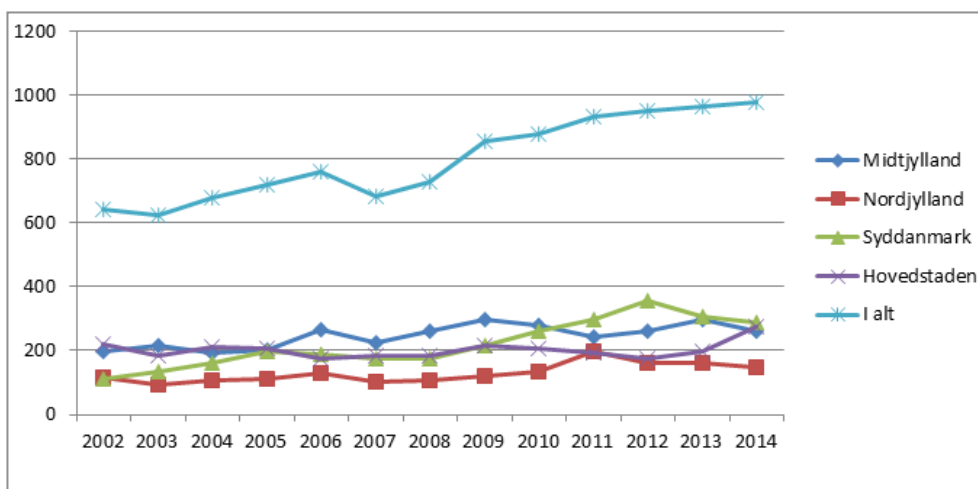
Opregningen i meddelelsen er hverken bindende eller udtømmende, og hvorvidt en mentalundersøgelse skal foretages beror således på en samlet vurdering. For udførlig forklaring se Justitsministeriets "Afrapportering fra Arbejdsgruppen om mentalundersøgelser".

Vurdering

Antallet af mentalerklæringer er steget med godt 50 pct. i perioden 2002-2014. Figur 7 viser udviklingen i antallet af mentalerklæringer i de forskellige regioner, 2002-2014.

Der er således grund til at antage, at øget brug af mentalerklæringer har bidraget til den samlede vækst i antallet af foranstaltningsdomme og dermed antallet af retspsykiatriske patienter.

Figur 7: Udvikling i antal mentalerklæringer fordelt efter region, 2002-2014



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, "Udvikling i antal foranstaltninger til psykisk syge og til dømte efter § 69 Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde om årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter"

Note: Der tages forbehold for forskellig opgørelsesmåde i de enkelte regioner samt ufuldstændige oplysninger. Region Sjælland indgår ikke, idet man ikke præcist kan opgøre antallet af mentalerklæringer i de to politikredse, som har haft ansvaret for at indhente mentalerklæringerne.

Endvidere har det været ekspertgruppens formodning, at en stigning i antallet af personundersøgelser kan være en medvirkende faktor til det stigende antal mentalundersøgelser, da personundersøgelser kan give anledning til iværksættelse af mentalundersøgelser. Justitsministeriets "Afrapportering fra Arbejdsgruppen om mentalundersøgelser" viser, at antallet af personundersøgelser med anbefaling om mentalundersøgelser er steget fra 446 i 2004 til 792 i 2010. Yderligere fremgår det af bladet Retten Rundt, udgivet af Domstolsstyrelsen, at der er siden 2007 er sket en stigning i antallet af personundersøgelser generelt fra 9.116 i 2007 til 13.097 i 2014.

Personundersøgelser er, jf. retsplejelovens § 808, en undersøgelse af sigtedes personlige forhold og indebærer en vurdering af, om vedkommende er egnet til samfundstjeneste. Se nedenstående faktaboks.

Faktaboks. Personundersøgelse. Retsplejelovens § 808

§ 808. Der skal tilvejebringes sådanne oplysninger om sigtedes personlige forhold, som må antages at være af betydning for sagens afgørelse vedrørende straffastsættelse eller anvendelse af anden retsfølge end straf.

Stk. 2. En nærmere undersøgelse vedrørende sigtedes personlige forhold, herunder navnlig hans tidligere og nuværende forhold i hjem, skole og arbejde samt hans legemlige og åndelige tilstand, skal i almindelighed foretages, når der kan blive spørgsmål om anvendelse af

- 1) betinget dom i henhold til straffelovens kapitel 7 eller 8,
- 2) tiltalefrafald på andre vilkår end vedtagelse af bøde og betaling af erstatning,
- 3) retsfølger, der træder i stedet for straf.

Stk. 3 (...)

Retslægerådets rolle og praksis

Hypotese

Ekspertgruppen har drøftet, hvorvidt praksis hvorefter anklagemyndigheden forelægger § 69-sager til Retslægerådets udtalelse har betydning for udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme

Vurdering

Det har ikke været muligt at belyse dette spørgsmål inden for rapportens ramme.

Praksis for tiltalerejsning

Hypotese

Ekspertgruppen har drøftet, om en ændring i praksis for tiltalerejsning, ved at anklagemyndigheden i højere grad anmoder om en foranstaltning fremfor bøde eller betinget dom, kan medvirke til at forklare stigningen i antallet af foranstaltningsdomme.

Vurdering

De kriterier, der afgør, om der skal indhentes oplysninger om de mentale forhold med henblik på en eventuel foranstaltning har ikke ændret sig af betydning de seneste mange år, jf. Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007. Derudover har det ikke været muligt at belyse udviklingen i praksis. En sådan analyse vil kræve en større undersøgelse, som blandt andet forudsætter en vurdering af en given sags udfald i eksempelvis 2005 sammenlignet med samme undersøgelse for en sag i eksempelvis 2012. Dette har ikke været muligt inden for rapportens rammer.

Tiltalefrafald

Hypotese

Anvendelsen af tiltalefrafald, dvs. anklagemyndighedens undladelse af at forfølge en påtale i en straffesag, hvor den mistænkte skyld anses for bevist, men straf ikke findes påkrævet, kan forventes at påvirke antallet af foranstaltningsdomme. Det er en forudsætning for at meddele tiltalefrafald, at sigtedes skyld er utvivlsom, eller at alle faktiske omstændigheder i forbrydelsens gerningsindhold er erkendt. Det beror på en konkret vurdering, om statsadvokaten bør meddele tiltalefrafald for kriminalitet begået under en igangværende foranstaltning.

Frafaldes færre domme, vil antallet af foranstaltningsdomme stige. Derfor er det relevant at se på, i hvilket omfang retsplejelovens regler om tiltalefrafald efter retsplejelovens § 722, stk. 2., anvendes, når anklagemyndigheden skal træffe afgørelse i en straffesag.

Det følger af retsplejelovens § 722, stk. 2., at tiltale kan frafaldes, hvis der foreligger særlig formildende omstændigheder eller andre særlige forhold, og påtale ikke kan anses for påkrævet af almene hensyn. Bestemmelsen er blandt andet relevant for de mentalt afvigende, der – uden dom - allerede er undergivet den foranstaltning, fx anbringelse på psykiatrisk afdeling eller anden institution, psykiatrisk behandling, eller lignende, der antagelig ville blive resultatet, såfremt der blev rejst tiltale. Bestemmelsen anvendes som udgangspunkt ikke ved grovere kriminalitet. Se nedenstående faktaboks.

Faktaboks. Tiltalefrafald. Retsplejelovens § 722

§ 722. Tiltale i en sag kan helt eller delvis frafaldes i tilfælde,

- 1) hvor den påsigtede lovovertrædelse efter loven ikke kan medføre højere straf end bøde og forholdet er af ringe strafværdighed,
- 2) hvor det i medfør af § 723, stk. 1, fastsættes som vilkår, at sigtede undergives hjælpeforanstaltninger efter § 52 i lov om social service,
- 3) hvor sigtede var under 18 år på gerningstidspunktet, og der fastsættes vilkår efter § 723, stk. 1,
- 4) hvor straffelovens § 10 b eller § 89 er anvendelig, når det skønnes, at ingen eller kun en ubetydelig straf ville blive idømt, og at domfældelse heller ikke i øvrigt vil være af væsentlig betydning,
- 5) hvor sagens gennemførelse vil medføre vanskeligheder, omkostninger eller behandlingstider, som ikke står i rimeligt forhold til sagens betydning og den straf, som i givet fald kan forventes idømt,
- 6) hvor lovgivningen indeholder særlig hjemmel for, at tiltale kan frafaldes, eller
- 7) hvor dette følger af bestemmelser fastsat af justitsministeren eller rigsadvokaten.

Stk. 2. I andre tilfælde kan tiltale kun frafaldes, hvis der foreligger særlig formildende omstændigheder eller andre særlige forhold, og påtale ikke kan anses for påkrævet af almene hensyn.

Stk. 3. (...)

Vurdering

En manuel gennemgang af sagerne for 2013 og 2014 hos Statsadvokaten i henholdsvis Viborg og København viser, at bestemmelsen om tiltalefrafald ikke har den store anvendelse i praksis, i alt 12 tilfælde i 2013 og 13 tilfælde i 2014, og bestemmelsen er primært anvendt ved overtrædelse af straffelovens § 119 om vold eller trusler om vold overfor personer, der handler i offentlig tjeneste. Det skal bemærkes, at dette er et stærkt begrænset udsnit.

Tidsbegrænsning

Hypotese

I 2000 indeholdt en ændring af straffeloven blandt andet fastsættelse af længstetid for foranstaltninger, der angår mindre alvorlig kriminalitet. Ændringen betyder, at i sager, hvor der idømmes en foranstaltning efter §§ 68-69, kan der også fastsættes en tidsbegrænsning for foranstaltningen. Denne vil i de fleste sager være 5 år. I sager, hvor den dømte findes skyldig i drab, røveri, frihedsberøvelse, voldtægt, alvorlig voldsforbrydelse, brandstiftelse, o.l. eller i forsøg herpå, fastsættes som hovedregel ikke en længstetid for foranstaltningen. Før lovændringen var der ikke tidsbegrænsning på foranstaltninger. Tidsbegrænsningen angår omkring 60 pct. af foranstaltningsdommene.

Tidsbegrænsningen formodes at øge antallet af foranstaltningsdomme, fordi det nu i tilfælde af ny kriminalitet under foranstaltningen kan forekomme mere relevant at give en ny foranstaltning og dermed få forlænget den tid, personen kan underkastes behandling, frem for - som det tidligere var praksis - at give tiltalefrafald under henvisning til, at tiltalte allerede er underkastet en ikke-tidsbegrænset foranstaltning.

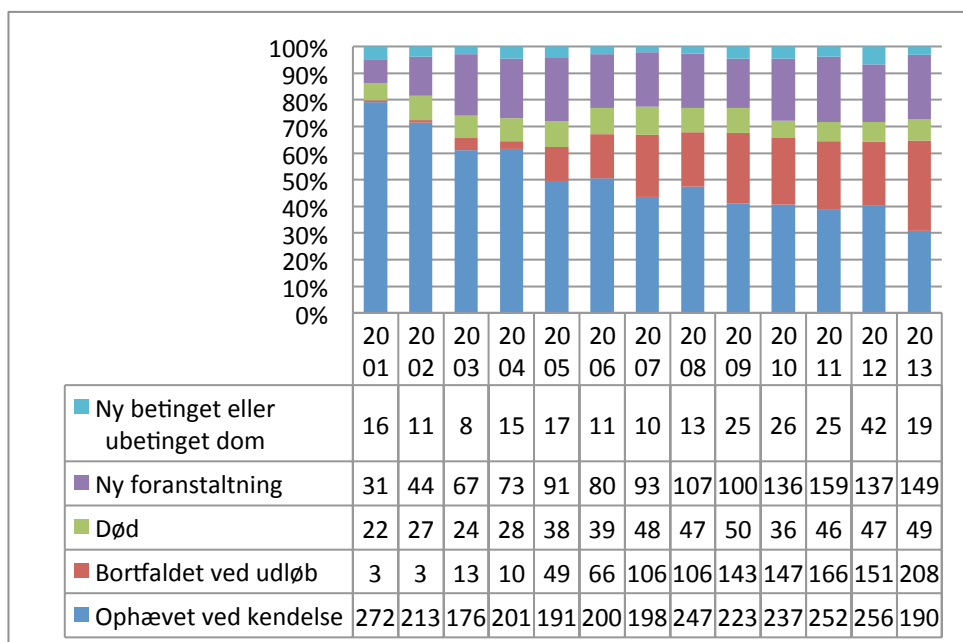
Vurdering

Flere ting tyder på, at lovændringen, der indebærer indførelse af længstetider for foranstaltninger, kan være med til at forklare stigningen i antallet af foranstaltningsdomme til tidligere dømte.

Som det fremgår af Justitsministeriets Forskningskontors analyse, bemærkes det, at tendensen til at idømme tidligere dømte ny foranstaltning især er stigende efter lovændringen i 2000. Mens andelen i tiåret inden 2000 var knap 20 pct., så stiger andelen, der vedrører tidligere dømte til 30 pct. i 2010, hvorefter andelen er stabil, se figur 2.

Hvorvidt tidsbegrænsningen er årsag til denne stigning kan yderligere belyses ud fra antagelsen om, at mange af de tilfælde, hvor en tidligere dømt idømmes en ny foranstaltning, sker i umiddelbar forlængelse af den tidligere dom, illustreret ved nedenstående figur 8.

Figur 8: Afsluttede foranstaltningsdomme fordelt efter typen af afslutning, andele og antal, 2002-2013



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015

Note: Mentalt handicappede er medtaget i denne figur.

Figur 8 viser stigningen i andelen af domme, der afsluttes med idømmelse af en ny foranstaltning. Alt i alt sker der i den undersøgte periode et fald i andelen af domme, der er afsluttet planmæssigt ved bortfald efter den fastsatte tid eller ved ophævelse, fra omkring 80 pct. i 2001 til omkring 65 pct. i 2013, mens der i samme periode sker en stigning af andelen, der afsluttes med idømmelse af en ny foranstaltning eller en frihedsstraf. At tidsbegrænsningen kan være med at forklare denne udvikling bekræftes af, at stigningen i nye foranstaltningsdomme primært finder sted frem til 2006, hvorefter den er stabil. Tidsbegrænsningen blev indført i 2000, men viser først sin effekt, når dommene er udløbet, hvilket ofte vil være efter 5 år, altså fra 2006.

Ser man på varigheden af foranstaltningsdomme fra 2001-2007, er der en tendens til stigning i antallet af foranstaltningsdomme med varighed over 5 år. Mens det i 2001 var 18 pct., der varede mere end 5 år, udgjorde det tilsvarende tal i 2007 31 pct.

Indenfor afslutningen af foranstaltningsdomme er det relevant at se på fordelingen mellem de to analyserede grupper, §§ 16, stk.1, 1. pkt. og 69, illustreret ved nedenstående tabel 4.

Tabel 4: Antal og andel afsluttede foranstaltningsdomme fordelt efter typen af afslutning og mental tilstand, medio 2000-2013

	§ 16, stk.1, 1. pkt.		§69	
	Antal	Andel i pct.	Antal	Andel i pct.
Ophævet ved kendelse	1274	39	60	49
Bortfald ved udløb	744	23	232	19
Død	354	11	81	7
Ny foranstaltning	786	24	206	17
Ny betinget eller ubetinget dom	83	3	102	8
I alt	3241	100	1223	100

*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015.

Af tabel 4 fremgår det, at en større del af dommene ophæves eller bortfalder for dømte efter § 69, end tilfældet er for dømte efter § 16, stk.1, 1. pkt. Sidstnævnte har en højere dødelighed og bliver i højere grad idømt nye foranstaltninger ved afslutning af den tidligere. Dømte efter § 69 bliver derimod hyppigere idømt en ny betinget eller ubetinget dom som følge af kriminalitet under foranstaltningen.

Ændring af straffeloven i 2000 medførte desuden, at der gennemføres regelmæssig domstolskontrol med de foranstaltninger, der ud fra karakteren af forbrydelsen ikke tidsbegrænses. Obligatorisk domstolskontrol finder sted efter 5 år, medmindre der forud herfor sker begæring herom.

Tidsbegrænsningen bidrager således til at forklare stigningen i antallet af domme.

Forebyggelse af recidiv

Hypotese

En stigning i antallet af domme kan yderligere formodes at skyldes en stigning i recidiv, dvs. tilbagefald til kriminalitet for mennesker med psykiske lidelser efter ophævet eller bortfaldet foranstaltning.

Vurdering

Der er ikke gennemført analyser vedrørende udviklingen i recidiv for retspsykiatriske patienter over en længere periode.

Danmarks Statistik har dog siden 2010 udarbejdet en recidivstatistik for retspsykiatriske patienter. I denne gruppe er mentalt handicappede inkluderet, men udgør en lille del, hvorfor inklusionen ikke vurderes at påvirke det generelle billede.

Oplysningerne fra Danmarks Statistik, viser en stabil udvikling i recidivprocenten fra 2007-2010. For perioden er der registreret recidivital for retspsykiatriske patienter på henholdsvis 25, 28, 27 og 26 pct. Dog viser disse tal ikke kun recidiv til ny foranstaltning, da tallene angår tilbøjeligheden til ny kriminalitet generelt indenfor to år efter bortfald eller ophævelse af foranstaltningsdom. Kriminalitet generelt indbefatter således også strafferetlige afgørelse som eksempelvis fængsel og bøde. Hvilken form for dom, der er tale om ved recidiv, vides ikke. Dermed er det ikke

muligt præcist at vurdere, i hvilken udstrækning flere retspsykiatriske patienter reciderer til ny foranstaltningsdom.

Det skal tilføjes, at recidivprocenten for dem, der har afsonet en fængselsstraf ved seneste opgørelse var 64 pct., hvilket er betydeligt højere end for de foranstaltningsdømte.

Etnicitet

Hypotese

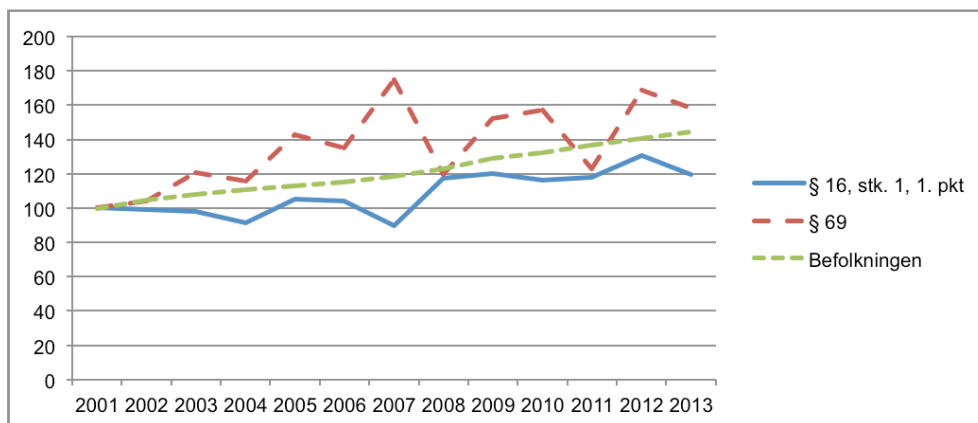
Der har været rejst spørgsmål om, hvorvidt stigningen i foranstaltningsdomme skyldes en stigning i antallet af personer med anden etnisk baggrund end dansk, der idømmes en foranstaltning, fordi der i stigende grad er kommet fokus på denne persongruppe.

Vurdering

Hypotesen afvises, idet udviklingen i indvandreres og efterkommeres andel af foranstaltningsdomme sammenlignet med udviklingen i antallet af indvandrere og efterkommere i befolkningen følges tæt ad. Der er således ikke belæg for, at stigningen i foranstaltningsdomme skyldes, at foranstaltningsdomme hyppigere anvendes over for mennesker af anden etnisk herkomst. Dette fremgår af nedenstående figur 8.

Til denne udvikling bemærkes det yderligere, at andelen af indvandrere og efterkommere blandt de foranstaltningsdømte samlet set svarer ganske godt til det, der ses for Kriminalforsorgens klientel.

Figur 9: Foranstaltningsdomme, der vedrører indvandrere og efterkommere fordelt efter mental tilstand, angivet i andele samt indvandreres andel af befolkningen, indekseret, 2001-2013.



*Kilde: Justitsministeriets Forskningskontor, oktober 2015.

6. Forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser

Af ekspertgruppens kommissorium fremgår det, at de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser skal beskrives. Dette vil følgende afsnit beskrive samt komme med eksempler på konkrete indsatser. Der er ikke tale om en udtømmende beskrivelse af konkrete indsatser.

Forebyggelse af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser

Forebyggelse, af at antallet af behandlingsdømte stiger, handler blandt andet om at mindske forekomsten af kriminalitet blandt mennesker med psykisk lidelse.

En betydelig del af denne indsats hører hjemme uden for den regionale psykiatri, og handler om forebyggelse af en mangeårig marginaliserings- og udstødsesproces, som mange psykiatriske patienter gennemlever. Tidlig opsporing og diagnostik, viden og indsats i den primære sektor samt tilgængelig psykiatrisk behandling og opfølgning er centrale forhold i den henseende.

Forebyggelse af kriminalitet i psykiatrien handler om at forebygge kriminalitet hos de patienter i behandling, der ikke har en psykiatrisk særforanstaltning (primær profylakse), men handler herudover også om at forebygge ny kriminalitet (recidiv) hos de retspsykiatriske patienter, der allerede er dømt (sekundær profylakse).

Det er tidligere vist, at risikoen for kriminalitet øges ved forekomst af psykisk sygdom. Risikoen er størst hos patienter med skizofreni. Risikoen for vold øges af tilstedeværelse af udvalgte psykotiske symptomer og misbrug kombineret med psykisk lidelse. Yderligere vurderes det, at sociale faktorer også har betydning for kriminalisering hos mennesker med psykiske lidelser, såvel som for mennesker, der ikke har en psykisk lidelse,.

Væsentlige elementer i forhold til at forbygge kriminalitet (og kriminalitetsrecidiv) er derfor:

- At opspore og behandle psykiske lidelser samt fastholde patienterne i behandlingen
- At begrænse misbrug
- At modvirke sociale faktorer, der bidrager til yderligere risiko for kriminalitet

Fokus på faktorer, der øger risikoen for kriminalitet, vil derfor være af betydning for både forebyggelse af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser og forebyggelse af kriminalitet blandt retspsykiatriske patienter. Nærværende rapport fremhæver et udsnit af eksempler på forebyggende indsatser, der har til formål at forebygge kriminalitet hos personer, der enten har en foranstaltningsdom, som udgør en særlig sikkerhedsrisiko eller som er særligt udsatte i forhold til at udvikle eller fortsætte kriminel adfærd. Hvad angår forebyggelse af kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser, er der tale om en omfattende mængde af initiativer, som blandt andet kan findes i satspuljeaftalerne for sundheds- og socialområdet.

Konkrete eksempler på forebyggende indsatser

PSP-samarbejdet (samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri)

Som beskrevet i rapport fra psykiatriudvalget, er PSP-samarbejdet mellem politi, sociale myndigheder og den regionale psykiatri meget centralt for en sammenhængende og forebyggende indsats. I flere politikredse deltager Kriminalforsorgen i samarbejdet. Formålet er at koordinere politiets, de sociale myndigheders og den regionale psykiatris indsats. Samarbejdet sikrer, at borgerne får bedst mulig hjælp, og forebygger, at udsatte borgere udvikler eller fortsætter kriminel adfærd.

Kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2011 konkluderer, at aktørerne generelt oplever, at PSP-samarbejdet har skabt positive forandringer i indsatsen for borgeren og givet grundlag for væsentlig erfaringsudvekslinger og nye konstruktive samarbejdsrelationer myndighederne imellem.

Undersøgelsen viser også, at et vellykket PSP-samarbejde kræver, at ledelsen vedvarende giver samarbejdet opmærksomhed, medvirker til at give samarbejdet legitimitet og tager stilling til, hvordan man bedst indretter samarbejdet efter lokale forhold. Det bemærkes, at et godt PSP-samarbejde tillige fordrer, at man træffer klare valg i forhold til, hvor bred eller smal en definition af PSP-brugere, man ønsker at målrette samarbejdet imod.

Der er etableret styregrupper med deltagelse fra regionspsykiatrien på direktørniveau. Hovedparten af PSP-indsatsen er forankret helt lokalt, for eksempel mellem en eller to kommuner, en politistation og et distriktspsykiatrisk center. Der er derfor stor variation i de regionale PSP-indsatser, og de er generelt velfungerende.

Fællesspsykiatrisk retningslinje: Samarbejde og ansvar omkring ikke-retslige patienter og beboere, der udgør en særlig sikkerhedsrisiko

I Region Midtjylland er man i den afsluttende fase med at udarbejde en gensidig forpligtigende samarbejdsstruktur mellem behandlingspsykiatrien og regionale sociale bosteder omkring ikke-retslige patienter/beboere, der er i psykiatrisk behandling og udgør en særlig sikkerhedsrisiko. Formålet er at sikre sammenhæng i den psykiatriske behandling og sociale indsats.

De fælles retningslinjer omhandler:

- Behandlingsansvar
- Den psykiatriske handlingsplan
- Behandlingspsykiatriens kontakt til patienten
- Det regionale sociale bosteds opgaver
- Samarbejde og koordination
- Omfanget af den sociale indsats
- Indlæggelse
- Dokumentation

Målgruppen er alle behandlere i regionspsykiatrien Region Midtjylland, der har behandlingsansvar/-indsats for ikke-retslige patienter, der er i psykiatrisk behandling, som udgør en særlig sikkerhedsrisiko, og som bor på et regionalt socialt botil-

bud. Retningslinjen vedrører ikke patienter, der er dømt til anbringelse på psykiatrisk afdeling eller har en behandlingsdom eller dom til ambulans behandling.

Samarbejdsaftale vedr. retspsykiatriske patienter TTM (Tværgående Team på Myndighedsområdet)

Der er etableret et tværsektorielt samarbejde mellem Region Midtjylland, Kriminalforsorgen og Aarhus Kommune om de fælles retspsykiatriske patienter som vurderes at udgøre en særlig sikkerhedsrisiko.

Vurderingen heraf tager udgangspunkt i den tidligere begåede personfarlige kriminalitet, aktuel ustabilitet i sygdom og behandling samt aktuel risikovurdering ift. farlighed.

Der udarbejdes en fælles liste med patienter på baggrund af regionens og Kriminalforsorgens vurdering af patientens sikkerhedsrisiko og efterfølgende enighed med kommunen.

Samarbejdet er inddelt i to niveauer: det overordnede myndighedsniveau, der behandler samtlige sager og det daglige driftsniveau, der samarbejder om den enkelte sag.

Samarbejdet opleves af Aarhus Kommune og psykiatrien som frugtbar og velfungerende.

I forhold til det kommunale niveau opleves samarbejdet som tryghedsskabende i forhold til de kommunale medarbejdere som har den daglige kontakt til patienterne f.eks. på de botilbud, hvor patienterne måtte have ophold.

Styrket indsats til forebyggelse af vold

De senere år er der i psykiatrien implementeret evidensbaserede risikovurderingsinstrumenter BVC (Brøset Violence Checklist), START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) og HCR-20 (Historical Clinical Risk), dog i varierende grad på de enkelte afdelinger.

BVC anvendes minimum tre gange dagligt med henblik på at vurdere og være på forkant med aggressions-/konfliktoptræning og iværksætte relevante tiltag. START foretages ca. hver tredje måned, med henblik på at vurdere patientens risici i forhold til udadreagerende adfærd/ny kriminalitet og hans ressourcer til at overkomme disse og tilrettelægge behandlingen således, at ressourcerne anvendes til at minimere risikoen. HCR-20 anvendes i forhold til en langtidsvurdering af patientens risiko, specielt i forbindelse med ændring/ophævelse af foranstaltning.

Et eksempel på forebyggelse med risikovurderingsinstrumentet BVC er nedenstående satspuljeprojekt, som er på socialområdet vedrørende vold på botilbud.

Styrket indsats til forebyggelse af vold på botilbud

Formålet med dette satspuljeprojekt på socialområdet er at forebygge vold på botilbud og forsorgshjem med afsæt i gode erfaringer med redskaberne "mestringskema" i Region Nordjylland og Brøset Violence Checklist (BVC), som er udviklet og

valideret i behandlingspsykiatrien. Kombinationen af mestringskemaet og BVC skal bidrage til en styrket systematisk tilgang til risikovurdering og dialog om vold og magtanvendelse. Mestringskemaet kan beskrives som et samarbejds- og dialogredskab, mens BVC kan ses som et screeningsredskab, som personalet kan anvende. Kombinationen af de to redskaber skal understøtte, at der fokuseres på sikkerhed for personale og borgere, samtidig med at borgernes mestringssevne øges. Ud fra international forsknings dokumentation af fordele ved fokusskifte fra restriktiv magtanvendelse og sanktioner til forebyggelse og konflikthåndtering har projektet en helhedsorienteret tilgang, og der lægges vægt på at inddrage borgernes ressourcer og erfaringer med henblik på at styrke borgernes mestringssevne og mulighed for recovery. Ønsket med projektet er yderligere at styrke vidensgrundlaget om voldsforebyggelse.

Målgruppen er borgere med kognitive funktionsnedsættelser eller svære psykiske lidelser, som bor på kommunale, regionale og private botilbud, herunder forsorgshjem, samt fagprofessionelle, som er ansat på kommunale regionale og private botilbud, herunder forsorgshjem.

Projektet løber fra 2015-2018, hvor op til ti botilbud og to forsorgshjem kan modtage støtte fra puljen. I satspuljeaftalen på det sociale område for 2015 er der afsat 15,5 mio. kr.

Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud

Projektet afprøver en undervisnings- og træningspakke, som kombinerer Low Arousal (LA) og Feedback Informed Treatment (FIT). Formålet er, at opnå en reduktion i omfanget af voldelig adfærd samt mindske magtanvendelser på socialpsykiatriske botilbud.

Baggrunden for projektet er, at trusler og vold ofte er forløbere til magtanvendelse. Det er dokumenteret, at personalet på botilbud utilsigtet kan være med til at optrappe konflikter gennem deres måde at kommunikere på. Der eksisterer en dokumenteret sammenhæng mellem en høj grad af brugerinvolvering og en reduceret brug af magtanvendelse.

Formålet er at reducere omfanget af truende og voldelig adfærd på socialpsykiatriske botilbud og, i forlængelse heraf, mindske omfanget af magtanvendelse på botilbuddene. Borgere og fagprofessionelle skal have bedre redskaber til at forebygge konflikter og magtanvendelsessituationer. Reduceringen i omfanget af truende og voldelig adfærd samt mindskelsen i omfanget af magtanvendelse opnås gennem udvikling og afprøvning af en særlig tilrettelagt undervisnings- og træningspakke. Pakken kombinerer elementer fra tilgangen Low Arousal (LA) og redskabet Feedback Informed Treatment (FIT). Low Arousal (LA) er en ikke-konfronterende tilgang til truende og voldelig adfærd, som fokuserer på at søge fredelige løsninger med den enkelte borger i centrum og kontrol. Feedback Informed Treatment (FIT) er et evidensbaseret metaredskab, som kombinerer udviklingen af øgede kommunikative kompetencer hos borgere og fagprofessionelle med et fokus på borgeroplevet trivsel og egenkontrol.

Projektperioden løber fra 2014 til 2017, hvor den primære målgruppe er borgere med svære psykiske lidelser, som bor på kommunale og regionale socialpsykiatriske botilbud i henhold til Servicelovens §§ 107 og 108 samt Almenboliglovens §

105. Den sekundære målgruppe er fagprofessionelle, der arbejder på socialpsykiatriske botilbud.

Isolerede sindslidende i egen bolig

Formålet med dette projekt er at nedbringe antallet af mennesker med alvorlige psykiske vanskeligheder, som lever isoleret i deres egen bolig og nedbringe antallet af mennesker med alvorlige psykiske vanskeligheder, der udsættes af deres bolig. Dette skal opnås gennem en styrket systematisk indsats i det opsporende og socialfaglige arbejde, som kommunerne gennemfører.

Baggrunden for projektet er, at kommunernes opsporende og socialfaglige indsats for projektets målgruppe er udfordret af, at målgruppen lever tilbagetrukket, ikke gør opmærksom på sig selv og ofte er vanskelig at komme i kontakt med. I projektet afprøves en metode, der ved hjælp af en systematisk tilgang kan bidrage til at opspore borgere i projektets målgruppe, skabe en relation til dem og opbygge et samarbejde om dem på tværs af kommunale sektorer. Metoden består af to delindsatser. Dels en opsporende indsats, der lægger vægt på indirekte opspøgende arbejde, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og aktivering af civilsamfundet. I indsatsen anvendes redskaberne 'Geografisk afdækning' og 'Kommunikationsstrategi'. Dels en socialfaglig indsats, der lægger vægt på kontakt- og relationskabelse samt brobygning og overdragelse. Projektet bygger videre på gode erfaringer fra det tidligere udviklingsprojekt, Isbryderprojektet.

Projektet løber fra 2013-2016, hvor målgruppen er borgere med alvorlige psykiske vanskeligheder, som lever isoleret og under uacceptable forhold i deres egen bolig. Målgruppen er en delmængde af målgruppen for kommunernes støtte- og kontaktpersonsordning under Servicelovens § 99 og vurderes til at omfatte knap 400 borgere på landsplan

Behandling

Behandling og rehabilitering af retspsykiatriske patienter – best practice

Behandlingen af retspsykiatriske patienter foregår i henhold til specialevejledningen for psykiatri på hoved- og regionsfunktionsniveau. I de fleste regioner behandles kun den mest komplekse gruppe af patienterne i den specialiserede retspsykiatri. Som den eneste region har Region Syddanmark samlet behandling af alle patienter, idømt behandlingsdom i retspsykiatrien. Der er således regionale variationer i snitflade. I nogle regioner har man på både hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau sengeafsnit med retspsykiatrisk kompetence.

Flertallet af retspsykiatriske patienter behandles i distriktspsykiatriske ambulatorier eller almenpsykiatriske Opsøgende Psykiatriteams. Der er regional variation, hvad angår mulighed for akut indlæggelse i specialiserede retspsykiatriske senge.

De vigtige grundelementer i behandlingen af den retspsykiatriske patient er:

- Etablering af en bæredygtig behandlingsrelation og fastholdelse af denne
- Medikamentel behandling, hvis det er relevant for grundlidelsen

- Samtaler med vejledende, støttende, udredende og psykoterapeutisk karakter (vægtet svarende til den konkrete problemstilling)
- Misbrugsbehandling, hvis dette er relevant
- Samarbejde med Kriminalforsorgen
- Netværksarbejde i bred forstand, det vil sige samarbejde med pårørende, kommune, støttenetværk, andre aktører i sundhedsvæsenet, osv.

Da de retspsykiatriske patienter imidlertid generelt har betydeligt længere indlæggelser end øvrige psykiatriske patienter, er der i den specialiserede retspsykiatri stort fokus på gode rammer og aktivitetsmuligheder⁴.

Behandlingen under indlæggelse foregår under velstrukturerede, stabile og forudsigelige rammer i et miljø præget af ligeværd og respekt.

Omdrejningspunktet for behandlingen er den psykiatriske sygepleje, som udøves af alle faggrupper i en sengeafdeling. Psykiatrisk sygepleje er et specialiseret område inden for sygeplejen rettet mod mennesker med psykisk lidelse. Sygeplejen tilrettelægges ud fra den enkelte patients GAF-niveau (Global Assessment of Function). GAF er en metode til at vurdere en patients psykosociale funktionsniveau. Sygeplejen tilrettelægges efter patientens symptomer, således at der gives en status på, hvordan patienten har det, og hvilken form for miljøterapi patienten primært har behov for. I den psykiatriske sygepleje arbejdes der med patientinvolvement, ugeskema, døgnrytme, jeg-støttende sygepleje, værdier, holdninger og normer, medicinering, observation og et trygt miljø med et lavt aggressionsniveau. Et centralt omdrejningspunkt er relationsbehandling, socialt samvær, samtaler og aktiviteter i miljøet.

En fast del af behandlingen er regelmæssig kontakt med behandlingsansvarlig læge og relevant medikamentel behandling.

Afhængig af patientens psykiske tilstand og behov suppleres der med:

- Aktiviteter, der kan bidrage til, at patienten erhverver, træner eller vedligeholder kompetencer, som medvirker til, at patienten kan klare sig efter udskrivelse, enten i eget hjem eller på institution. Aktiviteter kan være deltagelse i morgenmøde, praktiske gøremål, handle, forskellige fysiske aktiviteter i og uden for afdelingen.
- Misbrugsbehandling (forudsætter grundig udredning) i form af blandt andet psykoedukation og motiverende samtaler, som gentages i hele behandlingsforløbet. Tiltag individuelt og i gruppe. Specifik medicinsk behandling kan indgå.
- Misbrug er ikke tilladt under indlæggelse og adgangen til misbrugsstoffer forsøges begrænset, men det er ikke muligt at holde misbrugsstoffer helt ude af afdelinger.

⁴ Se eksempel på beskrivelse af aktivitetshus, vedlagt som bilag 9.

- Rehabilitering, dvs. en målrettet afgrænset samarbejdsproces mellem patient, eventuelle pårørende og fagfolk med henblik på, at patienter, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabiliteringen baseres på hele patientens livssituation, med udgangspunkt i patientens beslutninger. Den består af en koordineret sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Kriminalforsorgen

Kriminalforsorgen har til opgave at være koordinerende og formidlende instans i forhold til den psykiatriske afdeling, kommunen, bostedet og statsadvokaten.

Kontakt mellem Kriminalforsorgen og behandlende overlæge er vigtigt, især i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, men også løbende da Kriminalforsorgen og behandlende overlæge kan træffe afgørelse om indlæggelse i de tilfælde, hvor dommen giver mulighed herfor.

Tilsynsmyndigheden skal tage initiativ til at koordinere handleplaner med kommunen med henblik på at understøtte en langsigtet indsats og sikre kontinuitet i samarbejdet over for fælles klienter. Tilsynsmyndigheden skal således tage kontakt til kommunen senest 4 uger efter, at sagen er modtaget i tilsynsafdelingen.

Handleplaner er tilsynsmyndighedens redskab til i samarbejde med den dømte at udarbejde en plan for tilsynsperioden og tiden derefter. Denne plan skal jævnligt sammenholdes med forholdene i tilsynsperioden og om nødvendigt søges tilpasset ændringer i disse forhold.

Formålet med en handleplan er, at den skal være et redskab i arbejdet med at sikre de dømte mulighed for at kunne leve en kriminalitetsfri tilværelse samt give de dømte medansvar for tilsynsperioden og deres tilværelse generelt. Handleplanen vil være styrende for kontakten mellem den dømte og Kriminalforsorgen. Handleplanen er tillige et redskab, der kan styrke en systematisk sagsbehandling, som tager hensyn til alle den dømtes forhold, så der kan ske en sammenhængende planlægning af tilsynsperioden.

Tilsynsmyndigheden skal særligt være opmærksom på, om der er ændringer i den dømtes psykiske tilstand, herunder om den dømte er kriminalitetstruet. Især hvis der er tale om ændringer i den dømtes tilstand, som kan begrunde en indlæggelse, fx stofmisbrug og at undlade at tage medicin. Observeres sådanne ændringer, skal tilsynsmyndigheden rette henvendelse til den behandlende overlæge med henblik på, at der træffes afgørelse om, hvorvidt indlæggelse skal iværksættes.

Et egentligt tilsyn omfatter de perioder, hvor den dømte ikke er indlagt på hospital, selv om den dømte registreres som tilsynsklient også i indlæggelsesperioderne. Kriminalforsorgen fører ikke tilsyn med psykisk syge kriminelle, når de er indlagt på psykiatrisk afdeling.

Tilsynet sker enten ved, at den dømte møder hos tilsynsmyndigheder, eller som oftest at tilsynsmyndigheden besøger den dømte på bopælen.

LS/RNR – nyt risikovurderingsredskab

I forbindelse med Kriminalforsorgens flerårsaftale 2013-2016 er der for nylig indført et nyt risiko- og behovsvurderingsredskab (det såkaldte LS/RNR-redskab), både i fængsler og i tilsynsforløbet. "LS/RNR", betyder direkte oversat: "Level of Service / Risk, Need and Responsivity".

Afdækningen af klienternes risici- og behovsområder sker hovedsagelig ved hjælp af LS/RNR-redskabet, som er forskningsmæssigt efterprøvet og sikrer en standardiseret, struktureret vurdering af klientens risiko for tilbagefald til kriminalitet.

R: Risiko-princippet tilsiger, at jo højere risiko for tilbagefald til kriminalitet (recidiv) klienten har, jo mere intensiv indsats skal klienten have.

N: Behovsprincippet tilsiger, at indsatserne skal målrettes efter klientens kriminogene behov.

R: Modtagelighedsprincippet tilsiger, at indsatsen skal udføres, så den passer til klientens læringsstil, motivation og efter metoder, som har en dokumenteret effekt.

Risiko- behovsvurderingsredskabet inddeler klienterne i grupper med meget lav, lav, mellem, høj og meget høj risiko for ny kriminalitet, og giver mulighed for at Kriminalforsorgen kan tilrettelægge intensiteten af indsatsen således, at jo højere risiko for tilbagefald til kriminalitet, jo mere intensivt sættes der ind. Omvendt vil indsatsen for klienter med lav risiko for tilbagefald være mindre intensiv.

Der er otte kriminogene faktorer, som vurderes i LS/RNR, hvoraf de fire førstnævnte har størst sammenhæng med risiko for tilbagefald til kriminalitet:

1. Historik med antisocial adfærd
2. Antisocialt personlighedsmønster
3. Antisocial tænkning
4. Antisocial omgangskreds
5. Problemer i forhold til familie/partner
6. Problemer i forhold til skole/arbejde
7. Fritidsaktiviteter
8. Stof-/alkoholproblem.

Klienter, som scorer tilstrækkelig højt i forhold til risiko for ny kriminalitet, vil blive omfattet af et forløb med motiverende samtaler (det såkaldte MOSAIK). Dette gælder også for klienter med psykiatriske diagnoser, herunder persongruppen, der er omfattet af §§ 68-69, om end det ofte kan vise sig vanskeligt at gennemføre MOSAIK for denne persongruppe.

Konkrete indsatser for retspsykiatriske patienter

Særlig sundhedsaftale for de meste komplekse retspsykiatriske patienter, der udgør en særlig sikkerhedsrisiko

Kommunale bosteder, socialpsykiatriske døgninstitution, kommunale bostøtter, misbrugscenter og Kriminalforsorgen løfter i samarbejde med den ambulante retspsykiatri opgaven om behandling af ambulante patienter. Denne opgave kræver en betydelig indsats og koordinering. Der er et særligt fokus på sundhedsaftalerne, med henblik på, at kommuner og Kriminalforsorg påtager sig deres del af opgaven.

I Region Midtjylland er der besluttet en særlig sundhedsaftale vedrørende de mest komplekse retspsykiatriske patienter, der udgør en særlig sikkerhedsrisiko. Dermed ligger opgaven med at koordinere og overvåge på ganske få hænder i de enkelte instanser, hvilket synes at bære frugt.

Opsøgende retspsykiatriske teams

I alle regioner er der etableret opsøgende retspsykiatriske teams, som varetager den ambulante behandling af den del af patientgruppen, der har de mest komplekse problemstillinger. Erfaringen viser, at denne struktur giver mulighed for nødvendig fleksibilitet og vedholdenhed.

Netværksarbejde: koordinationsplaner og udskrivningsaftaler

Som støtte for det vigtige netværksarbejde kan anvendes dels koordinationsplaner og udskrivningsaftaler, som beskrevet i psykiatriloven, hvis betingelserne herfor er opfyldt, men også andre koordineringsredskaber anvendes, fx koordinerende handleplaner.

Retsdistriktspsykiatri (RDP)⁵

I december 2007 startede Region Syddanmark den regionsdækkende retsdistriktspsykiatri som et treårigt satspuljeprojekt. Projektet er gjort permanent. Formålet er at give alle, der er idømt en behandlingsdom et behandlingstilbud, der tilgodeser såvel patientens behov for specialiseret psykiatrisk behandling som hensynet til en effektiv, målrettet, kriminalpræventiv indsats.

Hovedparten af de behandlingsdømte patienter har vilkår om at følge tilsyn ved Kriminalforsorgen i frihed. Behandlingen foregår i et samarbejde mellem Retspsykiatrisk Distriktspsykiatri og Kriminalforsorgen, hvor der holdes regelmæssige, planlagte samråd mellem lokalafdelingen og et RDP-team.

Den psykiatriske behandling foregår i samarbejde med en lang række samarbejdspartnere, herunder regionens 22 kommuner. Over en tredjedel af de retspsykiatriske patienter har en kommunal tildelt støttekontaktperson eller bostøtte. En del af patienterne oppebærer førtidspension og en gruppe er uden eller med marginal tilknytning til arbejdsmarkedet eller har behov for særlig fokus på deres børn. Der er således behov for et tæt samarbejde mellem psykiatri og kommune samt med boinstitutionerne, hvor ca. en tredjedel af patientgruppen har bopæl.

En større gruppe af patienterne har eller har haft alkohol eller rusmiddelmisbrug, hvorfor der tilsigtes behandling i koordination med alkohol- og rusmiddelcentre.

RDP yder en kombination af medicinsk behandling, individuelt tilpassede samtaleforløb og støtte til gennem samarbejdspartnere at sikre sociale foranstaltninger efter behov.

Der er særlig fokus på at opretholde god compliance. Dette sker gennem målrettet motivationsarbejde med patienten, blandt andet med opmærksomhed rettet på det

⁵ Se Retsdistriktspsykiatri, RDP, i Region Syddanmark, vedlagt som bilag 10.

kriminalpræventive sigte gennem kontrol, men også gennem praktisk støtte via apotekets dosisdispensering, hjemmesygeplejerske eller bostedsmedarbejder, og ved ansøgning om kronikertilskud eller udlevering af vederlagsfri medicin. Der foretages vurdering af helbredstilstanden gennem egen læge og via blodprøvekontrol eller andet, eventuelt på foranledning af retspsykiatrien.

Den opsøgende retspsykiatrisk funktion

Region Nordjylland påbegyndte den 15. september 2012 et satspuljeprojekt vedrørende opsøgende retspsykiatrisk funktion, som ved udgangen af 2015 fortsætter regionsfinansieret.

Her gives 20 patientforløb ad gangen en mere intensiv og opsøgende kontakt end for de øvrige patienter. For hver patient er der imidlertid allerede et team bestående af behandlingsansvarlig overlæge, distriktssygeplejerske og socialrådgiver, som, afpasset efter de individuelle behov, varetager behandlingen.

Da alliancen til patienten betragtes som det bærende element, fastholdes kontakten til de personer, som patienten allerede har kontakt til, i perioder, hvor der er behov for opsøgende funktion, og den eneste forandring er derfor hyppigheden af kontakt.

De overordnede mål for projektet har været at reducere antallet af sengedage for patienterne tilknyttet det opsøgende team, at forbedre kvaliteten af behandlingen og give øget tilfredshed hos de omfattede patienter og deres pårørende samt at mindske recidiv af kriminalitet og medicinsvigt.

Evaluering viser korterevarende indlæggelser end de øvrige patienter. Dog er det opfattelsen, at det ikke altid er gældende, da den øgede kontakt også giver øget mulighed for at observere tegn til forværring eller risikofaktorer i forhold til ny kriminalitet, og det er vanskeligt at finde en relevant kontrolgruppe til at vurdere effekten. Til gengæld er det gennemgående patienternes oplevelse, at den hyppigere kontakt opleves positiv, og at både patienter og pårørende oplever tilgængeligheden i det opsøgende team positivt.

Også i de øvrige regioner findes opsøgende retspsykiatriske teams: I Region Hovedstaden findes to opsøgende retspsykiatriske teams, hvoraf det sidst tilkomne startede som satspuljeprojekt i 2010 og senere er gjort permanent. Endvidere er der tilbud om sparring og vejledning til almenpsykiatrien fra den regionale retspsykiatri.

I Region Sjælland er der som en særlig konstruktion i 2008 etableret et retspsykiatrisk kompetencecenter, som ud over udviklingsopgaver også varetager funktionen med opsøgende retspsykiatrisk behandling for 90 patienter med de mest komplekse problemstillinger⁶.

I Region Midtjylland er satspuljemidler, modtaget over tre gange siden 2007, nu permanentgjort, således der er økonomi til at give 200 retspsykiatriske patienter en opsøgende indsats i Risskov og Viborg.

⁶ Se bilag 12 og 13 for nærmere beskrivelse

Koordinerende handleplaner - Region Sjælland

Den koordinerende handleplan er et af de opsøgende distriktssygeplejerskers vigtigste arbejdsredskaber i netværksarbejdet, hvor sygeplejerskerne fungerer som tovholder omkring patienten og dennes behandling i arbejdet med de vanskeligste almenpsykiatriske patienter med retslige foranstaltninger.

En koordinerende handleplan er et enkelt redskab, der sikrer såvel inddragelse som forpligtelse fra alle aktører, herunder også patienten og dennes pårørende. Desuden sikrer handleplanen, at alle parter har de relevante oplysninger om patientens status og aftaler såvel som opdaterede kontaktoplysninger på patienten og alle parter omkring patienten og udarbejdes til møde med deltagelse af involverede parter.

Handleplanen udarbejdes på et handleplansmøde, hvor de involverede parter omkring patienten er til stede; det være sig kommune, kriminalforsorg, psykiatrien og øvrige involverede i patientens forløb. Optimalt set er også patienten selv til stede.

I behandlingsperioden afholdes der jævnligt opfølgende, koordinerende handleplansmøder, hvor alle aktører er indkaldt. Møderne afholdes ca. hver 3. måned, men under stabile forløb kan det aftales, at møderne indkaldes med op til 4-6 måneders intervaller.

Patienten kan udskrives fra behandling, når behandlingsforløbet anses for så stabilt, at der ikke mere er behov for særlig og opsøgende støtte og behandling. Overordnet vurderes dette med henblik på at imødegå recidivrisiko for forværring af den psykiske sygdom og fornyet kriminalitet. Vurderingen heraf gennemføres på en tværfaglig behandlingskonference, og når der er truffet beslutning, indkaldes der til et opfølgende koordinerende handleplansmøde, hvortil relevante kontaktpersoner fra distriktskykiatrien indkaldes. På mødet lægges konkrete planer for en udskrivningsfase og evt. overlappingsfase. Der aftales dato for et afsluttende koordinerende handleplansmøde, efter ca. 2-3 måneder, hvor behandlingsansvaret endeligt overdrages til ny behandlingsansvarlig overlæge.

Også i andre regioner er der fokus på koordinering af indsatser og et særligt fokus på sundhedsaftalerne, med henblik på at kommuner og Kriminalforsorg påtager sig deres del af opgaven. I Region Midtjylland er det besluttet, at en særlig sundhedsaftale vedrørende de dårligste retspsykiatriske patienter skal sikre at opgaven med at koordinere og overvåge ligger på ganske få hænder i de enkelte instanser, hvilket synes at bære frugt.

Som støtte for det vigtige netværksarbejde anvendes yderligere dels koordinationsplaner og udskrivningsaftaler som beskrevet i psykiatriloven.

Ungescreening i fængsler og arresthuse

I 2012 blev der i forbindelse med satspuljeforhandlingerne iværksat en screeningsordning, så samtlige 15-17-årige i fængsler og arresthuse screenes for at afdække eventuelle psykiatriske problemer.

Screeningsprojekt for psykisk syge indsatte

Kriminalforsorgen har på baggrund af satspuljemidler i perioden 2009-2012 gennemført et screeningsprojekt for psykisk sygdom (sindssygdom) blandt varetægtsarrestanter i Vestre Fængsel.

Resultaterne er offentliggjort i en rapport fra december 2013. Formålet med projektet var at afprøve, om der kunne udarbejdes et screeningsredskab til kriminalforsorgens sygeplejersker, som systematisk kunne understøtte tidlig identifikation af tegn på psykisk sygdom og behov for psykiatrisk tilsyn blandt varetægtsfængslede. Konklusionen var, at det ikke var muligt. Undersøgelsen omfattede 672 varetægtsarrestanter. 8 procent af disse (svarende til 54 personer) havde en psykisk sygdom (var sindssyge) og burde derfor ikke have ophold i kriminalforsorgens institutioner, men behandles i det almindelige psykiatriske behandlingssystem. Yderligere 83 procent af de undersøgte varetægtsarrestanter (svarende til 559 personer) fik stillet en anden form for psykiatrisk diagnose i forbindelse med den psykiatriske udredning. En meget stor del af disse var misbrugsdiagnoser.

Undersøgelsens resultater kan ikke uden videre generaliseres til at gælde for den samlede varetægtspopulation eller for samtlige indsatte som helhed, fordi udenlandske varetægtsfængslede er udeladt, unge indsatte var overrepræsenteret, og undersøgelsen udelukkende var baseret på varetægtsfængslede i Vestre Fængsel

Psykiatere i arresthusene

I forbindelse med Kriminalforsorgens flerårsaftale 2013-2016 fik Kriminalforsorgen midler til at tilknytte en psykiatrisk konsulent nogle timer ugentligt til alle landets arresthuse.

Modtagelsesprocedurer i fængsler

Som led i den modtagelsesprocedure, som er blevet etableret i fængslerne som en del af flerårsaftalen 2013-2016, skal personalet i forbindelse med indsættelsen gennemføre en afdækkende samtale med den nyindsatte, hvor der blandt andet spørges ind til eksempelvis medicinforbrug, og hvor det vurderes, om der er stof- og alkoholpåvirkning, tegn på abstinenser mm., og den indsatte har mulighed for at oplyse, om han eller hun tidligere har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem.

Klienter med opmærksomhedsforstyrrelse: samarbejde mellem kommuner og kriminalforsorgen

Der er for perioden 2016-2019 givet satspuljemidler til et pilotprojekt vedrørende samarbejdet mellem kommuner og Kriminalforsorgen for de af kriminalforsorgens klienter, som har en opmærksomhedsforstyrrelse.

Øvrige forhold af betydning for behandlingen af retspsykiatriske patienter

Uddannelse og kompetenceudvikling

Arbejdet med retspsykiatriske patienter stiller høje krav til alle involverede, såvel medarbejdere som læger, ligesom der er behov for en særlig viden. Med henblik

på at sikre de tilstrækkelige kompetencer er der på landsplan etableret kurser og uddannelse. I retspsykiatrisk interessegruppes regi har der siden 2003 været gennemført Ekspertuddannelsesforløb i Retspsykiatri med fire delkurser af tre dages varighed, primært rettet mod læger ansat i de retspsykiatriske afdelinger.

Oversygeplejerskerne i de retspsykiatriske afdelinger varetager i samarbejde med Center for kompetenceudvikling i Region Midtjylland og Kompetencecentret i Glostrup:

- En landsdækkende diplomuddannelse for sygeplejersker
- En retspsykiatrisk uddannelse for SOSU-assistenter
- En tværfaglig retspsykiatrisk uddannelse.

Der afholdes herudover et årligt landsdækkende netværksseminar for plejepersonale af to dages varighed med relevant undervisning og foredrag. I de enkelte retspsykiatriske afdelinger pågår over alt en intensiv undervisning og vedligeholdelse i konflikthåndtering/deeskalering.

Der er fokus på til stadighed at vedligeholde og udvikle kompetencer med undervisning, kliniske konferencer med videre i afdelingerne.

De retspsykiatriske afdelingsledelser mødes minimum to gange årligt til erfaringsudveksling, vidensdeling og kvalitetsudvikling indenfor retspsykiatrien.

Fysiske rammer

Det er blevet påpeget, at fysiske rammer har betydning for kvaliteten af den retspsykiatriske behandling. Senest har regionerne med satspuljeaftalen for 2015-2018 fået tildelt 700 mio. kr. til bedre fysiske faciliteter og rammer i psykiatrien. Tidssvarende fysiske rammer og faciliteter er afgørende for at sikre effektiv ressourceanvendelse og arbejdsgange samt behandling af høj kvalitet med blandt andet effektive patientforløb, øget patientsikkerhed og -tilfredshed, og desuden mindre anvendelse af tvang. Fysiske faciliteter og rammer er ligeledes centrale for arbejdet med en sammenhængende indsats og et bredt behandlingsperspektiv, fx med fokus på motion, kreative og dagligdags aktiviteter, musikterapi, m.v.

Med finansiering fra Kvalitetsfonden har Region Sjælland i efteråret 2015 indviet et nyt topmoderne psykiatrisygehus i Slagelse med blandt andet en retspsykiatrisk afdeling med 50 senge og en Sikringsafdeling med 30 senge. Her er selve bygningen indtænkt som en del af behandlingen. Særligt i forhold til brugen af dagslys er bygningen unik. Den er disponeret med henblik på at sikre optimalt lysindfald, og der er brugt særlige lysreflekterende materialer, som gør, at bygningen kan oplyses med meget lille brug af kunstig belysning. Baggrunden er, at dagslys har dokumenteret positive effekter på helbredelsen både for somatiske og psykiatriske patienter. Dagslyset suppleres med den nyeste LED-teknologi, som stimulerer naturligt lys. LED-lyset kan reguleres meget detaljeret, således at belysningen kan bruges til at skabe en naturlig døgnrytme også i de mørkeste måneder, hvilket understøtter, at patienterne får en naturlig søvnrytme. Desuden arbejder projektet med lyd-dæmpende materialer, som giver en behagelig akustik, hvilket skal være med til at dæmpe konfliktniveauet på afsnittene. Både lys og lyd indgår også som en del af de særlige multi-stimuli rum, som skal bruges til at dæmpe urolige patienter på en skånsom måde, og som dermed fungerer som et alternativ til tvang.

De retspsykiatriske afsnit er indrettet efter samme mønster som i den almene psykiatri ud fra den grundtanke, at patienterne i videst muligt omfang skal undgå følelsen af at være fængslede. Der er dog mindre forskelle, som tilgodeser behovet for øget sikkerhed. Retspsykiatrien er eksempelvis mere kompakt anlagt end den almene psykiatri, hvilket sikrer gode oversigtsforhold for personalet, og haverne er anlagt med høj stedsegrøn beplantning, der forhindrer indkig til andre patientstuer. Adgangen til de retspsykiatriske afsnit sker gennem en sluse, som vanskeliggør rømning, og der opsat overvågningskameraer ved alle ind- og udgange. Samtidig indrettes der eksempelvis børnevenlige besøgsrum, som skal understøtte patienternes opretholdelse af en normal hverdag.

Den nye Sikringsbygning, som rummer de farligste patienter, har højere krav til sikkerheden end den øvrige retspsykiatri, og der er derfor etableret perimetersikkerhed i form af mur, laserdetektion og videoovervågning. Sikkerheden er forsøgt etableret så diskret som muligt for at mindske patienternes følelse af indespærring. Samtidig er patientstuerne større for at tilgodese, at patienternes ophold her er mere langvarige end de øvrige patienters.

Kvalitetsfonden har ligeledes finansieret det kommende byggeri på Sct. Hans Hospital i Roskilde, hvor man særligt har fokuseret på, at bygningen skal øge sikkerheden for både patienter og ansatte. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at alle badeværelser er faldsikrede, og at der ikke er mulighed for udspring eller selvskadende adfærd i bygningen. Bygningen disponeres desuden med let adgang til arealer for fysisk aktivitet, som skal virke som en aggressionsdæmpende foranstaltning.

Konkrete indsatser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

Stofmisbrugsbehandling

Kommunerne er ansvarlige for den sociale stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om ambulant-, dag- eller døgnbehandling (med undtagelse af den behandling, der finder sted i fængsler og arresthuse). Kommunens koordinering af de tværgående og tværsektorielle indsatser er afgørende for indsatsen på stofmisbrugsområdet. Målet er en helhedsorienteret indsats, hvor der ud over stofmisbruget efter behov fokuseres på bolig, arbejde, fysiske og psykiske sygdomme – og individuelle og sociale ressourcer.

Den sociale del af den kommunale indsats over for en person med stofmisbrug består ofte af:

- En behandlingsindsats rettet mod stofmisbruget (social og/eller lægelig)
- En bredere social indsats rettet mod personens sociale, arbejdsrelaterede og økonomiske situation
- En social og/eller psykiatrisk indsats rettet mod personens psykiske helbred
- En kontaktskabende og støttende indsats rettet mod de mest belastede mennesker med stofmisbrug

Hertil kommer den mere omsorgsorienterede indsats, der bl.a. kan finde sted på de kommunale og private væresteder. Denne indsats retter sig især mod de mest belastede mennesker med stofmisbrug, som for de flestes vedkommende har eller har haft et opioidmisbrug.

Social stofmisbrugsbehandling er en intervention, som er rettet mod at stoppe eller reducere stofmisbruget og mod at reducere de sociale følger, livet som misbruger afstedkommer. I definitionen af social stofmisbrugsbehandling er der lagt vægt på, at målet med den sociale stofmisbrugsbehandling skal tilpasses den enkelte borgers situation, ressourcer og ønsker og planlægges i samarbejde med den enkelte.

Sundheds- og Ældreministeriet offentliggjorde i samarbejde med relevante parter i september 2015 en kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet som afdækker stofmisbrugsbehandlingen dybdegående. Af rapporten fremgår det blandt andet, at den sociale stofmisbrugsbehandling i praksis varierer i kvalitet og intensitet i kommunerne.

Hvad angår Kriminalforsorgens indsats, har der siden 2005 været behandlingsgaranti for indsatte i Kriminalforsorgens institutioner med alkoholmisbrug. Siden 2007 yderligere også for indsatte med narkotikamisbrug.

Satspuljeprojekt om "forløbskoordinatorer" for dobbeltdiagnosticerede (DDP)

I 2013 startede Region Syddanmark et treårigt satspuljeprojekt. Målgruppen er patienter med dom til behandling, en psykoselidelse og misbrug.

Formålet med projektet er at skærpe koordinationen af den tværsektorielle indsats til patienterne med henblik på at reducere psykiske tilbagefald og kriminalitetsrisikoen, og derfor har den enkelte sygeplejeske et caseload på maksimalt 15 patienter. DDP sygeplejerskerne kan derfor tilse patienten hyppigere, ligesom der er ressourcer til at følge patienten i både det kommunale og regionale regi.

Individuelle koordinerede indsatsplaner for dobbeltbelastede

I Satspuljeaftalen på psykiatriområdet for 2014 – 2017 er der endvidere afsat midler til, at regioner og kommuner i fællesskab udarbejder individuelle koordinerede indsatsplaner. Indsatsplanerne er for borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulantly i psykiatrien og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger. De individuelle koordinerede indsatsplaner skal skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stof- og alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsen har udformet "Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerede indsatsplaner".

Forskning i retspsykiatrien

Ekspertgruppen vurderer, at mere forskning indenfor retspsykiatrien er en vigtig forudsætning for at opnå ny viden på området og udbrede denne til relevante aktører.

Dette ses også i "Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi", der anbefaler: "Et fokusområde for forskningen bør være sammenhængen mellem forebyggelse, tidlig opsporing og tidlig indsats for psykisk lidelse. Der er et særligt behov for mere viden om, hvordan man nedbringer antallet af domme til behandling. Der er både behov for viden om, hvordan man mindsker risikoen for, at patienter, der er i kontakt med psykiatrien, får en dom til behandling og mere viden om, hvordan man bedst forebygger risiko for ny kriminalitet hos mennesker, der allerede har en dom til behandling. Også i forhold til mennesker med samtidig psykisk lidelse og misbrug har vi brug for mere viden om, hvilke tidlige indsatser der kan forebygge udviklingen af misbrugsproblematikker hos mennesker med en psykisk lidelse".

Retspsykiatri er et interesseområde under det lægevidenskabelige speciale psykiatri, hvor forskningen indenfor det retspsykiatriske område hidtil har været begrænset. Det bliver ofte fremhævet, at der savnes forskning på området, og at der er betydelige "videnshuller". Området har på nuværende tidspunkt vanskeligt ved at imødekomme de generelle parametre for biomedicinsk forskningsaktivitet: Videnskabelig produktion (JIF), produktion af akademiske grader samt indtægter fra eksterne fonds- og forskningsbevillinger. Endvidere er der på nogle punkter uklarhed om, hvorvidt de overordnede principper for forskning også gælder for retspsykiatrien, især klinisk forskning, der involverer indlagte retspsykiatriske patienter, hvor det har været problematiseret, om disse kan afgive informeret samtykke.

Der savnes nationalt overblik over det faktiske antal retspsykiatriske patienter og deres behandlingsforløb under en retspsykiatrisk foranstaltning. Dette har betydning for formulering af problemstillinger og forskningsindsatser med henblik på at afdække den retspsykiatriske patientpopulations særlige karakteristika (fx psykopatologi, sociale forhold, indeks kriminalitet, recidiv kriminalitet).

Der har i Region Hovedstaden og Region Sjælland været etableret regional database, som ikke har kunnet udbredes til national database.

Den organisatoriske samling og oprustning i alle regioner udgør et godt grundlag for opbygning af systematiske kvantitative og kvalitative data på det retspsykiatriske område. En mere systematisk dataregistrering og dataindsamling på det retspsykiatriske område gør et bedre analyse- og handlingsgrundlag muligt, og en klinisk kvalitetsdatabase indenfor det retspsykiatriske område blev i 2014 besluttet etableret i regi af Danske Regioner og er aktuelt i forberedelsesfasen.

Ekspertgruppen vurderer, at en mere systematisk tilgang konkret vil være fordelagtig indenfor området for mentalundersøgelser. På nuværende tidspunkt findes der i flere af centrene allerede elektroniske opgørelser over mentalundersøgelserne, som kan anvendes til kvalitetssikring og forskning. Her vil det vil være givende at udbygge med en lokalt forankret fælles standard, som kan give et nationalt over-

blik. Ekspertgruppen ser endvidere potentiale i forskningsprojekter konkret vedrørende mentalobservationer.

I 2012 blev Retspsykiatrisk ForskningsNetværk etableret, som har til formål at styrke forskning i dansk retspsykiatri. Netværket udgør en ramme for samarbejde mellem de fem regioner samt andre institutioner og enheder. Samarbejdet handler blandt andet om forskningsprojekter, diskussion af ny viden på nationalt og internationalt niveau, viden og erfaringsdeling samt uddannelse og kvalificering af forskere inden for området, blandt andet gennem initering af nationale konferencer.

I Region Hovedstaden er der i 2012 etableret et kompetencecenter for Retspsykiatri⁷, som har til opgave at sikre udbredelse af viden om retspsykiatri og etablere forsknings-, udviklings- og undervisningsaktiviteter. Kompetencecenter for Retspsykiatri har bl.a. gennemført et forskningsprojekt med kortlægning af patientpopulationerne og de forskellige indsatser i de to opsøgende retspsykiatriske teams i Region Hovedstaden, og en undersøgelse af sygeplejen til retspsykiatriske patienter i almenpsykiatriske sengeafsnit. Aktuelt arbejdes med at undersøge patienternes subjektive oplevelser og erfaringer i retspsykiatriske behandlingsforløb.

⁷ Se bilag 14 for yderligere beskrivelse

Litteratur

- Dansk Sundhedsinstitut, 2011. "Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri"
- Danske Regioner, 2011. "Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed"
- Sørensen, David D.W., Britta Kyvsgaard og Anne-Julie Boesen Pedersen, 2010 "Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger". Justitsministeriets Forskningskontor.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2010. "Klienter idømt en psykiatrisk særforanstaltning"
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006. "Psykisk sygdom og kriminalitet"
- Justitsministeriet, 2012. "Afrapportering fra Arbejdsgruppen om mentalundersøgelser"
- Justitsministeriets Forskningskontor, 2014. "Udviklingen i domme til foranstaltning"
- Justitsministeriets Forskningskontor, 2014. "Nye foranstaltningsdomme I 2013 samt forløbet af domme afsagt I 2008"
- Justitsministeriets Forskningskontor, 2015. "Udviklingen i antal foranstaltninger til psykisk syge og til dømte efter § 69"
- Justitsministeriets Forskningskontor, 2015. "Vold og trusler mod offentligt ansatte"
- Kramp, Peter, Gorm Gabrielsen, Annemarie Lund, Alette Reventlow og Anne-Marie Sindballe, 2013. "Rusmiddelundersøgelsen misbrug blandt kriminalforsorgens klientel" Justitsministeriet, Direktorat for Kriminalforsorgen
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold og Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2015. "Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser – en national strategi"
- Regeringens udvalg om psykiatri, 2013. "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri. Plus bilagsrapport 1 og 2, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Rørdom, Birgitte, 2015. "Et vigtigt redskab for dommerne". Domstolestyrelsen, Retten Rundt nr 20. Version nr. 1.0 af 11-06-2015, side 9.
- Sundhedsstyrelsen, 2008. "Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling"
- Sundhedsstyrelsen, 2011. "Psykisk syge kriminelles forløb, 2005-2006"
- Sundhedsstyrelsen, 2012. "Tilsyn med medicineringen på landets botilbud, plejecentre og plejehjem"
- Sundhedsstyrelsen, 2010. "Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling"
- Sundhedsstyrelsen, 2014. "Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner"
- Thylstrup Birgitte. "God social misbrugsbehandling" udarbejdet for KL, Center for Rusmidelforskning

Bilag

1. Kommissorium for udvalgsarbejde om årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter
2. Beskrivelse af den faglige ekspertgruppe
3. "Udviklingen i antal foranstaltninger til psykisk syge og til dømte efter § 69", Rapport fra Justitsministeriets Forskningskontor, september 2015
4. "Vold og trusler mod offentligt ansatte", Rapport fra Justitsministeriets Forskningskontor, maj 2015
5. "Lægemiddelforbrug før dom – beskrivelse af resultater af analyse", Statens Serum Institut, 2015
6. Oversigt over Englands og de nordiske landes erfaring med retspsykiatriske patienter
7. "Notat til udvalgsarbejde om vold og trusler i psykiatrien", FOA, Bedre Psykiatri og DSR, 2015
8. Beskrivelse af kerneopgaver i retspsykiatrien, Ekspertgruppen, 2015
9. Beskrivelse af aktivitetshus, Retspsykiatrisk Center Glostrup, 2010
10. Beskrivelse af Retsdistriktspsykiatri (RPD), 2015
11. Beskrivelse af opsøgende distriktssygeplejersker, Region Sjælland, 2015
12. Beskrivelse af Retspsykiatrisk Kompetencecenter, Regions Sjælland, 2015
13. Beskrivelse af Retspsykiatrisk OP team, Psykiatrisk Center Glostrup
14. Beskrivelse af Kompetencecenter for Retspsykiatri, Region Hovedstaden, 2014
15. Retspsykiatriske patienter i Regions Midtjylland - tendenser fra tværsnitsundersøgelse 2015, Region Midtjylland

Bilag 1

Kommissorium for udvalgsarbejde om årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter

Kommissorium for udvalgsarbejde om årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter

Baggrund

Der er over de sidste ti år sket en markant stigning i antallet af retspsykiatriske patienter.

Regeringen ønsker mere viden om, hvad stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter skyldes og viden om indsatser for denne patientgruppe.

Det fremgår af regeringens psykiatriplan, at der i 2014 igangsættes et arbejde, der skal søge at kortlægge årsagerne til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter og udviklingen i indsatserne. Det fremgår tillige, at der nedsættes en faglig ekspertgruppe, som varetager arbejdet.

Deltagere

Den faglige ekspertgruppe, der består af 8-10 faglige eksperter, har blandt andet deltagelse fra Justitsministeriets Forskningskontor, fra Retspsykiatrisk Klinik, fra anklagemyndigheden og Kriminalforsorgen.

Ekspertgruppen kan inddrage relevante eksterne parter efter behov.

Opgave

Den faglige ekspertgruppe har til opgave at kortlægge årsagerne til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter. Kortlægningen sker på baggrund af en registerbaseret analyse som Justitsministeriets Forskningsenhed forestår. I analysen vil blandt andet indgå antallet af domme og udviklingen heri. Desuden skal udviklingen i indsatserne beskrives, herunder de indsatser, der er forebyggende, behandlende og rehabiliterende.

Proces og tidsplan

Den faglige ekspertgruppe rapporterer løbende til en styregruppe, bestående af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Justitsministeriet, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, Danske Regioner og KL.

Den faglige ekspertgruppe sekretariatsbetjenes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Formandskabet for *styregruppen* varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der tillige sekretariatsbetjener både den faglige ekspertgruppe og styregruppen.

Den faglige ekspertgruppe forventes at afslutte sit arbejde senest i juni 2015. Herefter oversendes ekspertgruppens rapport til styregruppen.

Bilag 2 Beskrivelse af den faglige ekspertgruppe

Beskrivelse af ekspertgruppen

Ekspertgruppens sammensætning

Den faglige ekspertgruppe, der blev nedsat i januar 2015 på foranledning af den daværende regering med henblik på at søge at kortlægge retspsykiatrien har haft følgende medlemmer:

Udpeget efter indstilling fra Danske Regioner:

- Ledende overlæge Trine Arngrim, Afdeling R - Afdeling for Retspsykiatri, Aarhus Universitetshospital
- Klinikchef Mette Brandt-Christensen, Psykiatrisk Center Glostrup
- Vicedirektør Søren Bredkjær, Psykiatrien Region Sjælland
- Ledende overlæge Peter Fristed, Psykiatrisk Afdeling Middelfart
- Ledende overlæge Tina Gram Larsen, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien,

Udpeget efter indstilling fra KL og det daværende Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold:

- Cand. Psych. Steen Guldager, Socialpsykologisk Center, Risskov
- Institutionsleder Henrik Thisen, Center for Udsatte, Voksne og Familier, Socialforvaltningen, Københavns Kommune

Udpeget efter indstilling fra KL:

- Juridisk konsulent Anne Marie Thyrring, Socialforvaltningen, Aarhus Kommune
- Udpeget efter indstilling fra Justitsministeriet:
- Ledende overlæge Dorte Sestoft, Retspsykiatrisk Klinik
- Senioranklager Mia Haaning, Statsadvokaten i Viborg
- Vicedirektør Annette Esdorf, Kriminalforsorgen
- Yderligere deltagelse fra:
- Forskningschef Britta Kyvsgaard, Justitsministeriets Forskningskontor
- Overlæge Helene Bilsted Probst, Sygehuse og Beredskab, Sundhedsstyrelsen

Fra Sundheds- og Ældreministeriet:

- Kontorchef Nina Moss, formand for ekspertgruppen
- Chefkonsulent Lise Wied Kirkegaard, sekretær for ekspertgruppen.

Ekspertgruppen har afholdt fem møder.

Bilag 3

"Udviklingen i antal foranstaltninger til psykisk syge og til dømte efter § 69", Rapport fra Justitsministeriets Forskningskontor, september 2015

Udviklingen i antal foranstaltninger til psykisk syge og til dømte efter § 69

**Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde
om årsager til udviklingen
i antallet af retspsykiatriske patienter**

JUSTITSMINISTERIETS FORSKNINGSKONTOR

SEPTEMBER 2015

Indledning

Til brug for den faglige ekspertgruppe, der bl.a. skal søge at kortlægge årsagerne til den markante stigning i antallet af retspsykiatriske patienter, er der gennemført en undersøgelse vedrørende udviklingen i foranstaltningsdomme. Undersøgelsen bygger videre på en tidligere undersøgelse, som Justitsministeriets Forskningskontor i foråret 2014 udarbejdede til Rådet for Socialt Udsatte,¹ idet også rapporten fra 2014 diskuterer spørgsmålet om, hvad der ligger bag væksten i antallet af foranstaltningsdomme. Med henblik på at komme svaret på dette spørgsmål nærmere tages der i nærværende rapport nogle af de temaer op, som ikke blev behandlet i den tidligere undersøgelse.

Undersøgelsespopulationen

Undersøgelsen er baseret på oplysninger om i alt 13.327 foranstaltningsdomme, der er idømt i perioden fra 1981 til 2013. Frem til medio 2000, hvor der i forbindelse med gennemførelse af en lovændring vedrørende bl.a. tidsbegrænsning af visse foranstaltninger blev besluttet, at Justitsministeriets Forskningskontor skulle udarbejde årlige statistikker vedrørende foranstaltninger, er der ikke kendskab til, i hvilket omfang dommene angår psykisk syge, mentalt handicappede eller dømte efter § 69. I det omfang de følgende statistikker angår hele perioden fra 1981 til 2013, vil alle grupper af dømte således være inkluderet, mens statistikker vedrørende perioden 2001 til 2013 alene vil omfatte psykisk syge og dømte efter § 69. For de førstnævnte er der i perioden registreret 5.607 foranstaltninger, mens der er registreret 2.043 vedrørende dømte efter § 69.

Figur 1 viser udvikling i antallet af foranstaltningsdomme siden 1981.² Det ses, at der i næsten hele perioden har været en stigning i antallet af foranstaltningsdomme. Stigningen intensiveres omkring årtusindeskiftet, hvor der som nævnt blev gennemført en lovændring. Fra 2006 til 2007 sker der et fald, der antagelig relaterer sig til den retsreform, der blev gennemført 1. januar 2007. Den kraftige stigning i antallet af domme fra 2009 til 2011 kan bero på det efterslæb, retsreformen har medført. Det mindre fald i antallet af foranstaltningsdomme, der ses i 2012 og 2013, tyder også på, at det kan være tilfældet.

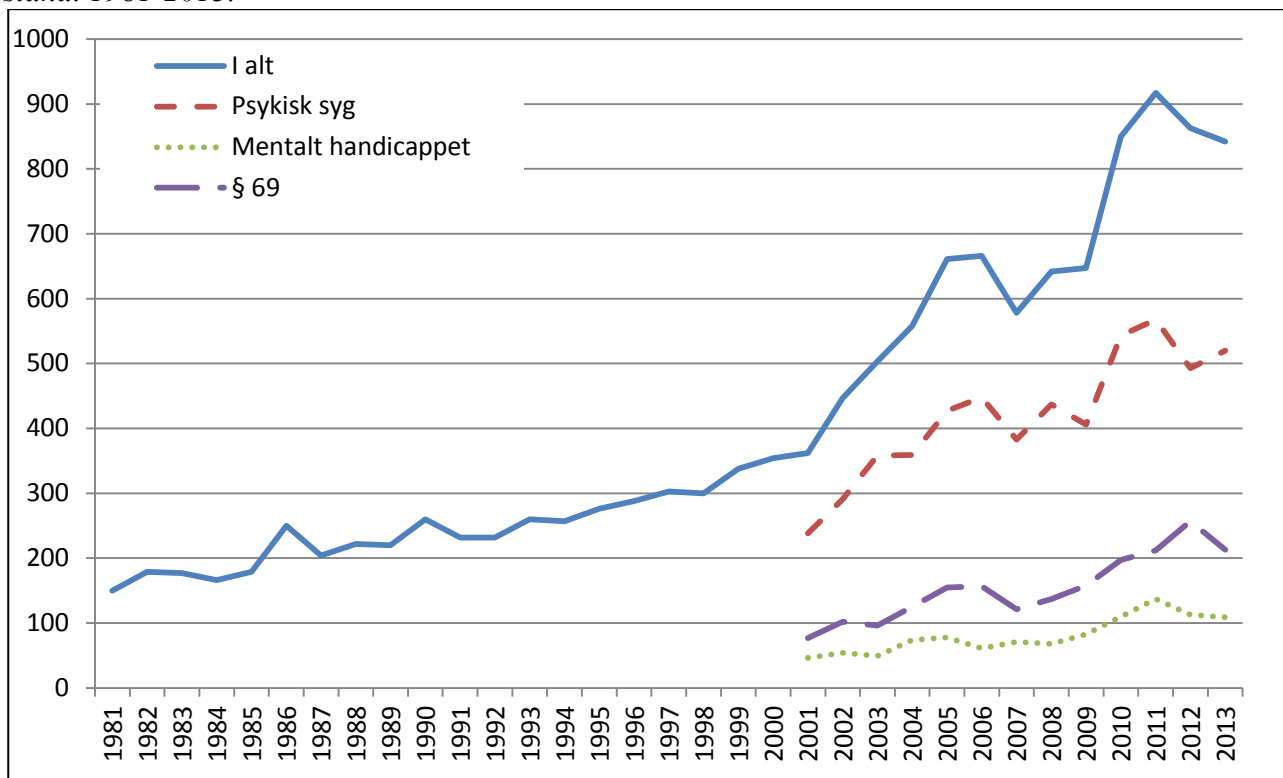
Af figur 1 fremgår også – efter år 2000 – hvor stor en andel af dommene, der angår henholdsvis psykisk syge, mentalt handicappede og dømte efter § 69. Langt størstedelen af dommene – omkring 65 pct. af dem – vedrører psykisk syge, mens ca. en femtedel er dømt i medfør af straffelovens § 69. De mentalt handicappede udgør den mindste andel, nemlig omkring 10-15 pct. af dommene. Hvis

1 Se Tanja Tambour Jørgensen: Udviklingen i domme til foranstaltning. Justitsministeriets Forskningskontor 2014. <http://justitsministeriet.dk/sites/default/files/media/Arbejdsomraader/Forskning/Forskningsrapporter/2014/Rapport%20om%20foranstaltningsdomme.pdf>

² Denne udvikling blev også behandlet i rapporten ”Udviklingen i domme til foranstaltning” fra Justitsministeriets Forskningskontor 2014. De her rapporterede tal er således en opdatering af tallene fra den tidligere rapport. Det bemærkes, at der forekommer mindre forskelle i antallet af foranstaltningsdomme i forhold til den tidligere rapport, idet en række ankesager fra 2011 og 2012 først er blevet endelig afgjort i 2013. Hvis sagerne er blevet stadfæstet, indgår de i året for dommen i 1. instans, mens de ved domsændringer indgår i året for dommen i 2. instans.

det antages, at denne fordeling har været nogenlunde den samme gennem årene, betyder det, at langt hovedparten af samtlige domme fra 1981 til 2000 angår psykisk syge og dømte efter § 69.

Figur 1: Udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme, fra 2001 fordelt efter dømtes mentale tilstand. 1981-2013.



På baggrund af de foranstaltningsdomme, der siden medio 2000 er afsagt, er det beregnet, at der pr. 1. marts 2013 var 3020 retspsykiatriske patienter, som enten er psykisk syge eller dømt efter § 69. Tallet vil være en smule underestimeret, idet der vil være enkelte, der er dømt inden medio 2000, som endnu ikke havde fået deres dom ophævet på opgørelsestidspunktet.

Det bemærkes, at udviklingen i omfanget af foranstaltningsdomme ikke uden videre kan forklares med vækst i omfanget af kriminalitet og en deraf følgende generel vækst i strafferetlige afgørelser. I den undersøgte periode har omfanget af frihedsstraffe således været ret stabilt og en smule lavere i 2013 end i 1981.

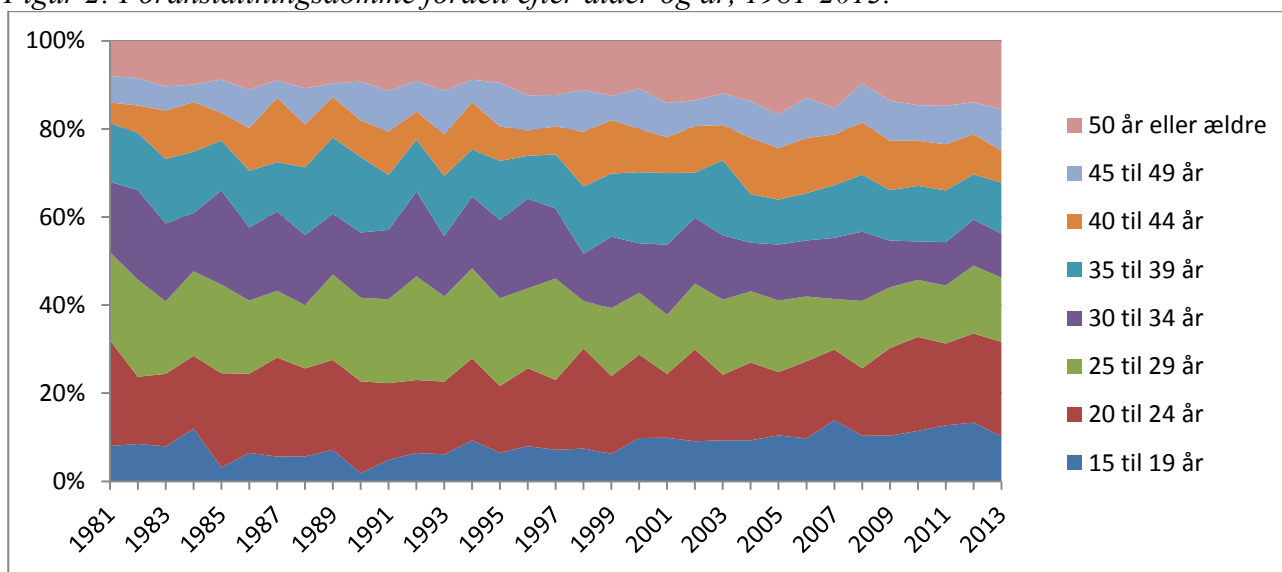
De dømtes køn og alder

Som tilfældet er generelt på det strafferetlige område, er majoriteten af de dømte mænd, idet kun 15 pct. af dommene fra 1981 til 2013 angår kvinder. Der er tendens til en stigning i andelen af domme til kvinder, idet andelen inden årtusindeskiftet var på 13 pct., men derefter er vokset til 16 pct. I forhold til domfældte i øvrigt er der relativt mange kvinder, der idømmes en foranstaltning. Ud af samtlige, der siden årtusindeskiftet er idømt en frihedsstraf for straffelovsovertrædelser, er således kun godt hver tiende kvinde.

De dømtes fordeling efter alder fremgår af figur 2. Kun for den ældste aldersgruppe – dømte på 50 år og derover – er der tale om en tydelig vækst i andelen. Væksten indebærer, at antallet af dømte på 50 år og derover er øget fra 12 i 1981 til 136 i 2013. Ændringen afspejler sig også i, at den gennemsnitlige alder for de dømte er vokset fra 32 år i 1981 til 36 år i 2013.³

Også med hensyn til alder afviger foranstaltningsdømte fra andre dømte, idet de gennemgående er noget ældre. Mens 39 pct. af dem, der i 2013 blev idømt en foranstaltning, var under 30 år, drejer det sig om 61 pct. af dem, der samme år blev idømt en frihedsstraf. Især med hensyn til dømte under 20 år er der meget store forskelle, da denne andel er dobbelt så stor blandt dem med en frihedsstraf i forhold til de foranstaltningsdømte.

Figur 2: Foranstaltningsdømte fordelt efter alder og år, 1981-2013.



Vedrørende personer under 18 år er der i perioden sket en vækst i antallet, der idømmes en foranstaltning. Frem til 2000 var der meget sjældent mere end 10 unge årligt, der blev idømt en foranstaltning, hvor der de seneste år har været omkring 30. Andelen af 15-17-årige blandt de foranstaltningsdømte udgør i dag godt 3 pct. af de dømte mod tidligere omkring 2 pct.

Det har i Ekspertgruppen været diskuteret, hvorvidt der er en tendens til, at de dømte i løbet af den undersøgte periode er ældre og ældre, første gang de idømmes en foranstaltning, idet antagelsen har været, at der muligvis i stigende grad vil være nogen psykisk sygdom eller andre psykiske problemstillinger, som der ikke tidligt nok bliver taget hånd om. Dette er undersøgt, og det viser sig, at der ikke er en hverken stigende eller faldende tendens med hensyn til alderen ved idømmelsen af den første foranstaltning. Gennemsnitsalderen for de førstegangs dømte ligger i langt de fleste år mellem 33 og 35 år.

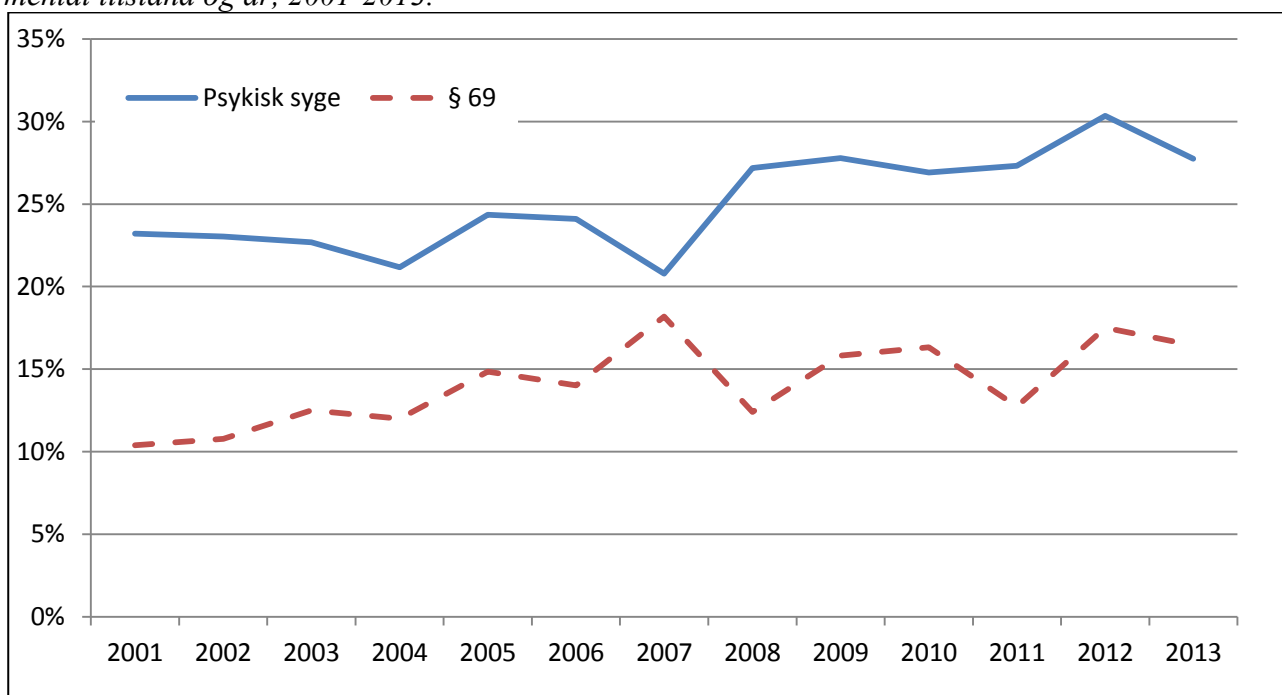
³ I den periode, hvor den kriminelle lavalder var sænket til 14 år, var der en enkelt 14-årig, der blev idømt en foranstaltning.

Etnicitet

Det har været hævdet, at væksten i omfanget af foranstaltningsdomme kan bero på, at flere og flere af fremmed etnisk baggrund idømmes foranstaltninger. Dette spørgsmål er undersøgt nærmere.

Som det ses af figur 3, der vedrører andelen af foranstaltningsdomme for henholdsvis psykisk syge og dømte efter § 69, hvor den dømte har status af enten indvandrere eller efterkommer, er der sket en stigning i andelen af domme, der vedrører indvandrere eller efterkommere for både de psykisk syge og dømte efter § 69. Andelen er steget fra 23 pct. i 2001 til 28 pct. i 2013 for de psykisk syge og fra 10 til 16 pct. for dømte efter § 69.

Figur3: Andel foranstaltningsdomme, der vedrører indvandrere eller efterkommere, fordelt efter mental tilstand og år, 2001-2013.

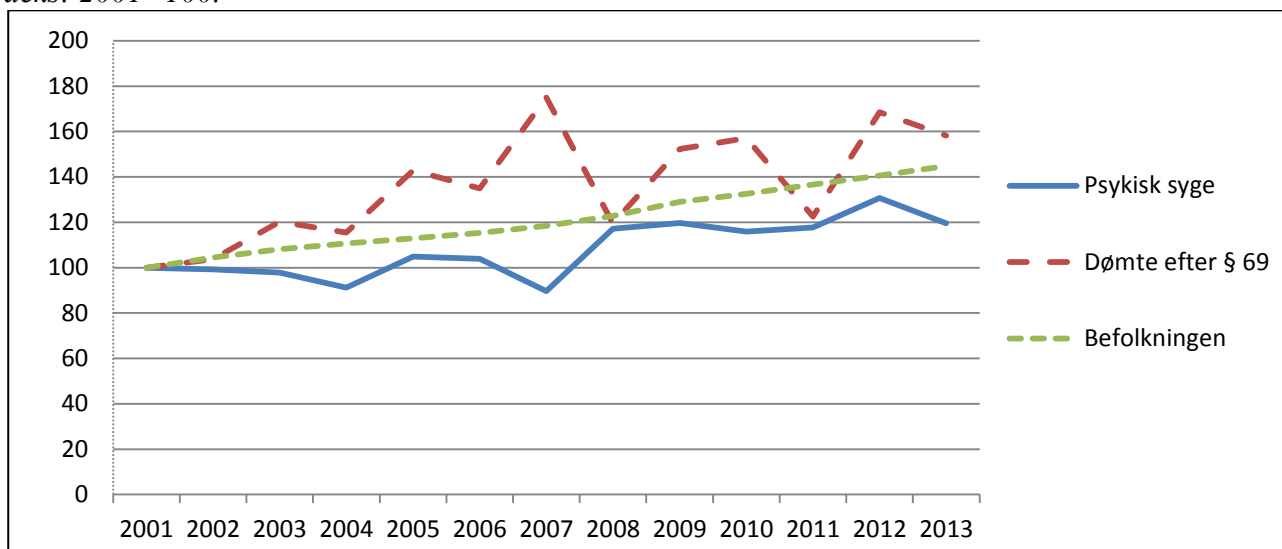


Denne udvikling synes dog i høj grad at bero på, at indvandrere og efterkommere udgør en voksende andel af befolkningen, jf. figur 4.

Figuren viser, at udviklingen i indvandreres og efterkommeres andel af foranstaltningsdomme og i befolkningen generelt følges tæt ad. Væksten i foranstaltningsdomme til etniske minoriteter i henhold til § 69 er lidt kraftigere end væksten i antallet af indvandrere og efterkommere i befolkningen. Omvendt er den for domme vedrørende psykisk sygdom en anelse svagere.

Det skal tilføjes, at andelen af indvandrere og efterkommere blandt de foranstaltningsdømte samlet set svarer ganske godt til det, der ses for kriminalforsorgens klientel. Ifølge kriminalforsorgen var således 23 pct. af de indsatte og klienter, der d. 21. november 2013 afsonede en straf eller var underkastet tilsyn, af fremmed etnisk herkomst. I 2013 var andelen af foranstaltningsdomme til psykisk syge eller dømte efter § 69, der vedrørte indvandrere eller efterkommere, på 24 pct.

Figur 4: Andel foranstaltningsdomme, der vedrører indvandrere eller efterkommere, fordelt efter mental tilstand og år, 2001-2013, samt indvandreres og efterkommeres andel af befolkningen. Indeks: 2001=100.



Kriminalitetens art og grovhed

Af figur 5 fremgår, hvilken kriminalitet der ligger bag dommene de enkelte år. Alvorligere personfarlig kriminalitet omhandler som udgangspunkt kriminalitet, der retter sig mod en person, og som har en strafferamme på mere end 4 års fængsel, dvs. røveri, voldtægt, alvorligere vold m.v.⁴ Anden personfarlig kriminalitet angår primært vold eller trusler mod offentligt ansatte (§ 119) og simpel vold (§ 244).

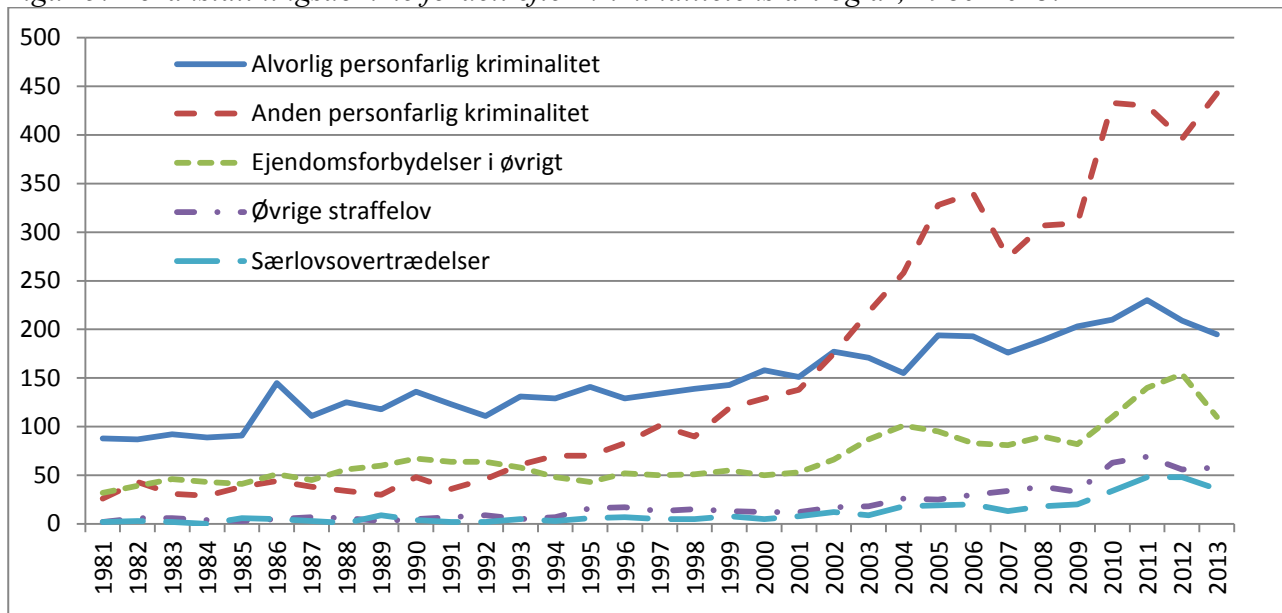
Det ses af figuren, at væksten i antallet af foranstaltningsdomme primært beror på flere sager vedrørende den mindre alvorlige personfarlige kriminalitet, idet antallet af domme herfor er steget fra 26 i 1981 til 443 i 2013, hvilket svarer til en vækst på godt 1600 pct. Domme for alvorlig personfarlig kriminalitet er i samme periode steget med 122 pct., mens væksten i domme for ejendomsforbrydelser i øvrigt er på 244 pct. De mindre kategorier af domme – for andre straffelovsovertrædelser og for særlovsovertrædelser – er dog også steget ganske betragteligt procentuelt set, men angår under alle omstændigheder alene en lille del af væksten og af antallet af årlige domme. Tabel 1 i bilag 1 viser tallene bag figur 5.

Væksten i antallet af foranstaltninger for mindre alvorlig personfarlig kriminalitet beror først og fremmest på flere domme for vold eller trusler mod offentligt ansatte (§ 119) samt flere domme for

⁴ Det drejer sig om følgende straffelovsparagraffer: § 112, § 114 a, § 114 b, § 114 c, § 114 d, § 114 e, § 114 f, § 114 h, § 123, § 125 a, § 180, § 181, § 182, § 183, stk. 1 og 2, § 183a, § 186, § 187, § 188, § 189, § 210, § 216, § 217, § 222 (de foregående tre paragraffer indgår også i forbindelse med § 225 samt tidligere § 224), § 237 (også jf. § 21), § 245 (samt tilsvarende paragraffer i straffeloven før ændringerne i 1989), § 245 a, § 246, § 250, § 252, § 261, stk. 2, § 262 a samt § 288. § 119 om vold eller trusler mod offentligt ansatte er ikke inkluderet, da strafpraksis på dette område i høj grad svarer til det, der ses for § 244 (simpel vold), der her er kategoriseret som 'Anden personfarlig kriminalitet'.

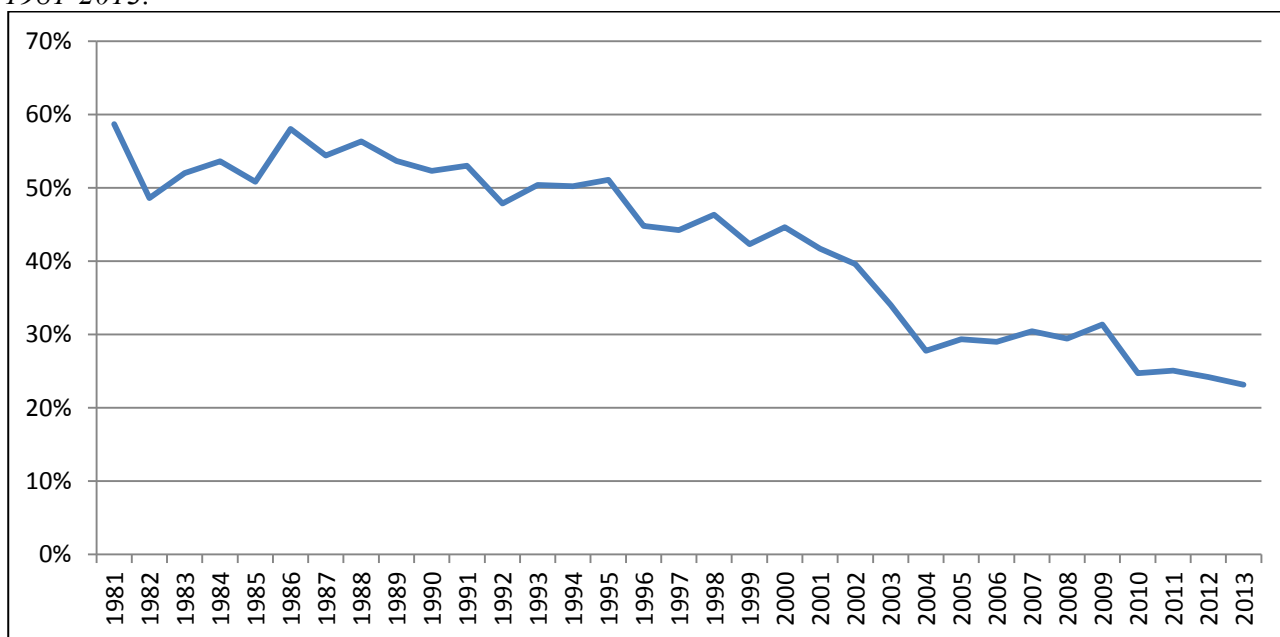
simpel vold (§ 244). I 1981 var der to domme for overtrædelse af § 119 mod 215 i 2013, mens det for simpel vold drejer sig om en vækst fra 13 til 148 domme.

Figur 5: Foranstaltningsdomme fordelt efter kriminalitetens art og år, 1980-2013.



Figur 5 kan tolkes i retning af, at der i stigende grad idømmes foranstaltninger i grænsetilfælde, hvor der måske tidligere ville være blevet idømt en bøde eller en betinget dom, idet væksten i antallet af domme for alvorlig personfarlig kriminalitet er mindre end væksten i domme for anden kriminalitet. Dette er, jf. figur 6, undersøgt lidt nærmere ved at se på, hvor stor en andel af de årlige domme, der angår alvorlig personfarlig kriminalitet.

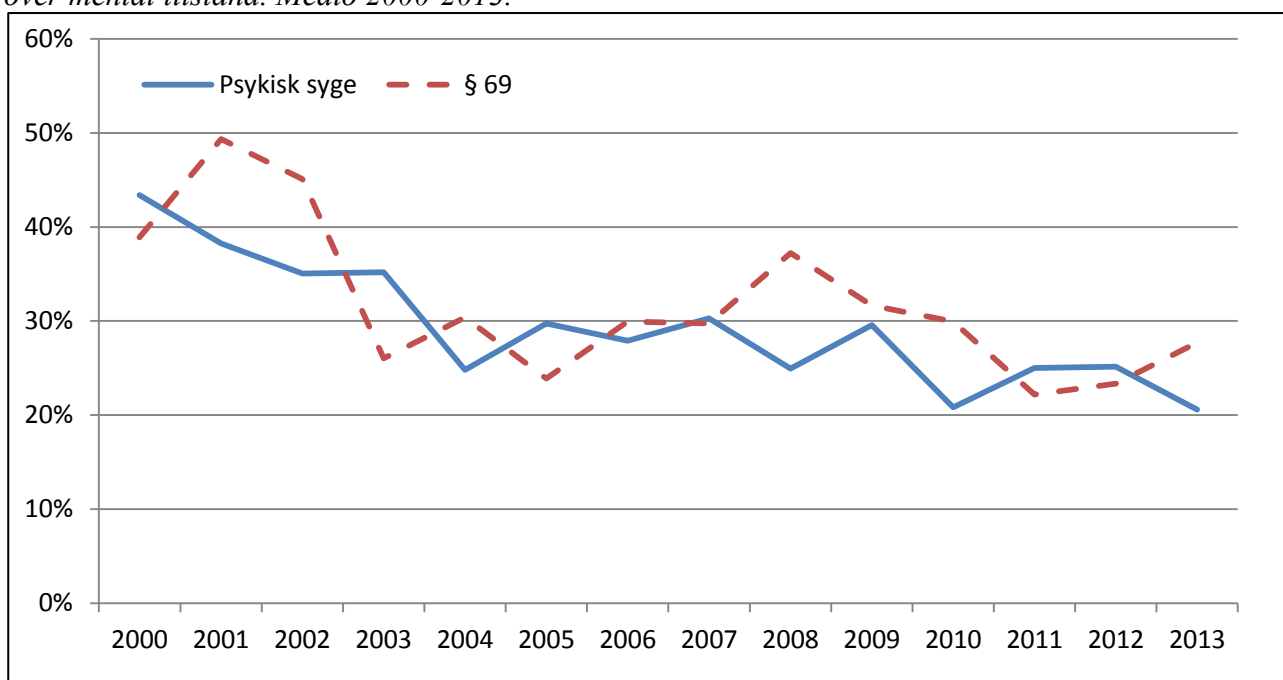
Figur 6: Andelen af foranstaltningsdomme, hvor der er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet, 1981-2013.



Figur 6 viser, at der siden undersøgelsesperiodens begyndelse er sket et markant fald i andelen af foranstaltningsdomme, der vedrører alvorlig personfarlig kriminalitet. I 1980'erne vedrørte mellem 50 og 60 pct. af dommene denne form for kriminalitet. I 1990'erne faldt andelen til mellem 40 og 50 pct. og efter år 2000 yderligere og denne gang ganske meget, nemlig fra omkring godt 40 pct. til 28 pct. i år 2004. I perioden fra 2004 til 2009 ligger andelen af domme vedrørende alvorlig personfarlig kriminalitet på omkring 30 pct., mens den fra og med 2010 har været på cirka 25 pct. Samlet set er der således i den undersøgte periode tale om mere end en halvering i andelen af domme for alvorlig personfarlig kriminalitet.

I figur 7 er denne udvikling i andel domme vedrørende alvorlig personfarlig kriminalitet vist for henholdsvis de psykisk syge og dømte efter § 69. Som det ses, synes faldet i denne andel domme at være ret ensartet for de psykisk syge og de dømte efter § 69: fra omkring 40-50 pct. af dommen til omkring 25 pct.

Figur 7: Andelen af foranstaltningsdomme, der vedrører alvorlig personfarlig kriminalitet, fordelt over mental tilstand. Medio 2000-2013.

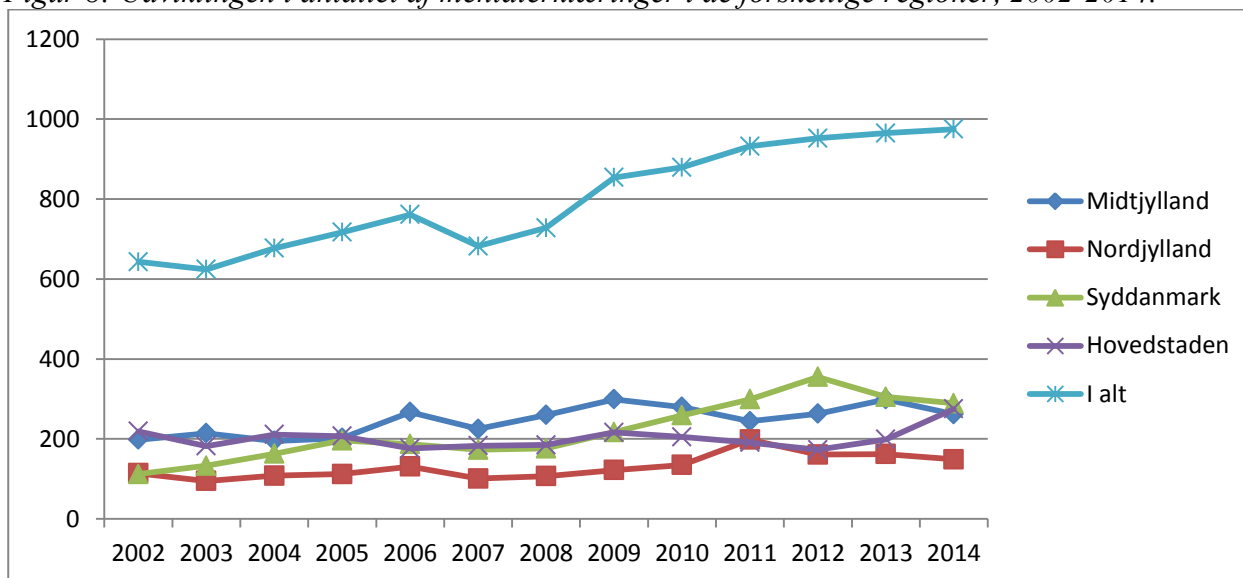


Samlet set indikerer denne analyse, at der gennem perioden er sket ændringer i praksis med hensyn til brug af foranstaltningsdomme.

Det er videre undersøgt, om der også i løbet af den undersøgte periode er sket forandringer med hensyn til antallet af biforhold, som de enkelte domme omfatter. Antallet af biforhold kan således også ses som en indikator for kriminalitetens alvorlighed. På dette område er der ikke tegn på ændringer over tid.

De ændringer, der her er redegjort for, kan hænge sammen med, at der i den undersøgte periode har været en vækst i antallet af mentalerklæringer. En vækst i antallet af mentalerklæringer kan således formodes at afspejle et større fokus på lovovertræderes mentale tilstand og dermed også indebære, at der i stigende grad anmodes om mentalerklæringer i sager, hvor der er begået mindre alvorlig kriminalitet.

Figur 8: Udviklingen i antallet af mentalerklæringer i de forskellige regioner, 2002-2014.



På baggrund af oplysninger fra de forskellige regioner er figur 8 udarbejdet. Der tages forbehold over for forskellig opgørelsesmåde i de enkelte regioner samt over for ufuldstændige oplysninger. Der kan dog være grund til at tro, at figuren giver et rimeligt godt billede af udviklingen, der samlet set viser en vækst på godt 50 pct. i antallet af mentalerklæringer fra 2002 til 2014. Region Sjælland indgår ikke, idet man ikke i præcist kan opgøre antallet af mentalerklæringer i de to politikredse, som har haft ansvaret for at indhente mentalerklæringerne. Regionen oplyser dog, at er antallet af anmodninger om mentalundersøgelser samlet steget fra ca. 1.000 til ca. 1.300 per år fra 2004 til 2009, hvilket indebærer, at den samlede vækst er noget større end den, der fremgår af figur 8.⁵

Der kan således være grund til at antage, at et øget brug af mentalerklæringer også har bidraget til den samlede vækst i antallet af foranstaltningsdomme og dermed i antallet af retspsykiatriske patienter.

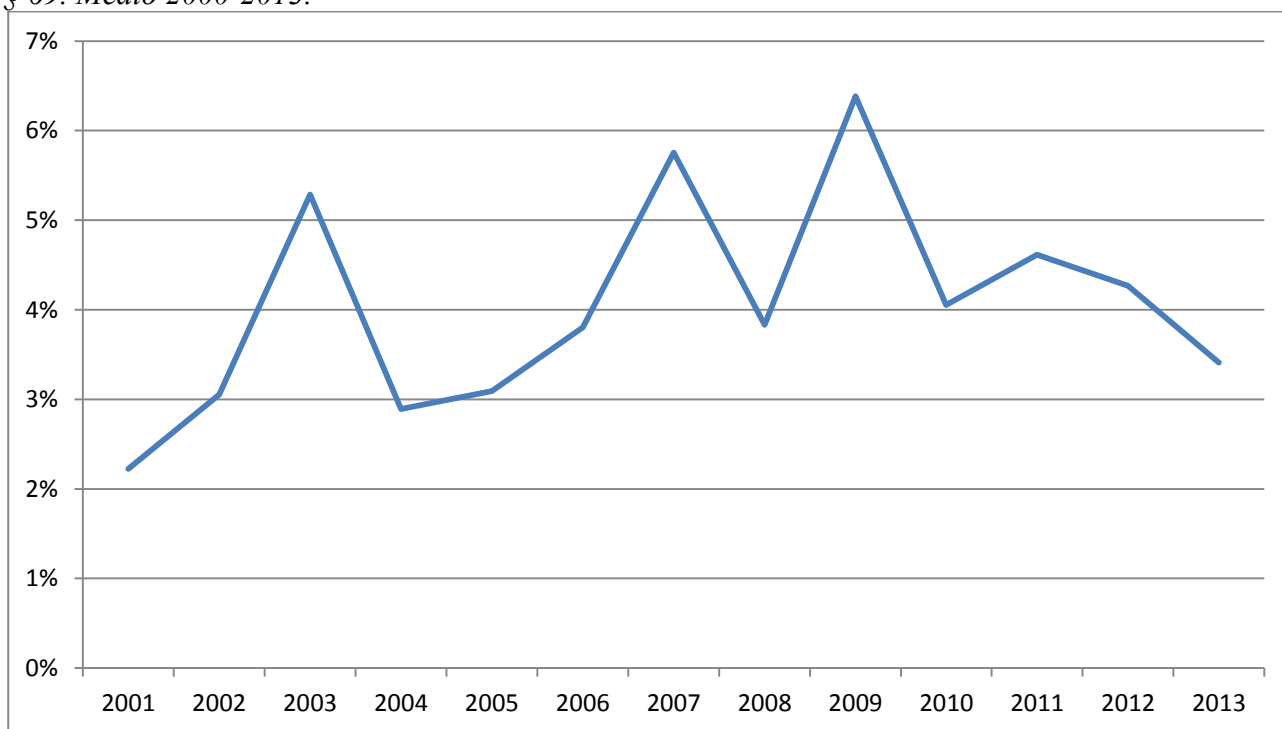
⁵ Region Nordjylland oplyser, at tallene inden 2007 er cirkatal, der er manuelt opgjort og angår sager, der er indgået de enkelte år, mens opgørelsen efter 2007 angår afgivne mentalerklæringer. Oplysninger vedrørende region Hovedstaden stammer fra Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, som indtil 1. april 2013 dækkede København og Vestegnen og derefter også Nordsjælland.

Anbringelsesdomme

Ekspertgruppen har haft et ønske om at kende til udviklingen i antallet af anbringelsesdomme, dvs. domme hvor domstolen beslutter, at den dømte skal indlægges, ligesom domstolen skal beslutte om ophør af indlæggelsen.

På baggrund af de oplysninger om foranstaltningsdomme, som Justitsministeriets Forskningskontor siden medio 2000 har registreret, er det muligt at lave en statistik over, hvor stor en del der er domme til anbringelse, jf. figur 9. Generelt er der årligt meget få, der dømmes til anbringelse, herunder især – og som forventet – blandt personer, der er dømt i henhold til § 69.⁶ Som det ses af figuren, er det mellem 2 og 6 pct. af de årlige domme til psykisk syge og dømte efter § 69, der er anbringelsesdomme. Det lille antal domme medfører store årlige udsving, og samlet vurderet er der ikke tydelige tegn på hverken en vækst eller et fald i andelen af anbringelsesdomme.

Figur 9: Andelen af foranstaltningsdomme, der er anbringelsesdomme. Psykisk syge og dømte efter § 69. Medio 2000-2013.



Nytilgang og tidligere dømte

Væksten i antallet af foranstaltningsdomme kan tænkes at bero på, at der især efter lovændringen i 2000 sker en øget tendens til at idømme en ny foranstaltning i forlængelse af en tidligere. Tidsbegrænsningen, der angår omkring 60 pct. af dommene, kan tænkes at have fået denne konsekvens.⁷

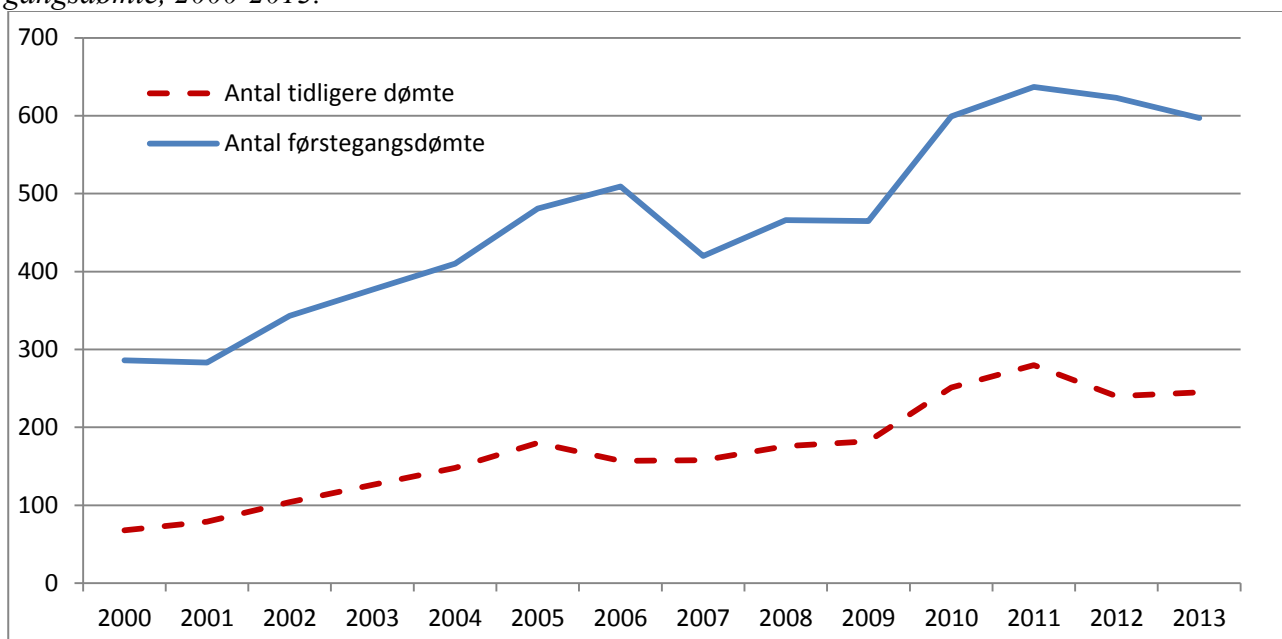
⁶ Fra medio 2000 til og med 2013 er der givet i alt 16 anbringelsesdomme til personer dømt i medfør af § 69.

⁷ Fordelingen mellem antallet af domme med og uden tidsbegrænsning fremgår af de årlige redegørelser for nye foranstaltningsdomme fra Justitsministeriets Forskningskontor, se oversigten vedrørende 2001-2013 i seneste rapport:

Af figur 10 fremgår, hvor stor en del af de årlige domme, der angår personer, der ikke tidligere – dvs. i perioden fra 1981 og frem til domstidspunktet – er idømt en foranstaltning, og hvor mange af dommene, der angår personer, som mindst én gang forinden har været idømt en foranstaltning. De i alt 13.383 domme, som datamaterialet omfatter fra 1981 til 2013, er fordelt på 10.336 unikke personer, hvilket betyder, at 3.047 – eller 23 pct. – af dommene angår en person, der allerede tidligere har været idømt en foranstaltning.

Af afgrænsningsmæssige grunde viser figur 10 alene udviklingen siden 2000. I gennemsnit går der lige knap 6 år mellem seneste og en tidligere foranstaltning. 85 pct. af dommene vedrørende tidligere dømte afsiges inden for 10 år efter den tidligere dom og 98 pct. inden for 20 år efter den tidligere dom. Det betyder, at billedet efter år 2000 er så godt som fuldstændigt.

Figur 10: Udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme, der vedrører tidligere dømte og førstegangsdømte, 2000-2013.



Tallene bag figur 10 viser, at væksten i andelen af domme, der angår tidligere dømte, er kraftigere end væksten i antallet af domme generelt set. Mens det i 2000 var 19 pct. af dommene, der vedrører tidligere foranstaltningsdømte, var det i 2013 29 pct. af dommene. Denne vækst i andelen af tidligere dømte indebærer en tilvækst på omkring 100 domme i 2013 i forhold til år 2000.

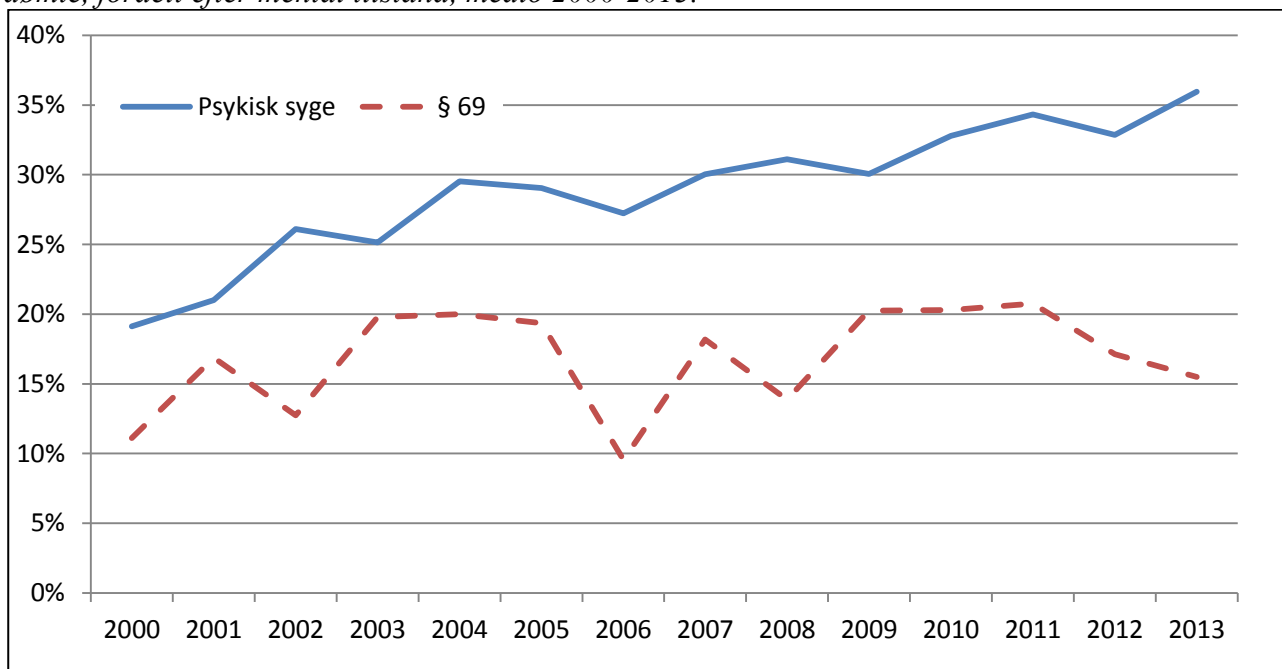
Det bemærkes, at tendensen til at idømme en tidligere dømt en ny foranstaltning, især vokser efter lovændringen i 2000. Mens der i tiåret inden da har været knap en femtedel af de årlige domme, der vedrører tidligere dømte, vokser denne andel de efterfølgende år ret hurtigt til omkring 27 pct. og

var i 2010 på knap 30 pct., hvorefter den har holdt sig ret konstant.⁸ Det indikerer, at lovændringen i 2000 har haft en betydning herfor.

Som nævnt, er den mentale tilstand for de dømte blevet registreret efter lovændringen. Figur 11 viser, i hvilket omfang de psykisk syge og de dømte i medfør af § 69 tidligere er idømt en foranstaltning.

Det ses af figuren, at andelen af dømte efter § 69, som også tidligere er idømt en foranstaltning, fluktuerer og hverken udviser en klar stigende eller en klar faldende tendens. For de psykisk syge er der derimod en tydelig vækst i andelen af domme, der vedrører tidligere foranstaltningsdømte. I 2000 drejede det sig om 19 pct. af dommene til denne gruppe, mens dette tal i 2013 er vokset til 36 pct. Væksten i andelen af domme, der vedrører tidligere dømte, jf. figur 10, beror altså i høj grad på, at flere psykisk syge idømmes en foranstaltning mere end én gang.

Figur 11: Udviklingen i andelen af foranstaltningsdomme, der vedrører tidligere foranstaltningsdømte, fordelt efter mental tilstand, medio 2000-2013.



Dommenes afslutning

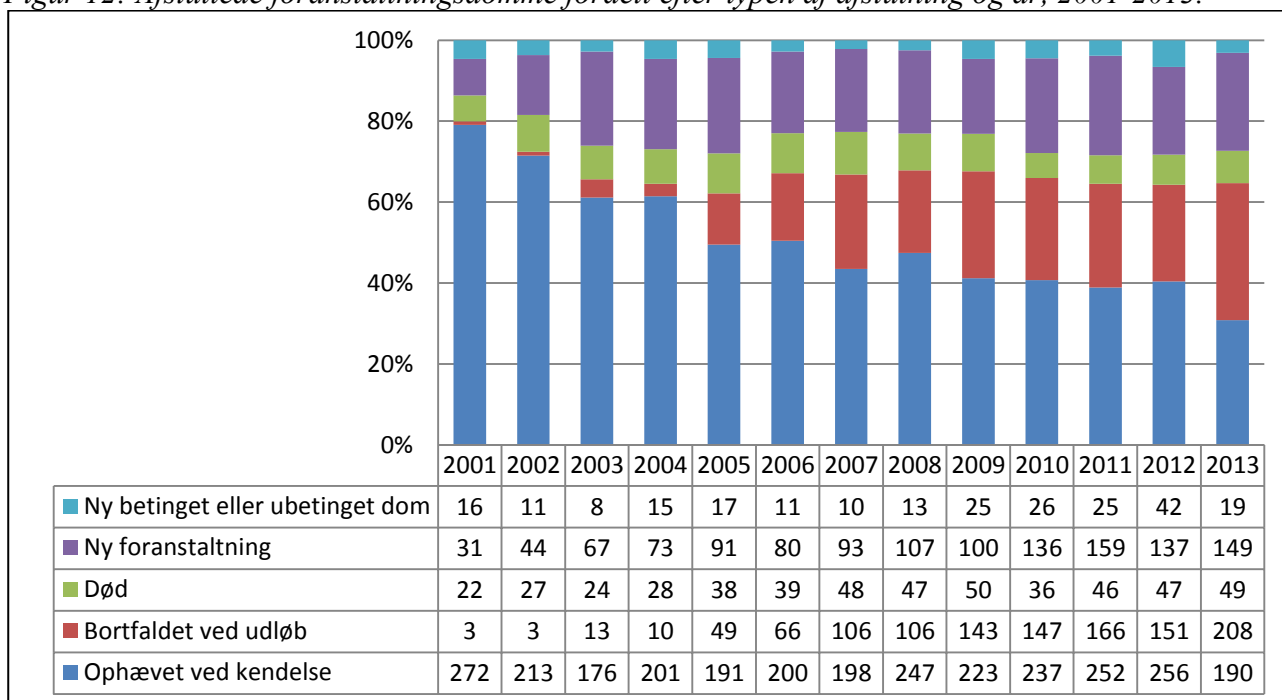
Der kan være grund til at antage, at mange af de tilfælde, hvor en tidligere dømt idømmes en ny foranstaltning, sker dette i umiddelbar forlængelse af den tidligere dom. Det er således udløbet af en tidsbegrænset dom, der kan antages at have førnævnte effekt med hensyn til vækst i andelen af tidligere dømte.

⁸ Der er en enkelt undtagelse fra dette mønster, idet andelen af tidligere dømte i 2006 er på knap 24 pct.

Spørgsmålet om, hvad der ligger bag en doms afslutning, er undersøgt for afsluttede domme i perioden 2001 til 2013, jf. figur 12. Det er valgt ikke at gå længere tid tilbage, da der ikke foreligger fuldstændige oplysninger om afslutning af domme inden 2000.

Figur 12 viser, at der som forventet sker en vækst i andelen af domme, der afsluttes som følge af, at den tidsbegrænsede dom bortfalder. I øvrigt ses et mønster, der svarer til det, der er beskrevet ovenfor, nemlig at en stigende andel af dommene afsluttes samtidig med, at en ny foranstaltning idømmes. Derudover er der en del af dommene, der afsluttes i forbindelse med idømmelse af en betinget eller ubetinget dom eller som følge af dødsfald. Alt i alt sker der i den undersøgte periode en mindskning i andelen af domme, der er afsluttet planmæssigt ved bortfald efter den fastsatte tid eller ved ophævelse, fra omkring 80 pct. i 2001 til omkring 65 pct. i 2013, mens der i samme periode sker en forøgelse af andelen, der afsluttes med idømmelse af en ny foranstaltning eller en frihedsstraf.

Figur 12: Afsluttede foranstaltningsdomme fordelt efter typen af afslutning og år, 2001-2013.



Af tabel 1, der viser fordelingen af afslutningstyper for henholdsvis psykisk syge og dømte efter § 69, fremgår, at en større del af dommene til de dømte efter § 69 ophæves eller bortfalder, end tilfældet er for de psykisk syge. De psykisk syge har en højere dødelighed og bliver i højere grad idømt nye foranstaltninger ved afslutning af den tidligere. De dømte efter § 69 bliver derimod hyppigere idømt en ny betinget eller ubetinget domme som følge af kriminalitet under foranstaltningen.

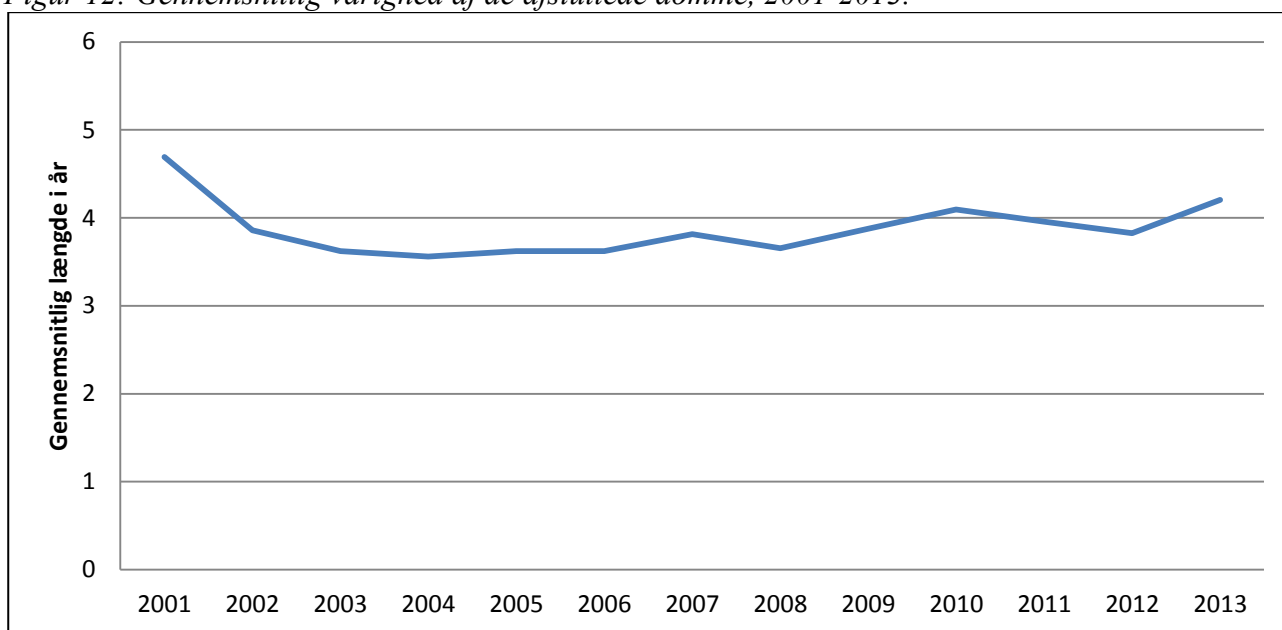
Tabel 1: Afsluttede foranstaltningsdomme fordelt efter typen af afslutning og mental tilstand, medio 2000-2013.

	Psykisk syge		§ 69	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Ophævet ved kendelse	1274	39 %	602	49 %
Bortfald ved udløb	744	23 %	232	19 %
Død	354	11 %	81	7 %
Ny foranstaltning	786	24 %	206	17 %
Ny betinget eller ubetinget dom	83	3 %	102	8 %
I alt	3241	100 %	1223	100 %

Varighed af foranstaltning

Generelt foreligger der meget lidt information om varigheden af foranstaltninger. Det skal dels ses i lyset af, at en fuldstændig opgørelse heraf kræver, at der foreligger oplysninger over en meget lang årrække, da enkelte foranstaltninger kan vare i årtier. Desuden indgår der som nævnt ikke inden 2000 fuldstændige oplysninger om ophævelse af en foranstaltning i de informationer, der findes i Danmarks Statistiks kriminalregister. Dette betyder, at det først efter det tidspunkt er muligt at gennemføre analyser vedrørende varighed, og at disse analyser vil være begrænset af, at den undersøgte periode er relativt kort.

Figur 12: Gennemsnitlig varighed af de afsluttede domme, 2001-2013.



Figur 12 viser den gennemsnitlige varighed af de foranstaltningsdomme, der er afsluttet i perioden 2001-2013. Den gennemsnitlige varighed i 2001 er med 4 år og 8 måneder relativt høj. Det skyldes, at en del ganske langvarige domme blev ophævet i forlængelse af lovændringen i 2000.⁹ Varigheden er kortest i årene 2003 til 2006, hvor den var på 3 år og 7 måneder. Siden da er den gennemsnit-

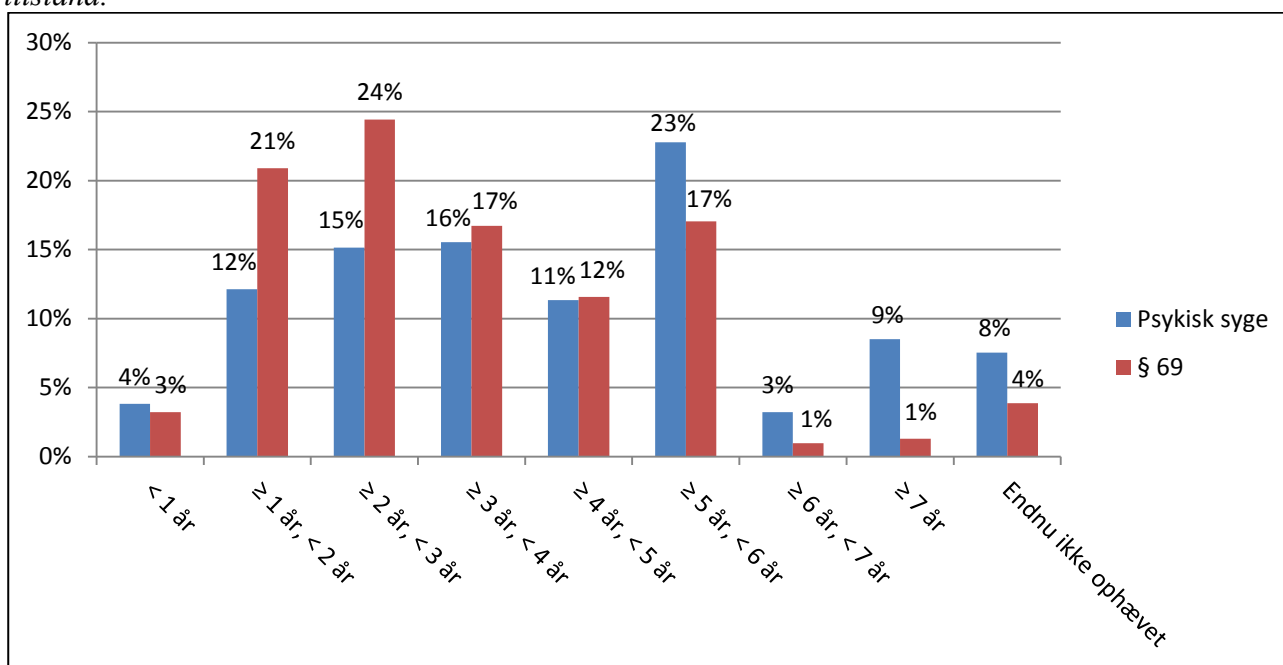
⁹ Se betænkning nr. 1372 om tidsbegrænsning af foranstaltninger efter § 68 og § 69.

lige varighed steget og lå i 2013 på 4 år og 2 måneder, hvilket er det højeste niveau siden 2001. Denne vækst i varighed må forventes at have bidraget til en vækst i antallet af retspsykiatriske patienter.

Mens figur 12 omfatter samtlige afsluttede foranstaltninger, viser figur 13 det tilsvarende for psykisk syge og dømte efter § 69, idet der for at få en tilstrækkelig lang observationsperiode her er taget udgangspunkt i domme, der er idømt i perioden medio 2000 til og med udgangen af 2003.

Af figuren ses, at mange af dommene i medfør af § 69 afsluttes efter relativ kort tid. Således er næsten halvdelen afsluttet efter mindre end tre år og 77 pct. efter mindre end fem år. De tilsvarende tal for domme til psykisk syge er 31 og 58 pct. 16 pct. af dommen til psykisk syge varer 7 år eller længere.

Figur 13: Afsluttede foranstaltningsdomme idømt medio 2000-2003 fordelt efter længde og mentaltilstand.



På baggrund af oplysninger om den enkelte foranstaltningsdømtes psykiatriske indlæggelser under dommen er det muligt at afgøre, hvilken region den enkelte dømte henhører under, og dermed undersøge, om der er regionale forskelle med hensyn til varighed af foranstaltning.¹⁰ Eventuelle forskelle heri vil kunne indikere forskelle i vurderingen af, hvornår en behandling anses for afsluttet.

¹⁰ Kategoriseringen af, hvilke regioner de enkelte institutioner er tilknyttet, tager primært udgangspunkt i administrative forhold og sekundært i geografiske. Således ligger Psykiatrisk Center Sct. Hans geografisk set i Region Sjælland, men tilhører administrativt Region Hovedstaden og er derfor regnet hertil i kategoriseringen. Selvejende institutioner eller institutioner, der er nedlagt før strukturreformen trådte i kraft, er kategoriseret på baggrund af deres geografiske placering. Endeligt regnes Sikringsafdelingen på Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland ikke som tilhørende nogen region. Dette skyldes afdelingens unikke status, idet patienter for hele landet kan placeres dér. Se bilag 2 for en oversigt over den regionale fordeling af institutioner.

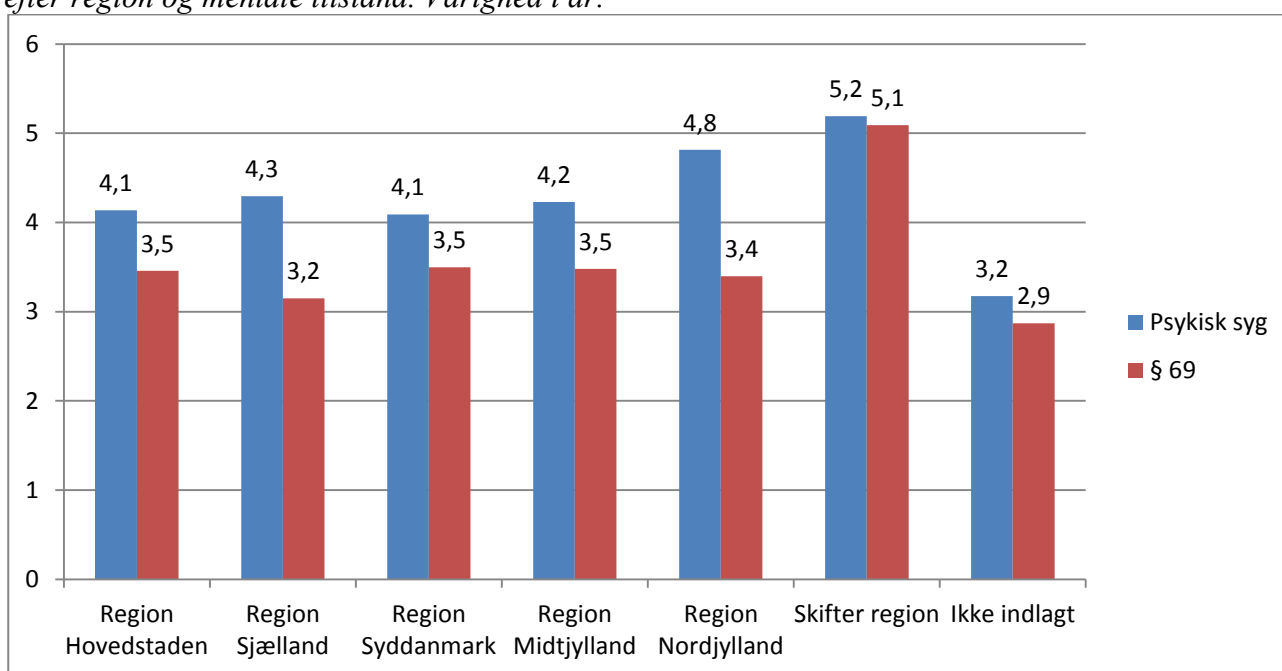
Hvis en person har tilbragt mindst 75 pct. af sine indlæggelsesdage i én region, regnes personen som tilhørende denne region.

Denne analyse er gennemført ved – ligesom ovenfor – at se på varighed af foranstaltning for de dømte fra medio 2000 til og med udgangen 2003. Oplysningerne stammer altså også fra perioden før strukturreformen.

Som det ses af figur 14, er der ikke megen forskel på varigheden af foranstaltningsdomme mellem regionerne. Foranstaltningsdomme til psykisk syge i Region Nordjylland synes dog at være lidt længere end i de øvrige regioner.

Det er forventeligt, at domme til personer, der skifter region under foranstaltningen, gennemsnitligt varer længere end de øvrige, idet det kan angå personer, der har særlige behov. Således har 18 pct. af de psykisk syge og dømte efter § 69, der har modtaget anbringelsesdomme, skiftet region. Til sammenligning gælder dette blot for knap 5 pct. af dem med en behandlingsdom.¹¹ Det er ligeledes forventeligt, at domme vedrørende personer, som ikke har været indlagt under foranstaltningen, gennemsnitligt er kortere end andre domme, da disse personer må antages at være mindre psykisk belastede/syge.

Figur 14: Den gennemsnitlige varighed af foranstaltningsdomme idømt medio 2000-2003 fordelt efter region og mentale tilstand. Varighed i år.



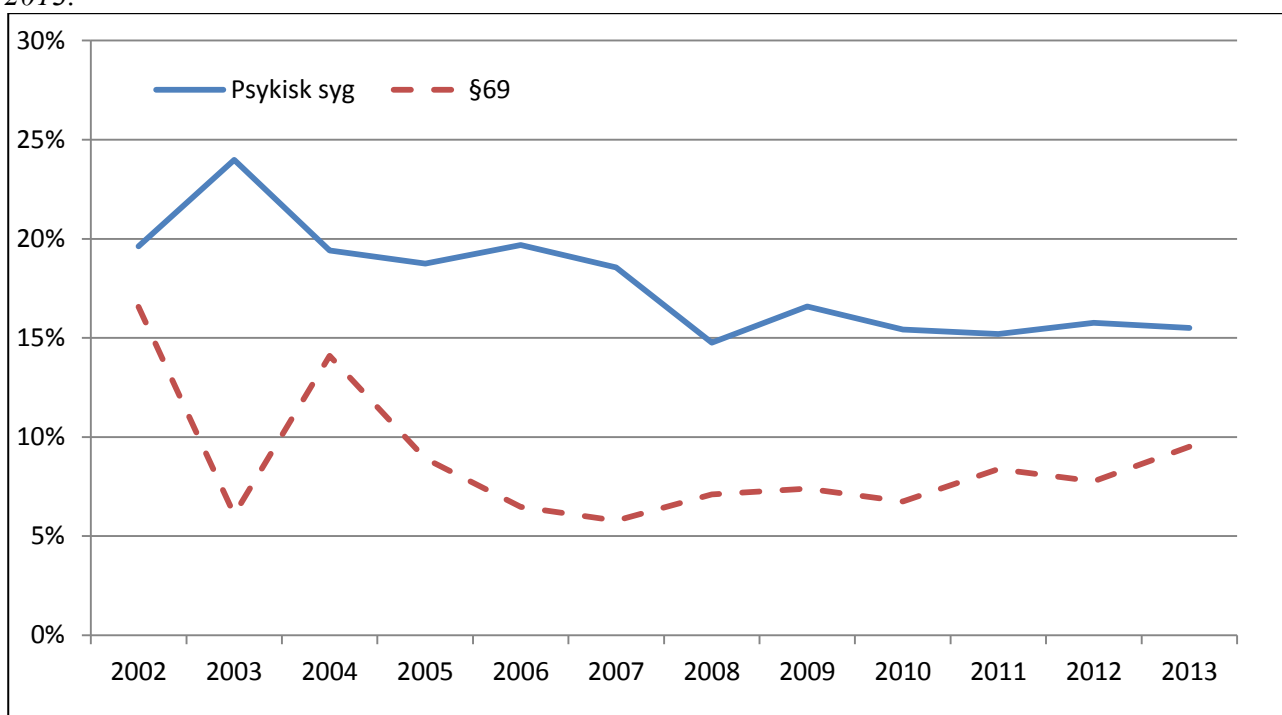
¹¹ Det bemærkes, at der er ganske få dømte efter § 69, der skifter region, nemlig i alt 30 dømte svarende til godt 2 pct. af de dømte. Af de psykisk syge er det 4 pct., der har skiftet region.

Indlæggelser

Her skal ses på, hvor stor del af tiden under en foranstaltning, den dømte har været indlagt, hvor lang tid, indlæggelserne varer, og hvor mange indlæggelser der er tale om – herunder også regionale forskelle. I denne analyse er personer, der er dømt til anbringelse, ekskluderet.¹²

Af figur 15 ses, hvor stor del af tiden under en foranstaltning, de dømte gennemsnitligt har været indlagt på psykiatriske afdelinger. Kurverne for henholdsvis psykisk syge og § 69-dømte har store udsving i begyndelsen af perioden, hvilket skyldes, at der kun er få observationer de første år. Af samme grund er oplysninger vedrørende 2001 udeladt.

Figur 15: Andel af tiden under foranstaltning, der er tilbragt i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse, fordelt efter år for dommens afslutning og mental tilstand. Afsluttede foranstaltningsdomme 2002-2013.



De psykisk syge har gennemsnitligt været indlagt en større del af tiden under en foranstaltning, end de dømte efter § 69 har. Mens det drejer sig om omkring 15-20 pct. af tiden for førstnævnte gruppe, er det omkring 5-10 pct. af tiden for sidstnævnte. Figuren tyder på, at der i løbet af perioden sker en mindskning i den andel af tiden i en foranstaltning, de psykisk syge er anbragt på psykiatrisk afdeling – fra 21 pct. af tiden i 2006 til 17 pct. i 2013 – mens der omvendt er sket en øgning i tiden under indlæggelse for de § 69-dømte – fra 6 pct. i 2006 til 9 pct. i 2013.

¹² Det bemærkes, at udviklingstendenserne er helt de samme, når anbringelsesdomme er inkluderet i analysen, ligesom de øvrige analyser i dette afsnit er ret uforandrede. Eksklusionen af anbringelsesdomme indebærer alene, at tiden tilbragt i en psykiatrisk heldøgnsindlæggelse mindsker en anelse.

Tabel 2: Indlagte foranstaltningsdømte psykisk syge og dømte efter § 69 samt befolkningen over 14 år fordelt efter region. Afsluttede domme, der er idømt medio 2000-2013.

	Foranstaltningsdomme til psykisk syge		Foranstaltningsdomme efter § 69		Befolkningen over 15 år, 4. kvartal 2013	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Region Hovedstaden	1.044	45,6 %	209	33,8 %	1.447.366	31,1 %
Region Sjælland	254	11,1 %	80	12,9 %	677.310	14,6 %
Region Syddanmark	410	17,9 %	120	19,4 %	994.448	21,4 %
Region Midtjylland	445	19,4 %	176	28,5 %	1.048.968	22,5 %
Region Nordjylland	138	6,0 %	33	5,3 %	484.752	10,4 %
I alt	2.291	100,0 %	618	100,0 %	4.652.844	100,0 %

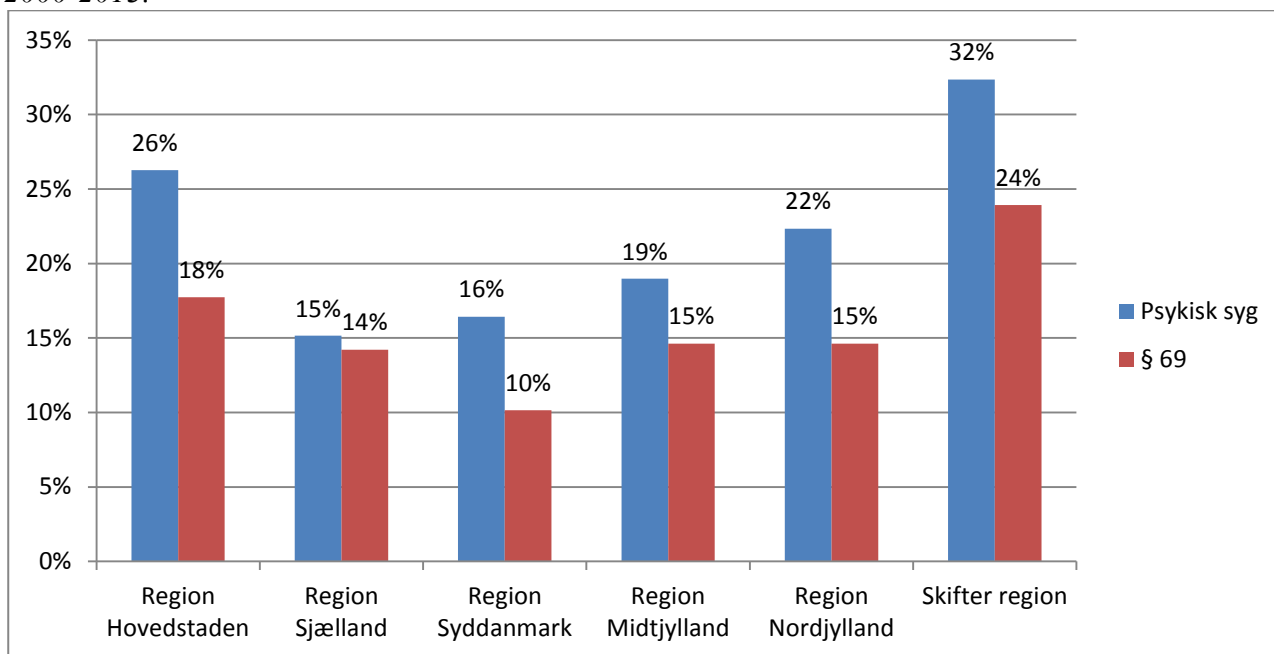
Som tidligere nævnt er det på baggrund af oplysninger om, hvilke hospitaler de foranstaltningsdømte har været indlagt på, muligt at kategorisere de enkelte foranstaltninger i forhold til regioner. I tabel 2 er de foranstaltningsdømte, der tilbringer mindst 75 pct. af deres indlæggelsestid i én region, fordelt efter region. Tabellen ekskluderer dermed de foranstaltningsdømte, der ikke har været indlagt. For de psykisk syge drejer det sig om 24 pct. af de dømte (fra medio 2000), mens der for de dømte efter § 69 er tale om 47 pct. Endvidere udelades dømte, der har været indlagt på hospitaler i flere regioner, jf. førnævnte kriterium.

Hvis det antages, at bortfald på grund af manglende indlæggelse og regionsskift, jf. ovenfor, er tilfældigt fordelt regionerne imellem, kan tabellen vise omfanget af foranstaltningsdømte i forhold til befolkningens størrelse. Det ses, at en uforholdsmæssigt stor andel af de dømte psykisk syge henhører under Region Hovedstaden, mens det omvendt drejer sig om relativt få i Region Nordjylland. Sidstnævnte gælder også dømte efter § 69, mens der er relativt mange af dem i Region Midtjylland.

Den relativt lille andel patienter i Region Nordjylland skal ses i sammenhæng med, at den vestlige del af regionen før strukturreformen hørte under Viborg Amt. Det drejer sig om Thisted Kommune, Morsø Kommune samt den tidligere Aalestrup Kommune, der nu er en del af Vesthimmerlands Kommune. Ved strukturreformen blev Viborg Amt delt, således at disse områder overgik til at høre under Region Nordjylland. Patienter fra disse områder blev tidligere ofte behandlet i Viborg, og indgår derfor i tabel 2 i Region Midtjylland i stedet for i Region Nordjylland, hvilket giver en skævhed i sammenligning med størrelsen på Region Nordjyllands befolkning.¹³

¹³ Oplysninger tyder på, at voksne psykiatriske patienter fra disse kommuner fortsat behandlet i Viborg frem til 31.12.2008, mens dette gjaldt indtil 1.7.2008 for patienter i Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Figur 16: Den gennemsnitlige andel af tiden under foranstaltninger, der er tilbragt i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse, fordelt efter mental tilstand og region. Afsluttede domme, der er idømt medio 2000-2013.



I figur 16 er de afsluttede foranstaltningsdomme fordelt efter, hvilken region de dømte har tilbragt størstedelen af deres psykiatriske indlæggelser i. Det bemærkes, at tabellen er baseret på oplysninger om indlæggelser siden medio 2000 og frem til 2013, altså både før og efter strukturreformen i 2007, hvor regionerne blev dannet.

Figuren viser den gennemsnitlige andel af tiden under en foranstaltning, der er tilbragt i heldøgnsindlæggelser i de forskellige regioner, og det ses, at den gruppe, der er mest indlagt, er den lille gruppe, der er indlagt i flere regioner.

For Region Hovedstaden ses for både psykisk syge og dømte efter § 69 den højeste gennemsnitlige andel af tiden under foranstaltning, der tilbringes under psykiatrisk heldøgnsindlæggelse. Dette kan bero på flere meget behandlingskrævende dømte og/eller flere sengepladser.

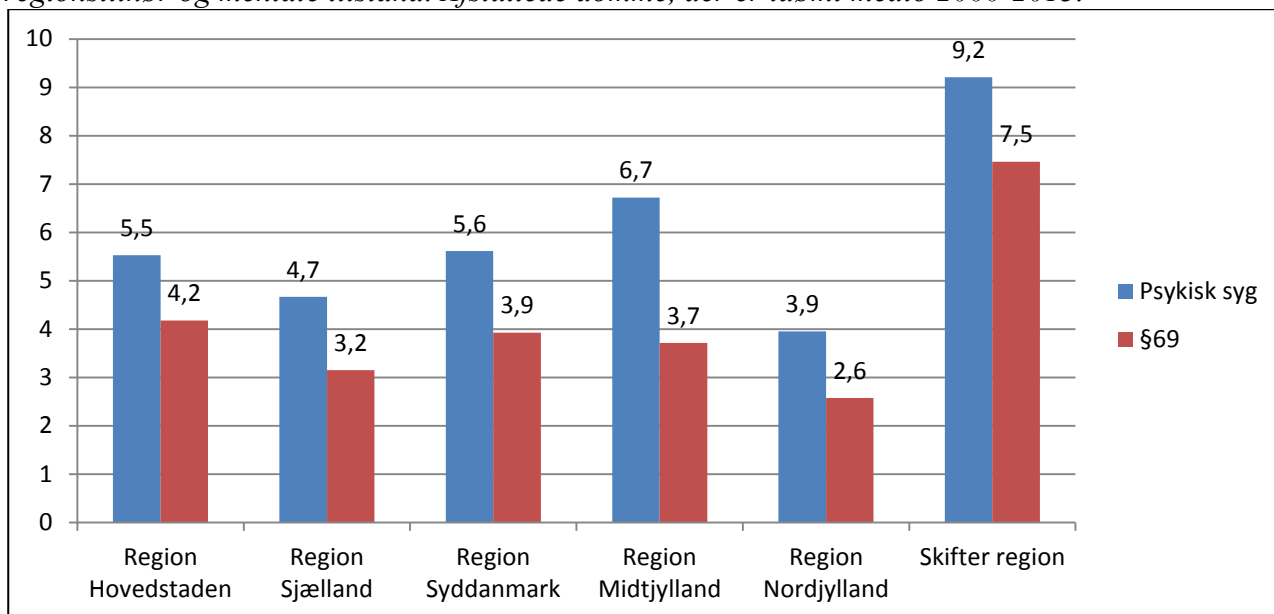
I Region Sjælland og Region Syddanmark har de foranstaltningsdømte psykisk syge gennemsnitligt set været indlagt den mindste andel af tid under foranstaltningen, mens dette for de dømte efter § 69 er tilfældet i Region Syddanmark.

Blandt de dømte, der indlægges, er det relativt sjældent, at de kun indlægges én gang under foranstaltningen.¹⁴ For de psykisk syge, der indlægges, sker dette i 27 pct. af tilfældene, mens det gælder for 36 pct. af de dømte efter § 69. Langt de fleste indlægges flere gange, idet de psykisk syge i gen-

¹⁴ En indlæggelse er her forstået som en kontinuerlig periode i psykiatrisk heldøgnsindlæggelse, hvor personen i mindst ét døgn før og efter indlæggelsen ikke er indlagt. Indlæggelser, der er adskilt af ét døgn eller mindre, regnes som overførsler fra mellem afdelinger eller hospitaler og tæller ikke som separate indlæggelser.

nemsnit indlægges 5,7 gange i løbet af foranstaltningen, mens det drejer sig om 3,9 gange for de dømte efter § 69. Af figur 17 ses de regionale variationer i så henseende.

Figur 17: Det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. foranstaltningsdom fordelt efter personens regionstilhør og mentale tilstand. Afsluttede domme, der er idømt medio 2000-2013.



Ikke uventet er de personer, der har flest indlæggelser pr. foranstaltningsdom, dem, der skifter region.

Region Midtjylland er den region, der har flest indlæggelser pr. dom til psykisk syge. For dømte efter § 69 er det Region Hovedstaden, der har flest indlæggelser pr. dom, men forskellen mellem denne region og Region Syddanmark er dog marginal.

Region Nordjylland skiller sig noget ud fra de øvrige regioner ved både at have færrest indlæggelser pr. dom for psykisk syge og for dømte efter § 69. Dette skal sammenholdes med det følgende om længden af de enkelte indlæggelser, jf. nedenfor.

Hvor lang tid varer de mange indlæggelser så? Længden på en indlæggelse regnes som en kontinuert periode i psykiatrisk indlæggelse inden for en og samme region. Det betyder, at en indlæggelse godt kan indebære overførsler mellem hospitaler og afdelinger inden for samme region. Det betyder også, at indlæggelser, der reelt ligger i forlængelse af en anden indlæggelse, men foregår i en anden region, regnes som adskilte. Sidstnævnte gælder dog ganske få af indlæggelserne, nemlig 2,2 pct. (343 i alt).

Af tabel 3 ses varigheden af de psykiatriske indlæggelser for de foranstaltningsdømte. Gennemgående er der tale om relativt kortvarige indlæggelser. Omkring halvdelen af indlæggelserne varer højst en uge. For de psykisk syge har 3 pct. af indlæggelserne været mere end ét år, mens dette

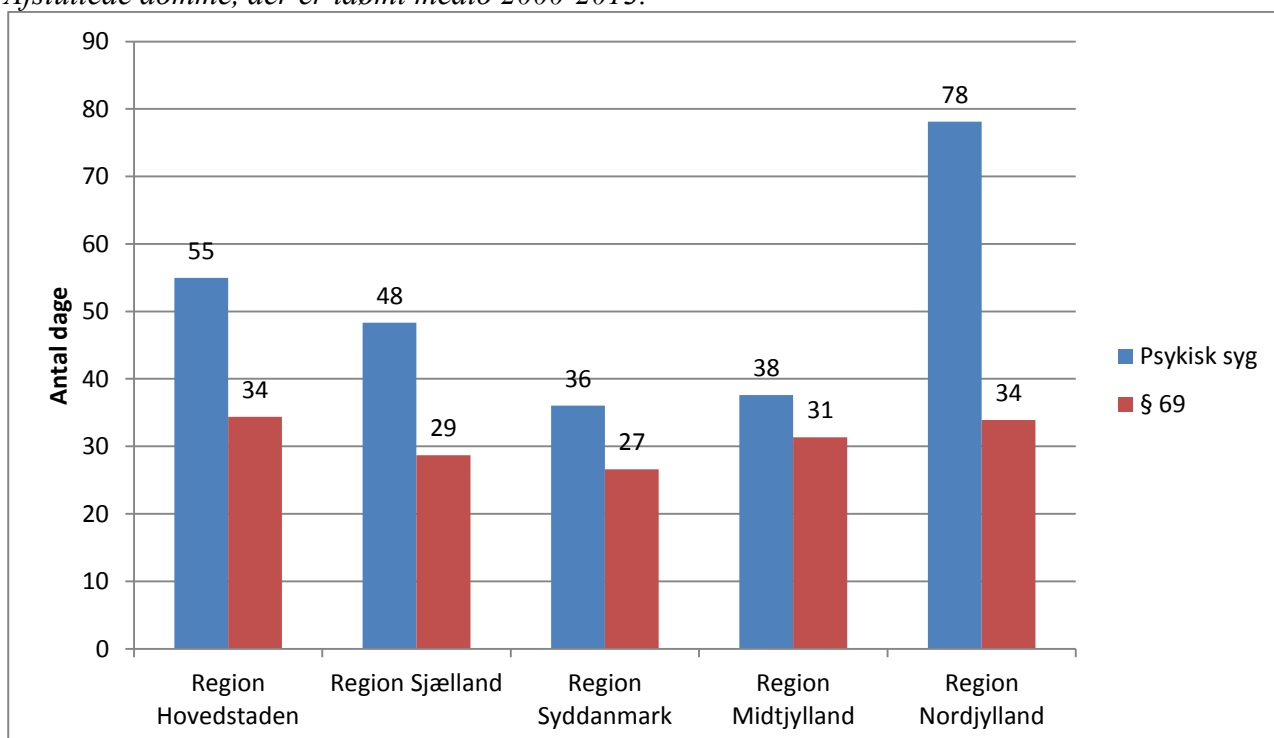
gælder for 1 pct. af indlæggelserne for de dømte efter § 69. I gennemsnit varer indlæggelserne 43 dage for de psykisk syge og 31 dage for de dømte efter § 69.

Tabel 3: Psykiatriske indlæggelser under foranstaltning fordelt efter mental tilstand og varighed. Afsluttede indlæggelser, medio 2000-2013.

	Psykisk syge		§ 69	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Én dag	665	5 %	131	5 %
2-7 dage	5528	41 %	1170	46 %
8 dage - 1 måned	3958	29 %	719	28 %
> 1 måned - 3 måneder	2007	15 %	313	12 %
> 3 måneder - 1 år	1138	8 %	167	7 %
Mere end 1 år	276	2 %	26	1 %
I alt	13.572	100 %	2.526	100 %

I figur 18 er den gennemsnitlige længde af de psykiatriske indlæggelser vist for de enkelte regioner. Her refereres til den konkrete indlæggelse og ikke til den foranstaltningsdømtes samlede regionsmæssige tilhørsforhold således, at også indlæggelsestider for dem, der skifter region, er inkluderet.

Figur 18: Gennemsnitlig længde af indlæggelser i dage fordelt efter region og mentale tilstand. Afsluttede domme, der er idømt medio 2000-2013.



Det er ikke uventet, at Region Nordjylland igen skiller sig ud – denne gang ved, at den gennemsnitlige længde af indlæggelserne for såvel psykisk syge som dømte efter § 69 er betydeligt længere

end i resten af landet. Det harmonerer med færre indlæggelser (figur 17), mens regionen ikke afviger med hensyn til andel af tiden under foranstaltning, hvor den dømte har været indlagt (figur 16).

For Region Syddanmark er de gennemsnitlige længder af indlæggelser relativt korte for både psykisk syge og dømte efter § 69, men især med hensyn til længder af indlæggelser for dømte efter § 69 er forskellene mellem regionerne ret begrænset.

Recidiv

Her skal ses på, hvor stor en andel af de foranstaltningsdømte der begår ny kriminalitet i en periode af to år efter afsluttet foranstaltningsdom. Dette undersøges separat for de psykisk syge og for dømte efter § 69.

Indledningsvis er det vigtigt at understrege, at recidiv ikke umiddelbart kan tolkes som effekt af en behandling eller et indgreb. For at vurdere effekten af et tiltag skal der tages højde for en lang række forhold, der vil kunne påvirke recidivet, således det er muligt at fastslå, hvad recidivprocenten ville have været, såfremt tiltaget ikke var gennemført. Denne forudsætning er ikke til stede i denne undersøgelse.

Ved recidivmålingen er der skelnet mellem domme, der er afsluttet planmæssigt, dvs. ved bortfald eller ophævelse, og domme, der er afsluttet ved idømmelse af en ny foranstaltningsdom eller en frihedsstraf. Det er gjort, fordi domme, der er afsluttet ved idømmelse af en ny foranstaltningsdom eller frihedsstraf, ville kunne indebære en inkapaciterende effekt, som vil kunne påvirke recidivprocenten.

Målingen er baseret på domme, der er idømt fra medio 2000, idet der som nævnt herom foreligger oplysninger om mental tilstand. Kun domme, der er afsluttet inden udgangen af 2011 er inkluderet med henblik på at få en tilstrækkelig lang observationsperiode. Hvis en person har flere foranstaltningsdomme i denne periode, vil det kun være den første af disse, der indgår i denne analyse. Der er i undersøgelsen anvendt to recidivkriterier: dels andelen af de dømte, der idømmes en fældende strafferetlig afgørelse, og dels andelen af de dømte, der idømmes en foranstaltning eller en ubetinget frihedsstraf. I begge tilfælde skal straffen angår kriminalitet, der er begået inden for to år efter foranstaltningsdommens afslutning.

Knap 25 pct. af dommene til psykisk syge afsluttes ved en ny dom, mens dette gælder 23 pct. af dommene jf. § 69. I de fleste tilfælde er der for disse andele kun mindre variationer regionerne imellem, mens der i enkelte tilfælde er mere betydelige variationer, hvilket også taler for at opretholde ovennævnte skelnen.¹⁵

¹⁵ For de dømte i medfør af § 69 i Region Midtjylland er 42 pct. af dommene afsluttet ved en ny dom. Omvendt er det en lavere andel af dommene til psykisk syge i Region Midtjylland og Region Nordjylland, der afsluttes ved idømmelse af en ny dom, sammenlignet med landets øvrige regioner.

Med hensyn til recidiv til en fældende strafferetlig afgørelse – kriterium 1 – viser undersøgelsen, at 24 pct. af de psykisk syge, hvis foranstaltning er afsluttet planmæssigt, recidiverer i løbet af de to følgende år, mod 57 pct. af dem, hvis foranstaltning er afsluttet med en ny dom. Samlet set er det 32 pct. af de psykisk syge, der recidiverer. For de dømte efter § 69 drejer det sig om henholdsvis 30, 67 og 39 pct. Der er således betydelige forskelle i recidivprocenterne mellem først og fremmest dem, der afslutter foranstaltningen planmæssigt, og dem, hvis dom afsluttes med idømmelsen af en ny. Den inkapaciterende effekt, der måtte have gjort sig gældende, synes dermed at være begrænset. Samtidig ses en – mindre – forskel i recidivprocenten mellem de psykisk syge og de dømte efter § 69, hvilket kan bero på, at sidstnævnte gruppe gennemgående er noget yngre end førstnævnte. Men det kan naturligvis også bero på andre forhold, herunder behandlingsindsats og -resultater.

Det skal nævnes, at recidivprocenten for de foranstaltningsdømte er relativ lav sammenholdt med personer, der har afsonet en ubetinget frihedsstraf. Den seneste opgørelse fra Danmarks Statistik viser, at 64 pct. af dem, der har afsonet en frihedsstraf, begik ny kriminalitet i løbet af 2 år efter løsladelsen.¹⁶

Med hensyn til det andet recidivkriterium – ny kriminalitet der medfører en ny foranstaltning eller en ubetinget frihedsstraf – er det 13 pct. af de psykisk syge mod 15 pct. af de dømte efter § 69, der recidiverer. For den del, der afslutter foranstaltningen planmæssigt, er der for begge grupper 9 pct., der recidiverer mod henholdsvis 23 og 34 pct. af de psykisk syge og de dømte efter § 69, som afslutter foranstaltningen med idømmelse af en ny foranstaltning eller en frihedsstraf.

I de følgende analyser er det det første recidivkriterium – recidiv til en fældende strafferetlig afgørelse – der er anvendt.

Figur 19 viser recidivprocenten for psykisk syge fordelt efter, hvilken region den dømte primært har haft sine psykiatriske indlæggelser i under foranstaltningen jf. tabel 2. Desuden fremgår recidivprocenten for de 463 personer, svarende til 27 pct. af de her undersøgte psykisk syge, der ikke har været indlagt. Af tabel 2 i bilag 1 fremgår tallene bag figur 19.

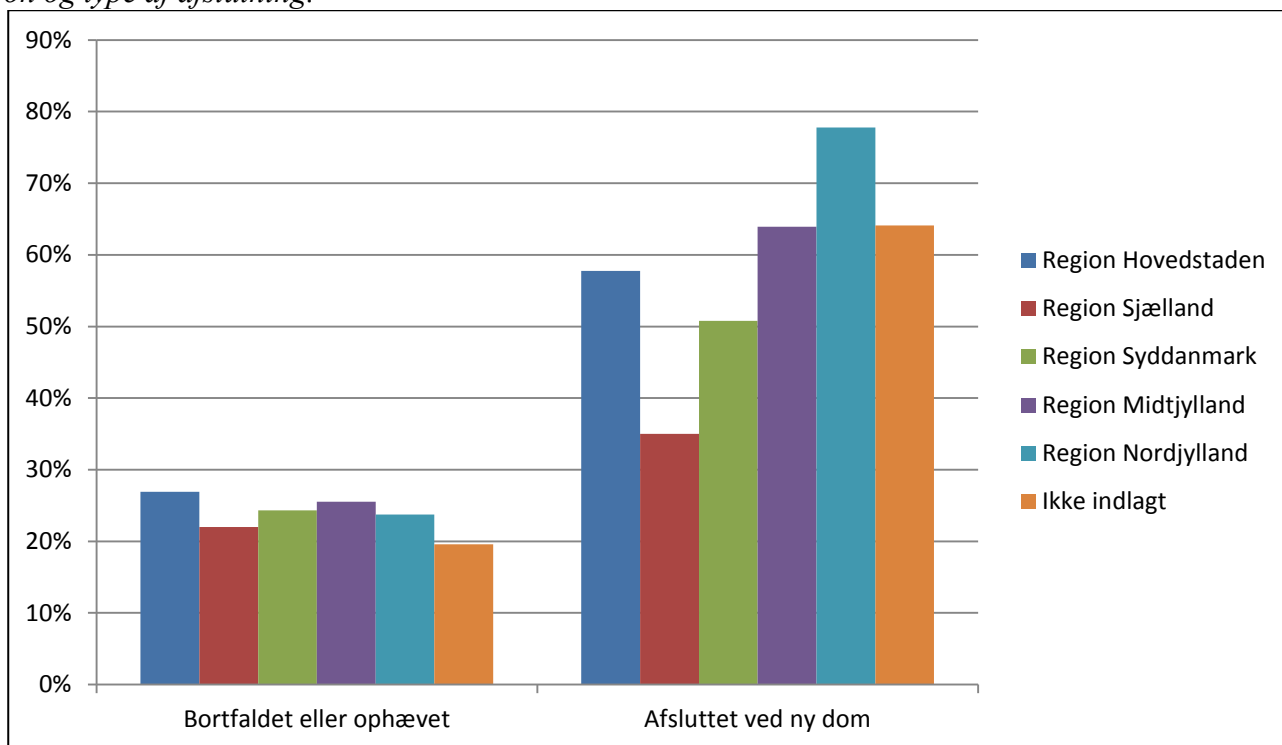
Af figuren ses, at der ikke er store forskelle i recidivprocenten regionerne imellem for de psykisk syge, hvis foranstaltning afsluttes planmæssigt. Den højeste andel findes for Region Hovedstaden med 27 pct., mens den laveste andel findes for Region Sjælland med 22 pct. Recidivprocenten for personer, der ikke har været indlagt, er dog lavere, nemlig lige knap 20 pct., hvilket ikke er uventet, da denne persongruppe må antages at være mindre belastet af sygdom end de øvrige dømte.

Der ses omvendt en relativ stor variation mellem regionerne med hensyn til recidivprocenten for psykisk syge, hvis domme afsluttes ved idømmelse af en ny dom. Region Nordjylland har den høje-

¹⁶ Danmarks Statistik måler recidiv på en lidt anden måde, end det er sket her, idet de inkluderer de tilfælde, hvor den strafferetlige afgørelse kan falde op til 3 år efter observationsperiodens start, men hvor gerningstidspunktet ligger inden for 2 år. Det indebærer en lidt højere recidivprocent, end metoden, der er anvendt her, giver.

ste recidivprocent med 78 pct., mens Region Sjælland har den laveste: 35 pct. Dette må dog ses i lyset af, at der i flere af regionerne er ganske få domme, der afsluttes med en ny dom. I Region Nordjylland drejer det sig om 18 tilfælde og om 40 i Region Sjælland. Det bemærkes, at recidivprocenten for personer, der ikke har været indlagt, svarer nogenlunde til det, der ses for de øvrige grupper. Også denne beregning er dog baseret på relativt få observationer (26 i alt).

Figur 19. Andel recidiverede blandt psykisk syge, der er idømt en foranstaltning, fordelt efter region og type af afslutning.



Der er ikke foretaget tilsvarende analyser af recidiv fordelt efter region for dømte efter § 69, da der generelt er meget få observationer, når tallene analyseres regionvist.

I figur 20 ses recidivprocenten for psykisk syge og dømte efter § 69 fordelt efter foranstaltningens varighed. I gennemsnit har de domme, denne beregning er baseret på, været 3½ år. Omkring 18 pct. af dommene varer præcis 5 år, hvilket hænger sammen med, at længstetiden i almindelighed fastsættes til 5 år.

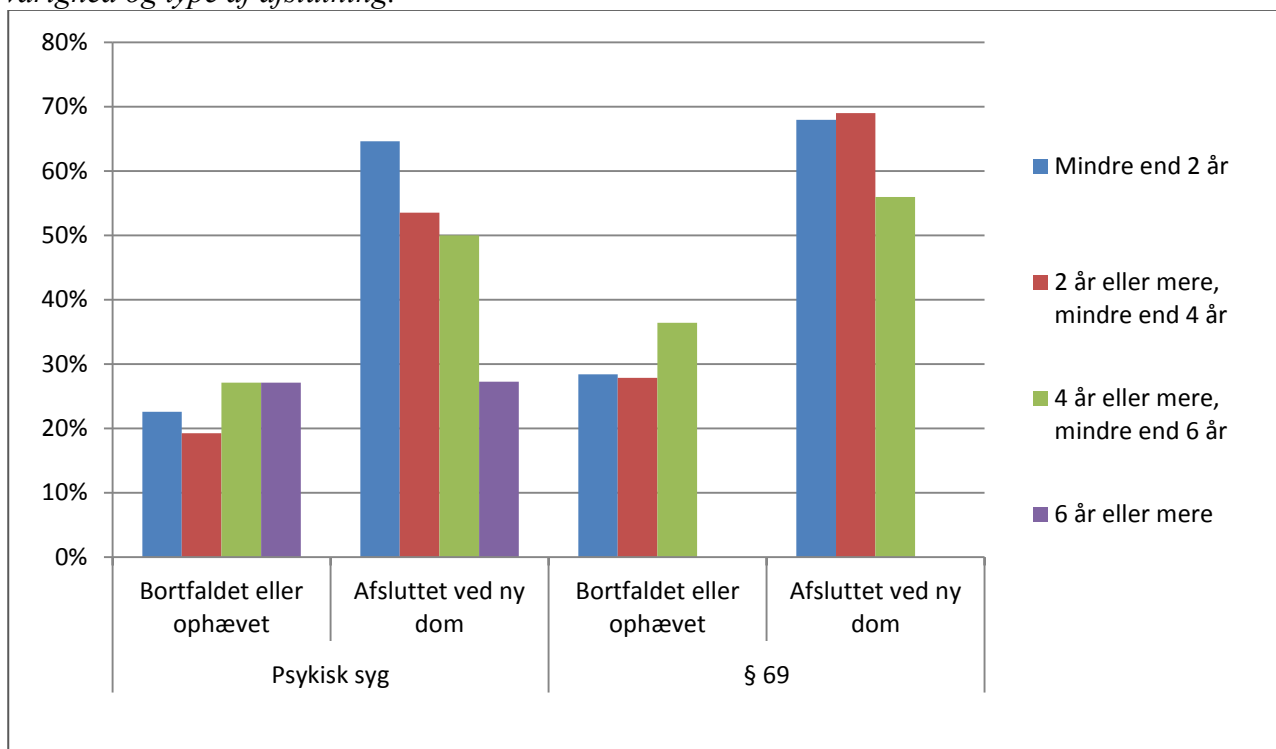
For de psykisk syge, hvis foranstaltning er afsluttet ved bortfald eller ophævelse, er der en tendens til, at personer, der har været underkastet en foranstaltning i op til 4 år, har en lavere recidivprocent end dem, der har været underkastet en foranstaltning i længere tid.

For de psykisk syge, hvis foranstaltning afsluttes i forbindelse med en ny dom, ses det omvendte mønster, idet personer med relativt kortvarige foranstaltninger tenderer mod at recidivere mere end dem med længerevarende foranstaltninger. Dette skal ses i sammenhæng med, at personer med en

særlig høj risiko for ny kriminalitet må forventes ret hurtigt at begå ny kriminalitet og dermed også i højere grad risikere hurtigt at få afsluttet deres foranstaltning i forbindelse med en ny dom.

Tabel 3 i bilag 1 oplyser om tallene bag figur 20.

Figur 20. Andel recidiverede blandt psykisk syge og dømte efter § 69 fordelt efter foranstaltningens varighed og type af afslutning.

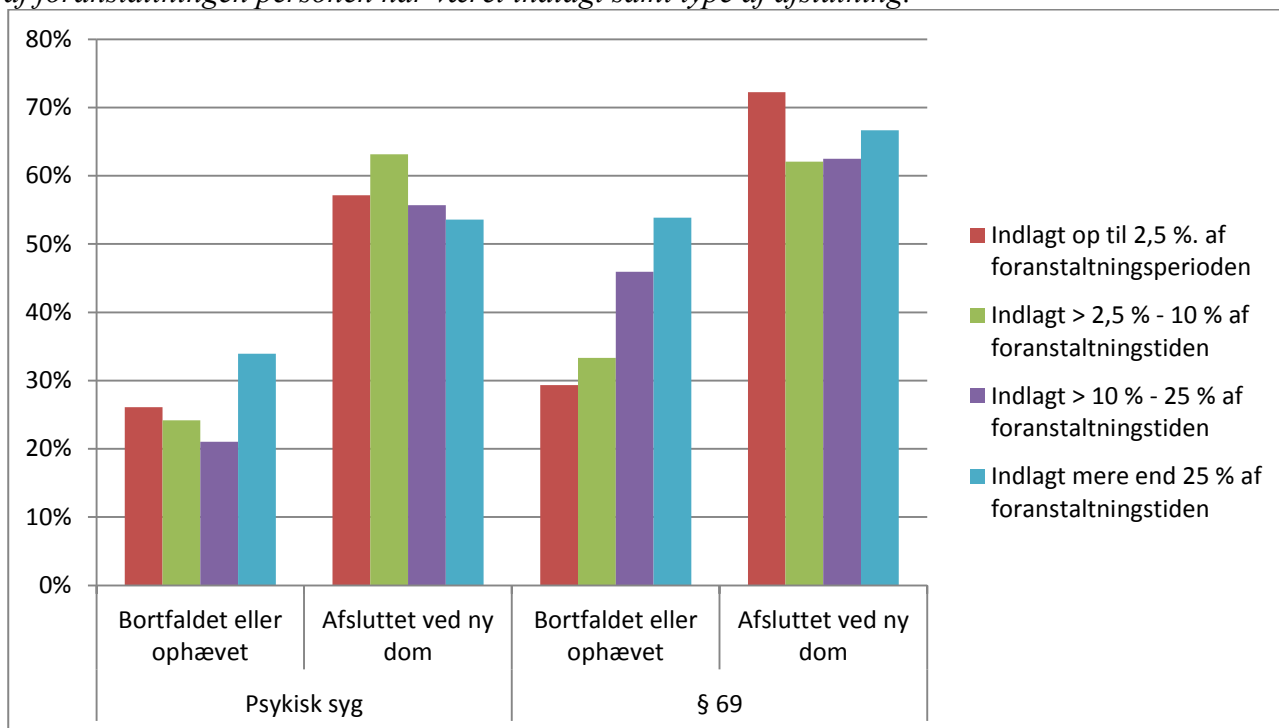


Billedet for de dømte efter § 69 er generelt set det samme som for de psykisk syge. Dog synes den negative sammenhæng mellem varighed og recidivprocent for domme afsluttet ved ny dom at være mindre udtalt for denne gruppe.¹⁷

I figur 21 er recidivprocenten sat i forhold til, hvor stor en del af foranstaltningsperioden der er tilbragt i psykiatrisk indlæggelse. Der er store variationer meget de fire grupper med hensyn til andel tid indlagt. Således er det kun 13 pct. af de psykisk syge, hvis dom afsluttes planmæssigt, der er indlagt mere end 25 pct. af tiden, mens dette gælder for 47 pct. af de psykisk syge, hvis domme afsluttes ved en ny dom. For de dømte efter § 69 er de tilsvarende tal henholdsvis 2 og 32 pct. De personer, hvis domme afsluttes grundet ny kriminalitet, har altså været mere indlagt, end de personer, hvis domme afsluttes planmæssigt.

¹⁷ Når der ikke er søjler med angivelse af andel recidiverede for dømte efter § 69 med foranstaltninger med en varighed på mindst 6 år skyldes det, at der enten ikke er nogen der er recidiveret (blandt de ni personer, hvis dom er bortfaldet eller ophævet), eller at kategorien er tom (for dem, hvis foranstaltning er afsluttet ved en ny dom).

Figur 21. Andel recidiverede blandt psykisk syge og dømte efter § 69 fordelt efter, hvor stor en del af foranstaltningen personen har været indlagt samt type af afslutning.



For de psykisk syge, hvis domme er afsluttet planmæssigt, er recidivprocenten noget højere for dem, der har været indlagt over en fjerdedel af tiden i foranstaltning, nemlig 34 pct., mens den for dem med kortere tid under indlæggelse er på henholdsvis 26, 24 og 21 pct.

For de psykisk syge, hvis dom afsluttes med en ny dom, ses omvendt en tendens til, at de personer, der har været indlagt i maksimalt 10 pct. af tiden, har en lidt højeste recidivprocent end dem, der har været indlagt i længere tid.

For de dømte efter § 69, hvis domme afsluttes planmæssigt, ses en meget tydelig tendens til, at recidivprocenten stiger med tiden under indlæggelse. Gruppen, der har været indlagt mere end 25 pct. af tiden, udgøres dog af kun 13 personer.

For de dømte efter § 69, hvis dom afsluttes ved en ny dom, er billedet lidt mindre tydeligt. De personer, der har været indlagt mindre end 2,5 pct. af tiden har den højeste recidivprocent på 72 pct. Personerne, der har været indlagt mellem 2,5 og 25 pct. af tiden har den laveste andel recidivister (62 pct.), mens der blandt dem, der har været indlagt mere end 25 pct. af tiden, er 67 pct., der recidiverer. Generelt er der dog forholdsvis få personer i de enkelte kategorier.

Af tabel 4 i bilag 1 fremgår tallene bag figur 21.

De recidivprocenter, der er vist ovenfor med hensyn til omfanget af recidiv, kan reelt afspejle bagvedliggende forhold såsom køn, alder og tidligere kriminalitet. Det er således velkendt, at mænd, unge og personer med mange tidligere forhold recidiverer hyppigere end kvinder, ældre og perso-

nen uden forstraffe. Der er derfor gennemført analyser med henblik på at fastslå, om nogle af de forskelle, der ses, også holder, når der tages hensyn til andre forhold, der kan påvirke recidivrisikoen.

På baggrund af regressionsanalyser, hvori der indgår oplysninger om personens køn, alder (ved foranstaltningens afslutning), etnisk baggrund, omfanget af tidligere domme, foranstaltningens afslutningsmåde, mental tilstand (psykisk syg eller dømt efter § 69), foranstaltningens art (dom til tilsyn, behandlingsdom eller anbringelsesdom) og foranstaltningens varighed viser det sig, at også når der tages hensyn til alle disse forhold, ses fortsat det førnævnte mønster: at køn, alder og omfang af tidligere kriminalitet påvirker også risikoen for recidiv. Etnicitet er dog ikke forbundet hermed. Desuden viser analysen, at der også fortsat er forskel mellem personer, der afslutter en foranstaltning med en ny dom, og dem, der afslutter planmæssigt, idet førnævnte recidiverer betydelig hyppigere. Endelig viser analysen, at personer, der er dømt efter § 69 recidiverer hyppigere end de psykisk syge. Det er således ikke alene aldersforskelle, der kan forklare denne forskel.

Foranstaltningens art og varighed synes derimod ikke at være relateret til recidivrisikoen.

En tilsvarende analyse vedrørende recidivkriterium 2 – ny kriminalitet der fører til en foranstaltning eller en ubetinget frihedsstraf – giver samme resultat, men påviser dog ikke forskelle i recidivprocenten mellem de psykisk syge og dømte efter § 69.

Bilag 1

Bilagstabel 1: Foranstaltningsdomme fordelt efter kriminalitetens art og år, 1981-2013.

	Alvorlig personfarlig kriminalitet	Anden personfarlig kriminalitet	Ejendomsforbrydelser i øvrigt	Øvrige straffelov	Særlovs-overtrædelser	I alt
1981	88	26	32	2	2	150
1982	87	43	39	6	3	178
1983	92	31	46	6	2	177
1984	89	29	43	4	0	165
1985	91	38	41	3	6	179
1986	145	44	51	5	5	250
1987	111	38	45	7	3	204
1988	125	34	56	6	1	222
1989	118	30	60	3	9	220
1990	136	48	67	5	4	260
1991	123	36	64	7	2	232
1992	111	46	64	9	2	232
1993	131	61	58	5	5	260
1994	129	70	48	7	3	257
1995	141	70	43	16	6	276
1996	129	83	52	17	7	288
1997	134	101	50	13	5	303
1998	139	90	51	15	5	300
1999	143	119	55	13	8	338
2000	158	129	50	12	5	354
2001	151	138	53	12	8	362
2002	177	175	66	17	12	447
2003	171	218	87	18	9	503
2004	155	258	101	26	18	558
2005	194	328	95	25	19	661
2006	193	340	83	30	20	666
2007	176	274	81	34	13	578
2008	189	307	90	38	18	642
2009	203	309	82	33	20	647
2010	210	433	110	63	34	850
2011	230	430	140	69	48	917
2012	209	396	154	56	48	863
2013	195	443	110	58	36	842

Bilagstabel 2: Absolutte tal bag figur 19.

		Bortfaldet eller ophævet	Afsluttet ved ny dom	I alt
Region Hovedstaden	Ikke recidiveret	247	71	318
	Recidiveret	91	97	188
	I alt	338	168	506
Region Sjælland	Ikke recidiveret	78	26	104
	Recidiveret	22	14	36
	I alt	100	40	140
Region Syddanmark	Ikke recidiveret	115	31	146
	Recidiveret	37	32	69
	I alt	152	63	215
Region Midtjylland	Ikke recidiveret	137	22	159
	Recidiveret	47	39	86
	I alt	184	61	245
Region Nordjylland	Ikke recidiveret	45	4	49
	Recidiveret	14	14	28
	I alt	59	18	77
Ikke indlagt	Ikke recidiveret	341	14	355
	Recidiveret	83	25	108
	I alt	424	39	463
I alt	Ikke recidiveret	978	181	1159
	Recidiveret	305	236	541
	I alt	1257	389	1646

Bilagstabel 3: Absolutte tal bag figur 20.

			Bortfaldet eller ophævet	Afsluttet ved ny dom
Psykisk syge	Mindre end 2 år	Ikke recidiveret	120	58
		Recidiveret	35	106
		I alt	155	164
	2 år eller mere, mindre end 4 år	Ikke recidiveret	369	79
		Recidiveret	88	91
		I alt	457	170
	4 år eller mere, mindre end 6 år	Ikke recidiveret	419	36
		Recidiveret	156	36
		I alt	575	72
	6 år eller mere	Ikke recidiveret	70	8
		Recidiveret	26	3
		I alt	96	11
§ 69	Mindre end 2 år	Ikke recidiveret	68	24
		Recidiveret	27	51
		I alt	95	75
	2 år eller mere, mindre end 4 år	Ikke recidiveret	210	22
		Recidiveret	81	49
		I alt	291	71
	4 år eller mere, mindre end 6 år	Ikke recidiveret	455	11
		Recidiveret	63	14
		I alt	173	25
	6 år eller mere	Ikke recidiveret	9	0
		Recidiveret	0	0
		I alt	9	0

Tabel 4: Absolutte tal bag figur 21.

			Bortfaldet eller op- hævet	Afsluttet ved ny dom
Psykisk syge	Ikke indlagt	Ikke recidiveret	341	14
		Recidiveret	83	25
		I alt	424	39
	Indlagt 2,5 % eller mindre af foranstaltningsperioden	Ikke recidiveret	167	12
		Recidiveret	59	16
		I alt	226	28
	Indlagt mere end 2,5 %, 10 % eller mindre	Ikke recidiveret	188	21
		Recidiveret	60	36
		I alt	248	57
	Indlagt mere end 10 %, 25 % eller mindre	Ikke recidiveret	169	43
		Recidiveret	45	54
		I alt	214	97
	Indlagt mere end 25 %	Ikke recidiveret	113	91
		Recidiveret	58	105
		I alt	171	196
§ 69	Ikke indlagt	Ikke recidiveret	244	14
		Recidiveret	90	32
		I alt	334	46
	Indlagt 2,5 % eller mindre af foranstaltningsperioden	Ikke recidiveret	77	5
		Recidiveret	32	13
		I alt	109	18
	Indlagt mere end 2,5 %, 10 % eller mindre	Ikke recidiveret	50	11
		Recidiveret	25	17
		I alt	75	29
	Indlagt mere end 10 %, 25 % eller mindre	Ikke recidiveret	20	9
		Recidiveret	17	15
		I alt	37	24
	Indlagt mere end 25 %	Ikke recidiveret	6	18
		Recidiveret	7	36
		I alt	13	54

Bilag 2

Oversigt over den regionale fordeling af institutioner

I tabellen nedenfor er dannet en oversigt over, hvordan de enkelte psykiatriske institutioner er fordelt i regioner. Opdelingen er lavet på baggrund af dokumentationen for den data, der er anvendt til undersøgelsen, Variabelbeskrivelse for Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. Navnene på institutioner og den tilhørende sygehusafdelingsklassifikation (SHAK-kode) er hentet herfra.

SHAK-koderne ændres i 2009. Derfor er oversigten for hver region lavet for perioden både før og efter 2009. Dette betyder at mange institutioner derfor vil være at finde i begge perioder.

Institutionernes navne er baseret på overskrifterne fra Variabelbeskrivelse for Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. Såfremt institutionsnavnet ikke tydeliggør, hvor institutionen er placeret er dette markeret i en parentes.

Sygehusafdelingsklassifikationen (SHAK) er i udgangspunktet en syvcifret kode. Det er dog kun de fire første cifre, der angiver institutionen, mens de følgende tre angiver afdelinger og afsnit. Bortset fra tilfældet med Sikringsafdelingen ved Psykiatrien i Nykøbing Sjælland, der er kodet for sig, er det derfor kun de fire første cifre af SHAK-koden, der er anvendt.

<u>Region</u>	<u>Periode</u>	<u>Institutioner</u>	<u>Tilsvarende sygehusafdelingsklassifikation</u>
Region Hovedstaden	Før 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Rigshospitalet • Kommunehospitalet (først Øster Farimagsgade, siden Amager) • Overførstergården, Gentofte • Øresundshospitalet • Bispebjerg Hospital • Sct. Hans Hospital • Københavns Psykiatriske Plejehospitaler (Brøndbylund, Ringbo, Sundbygård, Hedelund) • Hvidovre Hospital • Amager Hospital • Frederiksberg Hospital • Københavns Amts sygehus Gentofte • Københavns Amts sygehus Gentofte, Stolpegård • Københavns Amts sygehus i Glostrup • Blå Kors Behandlingshjem, Tåstrup • Københavns Amts sygehus i Herlev • Frederiksborgs Amts Sundhedsvæsen (Hillerød Sygehus) • Montebello (Helsingør og Spanien) • Ørsholt Behandlingshjem • Bornholms Centralsygehus 	1300-2011 + 4001
	Fra og med 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk Center Amager • Børne- og Ungdomspsyk. Center Bispebjerg • Psykiatrisk Center Bispebjerg • Psykiatrisk Center Bornholm • Psykiatrisk Center Frederiksberg • Psykiatrisk Center Gentofte • Psykiatrisk Center Hvidovre • Psykiatrisk Center Rigshospitalet • Retspsykiatrisk Center Glostrup • Sct. Hans Retspsykiatrisk afd. R • Sct. Hans Psykiatrisk afd. M • Sct. Hans Psykiatrisk afd. L • Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød • Psykiatrisk Center Ballerup • Psykiatrisk Center Nordsjælland (Hillerød, Helsingør, Frederikssund) • Psykoterapeutisk Center Stolpegård • Psykiatrisk Center Glostrup • Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup 	1500 + 1502

<u>Region</u>	<u>Periode</u>	<u>Institutioner</u>	<u>Tilsvarende sygehusafdelingsklassifikation</u>
Region Sjælland	Før 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Amtssygehuset Fjorden • Sygehus Vestsjælland (Centralsygehuset i Holbæk) • Sygehus Vestsjælland (Slagelse Centralsygehus) • Sygehus Vestsjælland (Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, dog ikke Sikringsafdelingen) • Sygehus Vestsjælland (Psykiatrien i Dianalund) • Sygehjemmet i Holbæk • Sygehjemmet i Sorø • Centralsygehuset i Næstved • Amtssygehuset i Vordingborg • Psykiatrien i Storstrøm Amt (Næstved, Vordingborg, Maribo) • Amsplejehjemmet i Stege • Behandlingshjemmet Saxenhøj 	2503-3512, dog ikke 3010031 og 3000771
	Fra og med 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrien i Roskilde • Psykiatrien i Køge • Psykiatrien i Holbæk • Psykiatrien i Slagelse • Psykiatrien i Næstved • Psykiatrien i Maribo • Psykiatrien i Nykøbing Sjælland (dog ikke Sikringsafdelingen) • Psykiatrien i Vordingborg • Psykiatrien i Dianalund • Børne- og ungdomspsykiatrien 	3800, dog ikke 3800310

<u>Region</u>	<u>Periode</u>	<u>Institutioner</u>	<u>Tilsvarende sygehusafdelingsklassifikation</u>
Region Syddanmark	Før 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Odense Universitetshospital • Sygehus Fyn Svendborg • Sygehus Fyn Middelfart • Ringgården, Middelfart • Sygehuspsykiatrien i Sønderjylland (Sønderborg Sygehus) • Sygehuspsykiatrien i Sønderjylland (Haderslev Sygehus) • Sygehuspsykiatrien i Sønderjylland (Augustenborg Sygehus) • Blå Kors Behandlingshjem, Christiansfeld • Ringgården Syd, Haderslev • Amtssygehuset (Ribe Amt), tidl. Hviding • Amtssygehuset (Ribe Amt), tidl. Esbjerg Centralsygehus • Kolding Sygehus • Vejle Sygehus • Jysk Nervesanatorium, Vejleford 	4201-5506 + 6007-6011
	Fra og med 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Odense Universitetshospital • Det Børne- og Ungdomspsykiatriske hus, Odense Universitetshospital • Sygehus Fyn, Svendborg • Sygehus Fyn, Middelfart • Sygehuspsykiatrien i Sønderjylland (Haderslev, Augustenborg, Aabenraa) • Psykiatricenter Vest Esbjerg Ribe • Fredericia og Kolding Sygehuse • Vejle Sygehus 	4202 + 4212 + 5008 + 5506 + 6007 + 6008

<u>Region</u>	<u>Periode</u>	<u>Institutioner</u>	<u>Tilsvarende sygehusafdelingsklassifikation</u>
Region Midtjylland	Før 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Horsens Sygehus • Psykiatrien i Ringkøbing Amt (Holstebro Centralsygehus) • Psykiatrien i Ringkøbing Amt (Herning Centralsygehus) • Århus Kommunehospital • Psykiatrien i Århus Amt (Silkeborg Centralsygehus) • Psykiatrien i Århus Amt (Randers Centralsygehus) • Psykiatrien i Århus Amt (Psykiatrisk Hospital i Århus) • Psykiatrien i Århus Amt (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital) • Egåhus Behandlingshjem • Psykiatrien i Århus Amt (Neuroseklínikken i Ørsted) • Viborg Sygehus, Sønderøparken • Distriktspsyk. enhed Midt (Viborg Amt, Skive) • Distriktspsyk. enhed Syd (Viborg Amt, Kjellerup) 	6005-6006 + 6501-7601 + 7691-7694
	Fra og med 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Regionspsykiatrien i Horsens og Odder • Psykiatrisk i RM, Horsens • Psyk. Og BUC, RM Herning og Holstebro • Psykiatriske afd. i Herning, Holstebro, Randers, Risskov, Silkeborg og Viborg • RM, BUH, Herning, Risskov og Viborg • Århus Sygehus • Center for Psykiatrisk Forskning (Risskov) • Psyk. RM, Randers • Psyk. RM, Silkeborg • BUC i RM, Risskov • Psykiatrien i RM, Viborg • Psykiatrien i RM, Skive 	6005 + 6507 + 6600 + 7003 + 7016 + 7028 + 7691-7694

<u>Region</u>	<u>Periode</u>	<u>Institutioner</u>	<u>Tilsvarende sygehusafdelingsklassifikation</u>
Region Nordjylland	Før 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Thisted Sygehus • Distriktpsyk. enhed Nord (Viborg Amt, Thy/Mors) • Hjørring Sygehus • Brønderslev psykiatriske sygehus • Aalborg Psykiatriske Sygehus • Psykiatrien i Nordjyllands Amt (Aalborg, Brønderslev, Thisted) • Foldbjergcenteret, Vrå 	7603 + 7690 + 8003-8026
	Fra og med 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrien, Region Nordjylland (Aalborg, Brønderslev, Thisted) 	8026
Sikringen	Før 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Sikringsafdelingen på Sygehus Vestsjælland (Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland) 	3010031 + 3000771
	Fra og med 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Sikringsafdelingen ved Psykiatrien i Nykøbing Sjælland 	3800310
Grønland	•	<ul style="list-style-type: none"> • Nuuk Hospital (Dr. Ingrid's Hospital) 	9001
	•	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Ingrid's Hospital - NUUK 	9001
Færøerne	•	<ul style="list-style-type: none"> • Landssygehuset i Thorshavn 	9701 + 9704
	•	<ul style="list-style-type: none"> • Landssygehuset, FO-100 Tórshavn 	9701 + 9704

Bilag 5

”Lægemiddelforbrug før dom – beskrivelse af resultater af analyse”, Statens Serum Institut, 2015

Vold og trusler mod offentligt ansatte

**Undersøgelse til brug for udvalgsarbejde
om årsager til væksten
i antallet af retspsykiatriske patienter**

JUSTITSMINISTERIETS FORSKNINGSKONTOR

MAJ 2015

Indledning

En tidligere rapport fra Justitsministeriets Forskningskontor har vist, at en ganske stor del af den vækst, der har været i antallet af foranstaltningsdomme efter årtusindeskiftet, beror på overtrædelse af § 119 om vold eller trusler om vold mod nogen i offentlig tjeneste.¹ På denne baggrund har det været et ønske at få disse sager undersøgt nærmere især med henblik på at få belyst, om der er tegn på ændringer i grovheden og alvorligheden af de sager, der fører til en foranstaltning, hvilke ville kunne indikere ændringer i anmeldelsestilbøjeligheden. Desuden har det været et ønske at få andre omstændigheder ved disse lovovertrædelser undersøgt, herunder hvor de har fundet sted.

Undersøgelsens materiale

Data til denne undersøgelse stammer fra Rigspolitiet, idet der på baggrund af de oplysninger, Justitsministeriets Forskningskontor har om foranstaltningsdomme fra 2001 til og med 2013, er anmodet om yderligere oplysninger i sager vedrørende § 119, som angår psykisk syge og dømt efter § 69. Det drejer sig om oplysninger, der er registreret i forbindelse med sagens anmeldelse. Disse oplysninger inkluderer bl.a. angivelse af tid og sted for hændelsen samt et tekstfelt, hvor selve hændelsen kort er beskrevet. Det kan eksempelvis være beskrivelser som følgende:

- ”Trussel mod ansat i [X] i forbindelse med tilsyn i privat hjem tilhørende [NN], hvorunder dømt [NN] ca. 15 gange i beruset tilstand udtaler: ’Du skal dø’.”
- ”Trussel med kniv imod 2 politibetjente.”
- ”Forurettede spyttet i ansigtet.”
- ”Forurettede slået min. én gang i ansigtet med knyttet næve.”

De fleste beskrivelser af hændelserne er tilstrækkeligt detaljerede til, at de giver mulighed for at inddele hændelserne i fire kategorier efter deres grovhed. Der skelnes således mellem hændelser, 1) hvor der alene er tale om verbale trusler, 2) hvor der har været truet med våben eller anden genstand, men ikke begået vold, 3) hvor der har været udøvet fysisk vold af mindre alvorlig karakter (slag mod krop, arme m.v., men ikke mod hoved og uden brug af våben), og 4) vold af mere alvorlig karakter (slag mod hoved, brug af stikvåben m.v.). I 94 pct. af sagerne har det været muligt at kategorisere hændelserne efter dette mønster, mens beskrivelserne af hændelserne i de resterende tilfælde har været for mangelfulde til en sikker kategorisering.

Der foreligger ikke oplysninger om samtlige § 119-sager, dvs. om såvel hoved- og bisigtelser, for hele perioden 2001 til 2013, men alene fra og med 2005. Da sager, der er kategoriseret som hovedsigtelser, som udgangspunkt er de alvorligste eller groveste, kan der ved vurderingen af udviklingen i sagernes grovhed alene inkluderes oplysninger om de år, hvor der foreligger oplysninger om samtlige sager vedrørende § 119, som er omfattet af foranstaltningsdomme. I de øvrige analyser, der

¹ Tanja Tambour Jørgensen: *Udviklingen i domme til foranstaltning*. Justitsministeriets Forskningskontor 2014. <http://justitsministeriet.dk/sites/default/files/media/Arbejdsomraader/Forskning/Forskningsrapporter/2014/Rapport%20om%20foranstaltningsdomme.pdf>

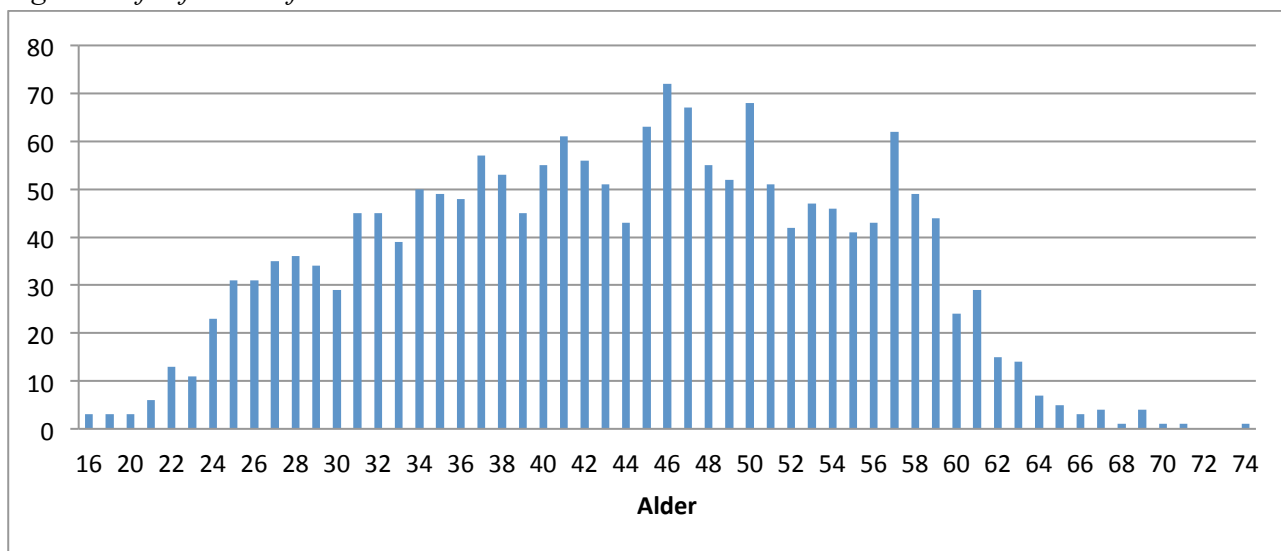
ikke angår udviklingen, men alene en beskrivelse af ofrene, gerningstidspunkt m.v., indgår § 119-sager for alle årene.

I alt drejer det sig om 3638 sager om vold eller trusler mod offentligt ansatte, hvoraf de 2999 angår psykisk syge og de 639 dømte efter § 69.

Karakteristika ved offeret

I næsten halvdelen af sagerne (49 pct.) foreligger der ikke oplysninger om ofrenes køn og alder, hvilket beror på, at ofrets cpr-nummer ikke er registreret. For de ofre, hvor alderen er oplyst, er den yngste 16 år og den ældste 74 år, jf. figur 1. De fleste ofre er i alderen 30-59 år, nemlig 82 pct. af dem. Ofrenes gennemsnitalder er 43 år.

Figur 1. Ofre fordelt efter alder.



I forhold til den aldersfordeling, de årlige offerundersøgelser viser vedrørende ofre for vold generelt, er aldersfordelingen for ofre for hændelser, der henhører under § 119, betydeligt mere jævn og svarer næsten til en normalfordeling. Offerundersøgelserne, der omfatter aldersgruppen 16-74 år, viser derimod en meget skæv aldersfordeling, idet udsathedet for vold ifølge disse undersøgelser topper ved det 19. år.² Og mens 5 pct. af de ofre for vold og trusler mod offentligt ansatte, der er omfattet af denne undersøgelse, er højst 25 år, gælder det 43 pct. af voldsofferne ifølge offerundersøgelserne.

Med hensyn til kønsfordelingen er der en overvægt af kvinder blandt ofrene i § 119-sagerne i denne undersøgelse, idet i alt 64 pct. af sagerne angår kvindelige ofre, mens 36 pct. angår mænd. Den skæve kønsfordeling må antages at hænge sammen med, at hovedparten af hændelserne finder sted på hospitaler, institutioner og bosteder, jf. det følgende, hvor der blandt personalet er en overvægt af

² Beregningen er baseret på oplysninger fra offerundersøgelserne 2005-2013. Offerundersøgelserne oplyser om andelen i befolkningen, der inden for det seneste år har været udsat for forskellige former for kriminalitet. Kriminalitet er ikke nødvendigvis anmeldt til politiet. Se seneste rapport [her](#).

kvinder. Den skæve kønsfordeling kan således ikke umiddelbart tolkes i retning af, at kvinder er mere udsatte end mænd for vold og trusler på deres arbejdsplads.

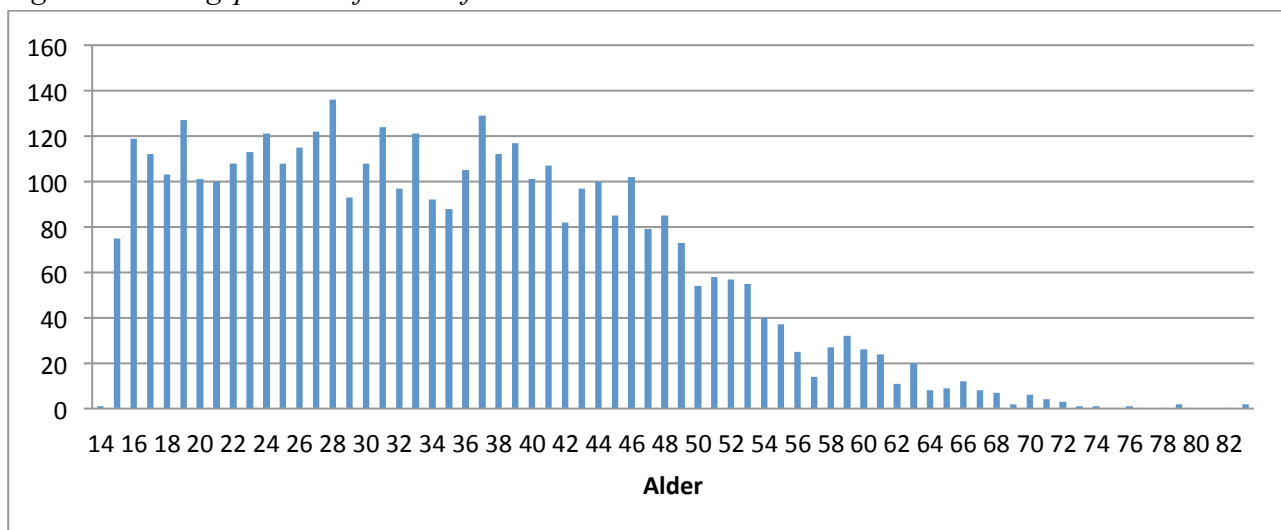
I forhold til kønsfordelingen blandt dem, der rapporterer om udsathed for vold ifølge offerundersøgelserne, er forskellen stor, idet 40 pct. af dem, der i offerundersøgelserne angiver at have været udsat for vold, er kvinder, mens det altså i denne undersøgelse er 64 pct. Offerundersøgelserne viser dog også, at kvinder hyppigere end mænd er ofre for vold på arbejdspladsen.

Det kan tilføjes, at oplysninger om ofrenes erhverv i denne undersøgelse er ganske mangelfulde, idet denne information kun mere sporadisk fremgår af det nævnte tekstfelt og dermed ikke er obligatorisk information.³

Karakteristika ved gerningspersonen

Der er en enkelt gerningsperson på 14 år, idet den kriminelle lavalder som bekendt var sænket til 14 år i perioden juli 2010 til februar 2012. Den ældste gerningsperson er 83 år, og gennemsnitsalderen for gerningspersoner er 36 år. En sammenligning mellem figur 1 og figur 2 viser tydeligt, at gerningspersonernes aldersfordeling er noget med skæv end ofrenes. Der er stort set lige mange gerningspersoner i aldersgrupperne mellem 16 og 48 år, hvorefter antallet langsomt mindsker. Kun 13 pct. af gerningspersonerne er over 50 år mod 29 pct. af ofrene.⁴

Figur 2. Gerningspersoner fordelt efter alder.



Med hensyn til gerningspersonernes køn viser det sig, at relativt mange er kvinder, nemlig i alt 24 pct. af § 119-sagerne. Dette er uventet mange, dels fordi kun 17 pct. af foranstaltningsdommene i den undersøgte periode vedrører kvinder, der er psykisk syge eller dømt efter § 69, og dels fordi

³ På baggrund af særlige gerningskoder m.v. for personer i politiet, der udsættes for vold, er det dog muligt at vide nogenlunde sikkert, hvor mange af ofrene der er politibetjente. Det drejer sig om 19 pct. I øvrigt henvises til den tidligere rapport fra Forskningskontoret, se note 1, hvori ofrenes erhverv er oplyst på baggrund af registerdata.

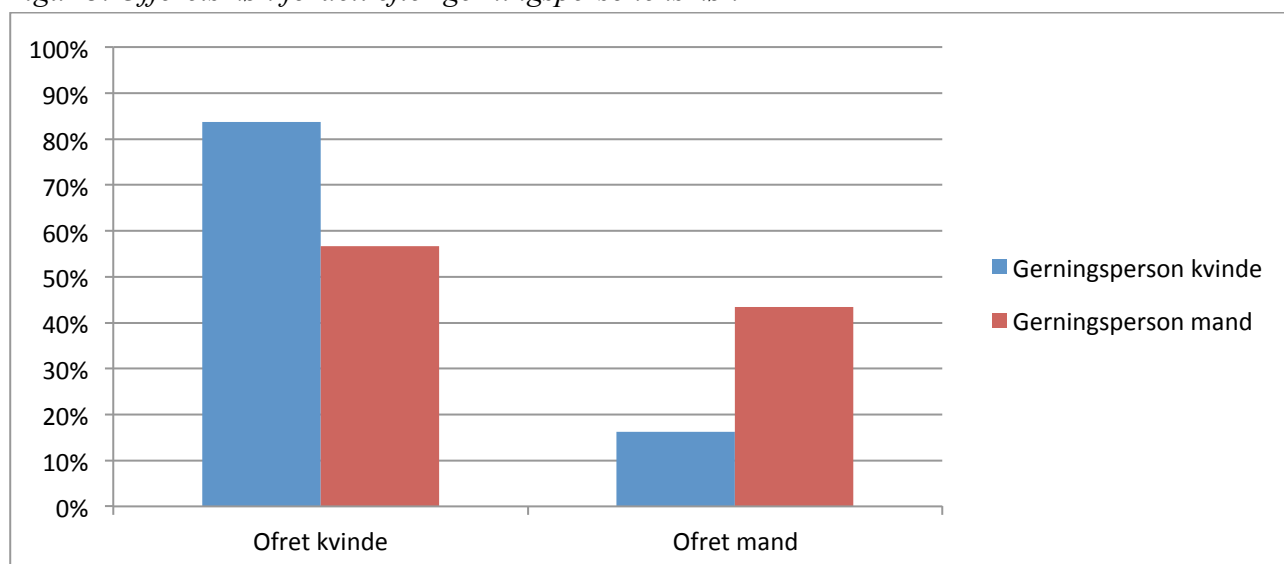
⁴ Det bemærkes, at samme gerningsperson kan optræde flere gange, hvis vedkommende har været voldelig eller truet flere ofre.

kvinder generelt er ret underrepræsenterede med hensyn til at begå vold. Ifølge offerundersøgelsen er det således kun i 10 pct. af de rapporterede voldshændelser, gerningspersonen har været en kvinde. For så vidt angår vold, der i den undersøgte periode har ført til en frihedsstraf, er andelen af kvindelige lovovertrædere endnu lavere, nemlig på 8 pct.⁵ En mulig forklaring på de relativt mange sager vedrørende § 119 med kvindelige gerningspersoner kan være, at der er mindre opmærksomhed omkring situationer, forhold m.v., der kan varsle aggressioner blandt det kvindelige klientel, hvorfor disse ikke i samme grad som for mændenes vedkommende håndteres gennem forebyggende tiltag.

Offer og gerningsperson

Som det er fremgået, er ofrene gennemgående ældre end gerningspersonen. Gerningssituationen vil således ofte indebære, at en yngre overfalder eller angriber en ældre person. Det er sket i godt to tredjedele af de sager, hvor der foreligger oplysninger om både ofrets og gerningspersonens alder, og ofret har i mere end hver femte sag været mindst 20 år ældre end gerningspersonen.

Figur 3. Offerets køn fordelt efter gerningspersonens køn



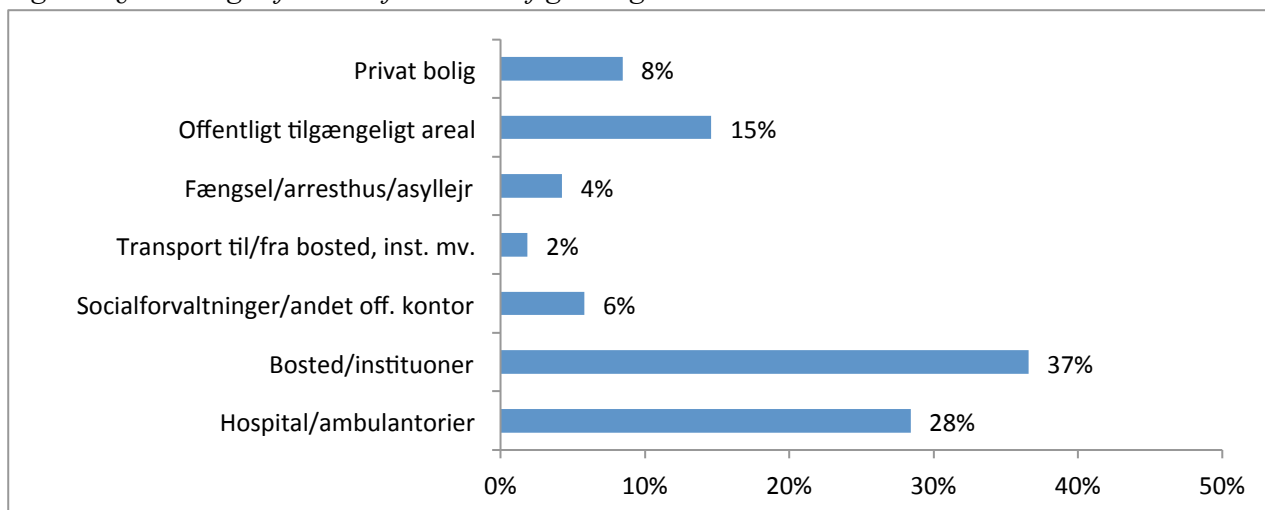
For både kvindelige og mandlige gerningspersoner er offeret oftest en kvinde, jf. figur 3. Når gerningspersonen er en kvinde, er offeret i 84 pct. af sagerne en kvinde, mens det drejer sig om 57 pct. af de tilfælde, hvor gerningspersonen er en mand.

Gerningssituationen

Det har været muligt at identificere arten af gerningssted i 97 pct. af sagerne. Som det ses af figur 4, så har næsten to tredjedele af sagerne fundet sted på enten et hospital eller et bosted, mens knap en fjerdedel af hændelserne er foregået i private hjem eller på offentligt tilgængelige områder.

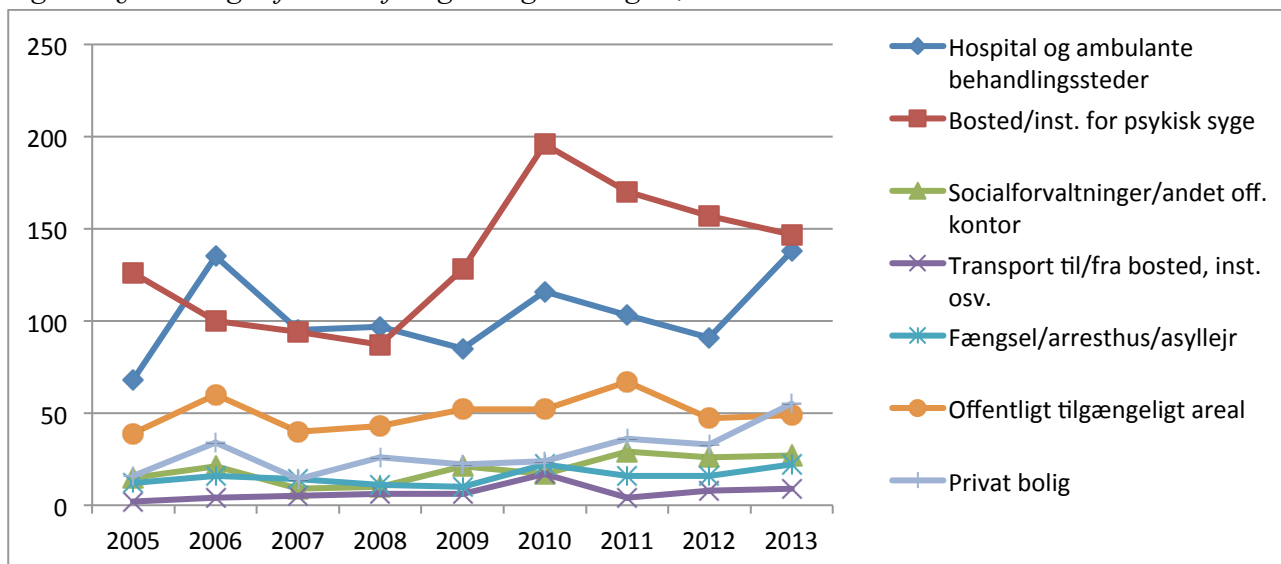
⁵ I beregningen er inkluderet overtrædelser af § 119, stk. 1 og 2, samt §§ 244-246.

Figur 4. § 119-sager fordelt efter arten af gerningssted. Procent.



Det er videre undersøgt, hvorvidt den vækst, der har været i antallet af § 119 sager, i særlig grad beror på flere sager på bostederne eller hospitalerne. Dette er – for de år hvor oplysningerne er totale – vist i figur 5. Det ses, at det i alle årene først og fremmest er på hospitaler og bosteder, § 119-sagerne har fundet sted, og de bagvedliggende tal viser, at væksten i antallet af sager på disse gerningssteder ikke er hverken større eller mindre end den generelle vækst. Væksten har relativt set været større i sager, der er begået under transport til/fra bosted m.v., og i sager, der er begået i private boliger. Begge disse kategorier omfatter dog relativt få sager.

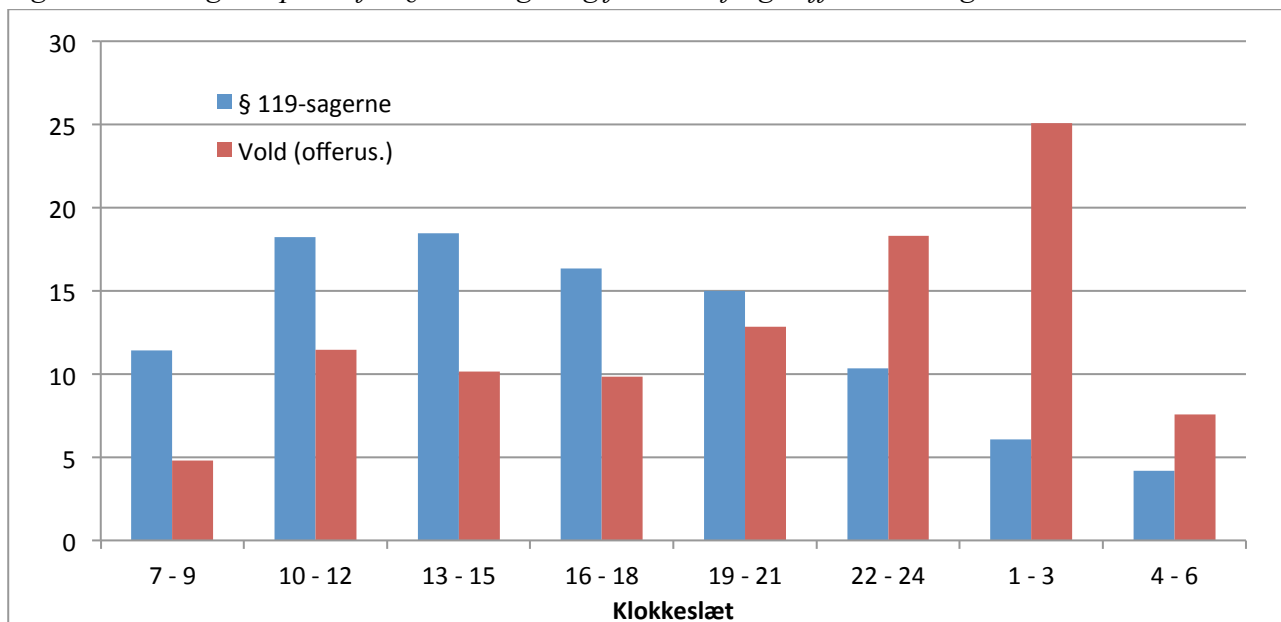
Figur 5. § 119-sager fordelt efter gerningssted og år, 2005-2013.



Med hensyn til gerningstidspunktet er dette fastsat i 94 pct. af sagerne. Af figur 6 fremgår, at en stor del af § 119-sagerne er foregået i løbet af de 9 dagtimer fra kl. 10 til kl. 19, nemlig 53 pct. af dem, mens relativt få sager er foregået i de 9 aftens- og nattetimer fra kl. 22 til kl. 07 (21 pct.). Dette mønster afviger i meget høj grad fra det, der viser sig på baggrund af offerundersøgelserne, hvor fordelingen er nogenlunde omvendt, nemlig henholdsvis 31 og 51 pct. af sagerne. For vold generelt

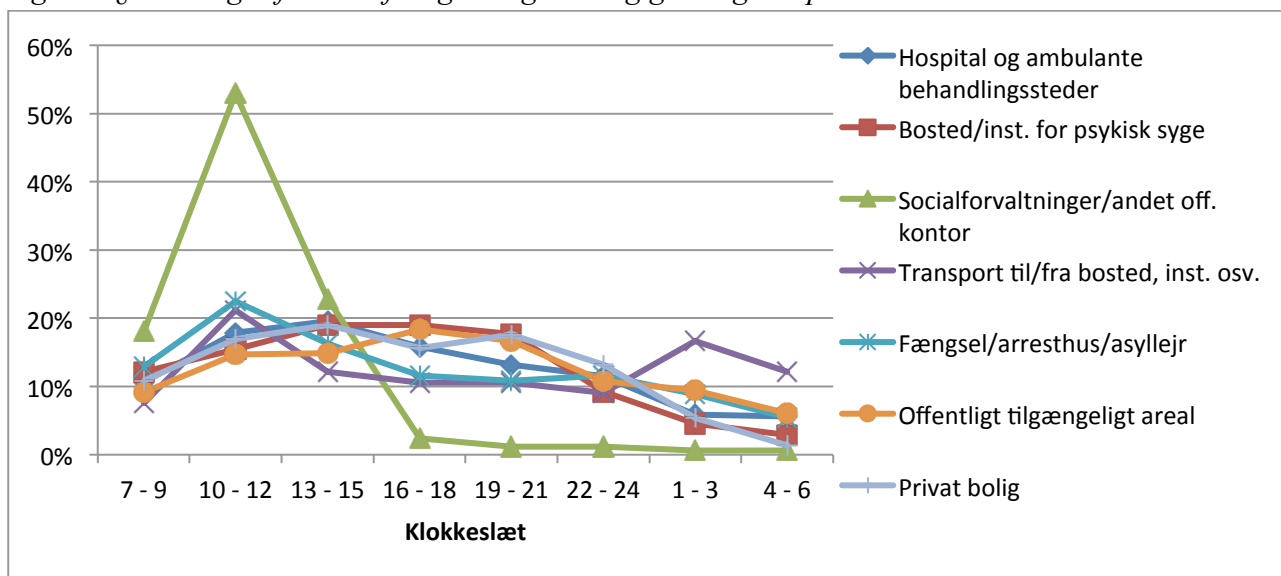
er de første timer efter midnat klart de mest ufredelige, mens de er ret fredelige med hensyn til trusler eller vold mod offentligt ansatte på hospitaler og lignende steder.

Figur 6. Gerningstidspunkt for § 119-sager og for vold ifølge offerundersøgelserne. Procent.



Det er videre undersøgt, om der er forskelle mellem de forskellige gerningssteder med hensyn til, hvornår § 119-sagerne finder sted, jf. figur 7.

Figur 7. § 119-sager fordelt efter gerningssted og gerningstidspunkt. Procent.



Figur 7 viser en tydelig afvigelse med hensyn til mønstret for gerningstidspunkt: På socialkontorer og lignende offentlige kontorer foregår en meget stor del af sagerne i formiddagstimerne, mens stort set ingen foregår efter klokken 16. Det er ikke uventet, da det er de tidspunkter, de fleste af disse kontorer holder åbent. Også sager, der er foregået under transport til og fra bosted, hospital m.v. har

et lidt afvigende mønster, idet relativt mange af disse sager foregår om natten. Hændelser, der er foregået de øvrige steder, har derimod ret ensartet mønster med hensyn til gerningstidspunkt.

Tabel 1. § 119-sager fordelt efter gerningssted og indlæggelsesstatus. Absolutte tal og procent.⁶

		Hospital, ambulatorium	Bosted/institution	Socialforvaltning m.v.	Transport til/fra bosted	Offentligt tilgængeligt areal	Privat bolig
Ikke indlagt på gerningstidspkt.	Antal	131	821	167	48	377	177
	Andel	14 %	65 %	86 %	75 %	76 %	61 %
På indlæggelsesdagen	Antal	115	372	21	12	85	94
	Andel	12 %	30 %	11 %	19 %	17 %	33 %
Op til en uge efter indlæggelse	Antal	228	26	2	0	4	8
	Andel	24 %	2 %	1 %	0 %	1 %	3 %
Mere end én uge efter indlæggelse	Antal	482	42	5	4	27	9
	Andel	50 %	3 %	3 %	6 %	5 %	3 %
I alt	Antal	956	1261	195	64	493	288
	Andel	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

I tabel 1 er det vist, hvor hændelsen har fundet sted sammenholdt med, om og hvor lang tid personen har været indlagt på gerningstidspunktet. I i alt 53 pct. af sagerne er hændelsen sket, mens personen ikke var indlagt. I 44 pct. af de sager, hvor personen var indlagt – eller registreret som sådan – på gerningstidspunktet, skete hændelsen på selve indlæggelsesdagen, mens 17 pct. skete inden for en uge herefter.⁷

I øvrigt fremgår af tabellen, de fleste af de hændelser, der er foregået på et hospital m.v., er sket mere end en uge efter indlæggelsen. Når der af nogle af disse sager fremgår, at gerningspersonen ikke var indlagt på gerningstidspunktet, kan det skyldes enten fejl/forskydninger i registreringerne eller, at gerningspersonen var under ambulat behandling. Næsten en tredjedel af de hændelser, der har fundet sted på et bosted, angives at være sket på indlæggelsesdagen. Muligvis betyder det, at hændelsen har medført indlæggelse. Tilsvarende kan gøre sig gældende i forhold til de andre gerningssteder. Det bemærkes, at ganske mange – en tredjedel – af hændelserne i privat bolig også er foregået på indlæggelsesdagen. Det kan dreje sig om en situation, hvor en læge, en hjemmehjælper eller en anden offentligt ansat er blevet antastet under et besøg hos klienten, hvilket så kan have medført indlæggelse, eller en situation, hvor klienten er blevet afhentet med henblik på indlæggelse.

⁶ 11 pct. af sagerne er ikke inkluderet i denne analyse, da der ikke foreligger fuldstændige oplysninger herom. Bortfaldet skyldes også, at gerningsstedet 'Fængsel/arresthus/asyllejr' har måttet udgå, da der i enkelte celler var for få observationer. Analysen er baseret på en samkøring af oplysninger fra Justitsministeriets Forskningskontor og fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

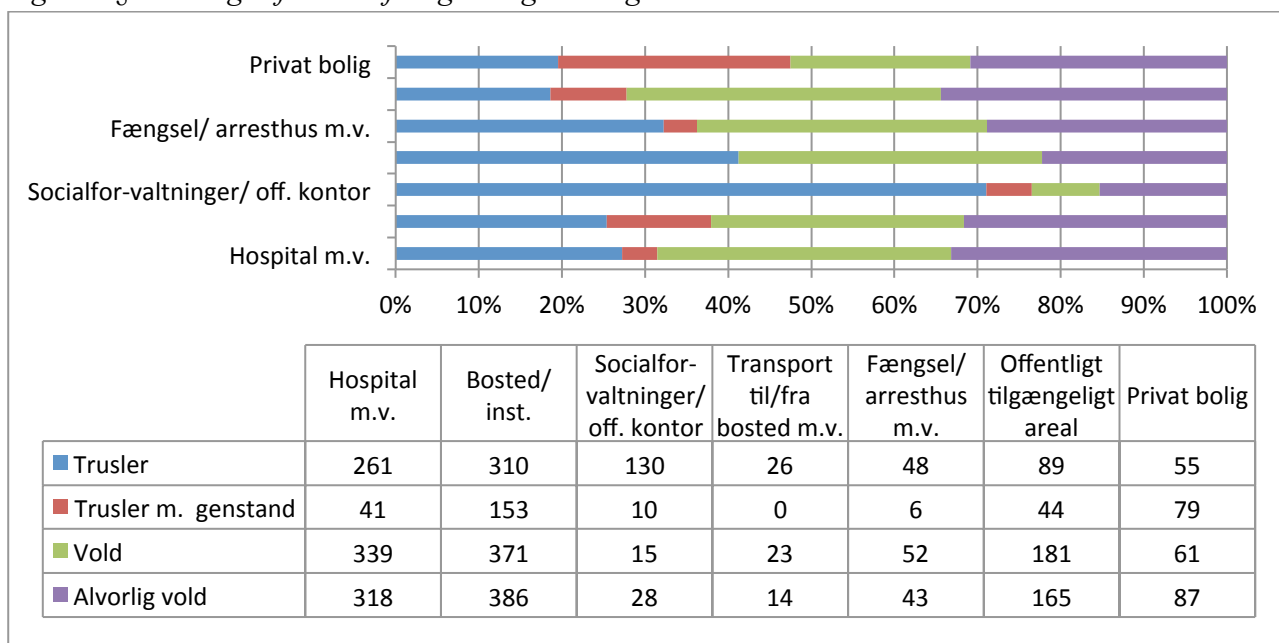
⁷ Når tallene her afviger en smule fra dem, der er fremgået af en tidligere rapport om samme emne, jf. note 1, skyldes det dels det bortfald, der har været, og dels, at domme fra 2013 også indgår i denne rapport, men ikke af den tidligere.

Voldens og truslernes art

Som nævnt er § 119-sagerne inddelt i fire kategorier efter arten og grovheden af det eller de overgreb, der har fundet sted. Af de 3425 sager, hvor hændelsens art med rimelig sikkerhed har kunnet fastslås, angår 28 pct. verbale trusler, mens 10 pct. angår trusler med våben eller anden genstand. De resterende 62 pct. er ligeligt fordelt mellem mindre og mere alvorlige former for fysisk vold, jf. de tidligere bemærkninger til kategoriseringen.

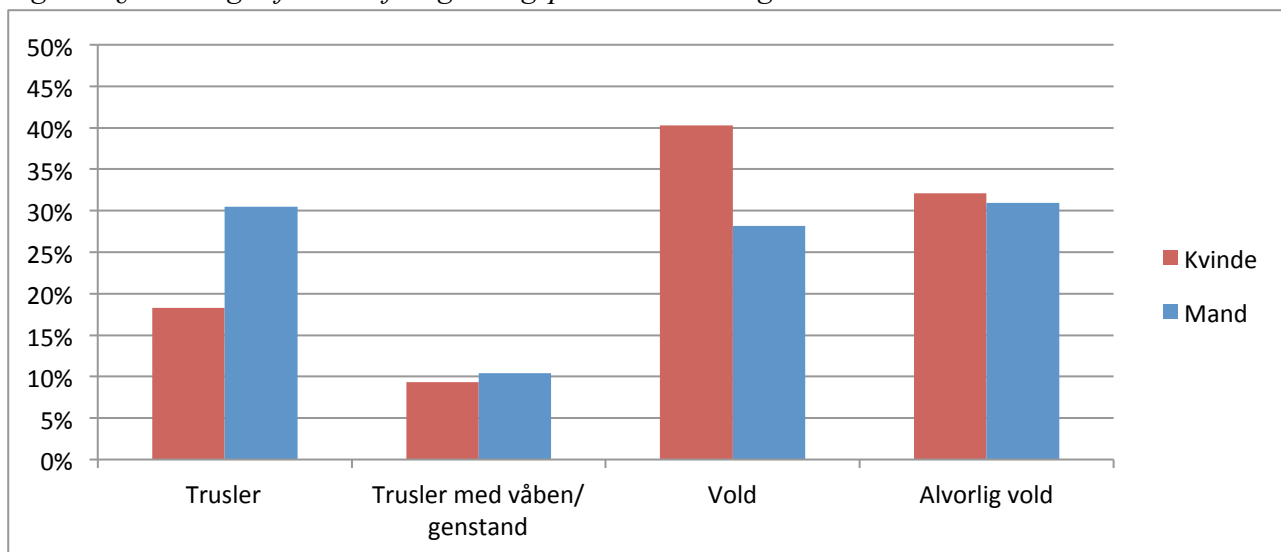
Af figur 8 fremgår hændelsernes karakter i forhold til det sted, hvor de er sket. Det ses, at socialkontorer og andre offentlige kontorer også med hensyn til hændelsens karakter afviger fra de øvrige gerningssteder, idet en meget stor andel – mere end 70 pct. – angår trusler, og relativt få sager (15 pct.) angår alvorligere vold. Med hensyn til hændelser i private boliger er forholdsvis mange af dem trusler med brug af våben eller anden genstand, mens sådanne hændelser slet ikke forekommer under transport til/fra bosted m.v. Dette afspejler antagelig forskelle i muligheder. Hændelsernes art og grovhed de øvrige gerningssteder fordeler sig mere ensartet.

Figur 8. § 119-sager fordelt efter gerningssted og truslernes/voldens art.



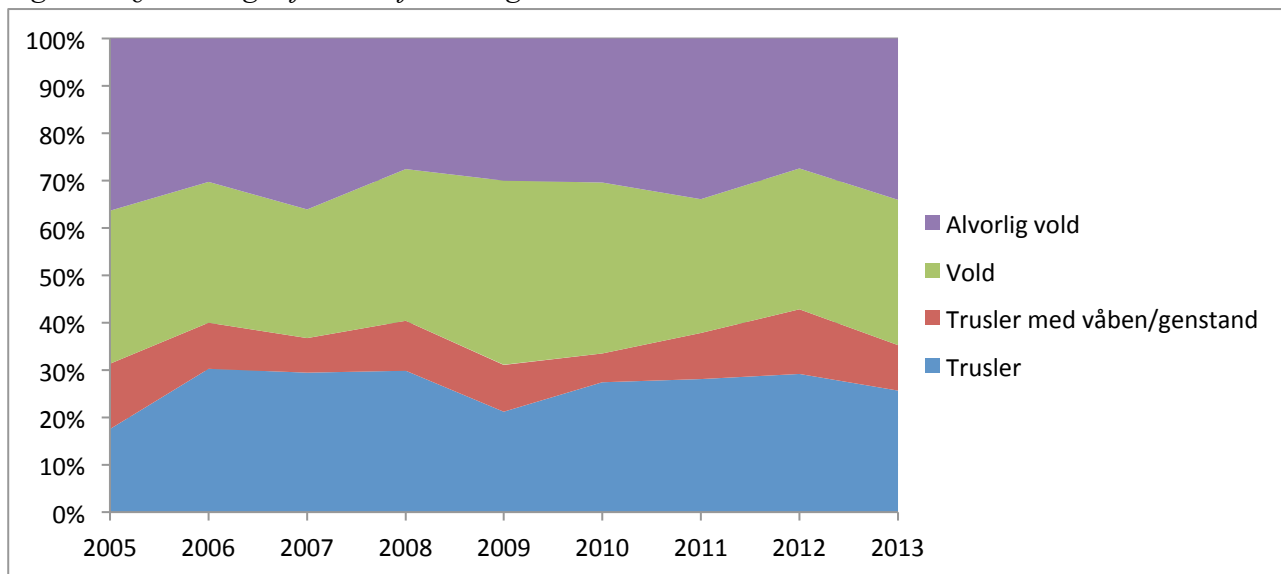
Det er tilsvarende undersøgt, hvorvidt de sager, der angår henholdsvis mænd og kvinder er af samme art, jf. figur 9. Det ses, at trusler udgør en større andel af de sager, der er begået af mænd. Det drejer sig om 41 pct. af sagerne, mens det samme gør sig gældende i 28 pct. af sagerne for kvinder. Vold og alvorlig vold udgør således en større andel af de sager, kvinder har begået. Dette kan muligvis skyldes en forskellig tilbøjelighed til at anmelde mænd og kvinder, således at kvinder, der truer verbalt, i mindre grad anmeldes, end mænd, der truer verbalt, gør. Hvis det er korrekt, betyder det, at den tidligere omtalte overrepræsentation af kvinder som gerningspersoner i sager om § 119 reelt må antages at være større, end beregningerne har angivet.

Figur 9. § 119-sager fordelt efter gerningspersonens køn og hændelsernes art. Procent.



Med hensyn til udviklingen i arten af de hændelser, § 119-sagerne angår, fremgår dette af figur 10. Som nævnt tidligere, er det i denne analyse ikke muligt at gå længere tilbage end til 2005, idet dataene forinden ikke er fuldstændige.

Figur 10. § 119-sager fordelt efter år og hændelsernes art.



Figur 10 viser, at fordelingen mellem sagerne på baggrund af deres art har været nogenlunde konstant fra 2005 til 2013. Der er fluktuationer årene imellem, men der er ikke tydelige og stabile tendenser til vækst eller fald i nogen af de enkelte former for hændelser. Undersøgelsen tyder dermed ikke på, at væksten i omfanget af § 119-sagen beror på, at der i højere og højere grad politianmeldes mindre alvorlige hændelser. Væksten beror på et øget antal sager vedrørende såvel verbale trusler, trusler med våben eller anden genstand, fysisk vold af mindre alvorlig karakter som fysisk vold af mere alvorlig karakter.

Det er tilsvarende undersøgt, om der for de § 119-sager, der er foregået på henholdsvis et hospital og et bosted, kan observeres klare udviklingstendenser i arten af hændelser. Det viser sig heller ikke at være tilfældet. Der er udsving fra år til andet, men ingen klare op- eller nedadgående tendenser i, hvilke former for trusler eller vold sagerne angår.

Bilag 5

”Lægemiddelforbrug før dom – beskrivelse af resultater af analyse”, Statens Serum Institut, 2015



Lægemedelforbrug før dom -beskrivelse af resultater af analyser

Baggrund

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (SUM) har anmodet om, at Statens Serum Institut bidrager med at undersøge lægemiddelforbruget før dom for kriminalitet for udvalgte lægemidler (benzodiazepiner, antipsykotika og ADHD-medicin) via samkørsel af data fra Kriminalregisteret (KR) fra Justitsministeriets Forskningskontor (JMF) og Lægemedelstatistikregistret (LSR) på Statens Serum Institut (SSI). Resultaterne af analyserne skal tilgå en ekspertgruppe under SUM.

29. juni 2015
**Dataleverancer og
 Lægemedelstatistik**
 Sektor for National
 Sundhedsdokumentation
 og Forskning

PICH

SSI har præsenteret indledende analyser på et ekspertgruppemøde den 3. marts 2015. På baggrund af de indledende analyser blev det endelige bidragsønske konkretiseret og resultatet af disse analyser (PowerPoint præsentation med figurer) er sendt den 22. maj 2015. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har efterfølgende pr. mail den 26. maj 2015 anmodet om, at SSI beskriver resultaterne af analyserne, som er oversendt. Dette notat indeholder figurerne fra præsentationen og beskriver resultaterne.

Formål

Undersøgelsens formål er at belyse forbruget af de udvalgte lægemidler (benzodiazepiner, antipsykotika og ADHD-medicin) købt på recept på apotek før gerningsdato for hhv. personer med voldsdom og en kontrolgruppe med øvrige domme i perioden 2000-2013. Formålet belyses ved samkøring af data vedrørende lægemiddelkøb fra LSR med data fra KR vedrørende domme og kriminalitetens art for personer med psykisk sygdom (dømt efter §16,1, stk. 1) og mangelfuldt udviklede personer (dømt efter §69).

Forbehold i forbindelse med analyser

Statens Serum Institut gør opmærksom på, at der er en række forbehold i forbindelse med analyser og fortolkning af registerdata inden for det psykiatriske område. Statens Serum Institut gør endvidere opmærksom på, at analysen ikke er en egentlig analyse af årsagssammenhænge mellem medicinforbrug og kriminalitet.

Lægemedelstatistikregistret (LSR) er et salgsregister over salg af lægemidler i Danmark. Personer, der optræder med lægemiddelkøb i LSR, er derfor et udtryk for et lægemiddelkøb, men ikke nødvendigvis et udtryk for, at personen, der har købt lægemidlet, også har taget medicinen, idet personen kan have undladt at efterleve lægens ordination.



Lægemiddelkøb er kun personhenførbare i LSR, hvis der er indløst recept på et apotek i primær sektoren. Ved indlæggelse på hospital, behandling på misbrugscentre/ behandlingssteder samt vederlagsfri udlevering af medicin, eksempelvis ved behandlingsstart med medicin mod psykisk sygdom, vil lægemidlerne ikke være personhenførbare i LSR. Det vurderes, at særligt forbeholdet vedr. vederlagsfri udlevering af medicin (antipsykotika, ADHD-medicin m.m.) evt. er relevant for den undersøgte population.

Data og analyse

SSI har modtaget et datasæt fra KR med personer dømt efter §16 eller §69 i perioden 2000-2013. Der i alt 3.708 personer i hele perioden, der er dømt med voldsdom. Heraf er 2.738 personer dømt efter §16 (73,8%) og 970 personer er dømt efter §69 (26,2%). Der er i alt 1.386 personer i hele i perioden, der er dømt uden voldsdom, og disse udgør kontrolgruppen med øvrige domme. I kontrolgruppen er 875 personer dømt efter §16 (63,3%) og 511 personer er dømt efter §69 (36,9%).

I analyserne er der taget udgangspunkt i gerningsdatoen for personerne. Personerne optræder først i KR data, når der er afsagt dom. Afsigelse af dom i en straffesag kan dog ske op til flere år efter den faktiske dato for de(t) kriminelle forhold (gerningsdatoen). Der vil derfor være en underrepræsentation i data i yderårene, hvorfor kun data for årene 2003-2012 er medtaget i analysen for udviklingen i andelen af brugere af de udvalgte lægemidler. I yderårene 2000-2002 samt 2013 er der fraset ca. 130 personer fra analyserne, der vedrører udviklingen i lægemiddelforbruget.

Analyseresultater

Udvikling i forbruget af udvalgte lægemidler (benzodiazepiner, antipsykotika og ADHD-medicin) i perioden 2003-2012

Der er set på udviklingen i andelen af brugere af de udvalgte lægemidler i perioden 2003-2012, opdelt på hhv. alle dømte, dømte efter § 16 og dømte efter § 69 samt personer med voldsdom og personer uden voldsdom (kontrolgruppe). For hvert år er antallet af dømte personer med første gerningsdato for vold eller første gerningsdato, der leder til dom i kontrolgruppen, opgjort. Medicinforbruget er opgjort fra 2000 og frem til gerningsdato for den enkelte person.

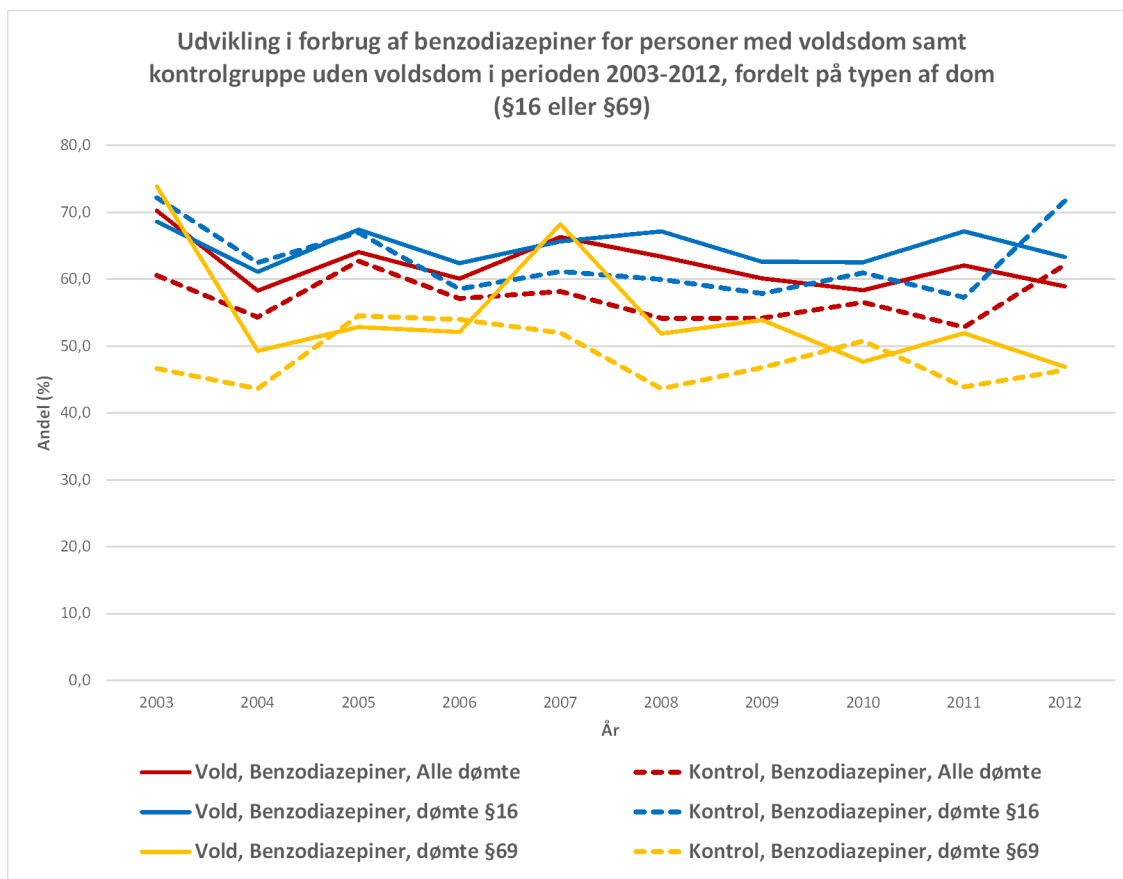
Ekspertgruppen angav, at lægemidlerne Quetiapin under 200 mg og chlorprothixen anvendes som beroligende midler i behandlingspraksis. Der er derfor set på udviklingen i forbruget af disse 2 lægemidler i perioden 2003-2012 for personer dømt efter §69.



Udvikling i forbrug af benzodiazepiner

Der ses generelt en større andel af brugere af benzodiazepiner blandt personer med voldsdom (60-70%) end i kontrolgruppen (50-60%) for alle dømte, samt dømte efter §16 og dømte efter §69. Blandt personer, der er dømt efter §16, er der en større andel af brugere af benzodiazepiner i alle årene, både for personer med voldsdom og kontrolgruppen uden voldsdom. Generelt er andelen af brugere af benzodiazepiner nogenlunde stabil gennem årene (udsving på ca. 10%). For personer dømt efter §69 ses der dog større udsving i andelen af brugere i perioden 2003-2012, specielt for personer med voldsdom, hvor der ses en kraftig stigning på næsten 20% fra 2006-2007 og dernæst et fald på næsten 20% fra 2007-2008. I 2012 var andelen af brugere dog på samme niveau for de to grupper af dømte efter §69.

Figur 1. Udvikling i forbrug af benzodiazepiner (ATC-kode N03AE, N05BA, N05CD, N05CF) for personer med voldsdom og kontrolgruppe uden voldsdom, 2003-2012, andel (%)

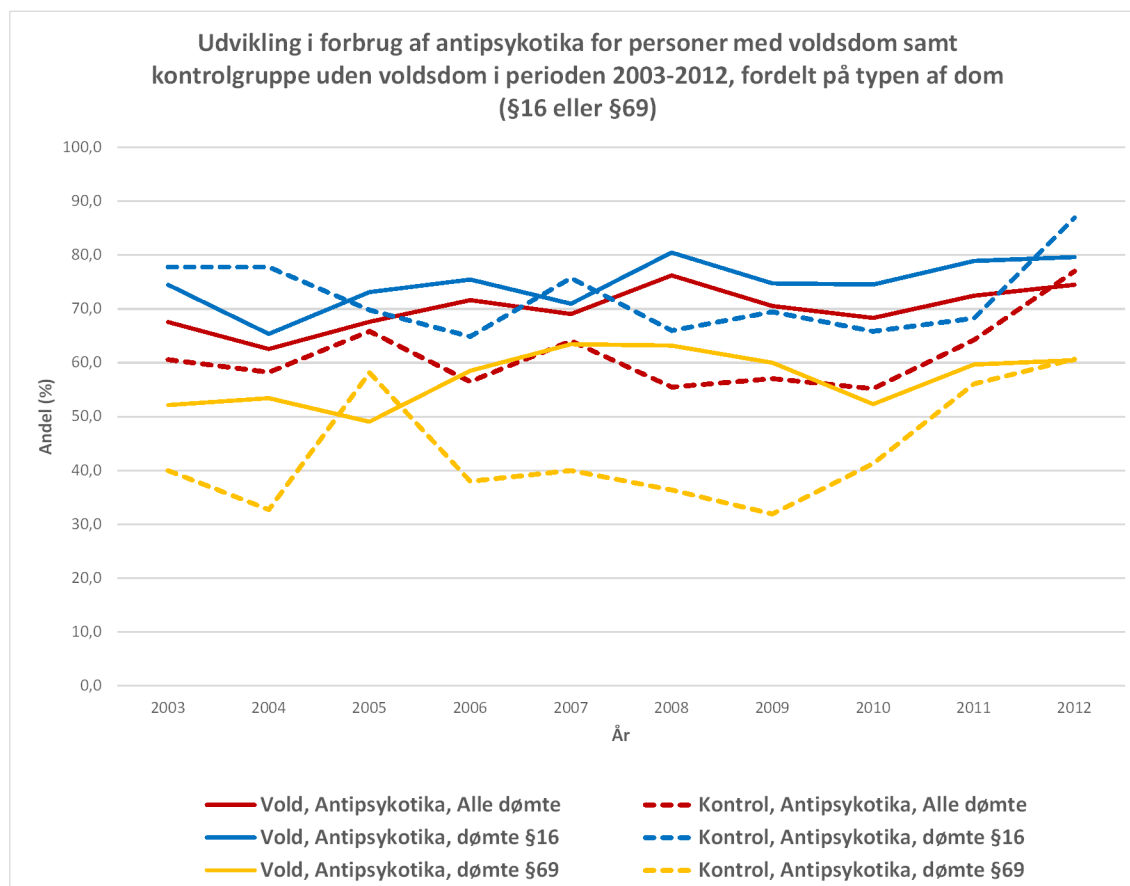




Udvikling i forbrug af antipsykotika

Der ses generelt en større andel af brugere af antipsykotika blandt personer med voldsdom (70-80%) end i kontrolgruppen (40-70%), både for alle dømte samt dømte efter §16 og dømte efter §69. Blandt personer dømt efter §16 er der en større andel af brugere i alle årene, både for personer med voldsdom og kontrolgruppen uden voldsdom. Generelt er andelen af brugere stabil gennem årene (udsving på ca. 10%). For personer dømt efter §69 er forbruget dog markant lavere, og der ses større udsving i andelen af brugere i perioden 2003-2012, specielt for kontrolgruppen. Fra 2003 til 2012 er andelen af brugere af antipsykotika dømt efter §69 steget mellem 10% og 20%.

Figur 2. Udvikling i forbrug af antipsykotika (ATC-kode N05A) for personer med voldsdom og kontrolgruppe uden voldsdom, 2003-2012, andel (%)

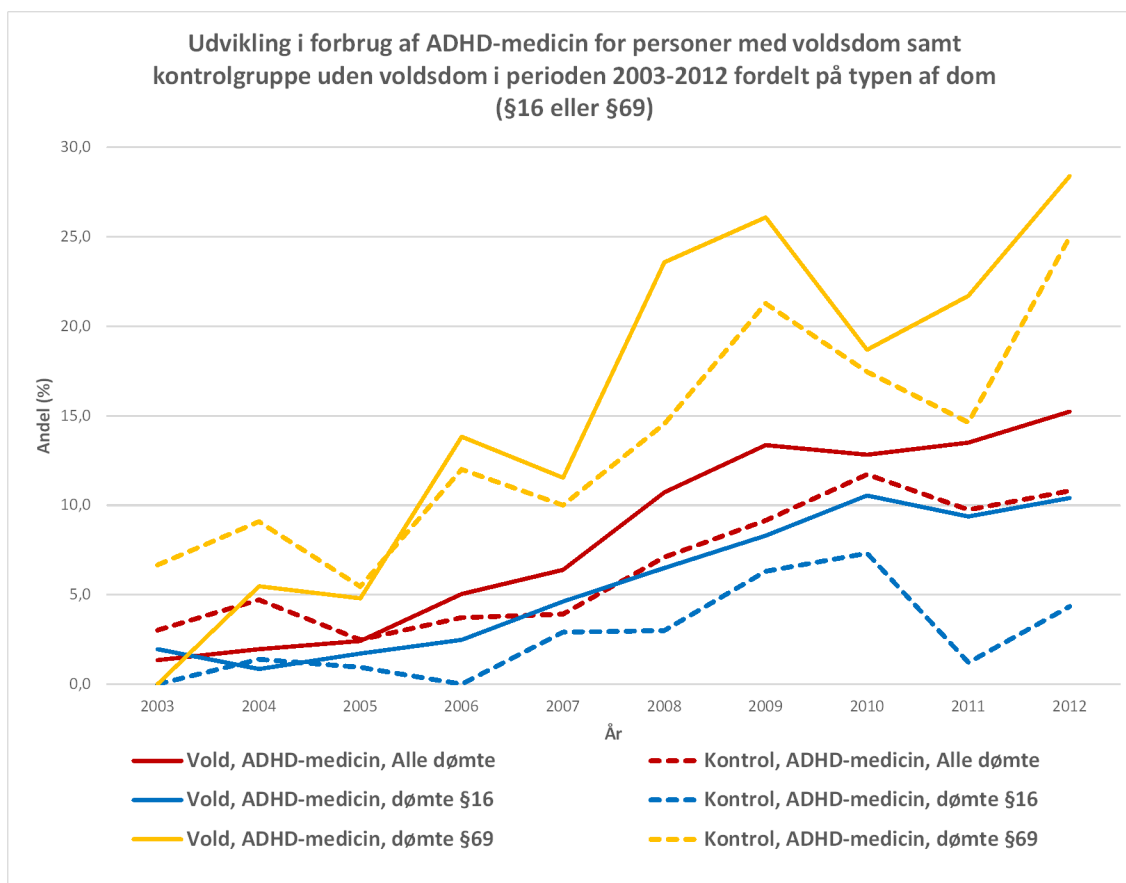




Udvikling i forbrug af ADHD-medicin

Der ses generelt en større andel af brugere af ADHD-medicin blandt personer med voldsdom (ca.10%) end i kontrolgruppen, både for alle dømte samt dømte efter §16 og dømte efter §69. Der ses en markant større andel af brugere (10-20% flere) blandt personer dømt efter §69. Der ses en kraftig stigning i andelen af brugere af ADHD-medicin over årene for alle grupper, hvilket kan forventes jf., den generelle stigning i forbruget af ADHD-medicin i Danmark i samme periode.

Figur 3. Udvikling i forbrug af ADHD-medicin (ATC-kode N06BA04, N06BA09, N06BA12) for personer med voldsdom og kontrolgruppe uden voldsdom, 2003-2012, andel (%)

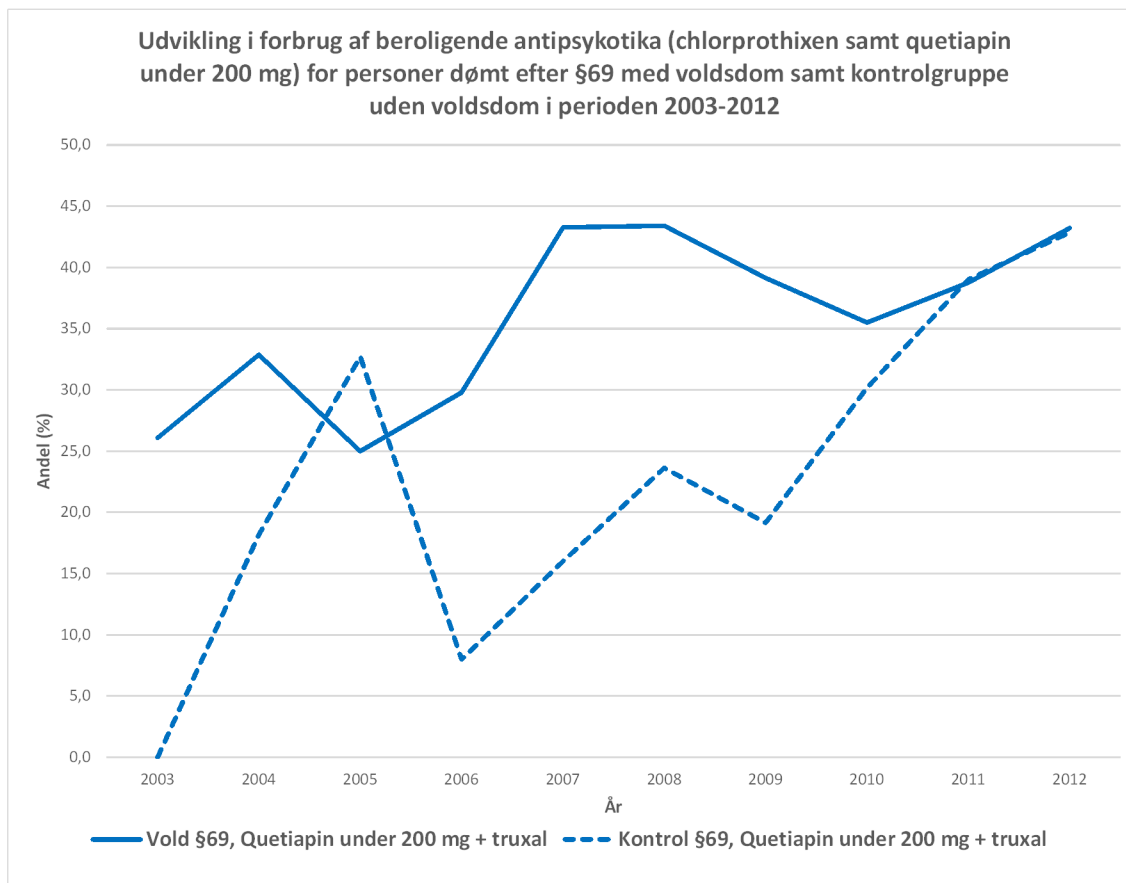




Udvikling i forbrug af quetiapin under 200 mg og chlorprothixen for §69 dømte

Der ses en stigende andel af brugere i perioden 2003-2012, men med store udsving i andelen af brugere. Den største stigning ses for kontrolgruppen uden voldsdom, som i 2012 er på samme niveau (næsten 45%) som gruppen med voldsdom. Indtil 2012 er andelen af brugere af ADHD-medicin størst for gruppen med voldsdom.

Figur 4. Udvikling i forbrug af quetiapin under 200 mg og chlorprothixen (beroligende) for personer dømt efter §69 med voldsdom og kontrolgruppe uden voldsdom, 2003-2012, andel (%)



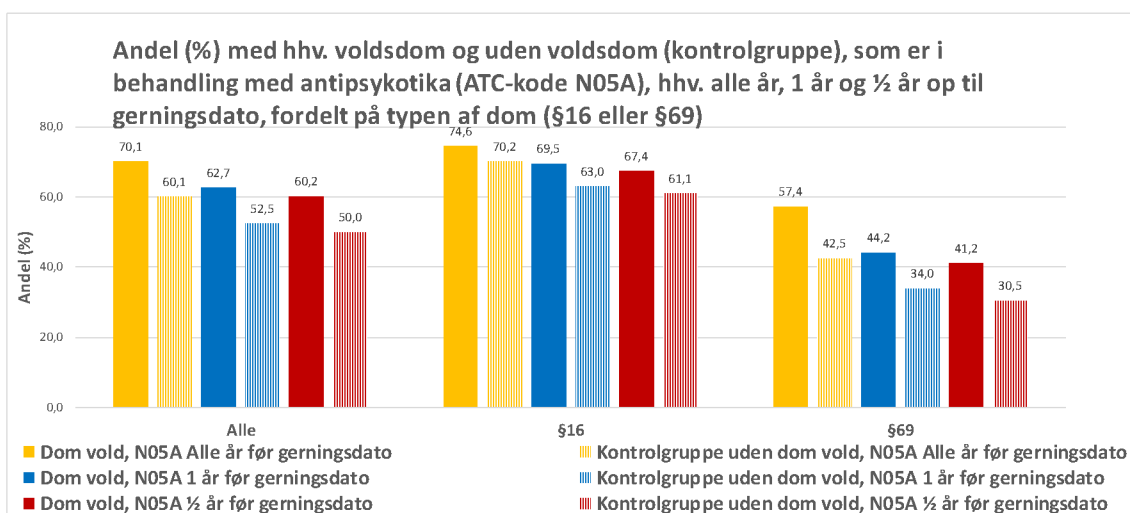


Kortlægning af forbrug af antipsykotika

Der er set på forbruget af antipsykotika i hele perioden samt hhv. ½ år og 1 år før gerningsdato, opdelt på hhv. alle dømte, dømte efter § 16 og dømte efter § 69 samt personer med voldsdom og personer uden voldsdom (kontrolgruppe). Perioderne på hhv. ½ år og 1 år er valgt af ekspertgruppen med henblik på at kunne vurdere, om nogle personer er droppet ud af behandling umiddelbart op til gerningstidspunktet. Konkret er tidligere forbrug sammenlignet med forbruget hhv. ½ år og 1 år før gerningstidspunktet.

Der ses en større andel af brugere af antipsykotika blandt personer med voldsdom (ca. 10% flere) end i kontrolgruppen. Tendensen ses både for alle dømte samt dømte efter §16 og dømte efter §69 og for hele perioden samt ½ år før og 1 år før gerningsdatoen. Den største andel af brugere ses blandt personer dømt efter §16 (60-70%). Der ses en faldende andel af brugere, jo nærmere man ser på gerningsdatoen for alle dømte samt dømte efter §16 og dømte efter §69 og i hele perioden samt ½ år og 1 år før gerningsdato, hvilket kunne indikere, at personerne stopper eller dropper ud af behandling med antipsykotika op til gerningstidspunktet. Det største fald (op til 46%) frem mod gerningsdato ses for kontrolgruppen uden voldsdom. For såvel personer med voldsdom som kontrolgruppen ses det største fald frem mod gerningsdato for personer dømt efter §69 (fald på omkring 45%).

Figur 5. Forbrug af antipsykotika (ATC-kode N05A) alle år, 1 år og ½ år før gerningsdato for personer med voldsdom og kontrolgruppe uden voldsdom, fordelt på typen af dom



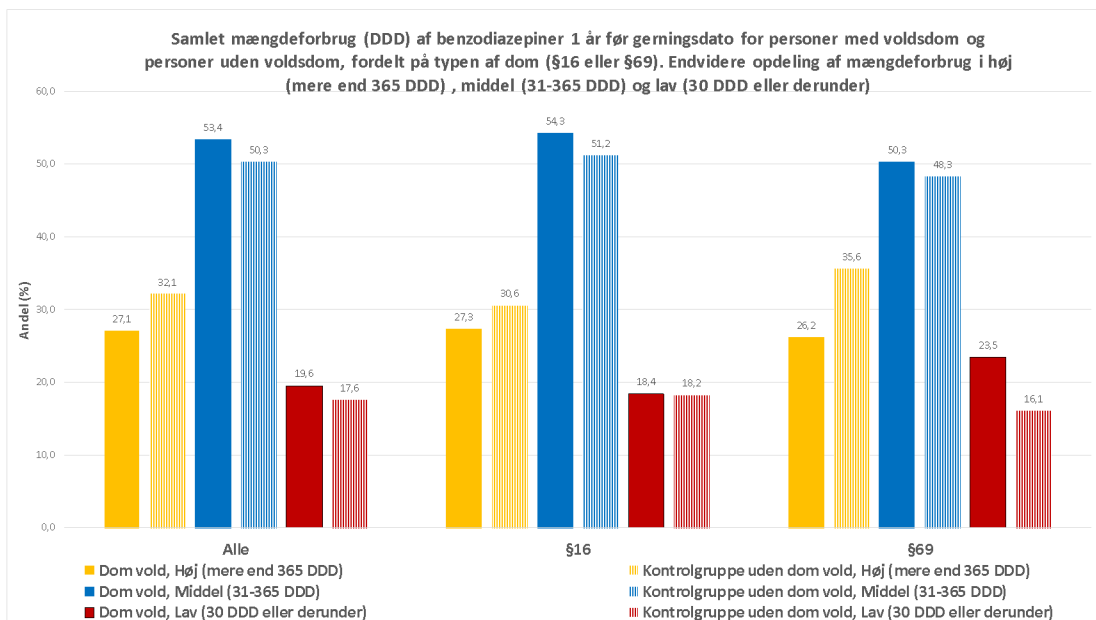


Kortlægning af forbrug af benzodiazepiner

Der er set på forbruget af benzodiazepiner 1 år før gerningsdato opdelt på hhv. alle dømte, dømte efter § 16 og dømte efter § 69 samt personer med voldsdom og personer uden voldsdom (kontrolgruppe). For hver person er det samlede mængdeforbrug i DDD (Definerede Døgn Doser) 1 år før gerningsdato beregnet, hvorefter forbruget er opdelt i høj (over 365 DDD), middel (31-365 DDD) og lav (under 30 DDD).

Den største andel (ca. 50 %) af de dømte har et middel forbrug, dette gælder for såvel personer med voldsdom som for kontrolgruppen uden voldsdom samt hhv. for alle dømte samt dømte efter §16 og dømte efter §69. For kontrolgruppen uden voldsdom ses en større andel med højt forbrug (5-10% højere). Andelen af brugere med højt, middel og lavt forbrug er for såvel gruppen med voldsdom som for kontrolgruppen uden voldsdom på hhv. ca. 30%, 50% og 20%.

Figur 6. Forbrug af benzodiazepiner 1 år før gerningsdato for personer med voldsdom og kontrolgruppe uden voldsdom, fordelt på typen af dom og mængdeforbrug (DDD)



Bilag 6 Oversigt over Englands og de nordiske landes erfaring med retspsykiatriske patienter

NOTAT

Oversigt over Englands og de nordiske landes erfaring med retspsykiatriske patienter jf. instruks

Indledende

Sundheds- og Ældreministeriet har i forbindelse med udarbejdelsen af *Rapport om kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne patientgruppe* indhentet erfaringer fra Norge, Sverige, Finland og England vedr. landenes lovgivning, nuværende status, praktiske erfaringer og indsatser samt forskning vedr. det retspsykiatriske område. Nærværende notat har til formål at danne et overblik over landenes indberetninger.

Oversigt

1. Lovgivning

1.1 Norge

1.1.1 Retspsykiatrisk patient

Lovovertræder, der er fundet strafferetlig utilregnelig og dømt til tvungen psykiatrisk behandling.

1.1.2 Utilregnelighed: Almindelig borgerlig straffelov § 44

Når en borger er utilregnelig reguleres det af almindelig borgerlig straffelovens § 44, første led:

Den som på handlingspunktet var psykotisk eller bevidstløs straffes ikke. Det samme gælder den, som på handlingspunktet var psykisk udviklingshæmmet i høj grad.

1.1.3 Tvungen behandling: Almindelig straffelov § 39

Når en utilregnelig lovovertræder kan dømmes til tvungen psykiatrisk behandling reguleres det i almindelig straffelov § 39:

Når det anses nødvendigt at værne samfundet, kan en lovbrøder, som er straffri efter § 44 første led overføres til tvungent psykisk behandling, jf. psykisk behandlingsloven kapitel 5. afgørelsen i sag om overføring afgøres ved dom, og overføring kan kun ske når vilkårene i nr. 1 eller nr. 2 er opfyldt:

1. Lovbrøderen har begået eller forsøgt at begå en alvorlig voldsforbrydelse, seksualforbrydelse, frihedsberøvelse, ildspåsættelse eller en anden alvorlig forbrydelse, som krænkede andres liv, sundhed eller frihed, eller kunne udsætte disse retsprincipper for fare. I tillæg må det antages at der forekommer en nærliggende fare for at lovbrøderen på nyt vil begå en alvorlig forbrydelse som krænker eller udsætter andres liv, sundhed eller frihed for fare. Ved farevurderingen skal det lægges vægt på den begåede forbrydelsen sammenholdt særligt med lovbrøderens adfærd, sygdomsudvikling og psykiske funktionsevne.

2. Lovbryderen har begået eller forsøgt at begå en mindre alvorlig forbrydelse af samme art som nævnt i nr. 1, og tidligere har begået eller forsøgt at begå en forbrydelse som nævnt der, og det må antages at der er en nær sammenhæng mellem den tidligere og den nu begåede forbrydelse. I tillæg må faren for tilbagefald til en ny alvorlig forbrydelse som krænker eller udsætter andres liv, sundhed eller frihed for fare.

1.1.4 Lov om etablering og gennemførelse af psykisk behandling:

Kapitel 5: Dom på overføring til tvungent psykisk behandling.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

§ 5-2. Behandlingsansvaret

Det regionale sundhedsvæsen i den dømte bopælsregion afgør hvilken institution, der skal have behandlingsansvaret for den dømte. Det regionale sundhedsvæsen har ansvaret for, at den tvungne psykiatriske indsats iværksættes umiddelbart efter domsafsigelse.

§ 5-2a. National koordineringsenhed

Den nationale koordineringsenhed for dom til tvungent psykisk behandling skal:

- a) udarbejde og opdatere retningslinjer for at sikre nødvendig koordination og opfølgning mellem helse- og omsorgstjenesten og justitssektoren,
- b) vejlede helseforetakene ved valg af behandlingssted og
- c) føre oversigt som beskrevet i § 5-2b.

§ 5-2b. National administrativ oversigt over tiltalte og dømte til tvungent psykisk behandling

Der skal etableres en national oversigt over tiltalte og dømte til tvungent psykisk behandling. Oplysningerne kan registreres og på anden måde behandles uden samtykke fra den registrerede. Formålet med oversigten er at:

- a) give sundheds- og omsorgstjenesten nødvendig information for at kunne planlægge tjenestetilbuddet til de dømte,
- b) give nødvendige oplysninger om de tiltalte og dømte, således at sundhed- og omsorgstjenesten og justitssektoren kan ivaretage sine lovpålagte pligtelser, herunder ansvaret for samfundsværet og
- c) give koordineringsenheden nødvendig information om tiltalte og dømte for bedre at sikre nødvendig koordination mellem sundheds- og omsorgstjenesten og justitssektoren.

Der skal bare registreres oplysninger, som er nødvendige og relevante for at opfylde formålet.

Departementet kan give nærmere forskrifter om den nationale oversigt, herunder om oprettelsen, behandlingsansvaret og hvilke oplysninger, som skal registreres.

§ 5-3. Gennemførelse

Den, som er overført til tvungent psykiatrisk behandling, skal de første tre uger have døgnophold på en institution. Den fagligt ansvarlige bør i denne periode rådføre sig med de retspsykiatriske sagkyndige, som har observeret den dømte.

Den fagligt ansvarlige bestemmer derefter, hvordan den tvungne psykiatriske behandling til enhver tid skal gennemføres. Ved afgørelsen skal der ligges vægt på hensynet til behandling af den dømte og særlig på behovet for at beskytte samfundet mod faren for nye alvorlige lovbrud.

§ 5-4. Klage til kontrolkommissionen

Efter tre ugers døgnopholdet på institution jf. §§ 5-3 er gennemført kan alle vedtag om overføring til ophold i eller til andre tiltag under ansvar af institution som nævnt i §§ 3-5, påklages til kontrolkommissionen. Kontrolkommissionen prøver om vedtaget ud fra hensynet til den dømte, placeringsalternativer og forholdene ellers fremstår som urimelig. Vedtagene meddeles de klageberettigede, som er den dømte selv, hans eller hendes nærmeste pårørende og påtalemyndigheden.

Vedtag om overføring fra døgnophold på en institution til psykiatrisk behandling uden døgnophold eller til døgnophold i en anden institution sættes ikke i værk, før klagefristen er udløbet, eller det er klart, at vedtaget ikke vil blive påklaget. Vedtaget gennemføres ikke før klagesagen er afgjort, med mindre den dømtes tilstand gør det uomgængelig nødvendigt, at overføring sker hurtigt.

§ 5-5. Begæring om ændring i gennemførelsen

De klageberettigede kan jf. §§ 5-4 begære ændringer i gennemførelsen, som er nævnt der. Er der tidligere givet afslag på en sådan begæring efter klage til kontrolkommissionen, kan ingen af de klageberettigede fremsætte ny klage på grundlag af de samme faktiske omstændigheder før seks måneder efter, at det forrige vedtag var endelig.

§ 5-6. Overføring til anstalt under kriminalforsorgen

Efter begæring fra den faglig ansvarlige jf. § 5-3 kan retten bestemme, at den dømte skal overføres fra tvungent psykiatrisk behandling til anstalt under kriminalforsorgen, når særlige forhold taler for det. Overføring kan bare ske, når den dømtes sindstilstand ikke længere er som beskrevet i straffeloven § 44 første led. Vilkaaret for gentagelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 skal fortsat være opfyldt.

Påtalemyndigheden fremsætter sagen for tingrett, som afgør den ved dom. Behandlingen af sagen skal påskyndes.

Finder retten, at vilkaaret om gentagelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 ikke er opfyldt, skal reaktionen ophøre, jf. straffeloven § 39 b.

§ 5-6a. Oplysninger til påtalemyndigheden og retten

Uden at stride mod den lovbestemte tavshedspligt skal den fagligt ansvarlige give påtalemyndigheden og retten de oplysninger, som er nødvendige for at vurdere om tvungent psykiatrisk behandling skal opretholdes jf. straffeloven § 39 b, og om besøgsforbud bør nedlægges jf. straffeprocessloven § 222 a.

Den dømte skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke oplysninger som gives efter første led.

§ 5-6b. Oplysninger til national koordineringsenhed

Den faglig ansvarlige og påtalemyndighed skal uden at stride imod tavshedspligten give koordineringsenheden oplysninger, som skal registreres i henhold til psykisk behandlingloven § 5-2b.

Den tiltalte eller dømte skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke oplysninger som gives efter første led.

§ 5-6 c. Varsel til ofre og efterladte

Såfremt det er af betydning for ofre i straffesagen eller dennes efterladte, skal den fagligt ansvarlige give ofre eller efterladte information om vedtag som nævnt i §§ 5-2 og 5-4. Varslingspligten omfatter også information om overføring mellem forskellige sikkerhedsniveauer inden for samme institution. Såfremt det er af særlig betydning for ofret eller efterladte, skal den fagligt ansvarlige også varsle om tidspunkt for enkeltpermisjoner.

Såfremt det er af betydning for ofret i straffesagen eller dennes efterladte at få kendskab til, at den dømte unddrager sig gennemførelse af dom om overføring til tvun-

gent psykisk behandling, skal den faglig ansvarlige så snart som mulig varsle ofret eller dennes efterladte om unndragelsen.

Såfremt det er af betydning for ofret i straffesagen eller dennes efterladte at få kendskab til tidspunktet for ophør af dom om tvungent psykisk behandling, skal den faglig ansvarlige varsle ofret eller dennes efterladte på forhånd.

Lovbestemt tavshedspligt er ikke til hindring for, at den fagligt ansvarlige giver oplysninger efter første til tredje led til ofret eller dennes efterladte. Lovbestemt tavshedspligt er heller ikke til hindring for, at den faglig ansvarlige og påtalemyndigheden udveksler nødvendige oplysninger af betydning for varsling efter første til tredje led.

Bestemmelserne i første til tredje led gælder kun så langt ofret eller dennes efterladte ønsker denne varsling, og så langt hensynet til dømtes sikkerhed bliver tilstrækkelig varetaget.

Dømte, ofret og dennes efterladte kan påklage vedtag om varsling efter første og tredje led til Fylkesmannen.

Departementet kan give nærmere forskrifter om varslingspligten efter første til fjerde led.

§ 5-7. Ophør af reaktionen og prøveløsladelse når dømte er overført til anstalt under kriminalforsorgen

Er den dømte overført til anstalt under kriminalforsorgen i henhold til § 5-6, gælder reglerne i straffeloven § 39 b om ophør af reaktionen så langt de passer. I stedet for ophør kan retten i sådanne tilfælde beslutte at prøveløslade efter reglerne i straffeloven §§ 39 f og 39 g.

§ 5-8. Tilbageføring til tvungent psykiatrisk behandling fra anstalt under kriminalforsorgen

Såfremt den dømtes sindstilstand efter overføring til kriminalforsorgen igen bliver som beskrevet i straffeloven § 44 første led, skal den dømte tilbageføres til tvungent psykisk behandling.

Ved uenighed om vilkåret for tilbageføring er opfyldt, bringes sagen inden for Social- og helsedirektoratet for afgørelse.

1.1.5 Fyldestgørende og opdateret redegørelse for gældende ret findes via

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-10/id2008986/>

Utilregnelighed: side 44-59

Særreaktion (dom til tvungen psykisk behandling): side 307-336

1.2 Sverige

1.2.1 Lovgivningen opdeling

Ifølge svensk lovgivning gælder bestemmelserne i henholdsvis sundhedsloven (1982:763) og loven om patientsikkerhed (2014: 821) for alle patienter, herunder patienter i psykiatrisk behandling.

Derudover er der udformet særlig lovgivning, der gælder specifikt for patienter i tvungen psykiatrisk behandling (1991: 1128) og patienter i retspsykiatrisk behandling (1991: 1129).

1.2.1. Patienter i retspsykiatrisk behandling (1991:1129)

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911129-om-rattspsykia_sfs-1991-1129/

1.3 Finland

Finlands lovgivning om retspsykiatriske patienter er delt i tre: the Criminal Code, Mental Health Act and the Act on State Mental Hospitals. Det finske notat tager udgangspunkt i The Mental Health Act.

1.3.1 The Mental Health Act (Mielenterveyslaki)

Regulerer de generelle principper for psykiatrien set i lyset af det generelle sundhedssystem. Konkret vedr. følgende:

De statslige psykiatriske hospitalers funktioner

- Foretager mentalundersøgelser
- Behandler patienter, hvis anklage eller dom er frafaldet grundet deres psykiske tilstand.
- Behandle patienter, der anses som alvorligt psykisk syg eller som lider af andre psykiske sygdomme, hvis behandling er speciel farlig eller udfordrende.

Betingelserne for behandling imod borgerens vilje gældende både for retspsykiatriske patienter, men ligeledes psykiatriske patienter i almindelighed

En person kan blive behandlet på et psykiatrisk hospital imod deres vilje hvis:

1. Personen er diagnosticeret som psykisk syg
2. Personen har behov for behandling, hvor fravær af behandling vil bevirke, at personens mentale tilstand, helbred eller sikkerhed bliver værre eller vil bringe andres helbred og sikkerhed i fare
3. Hvis alle andre psykiske sundhedstilbud ikke er mulige at anvende eller er utilstrækkelige.

Mentalundersøgelse

Betingelser: beslutning om mentalundersøgelse afgøres af dommeren, mens anmodning kan komme fra både anklager og forsvarer. Retten kan beslutte, at der skal foretages en mentalundersøgelse, hvis der tiltales med domsvarighed på over et år.

I realiteten foretages næsten alle mentalundersøgelser på retspsykiatriske patienter, der er tiltalt for at have begået alvorlige voldelige forseelser eller alvorlige kriminelle handlinger.

Udførelse:

Institute for Health and Welfare (THL) arrangerer mentalundersøgelserne, som oftest foretages af specialhospitaler, der har tilknyttet retspsykiatriske eksperter. Lægen skal være offentlig ansat.

Undersøgelsen beskrives som meget omfattende og grundig med inddragelse af forskellig artet data fra både psykiatriske, sociale og somatiske undersøgelser. Det tager gennemsnitligt otte uger at foretage undersøgelsen og må maksimum tage to måneder. I rapporten for undersøgelsen skal retspsykiateren vurdere, hvorvidt personen opfylder betingelserne for ufrivillig behandling i psykiatrien eller er i stand til at gennemføre retssagen.

Mentalundersøgelsesrapporten gennemgås af Board for Forensic Affairs, som består af mindst to uafhængige psykiatere og en uafhængig advokat. I 95 procent tilfælde af sagerne er THL og Board for Forensic Affairs enige. Hvis de er uenig, kan de afgive hver deres udtalelse. Herefter tager domstolen selvstændigt stilling til spørgsmålet om *the criminal responsibility and the criminal judgement of the offender*. Domstolen kan afvise sundhedspersonalets udtalelse, om end det sker sjældent.

Tilregnelighed og ansvar

Opdeles i tre:

1. Fully criminally responsible:

Person, der vurderes tilstrækkelig psykisk rask til at blive anklaget og dømt efter same procedure som andre anklagede.

Betingelse: at gerningsmanden er fyldt 15 år på gerningstidspunktet og er ansvarlige for den kriminelle handling.

Hyppeghed: 58 procent af de, der fik foretaget en retspsykiatrisk evaluering indenfor de sidste ti år, tilhører denne kategori.

Delvist ansvarlig: hybrid.

Person, der vurderes til at have en intelligens score på 50-70 efter Adult Intelligence Scale (WAIS) (Wechsler, 1981). Personen dømmes, men med dom der kan være kortere end for de, der er fuldt ansvarlige. Denne gruppe behandles ens med de fuldt ansvarlige ellers. Dvs. de sendes i fængsel og får kun psykiatriske behandling, hvis de selv anmoder om det.

2. Diminished criminal responsibility:

Person, der ikke kan vurderes uansvarlig for den kriminelle handling, men som grundet psykiske sygdom, psykisk deficiency, psykiske forstyrrelse eller forstyrrelser af bevidstheden, har en signifikant svækket forståelse af den faktisk lovovertrædelse ved personens handling eller ikke har kontrol over egen adfærd.

3. Not criminally responsible (criminal irresponsibility)

Person, der ikke er kriminelt ansvarlig, fordi personen på gerningstidspunktet, grundet psykiske sygdom, alvorlig psykisk deficiency, alvorlige psykiske forstyrrelse eller forstyrrelser af bevidstheden, havde en signifikant svækket forståelse af den faktiske lovovertrædelse ved handlingen, eller som ikke havde kontrol over egen adfærd.

Hyppeghed: 25 procent af de, der er blevet studeret i retspsykiatrisk evaluering. Der er tale om personer, der er alvorligt syge (psykotiske) eller mentalt retarderet, dvs. WAIS score under 55.

Behandling i mod borgerens vilje

Behandling imod borgerens vilje afgøres af THL, hvis betingelserne kan opfyldes ved mentalundersøgelsen. Der kan maksimalt tages beslutning om behandling af seks måneders varighed.

Fortsat behandling imod patientens vilje: inden de første seks måneder skal patienten observeres med henblik på at udarbejde en udtalelse om, hvorvidt patienten fortsat lever op til betingelserne for behandling imod personens vilje, eller behandlingen skal stoppes. Hospitalets læge skal skriftlig indstille til "Administrative Court", hvorvidt den ufrivillige behandling bør fortsætte. Retten skal derefter vurdere, om grundlaget for behandling imod patientens vilje stadig eksisterer. Lovgivningen sætter ingen begrænsninger på, hvor langt tid en patient kan modtage behandling imod sin vilje, men fastsætter, at denne evaluering, hvor opfyldelsen af betingelserne for behandlingen vurderes, skal gentages hvert halve år.

Det berettes endvidere, at de fleste tilfælde starter med behandlingen på ufrivillig basis.

1.4 England

Den engelske lovgivning på området for retspsykiatriske patienter, Mental Health Act 1983, omfatter civile såvel som retspsykiatriske patienter med psykiske lidelser. Loven omfatter England og Wales, mens der i Skotland, Isle of Man og for hver enkelt af Kanaløerne er separat lovgivning.

Mental Health Act blev betydeligt revideret i 2007. I forbindelse hermed blev "Community Treatment Orders" (CTOs) introduceret. Dette trådte i kraft i november 2008. CTOs tillader visse patienter at blive behandlet i nærmiljøet fremfor under tvangsindlæggelse på et hospital.

1983 Act: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>

2007 Act: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents>

Kapitel 3 i Mental Health Act 1983 vedrører retspsykiatriske patienter.

Visse sager, der involverer patienter omfattet af kapitel 3, hvis udskrivelse er forbundet med restriktioner, administreres under det britiske Justitsministeriums Mental Health Unit.

Link: <https://www.justice.gov.uk/offenders/types-of-offender/mentally-disordered-offenders>

I januar 2015 udgav Department for Health desuden en revideret udgave af "Mental Health Act Code of Practice", hvori kapitel 22 vedrører patienter, der er involveret i retsprocesser.

Link: <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983>

2. Data

2.1 Norge

Norge opgør ikke kapaciteten for retspsykiatriske patienter særskilt. Det skyldes, at de er det regionale sundhedsværn, der overtager ansvaret for iværksættelse af indsatsen efter afsagt dom om tvungen behandling. Den ansvarlige sundhedsmyndighed afgør hvilken institution, der skal have behandlingsansvaret for den dømte. Den dømte modtages altså i den ordinære specialiseringstjeneste, hvor der regnes ikke egen kapacitet for denne patientgruppe.

Den nationale koordineringsenhed for domme til tvungen psykiatrisk behandling fører register over tiltalte og dømte til tvungen psykisk behandling. Per 31.12.2013 var der registreret totalt 141 aktive sager med et identisk antal personer og domme. Særreaktionerne har været i brug siden 01.01.02, men koordinationsenheden har dog kun tal for denne periode for syd-øst Norge, mens tal for vest, midt og nord kun går tilbage til 01.07.12.

For yderligere information vedrørende den nationale koordineringsenhed henvises der til <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss /avdelinger /dom-til-behandling>

2.2 Sverige

Kvalitetsregistret RättpsyK

I Sverige påbegyndte man i efteråret 2008 det nationale retspsykiatriske kvalitetsregister RättpsyK, hvis overordnede formål er at indsamle data, der skal danne grundlag for fore-

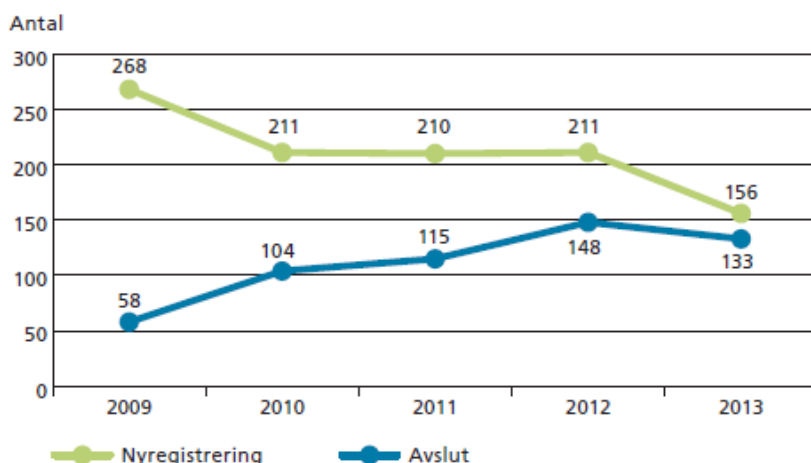
byggende behandling og klinisk forskning inden for behandlingen af retspsykiatriske patienter.

Registeret er sektorens eget register og bygger på tal og indrapporteringer fra de retspsykiatriske enheder i de enkelte län. Seneste årsrapport "Årsrapport 2013" blev udgivet i 2014 og indeholder data for årene 2009-2013.

I rapporten oplyses det, at der er indhentet oplysninger fra 25 retspsykiatriske institutioner i Sverige, hvilket var samtlige institutioner på daværende tidspunkt.

Nedenstående tabel fra årsrapporten 2013 angiver udviklingen i antallet af nyregistrerede.

Figur 3. Antal nyregistrerede och avslutade patienter åren 2009–2013.



Oplysninger om bl.a. kønsfordeling, alder, diagnosefordeling, tidligere modtagere af psykiatrisk behandling og tidligere misbrug for de retspsykiatriske patienter fremgår yderligere af årsrapporten, som kan findes via http://www.registercentrum.se/sites/default/files/dokument/rattspsyk_arsrapport_2013.pdf

2.3 Finland

2.3.1 Kapacitet

Finland har to "state mental hospitals". Niuvanniemi hospital med 296 sengepladser og Vanha Vaasa Hospital med 150 senge.

Kommunerne har i løbet af de første seks måneder ret til at bestemme, hvorvidt deres lokale sundhedsorganisation har kapacitet til at tage ansvar for behandlingen, eller om de vil fortsætte med at betale "the state mental hospital" for behandlingen.

Derudover har Finland to psykiatriske hospitaler for indsatte. Den første i Turku har kapacitet til ufrivillig behandling, mens den anden i Vantaa kun kan behandle frivilligt. Fængslerne er forpligtet til at tilbyde psykiatriske og psykologiske vurderinger og behandling af de indsatte.

Endvidere fremgår det af bilag 1, at der yderligere er fire institutioner involveret i komitéen for retspsykiatriske anliggender: Oulu University Hospital, Tampere University Hospi-

tal, Hospital District of Helsinki and Uusimaa/Kellokoski Hospital og The Helsinki University Central Hospital/Psychiatry Centre.

2.3.2 Udvikling

Den statslige kapacitet her været stabil over de sidste 10 år, mens kapaciteten og antallet af civile og regionale hospitaler er faldet.

Finlands nationale plan for mental sundhed og misbrug for 2009-2015 angav, at den psykiatriske indsats var for koncentreret på hospitalerne, og udfordringer har derfor været at ændre denne balance til mere udadgående behandling.

Vedrørende udvikling i antal af retspsykiatriske patienter i de statslige psykiatriske hospitaler, er antallet af retspsykiatriske patienter er kun angivet for de to statslige hospitaler, hvor antallet var stigende steg fra 180 i 2007 til 243 i 2008, men siden har ligget stabilt omkring 230-240 retspsykiatriske patienter.

Finland forventer ikke en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter i fremtiden.

Antallet af mentalundersøgelser er faldet fra gennemsnitligt 160 undersøgelser til 126 undersøgelser de sidste to årtier. Fra 2005 er det faldet fra 197 til 110 undersøgelser i 2014.

2.4 England

2.4.1 Kapacitet

Der var ved udgangen af rapporteringsåret 2013/14 (31. marts 2014) 23.531 personer underlagt Mental Health Act. Af disse var 18.166 tvangsindlagt på hospitaler, mens 5.365 blev behandlet i nærområdet under de såkaldte Community Treatment Orders (CTOs).

2.4.2 Udvikling

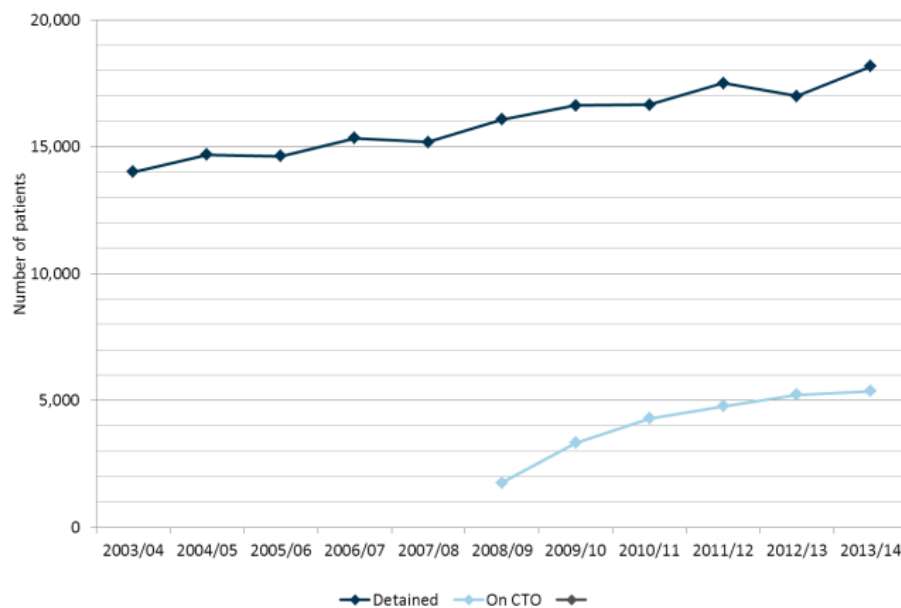
Sammenlignet med det tidligere rapporteringsår, er der ved udgangen af 2013/2014 6% (1.324) flere personer underlagt Mental Health Act og 32% flere end i 2008/09 (året hvor CTOs blev introduceret).

I løbet af 2013/14 perioden blev Mental Health Act anvendt 53.176 gange for at tilbageholde patienter på hospitaler i mere end 72 timer, hvilket er 5 % mere end i 2012/13 perioden og 30 % mere end 2003/2004 perioden.

Forud for introduktionen af CTOs kunne patienter grundet en bestemmelse i Section 25a af Mental Health Act blive behandlet i nærmiljøet under såkaldt "aftercare under supervision". Disse patienter blev dog ikke registreret, og det er derfor ikke muligt at opgøre det totale antal patienter underlagt Mental Health Act forud for 2008/09 på samme måde som med rapporteringsåret 2013/14.

Nedenstående tabel fra seneste rapport fra The Health and Social Care Information Centre "Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment: Annual report, England 2013/14", angiver antallet af patienter indlagt på hospitaler eller CTO fra 2003/04 til 31.03.2014.

Figure 1: Patients detained in hospital or on Community Treatment Orders on the 31st March 2014; 2003/04 – 2013/14



For yderligere detaljer henvises der til rapporten, som kan findes via

<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB15812/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-13-14-rep.pdf>

Department of Health henviser desuden til den seneste årsrapport fra "Care Quality Commission", der er den uafhængige kontrolmyndighed på sundheds- og voksenpleje i England, som kan findes via <http://www.cqc.org.uk/content/cqc-annual-report-201314>

3. Konkrete erfaringer og indsatser

3.1 Norge

Misbrugsbehandling

Misbrugsbehandling registeret ikke særskilt for denne gruppe. Norge vurderer dog, at der ikke er grund at antage, at disse skiller sig særligt ud af andre med alvorlig psykisk lidelse. Det oplyses, at patienter i akutafdelingen i to tredjedele tilfælde har et samtidig misbrug.

Unge og overgang mellem barn/unge psykiatri til voksenpsykiatri

Norge er ikke kendt med, at der unge under 18 dømt til tvungen psykisk behandling. Det oplyses, at den unge i det ordinære psykiatriske sundhedsvæsen kan beholde sin behandling op til det fyldte 23. år.

Personalets sikkerhed

Personalets sikkerhed er et område Norge i høj grad arbejder med. Det handler om kvaliteten af det faglige arbejde, opbygning af relationer og tilrettelæggelse af de praktiske, behandlingsmæssige og fysiske rammer.

3.2 Sverige

Årsrapporten 2013 (jf. data afsnittet) indeholder oplysninger om praktiske erfaringer og indsatser herunder statistik over alkohol- og stofmisbrug blandt retspsykiatriske patienter, risikoanalyser og oversigt over tilbagefald til kriminalitet.

Registrering af mindre overtrædelser

Det fremhæves bl.a., at hvis der er blevet begået kriminelle handlinger under behandlingen, er dette med til at indikere risikoen for tilbagefald efter endt behandling. Det oplyses i den sammenhæng, at analysegruppen bag årsrapporten finder det problematisk, at der inden for psykiatri og særligt retspsykiatri har været en tradition for ikke at registrere mindre lovovertrædelser, hvorfor der fremover anbefales en øget indsats på området.

3.2.1 Instrumenter til forbedring af risiko- og farlighedsvurderinger

Årsrapporten 2013 fremhæver en række instrumenter, som har bidraget til at give risiko- og farlighedsvurderinger et bedre videnskabeligt grundlag end tidligere.

PCL (Psychopathy Checklist)

Blev oprindeligt udviklet som et diagnostisk værktøj, men har vist sig også at fungere godt i forhold til at forudsige voldshandlinger hos individer med psykopati.

HCR-20 (Historical Clinical and Risk management)

Anvendes til vurdering af risikoen for fremtidig vold hos personer, der lider af psykiske lidelser og/eller sygdomme. Instrumentet kan anvendes til risikovurdering og risikohåndtering, men er rette mod forebyggelse.

SARA (Spousal Assault Risk Assessment)

Er en klinisk tjekliste over risikofaktorer for partner vold. Instrumentet udfører en struktureret hjælp i vurderingen af risiko for fornyet partnervold.

SVR-20 (Sexual Violence Risk)

Er en vurderingsmetode eller en vurderingsprocedure snarere end en test eller en skala. Metoden er velegnet i tilfælde hvor et individ har begået eller anklages for at have begået seksuel vold

3.3 Finland

I de sidste år har Niuvanniemi Hospital med succes udviklet deres behandling med fokus på bl.a. følgende aspekter:

GAF rating (global assesment of functioning):

Anvendt de sidste 8 år til at måle behandlingens fremgang.

HCR og PCL m.fl..

Er andre rating skalaer, der anvendes til at vurdere risikoen og farligheden ved en person, specielt når personen er ved at blive udskrevet

SHQS kriterier

Kvalitets og risiko management programmer anvendes. Eksterne konsulenter evaluere hospitalet årligt.

Træning af personale

Træning af det plejende personales kompetencer i forhold til at håndtere og behandle aggressive og impulsive patienter.

Involvering af eksperter

Udvikling af indsatsen i samarbejde med eksperter med erfaring indenfor psykiatriområdet. Den nationale plan for 2009-2015 foreslår, at eksperter med erfaring skal involveres i planlægningen, implementeringen og evalueringen af den psykiatriske og misbrugsrettede indsats.

Omlægning af medicin distribueringen

Med henblik på at skabe mere tid til at behandle patienterne og forbedre patient sikkerheden

Patient sikkerheds program (High Pro)

Anvendes dagligt

Tvang

Udvikling af indsatsen mod reducere tvang i form af isolation og anden mekanisk samt fysiske begrænsninger. Opfyldelse af målene monitoreres.

Personalets kompetencer

Sikring af personalet besidder rette kompetencer før de ansættes på de højt sikrede hospitaler

Yderligere beskrives det, at sygeplejersker udskiftes løbende med højere uddannede sygeplejersker, mens der yderligere har været en fordobling i antallet af psykologer og terapeuter igennem de sidste ti år.

3.4 England

Retningslinjer for højsikkerhedsservice

Heri redegøres der bl.a. for sikkerhedsprocedurer og praksisser for identifikation og håndtering af høj-risiko patienter, herunder retningslinjer for visitation af patienter og patienters ejendom samt procedurer for besøg udefra.

Flere detaljer kan findes via <https://www.gov.uk/government/publications/high-security-psychiatric-services-directions>

"Best practice" vejledning for sikkerhedsenheder med medium sikkerhedsniveau (MSU)

Patientgruppen udgøres bl.a. af kriminelle med psykiske lidelser, samt patienter, der vurderes i risiko for at begå kriminalitet. Disse enheder arbejder tæt sammen med andre sociale services og retsinstanser for at håndtere og reducere den risiko, som patientgruppen udgør.

Best practice vejledning for MSU'er redegør desuden for de primære plejemodeller benyttet inden for den retspsykiatriske pleje. Disse udgøres af følgende tre modeller:

- Den integrerede model: MSU'er yder behandling under indlæggelse, hvorefter patienten integreres i lokale services, der overtager ansvaret for den langsigtede behandling, når den øgede sikkerhed ikke længere er relevant.
- Hybrid-modellen: plejen i den kritiske fase efter udskrivelsen deles mellem MSU'er og de lokale services, mens det langsigtede ansvar for høj-risiko patienter fortsat ligger hos MSU'en ofte under restriktionsordrer. Evt. genindlæggelse vil

oftest ske i nærmiljøet med undtagelse af højrisiko patienter, der genindlægges på MSU'er.

- Parallel-modellen: MSU'er søger at levere både indlæggelseskomponenten og nærmiljøkomponenten af en patients behandling. En evt. genindlæggelse sker på MSU'er frem for lokale hospitaler.

Flere detaljer kan findes via

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078744

Kontakt mellem personale og patienter

Dette redegør Best Practice vejledningen for under afsnittet "Relational Security".

Med Relational Security henvises der til en terapeutisk alliance mellem ansatte og patienter. Fremfor definitive forholdstal mellem ansatte og patienter fokuseres der på en kontinuerlig evaluering og vurdering af patienten, og hvilke personlige og professionelle kompetencer, der kræves for at sikre støtte og korrekt behandling af patienten samt opretholdelse af sikkerhedsprocedurer.

Department of Health har desuden udarbejdet en række materialer til ansatte i retspsykiatrien, der skal øge forståelsen af Relational Security. Materialet er tilgængeligt via dette link:

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_113318

Guide for nationale standarder for psykiatriske intensivenheder samt plejemiljøer med lav sikkerhed.

De psykiatriske intensive enheder behandler patienter, der er tvangsindlagt grundet akutte psykiske lidelser, og som i denne fase lider af en mangel på selvkontrol og derfor udgør en øget risiko. Indlæggelse på denne type enheder afhænger af det kliniske behov samt en vurdering af risikofaktoren, men overskrider normalt ikke en længde på mere end otte uger.

Plejemiljøer med lav sikkerhed behandler patienter, som lider af adfærdsforstyrrelser i forbindelse med alvorlige psykiske lidelser, og som kræver behandling under sikkerhedsforhold. Disse patienter indlægges under Mental Health Act, og rehabiliteringen varer oftest op til to år.

Flere detaljer kan findes via nedenstående link:

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4060440.pdf

4. Forskning

4.1 Norge

De angivne forskningsprojekter er alle projekter fra SIFER (Sikkerheds-, fængsels- og retspsykiatri. Nationalt kompetensensnettverk) udvalgt af Sundheds- og Ældreministeriet.

Udvikling af den norske retspsykiatri: et pilotprojekt

Målsætningen er at forbedre domstolenes og politiets tilgang til sagkyndighed af høj kvalitet, at bidrage til øget kvalitet i det retspsykiatriske arbejde og at standardisere betingelserne for retspsykiatriske undersøgelser

Voldsrisikovurdering på akutpsykiatrisk afdeling

For at forbedre den sparsomme forskning i voldsrisiko i akutpsykiatrien undersøger projektet den prædiktive validitet af værktøjerne BVC og V-RISK-10 i forhold til voldsadfærd i løbet af ophold på afdelingen og det første år efter udskrivning. Yderligere undersøges det, om lav kolesterol, patientens egen vurdering af risiko og andre kliniske samt demografiske variable er signifikante prædiktorer for voldsadfærd.

V-RISK-Pol: kort tjekliste for screening af voldsrisiko

I psykiatrien har man omfattende vurderingsinstrumenter for at strukturere og forbedre tidlig brug af voldsrisikovurdering. Disse tjeklister er dog tidskrævende og mest udbredt i sikkerheds- og retspsykiatrien. For at gøre en struktureret vurdering aktuel for almenpsykiatrien har SIFER udviklet en kort tjekliste for screening. Metoden er valideret med gode resultater fra Sverige og anvendes i stort omfang i både Finland, Wales, USA, Rusland og Kina. Ønsket har været konkret rettet mod værktøj til politiet og har udmundet i en syv trins tjekliste tilpasset politiets fagterminologi.

4.2 Sverige

I årsrapporten for 2013 fremhæves det, at man ved igangværende projekter er ved at undersøge forskellene mellem retspsykiatriske patienter, ud fra køn, diagnose og de patienter, der har begået voldelige forbrydelser og de patienter, der ikke har. Man ser på specifikke sociodemografiske variable (herunder levevilkår), relaterede forbrydelser, psykiatriske diagnoser og brugen af medicin.

Studierne ledes af Alessio Degl'Innocenti, professor, doctor, enhedschef og medlem af styregruppen og drives af Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbejde med CELAM (Centre för Ethics, Law and Mental Health) ved Göteborg universitet.

4.3 Finland

Finlands tre primære aktive centre for forskning i retspsykiatri er henholdsvis Helsinki University Central Hospital, Niuvanniemi Hospital in Kuopio og Vanha Vaasa Hospital i Vaasa.

Nedenstående liste angiver de seneste publikationer udvalgt af Professor Jari Tiihonen, Niuvanniemi Hospital, Kuopio. Det skal bemærkes, at Finland pointerer, at listen ikke er fuldstændig og yderligere ikke beskriver igangværende eller fremtidig forskning for hele landet.

Goldman D, Paunio T: Genetic background of extreme violent behaviour. *Mol Psychiatry*, 2014 Oct 28.

doi: 10.1038/mp.2014.130 [Epub ahead of print] (Impact factor 15.147)

Kivimies K, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J: The substance use among forensic psychiatric patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 38(4):273-277, 2012.

Epub 2012 Jan 13. (Impact factor 1.470; 1 citation in Web of Science, Aug 12, 2014)

Kivimies K, Repo-Tiihonen E, Kautiainen H, Tiihonen J: Previous forensic mental examination is a useful marker indicating effective violence relapse prevention among psychotic patients. *Nord J Psychiatry*, Jul;68(5):311-5, 2014.

doi: 10.3109/08039488.2013.830770. Epub 2013 Sep 19. (Impact factor 1.500)

Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Putkonen A, Louheranta O, Tiihonen J: Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, Apr;21(3):214-8, 2014.
doi: 10.1111/jpm.12074. Epub 2013 May 1. (Impact factor 0.978)

Kuokkanen R, Lappalainen R, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J: Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: A randomised controlled feasibility trial. *Crim Behav Ment Health*, Dec;24(5):345-57, 2014.
doi: 10.1002/cbm.1905. Epub 2014 Mar 11. (Impact factor 1.475)

Kuosmanen A, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M, Turunen H. Patient safety culture in two Finnish state-run forensic psychiatric hospitals. *J Forensic Nurs*, 2013;9(4):207-216.

Michel SF, Riaz M, Webster C, Hart SD, Levander S, Müller-Isberner R, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Tuninger E, Hodgins S: Using the HCR-20 to predict aggressive behaviour among men with schizophrenia living in the community: accuracy of prediction, general and forensic settings, and dynamic risk factors. *Int J For Ment Health*, 12:1-13, 2013.

Ojansuu I, Putkonen H, Tiihonen J: Mortality among forensic psychiatric patients in Finland. *Nord J Psychiatry*, Jan;69(1):25-7, 2015.
doi: 10.3109/08039488.2014.908949. Epub 2014 May 7. (Impact factor 1.500)

Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P: A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 168(6):603-609, 2011.
Epub 2011 Mar 1 (Impact factor 13.559; 96 citations in Web of Science, Aug 12, 2014)

Tiihonen J, Suokas JT, Suvisaari JM, Haukka J, Korhonen P: Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 69(5):476-483, 2012.
doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1532. (Impact factor 13.747; 24 citations in Web of Science, Aug 12, 2014)

Tiihonen J, Rautiainen M-R, Ollila HM, Repo-Tiihonen E, Virkkunen M, Palotie A, Pietiläinen O, Kristiansson K, Joukamaa M, Lauerma H, Saarela J, Tyni S, Vartiainen H, Paananen J,

Tiihonen J, Lehti M, Aaltonen M, Kivivuori J, Kautiainen H, Virta L, Hoti F, Tanskanen A, Korhonen P: Psychotropic drugs and homicide: a prospective cohort study from Finland. *World Psychiatry*, in press. (Impact factor 12.846)

4.4 England

Department of Health henviser til Royal College of Psychiatrists, som er den ledende forskningsinstitution på område.

Royal College of Psychiatrists
21 Prescot Street
London E1 8BB
Hjemmeside: <http://www.rcpsych.ac.uk/>
Tlf: +44 20 7235 2351/+44 20 7977 6655
E-mail: reception@rcpsych.ac.uk

Bilag 7

”Notat til udvalgsarbejde om vold og trusler i psykiatrien”, FOA, Bedre Psykiatri og DSR, 2015

28. Maj 2015

Notat til udvalgsarbejde om vold og trusler i psykiatrien

DSR, FOA & BEDRE PSYKIATRI fremlægger med dette notat et konkret og kvalificeret indspark til Sundhedsministeriets forestående arbejde med at kortlægge årsagerne til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter herunder forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser¹. Med dette udspil ønsker de respektive organisationer at tydeliggøre omfang af og udfordringer med vold og trusler for ansatte i psykiatrien samt angive en række anbefalinger til, hvordan vi bedst muligt kan komme problemet til livs.

Anbefalingerne gives på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse blandt 2000 ansatte i psykiatrien^{2 3} som blandt andet påviser, at personalet oplever en ændret patientprofil med flere politianmeldelser til følge.

1. Resultaterne

- Undersøgelsen viser, at halvdelen af medarbejderne (50%) i psykiatrien angiver, at deres arbejdsplads inden for det seneste år har politianmeldt patienter/borgere for vold eller trusler. Dette skal ses i forhold til, at to tredjedele af medarbejderne (63%) selv har været udsat for vold og/eller trusler, og ni ud af 10 (89%) har kendskab til, at andre er blevet udsat for vold og/eller trusler.
- Halvdelen af de ansatte i psykiatrien (53%) er enige eller overvejende enige i, at antallet af episoder med voldelige og truende patienter er stigende. To tredjedele (67%) er enige eller overvejende enige i, at misbrug af stoffer/alkohol er årsag til flere episoder med vold og

¹ Jf. Kommissorium for udvalgsarbejde om årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014/2015.

² I tillæg er foretaget en rundspørge blandt 100 pårørende til psykisk syge og deres syn på vold og trusler i psykiatrien. (BEDRE PSYKIATRI, 2015)

³ Undersøgelsen er gennemført i perioden fra 30. april til 8. maj 2015. Data er indsamlet via spørgeskemaundersøgelser udsendt på e-mail. Målgruppen var erhvervsaktive medlemmer af henholdsvis FOA og DSR, som arbejder i psykiatrien. I alt 2.003 medlemmer i målgruppen deltog i undersøgelsen, heraf 978 fra FOA og 1.132 fra DSR. Svarprocenten blandt FOAs medlemmer 33 og 34 blandt DSRs medlemmer. Kontakt: Konsulent Simon Martin Hansen, DSR Analyse (sha@dsr.dk/4695 4122)

trusler end tidligere. Lige så mange (65%) er enige i, at lange ventetider kan medvirke til, at patienter bliver truende/voldelige.

- Medarbejderne vurderer, at politianmeldelser oftest sker for at signalere nultolerance over for vold og trusler (68%) eller som følge af arbejdspladsens voldspolitik (55 %). Desuden er der også en stor andel af medarbejderne (49%), som vurderer, at politianmeldelse oftest sker for at sikre adgang til erstatning i tilfælde af fysiske og psykiske skader (se tabel 1).
- Medarbejdere, der har tilstrækkelig tid til samtale og samvær med patienter og pårørende, er mindre udsat for vold/trusler (52 %), end medarbejdere der ikke oplever at have den tilstrækkelige tid (72%). Også ledelsens prioritering af voldsforebyggelse, gode fysiske rammer, en god normering samt de rette kompetencer hos medarbejderne giver en lavere voldsrisiko for medarbejderne (se tabel 2).

2. Anbefalinger til det videre arbejde med forebyggelse af vold og trusler i psykiatrien

DSR, FOA og BEDRE PSYKIATRI fremfører her er en række konkrete og retningsangivne anbefalinger til at forebygge og minimere risikoen for vold og trusler i psykiatrien som inspiration til udvalgets arbejde.

1) Nyttænkning af anmeldelses/erstatningssystemet

Der er behov for en nyttænkning af anmeldelses/erstatningssystemet, så medarbejdere ikke oplever sig nødsaget til at føre en retssag mod den borger, som de er ansat til at drage omsorg, støtte og pleje for.

Vi anbefaler:

- At det bliver muligt at sikre ansatte fuld erstatning, uden at skulle stævne en borger, som fx er sindslidende, demensramt, psykisk handicappet eller socialt udsat⁴.
- At arbejdsskadesikringsloven ændres, så erstatningsmuligheden udvides til også at omfatte svie og smerte, tabt arbejdsfortjeneste og differencekrav, evt. begrænset til ulykker som skyldes vold og trusler på arbejdspladsen

⁴ En rundspørge blandt ca. 100 pårørende til psykisk syge viser, at 80 % er enige i, at ansatte i psykiatrien skal sikres bedre erstatningsmuligheder uden en politianmeldelse af den syge. (BEDRE PSYKIATRI, 2015)

2) Styrkelse af kompetenceudviklingen af medarbejdere og ledere

Det er ledernes ansvar at sikre, at medarbejdere er trygge ved at gå på arbejde. Derfor skal der ske en styrkelse af kompetenceudviklingen blandt medarbejdere og ledere.

Vi anbefaler:

- At ansatte kontinuerligt skal have mulighed for at udvikle og styrke deres kompetencer både gennem formel uddannelse og i læringsmiljøer på arbejdspladsen.
- At ledere uddannes i arbejdsmiljø for at kunne sætte sig for bordenden og kvalitetssikre de handleplaner, de i forvejen er forpligtiget til at udarbejde.

3) Bedre inddragelse af patient/borger og de pårørende i voldsforebyggelsen

Alt tyder på, at det er gavnligt for både borger/patient, pårørende og de ansatte, at borgere /patienter og pårørende inddrages i indsatsen for at forebygge konflikter og vold. Det gælder især arbejdspladser hvor man har kontakt med de samme borgere/patienter over længere tid.

Vi anbefaler:

- At der ses nærmere på, hvordan borger/patient og pårørende kan inddrages systematisk og forpligtende i forebyggelse af vold og trusler i psykiatrien. Herunder hvordan borgere/patienter og pårørendes viden og erfaringer kan styrke behandlingsforløbet samt dialog og samarbejde med de ansatte, hvormed vold og trusler undgås.
- Fælles initiativer så som deltagelse i kurser om konfliktforståelse og håndtering.

4) Øget udveksling af information og samarbejde mellem sektorer og institutioner

Videndeling på tværs af sektorer, med respekt for borgerens retssikkerhed, er et vigtigt redskab i risikovurderingen. I dag eksisterer der ikke et koordineret videnssystem, hvor data og metoder, som kan bidrage til at forebygge vold og trusler på arbejdspladserne, bliver samlet.

Vi anbefaler:

- At der kommer mere fokus på at få skabt et koordineret samarbejde mellem de offentlige myndigheder, der fører tilsyn med arbejdspladsernes arbejdsmiljø og faglige indsatser.

3. Bilag 1

Tabel 1. Hvilke af følgende overvejelser indgår typisk i beslutningen om at politianmelde en episode med vold og/eller trusler? Politianmeldelse...

	%
... sker for at signalere, at vold og trusler ikke tolereres på arbejdspladsen	68%
... sker i overensstemmelse med arbejdspladsens evt. voldspolitik	55%
... skal sikre ofrenes adgang til erstatning i tilfælde af evt. fysiske og psykiske skader	49%
... skal bidrage til at fastholde patienter med fortsat behov for behandling i behandlingssystemet	43%
... skal sende et signal til andre patienter/borgere om at vold og trusler har konsekvenser	42%
... sker i overensstemmelse med evt. aftale med lokalt politi	8%

Anm: n = 966 medarbejdere i psykiatrien, der har angivet at deres arbejdsplads har politianmeldt vold og/eller trusler inden for det seneste år. Kolonnen summerer ikke til 100, da deltagerne kunne vælge mere end et svar. Svarene "Andre overvejelser" (5 %), "Ingen af ovenstående (1 %) og "ved ikke (2 %) er udeladt af tabellen.

Tabel 2. Arbejdspladsfaktorer med betydning for vold og trusler på arbejdspladsen

Udsagn om arbejdspladsen	Andel enig/uenig	Andel udsat for vold/trusler	Forskel
<i>"Der er på min arbejdsplads tilstrækkelig tid til samtale og samvær med patienter/borgere og pårørende"</i>	Enig (41 %)	52%	20 %-point
	Uenig (57%)	72%	
<i>"Ledelsen på min arbejdsplads prioriterer det voldsforebyggende arbejde"</i>	Enig (70%)	59%	19 %-point
	Uenig (25 %)	78%	
<i>"De fysiske rammer på min arbejdsplads er tilfredsstillende"</i>	Enig (53%)	57%	16 %-point
	Uenig (45%)	73%	
<i>"Antallet af ansatte på min arbejdsplads passer til antallet af patienter/borgere"</i>	Enig (38 %)	55%	15 %-point
	Uenig (59 %)	70%	
<i>"Personalet på min arbejdsplads har de nødvendige kompetencer til at løse arbejdspladsens opgaver"</i>	Enig (75%)	60%	15 %-point
	Uenig (24%)	75%	

Anm: n = 2003 medarbejdere i psykiatrien. * enig (deltagere, der var enige eller overvejende enige i udsagnet), uenig (deltagere, der var uenige eller overvejende uenig). Andelene enige og uenige summerer ikke til 100 %, da deltagere, der svarede ved ikke eller ikke relevant er udeladt.

Bilag 8 Beskrivelse af kerneopgaver i retspsykiatrien, Ekspertgruppen, 2015

Kerneopgaver i retspsykiatrien

Dette er et dynamisk papir som hele tiden undergår ændring mm. i takt med udviklingen

Oversigt over kerneopgaver

Mentalundersøgelse (ambulant/indlagt)	Anbefaling til retsvæsenet eller anden myndighed	Samtaler	Somatiske undersøgelser
Psykologiske test	Risikovurderinger	Håndtering af konflikter	Misbrugsbehandling
Daglige møder og kommunikation vedr. patienterne i afsnittet	Rehabilitering	Pårørendesamarbejde	Observation
Kliniske konferencer, faglig sparring og supervision	Miljøterapi	Aktivitetstilbud	Psykiatrisk sygepleje
Medikamentel behandling	Psykoterapi	Teamarbejde	Koordinering (tværsektorielt)
Ergo- og fysioterapeutiske ydelser			

Beskrivelser af kerneopgaverne

Overskrift	Beskrivelse	Hvis du vil vide mere ... Uddybning, links m.m.
Anbefaling til retsvæsenet og andre myndigheder	<p>Det er en retspsykiatrisk kerneopgave at vejlede afgørelsesmyndigheder i straffe- og civilretlige sager, hvor der er behov for psykiatriske vurderinger. I praksis er der primært tale om speciallægeerklæringer til brug i Patientklagenævnet i sager vedr. frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og til (statsadvokaten og) retten vedr. spørgsmål om strafbarhed og ændring/ophævelse af foranstaltning. En erklæring skal indeholde de nødvendige præmisser for konklusionen, herunder beskrivelse af psykopatologi efter god psykiatrisk praksis og være formuleret på dansk, således at lægefaglige udtryk oversættes, skal være objektiv og neutral og faktuelle oplysninger skal være korrekte. Koncept for erklæringer til Patientklagenævnet og til brug ved ændring/ophævelse af en idømt foranstaltning er beskrevet i RR's årsberetning 1994. Sanktionsforslag i retspsykiatriske erklæringer (mentalundersøgelser) i strafferetlige spørgsmål følger som absolut hovedregel formuleringerne i Rigsadvokatmeddelelse nr. 5/2007, kap. 7.</p>	<p>Psykiatriloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497</p> <p>Straffeloven: § 16, § 69, § 68 mm.: https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152827</p> <p>RR - Retslægerådets årsberetning 1994, side 105-108: http://www.retslaegeraadet.dk/%c3%85rsberetninger Rigsadvokatens meddelelse 5/2007: http://www.krim.dk/undersider/straffesager/strafferet/ra-meddelelse-5-2007-psykisk-afvigende-kriminelle.pdf</p> <p>RM e-dok om "Mentalundersøgelser og retspsykiatriske erklæringer" (undervejs - udkast på L-drev)</p>
Mentalundersøgelse	<p>En mentalundersøgelse (MU) er en grundig psykiatrisk undersøgelse af en person sigtet for kriminalitet med henblik på udfærdigelse af en</p>	<p>RPL: Retsplejeloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=157953</p>

	<p>mentalerklæring, hvis formål er at vejlede retten i en straffesag, idet straffeloven åbner mulighed for at anvende andre sanktioner end straf, hvis sigtede er sindssyg eller mentalt retarderet (§ 16). I andre tilfælde af psykisk sygdom kan det (også) være formålstjenligt at pege på behandling frem for straf (§ 69).</p> <p>Mentalerklæringen er således en lægelig udtalelse afgivet med henblik på at yde vejledning til domstole. MU finder kun sted, hvis det findes at være af betydning for sagens afgørelse (RPL § 809, stk. 1). MU vil være indiceret, når en sigtet har modtaget psykiatrisk behandling og der er mistanke om sindssygdom eller mental retardering samt når sigtelsen angår alvorlig personfarlig kriminalitet eller når kriminalitetsbetingelserne for anvendelse af forvaring er opfyldt (§ 70).</p> <p>MU foregår som udgangspunkt ambulant. I udarbejdelse af MU inddrages andre faggrupper (socialrådgiver og psykolog) og evt. speciallæger (eks. neurolog), såfremt det er afgørende for undersøgelsens konklusion. Rigsadvokaten udstikker retningslinjer for mentalundersøgelser (RM 5/2007). Efter aftale med Justitsministeriet afgives erklæringen senest 6 uger efter modtagelse af anmodning.</p>	<p>Straffeloven: § 16, § 69, § 68 mm. https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152827</p> <p>Rigsadvokatens meddelelse 5/2007: http://www.krim.dk/undersider/straffesager/strafferet/ra-meddelelse-5-2007-psykisk-afvigende-kriminelle.pdf</p> <p>RM e-dok om "Mentalundersøgelser og retspsykiatriske erklæringer" (undervejs - udkast på L-drev samt link til manualen.)</p>
Mentalundersøgelse under indlæggelse	Retten kan afsige kendelse om mentalundersøgelse under indlæggelse. Det kan for eksempel forekomme, hvis den undersøgende læge anbefaler dette eller hvis det ikke har været mulig at gennemføre	RPL: Retsplejeloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=157953

	<p>undersøgelsen ambulant. Det er i princippet den samme undersøgelse, men selve observationen er i sagens natur mere intensiv, end hvad der kan foregå ambulant. Et tværfagligt team bidrager til den lægelige erklæring med observationer af psykopatologi. Det observerende team i afdelingen udfærdiger en observationsrapport, der inddrages i mentalerklæringen. Her beskrives eks. døgnrytme, adfærd, social funktion og psykopatologi. Ved behov kan inddrages andre undersøgelser (neurologisk vurdering, EEG, CT- og MR-scanning og diverse laboratorieundersøgelser). Som udgangspunkt afsluttes observationen med en klinisk konference, før den endelige erklæring afgives. Her bidrager alle involverede faggrupper med deres observationer. Efter aftale med JM afgives den færdige mentalerklæring senest 8 uger efter indlæggelse.</p>	<p>Straffeloven: § 16, § 69, § 68 mm. https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152827</p> <p>Rigsadvokatens meddelelse 5/2007: http://www.krim.dk/undersider/straffesager/strafferet/ra-meddelelse-5-2007-psykisk-afvigende-kriminelle.pdf</p> <p>RM e-dok om "Mentalundersøgelser og retspsykiatriske erklæringer" (undervejs - udkast på L-drev)</p>
<p>Samtaler</p>	<p>I Retspsykiatrisk Afdeling betragtes enhver udveksling af ord mellem medarbejdere og patient som en samtale, som skal være præget af ligeværd og respekt.</p> <p>Samtaler er vejledende/støttende/hjælpsomme og relationsopbyggende eller de er afklarende/udredende af patientens ressourcer, tanker, følelser og symptomer.</p> <p>Samtaler kan inddeles i:</p> <p><i>Miljøterapeutiske samtaler:</i> disse varetages af alle og finder sted i dagligdagen, såvel ved individuel samtale som i miljøet.</p> <p><i>Støttende samtaler:</i> varetages af en person fra</p>	

	<p>patientens team, foregår individuelt.</p> <p><i>Udredende samtaler:</i> disse er fokuserede, foregår individuelt evt. med anvendelse af et instrument. De varetages – som udgangspunkt - af fast kontaktperson/læge/psykolog/ergoterapeut/fysioterapeut/socialrådgiver.</p> <p>Gruppesamtaler: varetages af udvalgt personale. Omdrejningspunktet er et fokusområde fx. misbrug, pårørendearbejde.</p>	
Somatiske undersøgelser	<p>Formålet med somatiske undersøgelser er at finde evt. fysiske årsager til psykiske symptomer og opdage fysisk sygdom hos patienter med psykisk sygdom m.h.p hurtig relevant behandling.</p> <p>Lægerne udfører den somatiske undersøgelse. Sundhedsfagligt uddannet personale foretager målinger (blodtryk, vægt, livvidde mm) og observationer af den somatiske tilstand (bevidsthedsniveau, respiration, udskillelser mv). Ikke-sundhedsfagligt uddannet personale viderebringer observationer, der kunne give mistanke om somatisk sygdom med henblik på yderligere observation og udredning af sundhedsfagligt personale. Ikke-sundhedsfagligt uddannet personale kan foretage målinger og observationer efter vejledning og uddelegering af sundhedsfagligt personale.</p>	<p>Relevante retningslinier:</p> <p>Somatisk udredning i psykiatrien (2.8.3.)</p> <p>Medicingennemgang i psykiatrien (E-dok 2.9.10 .)</p> <p>Tjekliste til vurdering af bivirkninger ved brug af antipsykotisk medicin (2.9.8.2.)</p> <p>Observation, opfølgning på kritiske observationsfund og smertevurdering (2.10.1.)</p> <p>Akut somatisk sygdom, instruks for læger (2.20.1)</p> <p>Akut somatisk sygdom, instruks for plejepersonale (2.20.2)</p>
Psykologiske test	<p>Ved test forstås en fagligt anerkendt psykologisk undersøgelsesmetode m.h.p. at opnå kvalitative og kvantitative data om personens psykopatologi, afvigende personlighedstræk, IQ og</p>	

	<p>neuropsykologiske funktionsområder til brug for diagnosticering og/eller behandlingsplanlægning. Tests omfatter såvel standardiserede selvrapporteringstest, projektive test, ratingscales, strukturerede som semistrukturerede interviewmodeller samt verbale og visuelle problemløsningsopgaver.</p>	
Observation	<p>Ved observation forstås en aktivitet, hvor personalet gør sig iagttagelser (observationer) af en patients psykiske og somatiske tilstand (ytringer, tanker og adfærd). Formålet er at understøtte løsningen ved udredning og behandling af den enkelte patient. Observation foregår ved overvågning af eller i interaktion med patienten. For at kunne tolke observationer er det vigtigt at beskrive rammerne/omstændighederne, hvori de finder sted.</p> <p>Observationen er objektivt beskrivelse - ikke tolkning!</p> <p>Den observerende bruger sine sanser og faglige baggrund i forbindelse med observationen.</p> <p>Ved kritiske observationsfund, der giver mistanke om somatisk sygdom skal læge kontaktes og lægen har ansvar for at lægge en plan for den videre observation, udredning og behandling. Alle observationer skal dokumenteres til brug for den videre planlægning og behandling.</p>	(E-dok nr. 2.10.1)
Pårørendesamarbejde	<p>Ved pårørende-samarbejde forstås: ”At personalet er opsøgende over for de pårørende i forhold til samarbejde, indhentning af supplerende</p>	<p>Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen (2.1.3.1.) Registrering i den nationale skizofrenidatabase (1.3.11)</p>

	<p>oplysninger og videregivelse af information om sygdom og behandling”.</p> <p>Pårørende er vigtige samarbejdspartnere i behandlingsarbejdet og de skal derfor tilbydes psykoedukation.</p> <p>De pårørende kan bidrage med nye oplysninger om patienten og dermed forbedre behandlingen og kontakten med patienten.</p> <p>Endelig kan psykoedukation for de pårørende forebygge stigmatisering af patienten.</p>	
<p>Kliniske konferencer, faglig sparring og supervision</p>	<p><i>Kliniske konferencer:</i> Er en særlig intensiv faglig drøftelse med også udefra inviterede fagfolk og med patientens deltagelse. Relevante faglige aktører inviteres med.</p> <p>Patientens tilstand belyses på baggrund af samtlige faggruppers oplysninger og observationer samt patientens egne oplysninger. Efterfølgende planlægges det videre behandlingsforløb i et tværfagligt samarbejde.</p> <p><i>Behandlingskonference på sengeafsnit:</i> Tværfaglig konference med deltagelse af patientens team, behandlingsansvarlig læge og øvrige relevante personaler/faggrupper. Formålet er at lægge overordnede planer for patientens udredning, behandling og rehabilitering, hvilket skal fremgå af behandlingsplanen. Behandlingskonferencerne afholdes med en fast struktur for at sikre den nødvendige forberedelse og opfølgning på konferencen, herunder koordinering af teammøder og relevant inddragelse af patient og</p>	

	<p>pårørende.</p> <p><i>Faglig sparring:</i> Foregår mellem kolleger og er en udveksling af faglige synspunkter, eventuelt vejledning med henblik på størst mulig læring for alle implicerede.</p> <p><i>Formaliseret supervision:</i> Faglig vejledning, støtte og refleksion givet af en udefrakommende supervisor eller kollega med henblik på at udvikle professionelle færdighedsmæssige kvalifikationer hos den og de, der modtager supervisionen. Der er på forhånd fastsat klare rammer for form og indhold.</p>	
<p>Psykiatrisk sygepleje, miljøterapi og aktiviteter er et specialiseret område indenfor sygeplejen, som er rettet mod mennesker med psykisk lidelse, og som tilstræber, at patientens funktionsniveau bliver / forbliver så højt som muligt. Miljøterapi og aktiviteter er en del af den psykiatriske sygepleje.</p>		
Psykiatrisk sygepleje	<p>Psykiatrisk sygepleje udøves af alle faggrupper i afsnittet.</p> <p>Psykiatrisk sygepleje er et specialiseret område indenfor sygeplejen, som er rettet mod mennesker med psykisk lidelse, og som tilstræber, at patientens funktionsniveau bliver / forbliver så højt som muligt. Dette er afgørende for, at overgangen til at kunne klare sig selv, når man ikke længere er indlagt, bliver lettere.</p> <p>Den psykiatriske sygepleje tilrettelægges ud fra den enkelte patients GAF niveau (Global Assessment of Function). GAF er en metode til at vurdere en patients</p>	

	<p>psykosociale funktionsniveau. Sygeplejen tilrettelægges efter en vurdering af henholdsvis patientens symptombelastning samt patientens funktionsniveau, ud fra 5 terapeutiske principper således, at der gives en status på, hvordan patienten har det, og dermed hvilken form for miljøterapi patienten primært har behov for. De 5 niveauer er: beskyttelse, støtte, struktur, engagement og validering / anerkendelse.</p> <p>I den psykiatriske sygepleje arbejdes der med høj grad af patientinvolvering, ugeskema, døgnrytme, jeg støttende sygepleje, værdier, holdninger og normer, medicinering, observation, og at sikre et trygt miljø med lavt aggressionsniveau.</p> <p>Et centralt omdrejningspunkt i den psykiatriske sygepleje er relationsbehandling, socialt samvær, samtaler og aktiviteter i miljøet.</p>	
Miljøterapi	<p>Miljøterapi er en del af psykiatrisk sygepleje og en psykiatrisk behandlingsmetode, som inkluderer hele miljøet i et afsnit, lige fra de fysiske rammer, organiseringen i afsnittet, til alle de påvirkninger det tværfaglige personale gør via deres tilstedeværelse. I miljøterapien inddrages aktiviteter i behandlingsmiljøet med psykologiske, sociale og /eller pædagogiske overvejelser. Personalet søger at indrette de dagligdags aktiviteter efter principper, der vil være individuelt tilpasset.</p>	
Aktivitetstilbud	<p>Miljøterapeutiske aktiviteter skal forstås bredt dvs. alle aktiviteter, der kan bidrage til, at patienten erhverver, træner eller vedligeholder kompetencer, der kan medvirke til, at den enkelte patient kan klare sig efter</p>	<p>(henvisning til fællespsykiatrisk retningslinie 2.10.2. Skærmning med samtykke - tryk på link side 2 + 3 : tilstande, handlinger og aktiviteter på de forskellige skærmningsniveauer med en uddybning af eksempler på</p>

	<p>udskrivelse enten i eget hjem eller på døgninstitution. Justering og evaluering af de overordnede miljøterapeutiske tiltag foretages ved de regelmæssigt planlagte teammøder og behandlingskonferencer. Eksempler på aktiviteter kan være at deltage i morgenmøde, praktiske gøremål som at lave mad og anrette kaffevogn, handle i hospitalskiosk, gå i træningscenter.</p>	aktiviteter)
Medikamentel behandling	<p>At behandle patientens sygdom med medicin i det omfang det findes hensigtsmæssigt for at dæmpe symptomer på sygdommen mest muligt og hjælpe til at bedre patientens tilstand.</p> <p>Ordination af medicin er et lægeligt ansvar og skal ske i overensstemmelse med evidensbaseret viden og kliniks praksis, herunder med udgangspunkt i de gældende referenceprogrammer og retningslinjer. Ordinationer skal ske efter informeret samtykke.</p> <p>Den medikamentelle behandling skal ske under overvågning for eventuelle bivirkninger og med kontrol af relevante blodprøver og EKG hvis dette er indiceret.</p> <p>Administration af medicin kan uddelegeres til sundhedsfagligt personale. Observation af effekt og bivirkninger kan udføres af alle.</p>	<p>Referenceprogram for skizofreni - Sundhedsstyrelsen</p> <p>Referenceprogram for unipolar depression hos voksne – Sundhedsstyrelsen</p> <p>Referenceprogram for angstlidelser hos voksne – Sundhedsstyrelsen</p> <p>Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser</p> <p>2.9.1 Lægemiddelordination, regional retningslinje</p> <p>2.9.1.3 Medicinanamnese, regional retningslinje</p> <p>2.9.1.4 Medicinering uden patientens samtykke inkl. øjeblikkeligt behandlingsbehov, regional retningslinje</p> <p>2.9.1.5 Tvangsbehandling af legemlig lidelse, regional retningslinje</p> <p>2.9.1.6 Patientens egen dosisdispenserede medicin, regional retningslinje</p>
Psykoterapi	Samtaleforløb er et processuelt forløb, indeholdende en	

	<p>kombination af rådgivende, støttende og indsigtsgivende behandlingsmetoder, og som tilstræber de målsætninger, der er beskrevet i behandlingsplanen, og som er aftalt med patienten.</p> <p>Et samtaleforløb tilpasses patienten og der arbejdes med udvalgte, centrale fokusområder, der har til hensigt at forbedre patientens liv på relevante områder: f.eks. psykiske tilstand, sociale forhold, recidivrisiko, relationer til familie, relationer til andre mennesker m.m.</p> <p>Der anvendes anerkendte behandlingsmetoder, med primære afsæt i kognitiv, psykodynamisk og systemisk metode.</p> <p>Der er generelt fokus på motivation, mestringsstrategier, ressourcer, misbrug, mentalisering og forebyggelse af sygdom og kriminalitet.</p> <p>Varigheden af samtaleforløb og indholdet er meget varierende for forskellige patienter og kan i perioder intensiveres, afhængigt af patientens behov.</p>	
Risikovurderinger	<p>Risikovurdering defineres som en samlet strategi, der inddrager anerkendte skalaer med statiske og dynamiske risikofaktorer (HCR-20, START, BCV), aktuelle personaleobservationer og aktuelt klinisk indtryk samt eventuelt relevante psykologiske tests med henblik på at beskrive fremtidige scenarier med øget risiko for personfarlig adfærd m.m.</p> <p>Risikovurderinger foretages altid i forbindelse med mentalundersøgelse, når der anmodes om stillingtagen til straffelovens § 70. Risikovurderinger foretages desuden løbende i.f.m. stillingtagen til udgang for</p>	(Reference: "Praktisk forvaltning af udgang til retspsykiatriske patienter, fællespsykiatrisk retningslinie, 2.7.11")

	patienter indlagt i henhold til dom, ændring af foranstaltning, overflytning til mindre struktureret behandling.	
Håndtering af konflikter	Ved en professionel og faglig tilgang at medvirke til at forebygge at konflikter opstår eller optrappes men istedet løses eller nedtrappes. Dette for at bevare sikkerheden for såvel patienter som personale.	
Daglige møder og kommunikation vedr. patienterne i afsnittet	Personalets videregivelse af oplysninger og informationer af betydning for patienternes behandling. Desuden planlægning af plejen og dagens aktiviteter under hensyntagen til afsnittets samlede ressourcer. Foregår eksempelvis ved rapport/overlap til næste vagthold, med henblik på at sikre sammenhæng, sikkerhed og en fælles faglig tilgang til patienterne i næste vagt. Alle møder foregår i en faglig reflektiv ånd.	
Rehabilitering	Ved rehabilitering forstås en målrettet og afgrænset samarbejdsproces mellem en patient, eventuelt pårørende og fagfolk. Formålet er, at patienten, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på patienternes hele livssituation med udgangspunkt i patienternes beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.	
Teamarbejde	Teamet er ”den røde tråd” i behandlingen. Det er ikke alt teamet skal/kan gøre, men teamet skal sikre sig, at det bliver gjort. Teamet er primære behandlere og skal sikre den løbende koordination indbyrdes.	

	<p>Teams består af basisedarbejdere og læge(r). Teamet kan dog forstærkes i kortere eller længere perioder af andre ressource-personer og/eller flere basisedarbejdere. (Der er ikke krav om, at lægen deltager i samtlige teammøder).</p> <p>Teamet skal forholde sig til hele patienten, lige fra små hudproblemer, psykoedukation, økonomi, misbrug til kontakt med familien.</p> <p>I samarbejde med den START-ansvarlige har teamet ansvaret for at udarbejde START og fremlægge forslag til handleplaner, således at behandlingsplanens mål nås.</p> <p>Forslag til handleplanerne fremlægges på behandlingskonferencerne, hvor planen diskuteres, tilpasses og vedtages. Det er også på behandlingskonferencerne andre medarbejdere kan komme med forslag til handleplaner.</p>	
<p>Primærbehandler-funktion i det ambulante RO-team</p>	<p>Tværfaglig betegnelse - uanset faggruppe og dækker både primærfunktion ude og inde.</p> <p><u>Primærbehandler:</u></p> <p><i>Opstart:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle faggrupper, læger dog kun undtagelsesvist ▪ Tildeles sammen med 	<p>Vejledning nr. 9614 af 8.11.2010 om behandlingsansvarlige og ledende overlæges ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulante psykiatrisk behandling.</p> <p>https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134099</p>

	<p>behandlingsansvarlig overlæge (BAO) patienten ved visitation i visitationsudvalget</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkalder til 1. samtale med teamet ▪ Indhenter supplerende oplysninger ▪ Opretter grundjournal og sikrer sammen med BAO baselineudredning og -registrering jf. hjælpeskema ▪ Inddrager ved behov andre faggrupper ▪ Indkalder til 2. samtale, med KF og evt. andre relevante instanser/pårørende/andre <p><i>I behandlingsforløbet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afholder behandlingssamtaler regelmæssigt i.h.t vejledning, retningslinje og b-plan ▪ Koordinerer indsatsen <p>- internt med andre faggrupper og sekretær</p> <p>- eksternt med samarbejdspartnere (KF, kommune, institutioner, sengeafsnit, mm)</p> <p>- herunder etablerer relevante teams</p>	<p>E-dok-retningslinje:</p> <p>2.7.13. Behandlingsansvarlige og ledende overlæges ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling, fællespsykiatrisk retningslinje</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er ansvarlig for fællesmøder ▪ Laver nødvendig dokumentation ▪ Udfærdiger START ▪ Sammen med BAO sikrer, at der foreligger en udførlig og opdateret behandlingsplan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herunder i behandlingsplanen beskriver den terapeutiske indsats og relation i fagterminologi ▪ Reagerer ved uregelmæssigheder, udeblivelser, risikoadfærd, mv. og inddrager BAO ad hoc udover faste aftaler iht. vejledning, retningslinje og b-plan ▪ Bidrage med oplysninger til udtalelser til statsadvokatur/Kriminalforsorg, laver evt. udkast efter nærmere aftale med BAO ▪ Sikrer relevant overdragelse ved ophævelse af dom/behandlingsafslutning ▪ Lave udkast til epikrise ved afslutning ▪ Refererer fagligt til BAO 	
Tværsektorielt samarbejde	Ved opstart af patientforløb og løbende igennem behandlingsforløbet og ved udskrivning koordinerer	

	<p>primærbehandlere det tværsektorielle samarbejde omkring patienten.</p> <p>Koordineringsopgaven består i at indkalde de relevante instanser til fællesmøder hver 3. måned, samt sørge for dagsorden og mødeledelse.</p> <p>Der er desuden løbende samarbejde med telefonisk kontakt til samarbejdspartnere.</p> <p>Samarbejdet tager udgangspunkt i patientens behov for behandling, støttebehov generelt, recidivforebyggelse, social støtte, samt de i lovgivningen udstukne rammer for tilsyn ved Kriminalforsorgen.</p> <p>Samarbejdspartnere:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kriminalforsorgen (er altid samarbejdspartner)- Kommunen ved behov, herunder støtte/kontaktpersoner, bostøtter, Center for myndighed, Socialpsykiatri og udsatte voksne, Voksen Handicap, sagsbehandlere, jobcentre, personale fra kommunale institutioner (f.eks. forsorgshjem, socialpsykiatri m.v.)- Regionale socialpsykiatriske institutioner ved behov.- Andre psykiatriske afdelinger, både indenfor og udenfor regionen.	
--	--	--

Revideret efter ledelsesmødet den 20.06.2014 (aw)

Bilag 9

Beskrivelse af aktivitetshus, Retspsykiatrisk Center Glostrup, 2010

dato 7.juni 2010
Sag nr. 30327

VEDR: NOTAT: Kick off møde Retspsykiatrisk Center Glostrup – nyt aktivitetshus

Tilstedeværende: Ifølge bilag 1.

Dagens punkter 1-2 og delvis 7 samt 8 i henhold til dagens dagsorden blev forelagt af Jais Elvekjær. Jais Elvekjær gav efter en præsentationsrunde en overordnet introduktion til organisering, fremtidigt samarbejde og kommunikation alle interessenter imellem.

Punkt 3-6 og delvis 7 i henhold til dagsorden blev forelagt af Sten Ostenfeld.

Generelt om bevilling

Bevilling til aktivitetshuset er 3 separate bevillinger, henholdsvis selve aktivitetshus (kr. 7 mio.), hegn (kr. 0.8 mio.) og belysning (kr. 0.2 mio.), Der kan ikke flyttes midler mellem de forskellige bevillinger.

Generelt om organisering.

- **Brugere:** De ansatte på RPC Glostrup har indflydelse på, hvad der skal fokuseres på indenfor bevillingens rammer. Brugernes indflydelse er størst i projektopstarten.
- **Pårørende og andre interessentgrupper:** De skal så vidt muligt involveres i projektet. Det blev aftalt at de vil blive inviteret til workshop
- **Patienter:** For at få patienter involveret så meget som muligt, meddelte RPC Glostrup at begge afdelinger udarbejder et notat som baseres på samtaler om et nyt aktivitetshus med patienterne.
- **Rådgiver:** Arkitekter og ingeniører som skal forestå den egentlige projektering baseret på input fra brugere, på faglighed, bevillingens økonomiske ramme og bevillingens målsætning.
- **Glostrup Hospital:** Skal sikre at aktivitetshuset kan driftes, og derved er kompatibelt med øvrige byggerier på Glostrup Nord.
- **Entreprenøren:** Udfører arbejderne som hovedentreprenør
- **Psykiatriens Direktion:** Er involveret i hele processen via Jais Elvekjær.

Der er nedsat en byggestyregruppe, som mødes i nødvendigt omfang. Byggestyregruppen består af: Bjørn Holm, Simon Ole Dalberg, Lilli Crone, Winnie Tronier-Jørgensen fra RPC Glostrup og Jais Elvekjær fra administrationen og fra rådgiverne Sten Ostenfeld bistået af Helene Bekker og Jakob Kall. Byggestyregruppen refererer direkte til psykiatriens direktion via Jais Elvekjær. Øvrige involverede vil blive indkaldt efter behov til at deltage i byggestyregruppemøder i forbindelse med specifikke emner såsom drift mv.

RPC Glostrup skal sørge for at nedsætte projektgrupper med henblik på, at projekt drøftes internt i den samlede brugergruppe. Endvidere er det RPC Glostrup som sørger for at projekt funderes hos eksterne interessenter som pårørendegrupper mv.

Tidsplan

Der er ikke udarbejdet detaljeret tidsplan, men der arbejdes ud fra at første spadestik bliver i foråret 2011.

Generelt om patienterne/de anbragte:

- 98 % mænd og 2 % kvinder, heraf en del af anden etnisk herkomst end dansk, placeret i de to separate afdelinger 80 og 81.
- Opholdstid på mellem 6 måneder og 5-6 år
- Alle patienter relativt svage, medicinerede
- Et sæt husregler, som er kendt af alle patienter/anbragte, skal overholdes/overholdes generelt.

- Generelt god, rolig omgangstone ansatte og patienter/anbragte imellem, tryghed. Der kan forekomme voldsomme episoder, kan medføre fiksering. Der findes ikke et lukket/isoleret rum til brug for voldsomme episoder.
- De som er i stand til det vasker selv deres tøj, gør selv rent på deres værelser og hjælper til med madlavning i mindre hold (ca. 3 ad gangen).
- Der forsøges at indsamle input til indhold i det nye aktivitetshus hos patienterne/ de anbragte samt fra de pårørende.

Generelt om de ansatte:

- Der er på RCP Glostrup ansat læger, sygeplejersker og sundhedsfagligt personale, psykologer, ergoterapeuter, undervisere , - de ansatte svarer til 66,5 fuldtidsansættelser.
- For personalet og alle patienters/anbragtes sikkerhed må der i aktivitetshuset ikke være blinde vinkler eller andet der hindrer et godt overblik/en god dynamisk sikkerhed.

Generelt om det nye aktivitetshus:

- På baggrund af budgettet/ det samlede beløb til byggeriet inkl. hegn og belysning på 8 mio. DKK regnes der med et nyt hus på ca. 350 m² +/- . Det er målet at få så meget hus som muligt for pengene. Budgettet på 8 mio. DKK indeholder ikke inventar.
- Alle eksisterende aktiviteter fra de to aktivitetsrum i de to afdelinger lægges over i det nye aktivitetshus. Derved frigøres rum i afdelingerne til brug for samtalerum, undervisning el. lign.

Følgende forskellige ønsker og forslag fra henh. brugere og administration til funktion/indhold af det nye aktivitetshus blev forelagt/diskuteret i uprioriteret rækkefølge :

Inde, hvor der overordnet gælder, at det skal være et meget fleksibelt, multianvendeligt hus:

- Boldspil (bl.a. fodbold)
- Styrketræning (alle instrumenter skal kunne lægges i låst depot)
- ADL-træning
- Håndværk
- Musik (alle instrumenter skal kunne lægges i låst depot)
- Undervisning (bl.a.: sprogundervisning ca. 6. Klasses niveau), minus adgang til internet
- Svømmehal (ikke en realistisk mulighed i dette projekt)
- Aktivitetshuset skal planlægges således, at der, hvis personalet vurderer situationen positiv, er mulighed for, at en eller to patienter/anbragte kan få lov til at anvende aktivitetshuset alene, dvs. uden direkte opsyn.
- Flexibilitet kan opnås ved at udforme væggene som depoter/skærmvægge med mulighed for opbevaring
- Ribber ok
- + toiletter og minus bade faciliteter; man kan anvende bade i afdelingen (dette er en solid besparelse på det samlede budget.

Ude:

- Løbesti langs hele det nye hegn
- Koloni/urtehave
- Dyrehold (ikke en realistisk mulighed i dette projekt)

Øvrigt:

Half-way-house/udslusningshus

Alle forslag overvejes. På workshoppen d. 25.06.2010 skal indhold i aktivitetshuset aftales og konkretiseres således, at grundlaget for det kommende program kan fastlåses.

/Helene Bekker
arkitekt MAA

Bilag 10 Beskrivelse af Retsdistriktskykiatri (RPD), 2015

Retsdistriktspsykiatri (RDP)

Den regionsdækkende retsdistriktspsykiatri startede i december 2007 som et treårigt satspulje-projekt, som nu er permanentgjort.

Målgruppen er alle personer i Region Syddanmark, som er idømt en behandlingsdom. Formålet er at give et behandlingstilbud, der tilgodeser såvel patientens behov for specialiseret psykiatrisk behandling som hensynet til en effektiv, målrettet, kriminalpræventiv indsats.

RDP er bemanded med 18 ambulantsygeplejersker, 3 overlæger, 2 afdelingslæger, 2 psykologer og 4 lægesekretærer. Alle er erfarne og velbevandrede i love og bestemmelser. 2 af sygeplejerskerne har taget diplom i kriminologi.

RDP dækker Region Syddanmark. Befolkningsgrundlaget er 1.200.000 indbyggere og RDP er opdelt i fire teams, der hver varetager opgaverne i et geografisk område med et befolkningsunderlag på ca. 300.000.

Patienterne indvisiteres i RDP, når domsudskriftet med rettens endelige dom er modtaget fra politiet til fuldbyrdelse. Alle domsudskrifter sendes således til samme sted.

Hovedparten af de behandlingsdømte patienter har vilkår om at følge tilsyn ved Kriminalforsorgen i Frihed. Behandlingen foregår således i et samarbejde mellem Retspsykiatrisk Distriktspsykiatri og Kriminalforsorgen, hvor der holdes regelmæssige, planlagte samråd mellem lokalafdelingen og et RDP-team.

Den psykiatriske behandling foregår i samarbejde med en lang række samarbejdspartnere, herunder regionens 22 kommuner. Over 1/3 af de retspsykiatriske patienter har en kommunal tildelt støtte-kontaktperson eller bostøtte. En del af patienterne oppebærer førtidspension og en gruppe er uden eller med marginal tilknytning til arbejdsmarkedet eller har behov for særlig fokus på deres børn. Der er således behov for et tæt samarbejde mellem psykiatri og kommune samt med boinstitutionerne, hvor ca. ¼ af patientgruppen har bopæl.

En større gruppe af patienterne har / eller har haft alkohol eller rusmiddelmisbrug, hvorfor der tilsigtes behandling i koordination med alkohol- og rusmiddelcentrene.

RDP yder en kombination af medicinsk behandling, individuelt tilpassede samtaleforløb og støtte til gennem samarbejdspartnere at sikre sociale foranstaltninger efter behov. Psykoedukation til patient eller pårørende i gruppe foregår forsat i det allerede eksisterende regi i almenpsykiatrien.

Der er særlig fokus på at opretholde god compliance. Dette sker gennem målrettet motivationsarbejde med patienten, bl.a. med opmærksomhed rettet på det kriminalpræventive sigte gennem kontrol, men også gennem praktisk støtte via apotekets dosisdispensering, hjemmesygeplejerske eller bostedsmedarbejder og ved ansøgning om kronikertilskud eller udlevering af vederlagsfri medicin. Der foretages vurdering af helbredstilstanden gennem egen læge og via blodprøvekontrol eller andet evt. på foranledning af retspsykiatrien, der under hensyn til NIP og SSTs retningslinjer har fokus på dette.

RDP sikrer den enkelte patient psykiatrisk behandling, oftest i en samarbejdende relation, men

undertiden ved at benytte den af retten fastsatte sanktionsmulighed, som indlæggelse i henhold til dom i kriminalitetsforebyggende øjemed, er.

RDP deltager i PSP-samarbejdet (politi-socialvæsen-psykiatri), i alle regionens politikredse.

Bilag 11 Beskrivelse af opsøgende distriktssygeplejersker, Region Sjælland, 2015

Psykiatrihuset

Dato: 26. august 2015

Sagsnummer:

Initialer: JJO

Beskrivelse af opsøgende distriktssygeplejersker*Baggrund*

Til brug for arbejdet i den retspsykiatriske ekspertgruppe ønskes en beskrivelse af de opsøgende distriktssygeplejerskers arbejde, herunder hvordan en særlig indsats over for sårbare patienter med flere tvangsindlæggelser bag sig kan forebygges, at disse patienter får yderligere foranstaltninger.

Redegørelse

Et satspuljeprojekt, Projekt Opsøgende distriktssygeplejersker i almenpsykiatrien, blev iværksat i midten af 2011, med det formål at nedbringe indlæggelser, herunder indlæggelser med tvang.

Psykiatrien Region Sjælland havde fundet det nødvendigt at iværksætte en særligt opsøgende indsats i forhold til de vanskeligste almenpsykiatriske patienter. Det er en både behandlingsmæssig, men primært også en forebyggende indsats – en indsats, der kan medvirke til at anvendelsen af ambulans tvang minimeres.

Psykiatrien forsøgte i projektet (der efterfølgende blev sat i drift som Retspsykiatrisk Kompetencecenter) at tilgodese det overordnede formål ved at etablere et "særligt opsøgende team"/opsøgende psykoseteam, der fungerer som et netværk bestående af to opsøgende distriktssygeplejersker ansat i hver af de tre almenpsykiatriske afdelinger (Øst, Vest og Syd) i Psykiatrien med primært udgående funktioner i forhold til målgruppen af patienter.

Projektet henvendte sig til de særligt tunge patienter indenfor diagnosegrupperne F2 (Skizofreni) og F31 (Bipolar lidelse).

På et overordnet niveau er fokus i de opsøgende distriktssygeplejerskers arbejde er, at forebygge tvangsindlæggelser og tvangsbehandling og sikre at indlæggelsernes varighed er blevet formindsket. Derudover er det en særlig pointe at forhindre patienterne i at få en dom, og dermed undgå at de ender i det retspsykiatriske system – med de negative konsekvenser det har for såvel patienten som samfundet.

De opsøgende distriktssygeplejersker har også en tovholderfunktion, og er derfor den samlede aktør, der har det store overblik i forhold til patientens behandling – og dennes liv i det hele taget. På denne måde kan man også i højere grad fastholde patientens behandlingsforløb, og når det fornemmes at patienten er blevet stabil, bliver det også nemmere at forklare patienten, at flere forskellige instanser er involveret i forløbet. Patientens oplevelse af, at forløbet m.v. ligger i faste rammer, skaber tryghed hos patienten og dermed også mulighed for at koncentrere energien om det væsentlige.

Bilag 12 Beskrivelse af Retspsykiatrisk Kompetencecenter, Regions Sjælland, 2015

Psykiatrihuset

Dato: 26. august 2015

Sagsnummer:

Initialer: JJO

Beskrivelse af Retspsykiatrisk Kompetencecenter*Baggrund*

Til brug for arbejdet i den retspsykiatriske ekspertgruppe ønskes en beskrivelse af Retspsykiatrisk Kompetencecenter og centerets arbejde i forhold til de dårligst fungerende retspsykiatriske patienter.

Redegørelse

Retspsykiatrisk Kompetencecenter er etableret for patienter med en behandlingsdom, der har brug for særlig intensiv psykiatrisk behandling for at undgå tilbagefald sygdomsmæssigt og kriminalitetsmæssigt.

Patientmålgruppen for teamets indsats er beskrevet som den vanskeligst håndterbare gruppe blandt de behandlingsdømte patienter. Det vil sige de patienter, der i samarbejdet mellem involverede instanser (kommuner, socialpsykiatri, misbrugscentre, bosteder, Kriminalforsorg) "falder igennem nettet", ofte grundet et stort misbrug, personfarlig adfærd eller total manglende indsigt og vilje til samarbejde omkring behandlingen af deres sygdom.

Der er p.t. 90 patienter med behandlingsdom indskrevet til behandling i det opsøgende retspsykiatriske team.

Centerets behandlingstilbud består af tæt opfølgende psykiatrisk sygepleje med fokus på medicinsk stabilisering, udvikling af personlige ressourcer og rehabilitering hos den ambulante patient, samt tæt opfølgning og koordination af den samlede behandlingsindsats på tværs af de ovenfor nævnte sektorer (Kriminalforsorgen m.fl.) med henblik på at give patienten en tydelig og optimale behandling.

Den enkelte teamsygeplejerske har ansvar for den opsøgende behandling for 10-12 patienter, hvilket giver tid og mulighed for en meget tæt overvågning og fysisk at holde kontakten med patienten med få dages mellemrum om nødvendigt. Hermed sikres mulighed for hurtig reaktion, når der er tegn på at planer skrider.

Teamsygeplejersken møder patienterne i deres hjem/bosted ca. 1 gang ugentlig, svingende fra, i perioder, dagligt til hver anden uge alt efter hvor stabilt behandlingen forløber.

For at kunne få den samlede tværgående behandling til at hænge sammen fokuserer man i Retspsykiatrisk Kompetencecenter særligt på det tværsektorielle samarbejde omkring behandlingen. Erfaringer fra tidligere, særligt fra indledende runder hos eksterne samarbejdspartner er, at der er stort behov for en koordinerende og styrende part i den samlede indsats og den rolle har teamet påtaget sig. Målet er at etablere blivende samarbejdsrelationer og rutiner for arbejdet.

Opgørelse januar 2015

115 patienter - 140 forløb

Køn: Mænd 84 % - Kvinder 16 %

Alder: 75% af alle er under 50 år. Gns. 41 år (19 år-72 år)

Etnicitet: DK 86 %

Diagnose: F 20-: 82 %

Dom: § 16.1 84 % - § 69 16%

Civilstatus: Ugift og ikke samboende 73%

Boform: Egen bolig 50% - Bosted 35%

Forsørgelse: Pension 80 % -

Børn: Har ikke børn 72 %

Uddannelse: 9.kl. 46 % - 10 kl. 20 %.

Misbrug: Ja 67 %

Psykiatrihuset 29.01.2015

Bilag 13 Beskrivelse af Retspsykiatrisk OP team, Psykiatrisk Center Glostrup

Vedrørende Satspulje projekt 61701 etablering af flere OP teams, herunder:

Retspsykiatrisk OP team ved Psykiatrisk Center Glostrup

Projektet er gennemført i henhold til projekt beskrivelsen. Det retspsykiatriske OP team har således:

- etableret **kontakt med retslige patienter før udskrivning**
- udarbejdet **udskrivningsaftaler** på alle patienter
- efter udskrivning fulgt alle patienter **intensivt** med henblik på at sikre og fastholde behandlings kontakt og **undgå genindlæggelser og fornyet kriminalitet**

Det retspsykiatriske OP team er etableret som en udbygning af et allerede eksisterende mindre udslusningsteam. Erfaringerne herfra viste at det var vanskeligt at fastholde behandlingskontakten, og der var et sengedagsforbrug på 15 – 20 % af den samlede behandlingstid.

Med den samlede målrettede indsats i OP teamet har det vist sig muligt at fastholde behandlingskontakten til alle patienter. Der har tillige været brug for færre sengedage 12 % i 2011. Endelig har fornyet kriminalitet været mindre end forventet - 1 ud af 36 tilknyttede patienter i 2011.

De positive resultater har bevirket, at vi i stigende grad tilknytter de mest komplekse retspsykiatriske patienter fra distriktspsykiatrien i et retspsykiatrisk ambulatorium. Således sikrer vi, at den særlige kompetence det kræver at behandle den komplekse retspsykiatriske patient, udnyttes bedst muligt.

Vi mener således at have gode resultater af projektet idet vi har:

- Begrænset fornyet kriminalitet
- Nedsat det samlede forbrug af sengedage for patientgruppen
- Fastholdt en meget kompleks og vanskelig patientgruppe i en behandlingskontakt

Claus Hansen
Udviklingschef
Afd.Q
Psykiatrisk Center Glostrup



NOTAT

Til:
Direktionen
RHP

Telefon 38 64 20 00
Direkte 38 64 20 14
Fax 46 33 49 99
Mail pcscthans@regionh.dk
Web www.psykiatri-scthans.dk

Dato: 7. juni 2014

Beskrivelse af Kompetencecenter for Retspsykiatri

Funktionens målgruppe

Den primære målgruppe er den retspsykiatriske patientpopulation i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) (patienter med dom til psykiatrisk behandling, varetægtsfængslede med alvorlig psykisk sygdom / indlagt til mentalobservation). En mindre del af disse er under 18 år.

En sekundær målgruppe er personale/professionelle, som arbejder med retspsykiatriske patienter og problemstillinger i behandlings- og socialpsykiatrien (regions- og hovedfunktion samt kommuner). Desuden personale i primærsektoren og i et vist omfang tillige professionelle indenfor tilgrænsende fagområder, fx. kriminalforsorgen, politi- og statsadvokater, Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, Justitsministeriets forskningsenhed, patient- og pårørendeforeninger m.fl.

En tertiær målgruppe helt bredt er "samfundet", primært ved oplysning om retspsykiatri og retspsykiatriske problemstillinger, men også ved at indgå i samspil og interaktion om relevante temaer, som fx. sindslidende i boligkvarterer, psykisk sygdom og kriminalitet, forebyggelse af kriminalitet fra psykiatriske patienter, PSP-samarbejdet (Politi - Sociale myndigheder - Psykiatri).

Organisering

Kompetencecenter for Retspsykiatri (KFR) er en del af den specialiserede regionale retspsykiatri.

KFR er organisatorisk forankret i et samarbejde mellem de to voksenpsykiatriske centre i RHP, hvor der findes retspsykiatri som regionsfunktion (jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan) – henholdsvis Psykiatrisk Center Glostrup (PCG) og Psykiatrisk Center Sct. Hans (PCSH). Centercheferne og de retspsykiatriske afdelingsledelser for de to centre sætter i fællesskab og i samarbejde med lederen den strategiske retning for Kompetencecentret (mødes 4 gange årligt).

Også Børne- og ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden har regionsfunktion i retspsykiatri. Centerchefen og den relevante afdelingsledelse indkaldes ad hoc,

når det er relevant (mindst en gang om året) med henblik på at skabe sammenhæng i den samlede planlægning i RHP.

Der etableres et Advisory Board (mødes halvårligt) med repræsentation fra interessenter og samarbejdspartner i Region Hovedstaden:

- Afdelingsledelserne fra de retspsykiatriske afdelinger R (PCSH) og Q (PCG). Formand udpeges iblandt afdelingsledelsesrepræsentanterne
- 1 klinikchef og 1 udviklingschef fra de voksenpsykiatriske centre i RHP
- 1 klinikchef fra Børne- og ungdomspsykiatrisk Center (ved behov)
- 1 repræsentant fra kommunerne
- 1 repræsentant fra Kriminalforsorgen
- Mulighed for ad hoc repræsentanter, for eksempel fra andre regionale kompetencecentre, fra nationale og internationale universitets- og forskningsmiljøer etc.
- Mulighed for repræsentation fra patient/ pårørendeforening og / eller medlem med brugerbaggrund.

De retspsykiatriske afdelingsledelser er faste medlemmer, øvrige medlemmer udpeges for 3 år af gangen.

Advisory Board skal fungere som et innovativt og nytænkende råd for KFR, og bidrage med forskellige vinkler i udviklingen af det retspsykiatriske felt, fagligt, videnskabeligt og politisk. Medlemmerne af Advisory Board skal desuden fungere som ambassadører og bidrage til at synliggøre Kompetencecentret udadtil.

Lederen af KFR refererer til centerchefen på PCSH. En faglig ledelsessparring foregår løbende med afdelingsledelserne på afdeling R og afdeling Q.

Sekretariatet for KFR placeres på PCSH. Stabsfunktionerne på PCG og PCSH bistår efter nærmere aftaler Kompetencecentret indenfor relevante områder, idet den daglige sekretariatsbetjening varetages af den administrative stab på PCSH efter nærmere aftale med Centerchefen.

KFR samarbejder løbende med begge de kliniske stabsfunktioner på PCSH og PCG, for eksempel om den systematiske vidensdeling og ved sparring med kvalitetskoordinatorer, kliniske oversygeplejersker og udviklingspsygeplejersker m.fl.

KFR skal være bemanded med de nødvendige sundhedsfaglige og projektfaglige kompetencer. Kompetencecenteret udgøres af en forskningsaktiv leder og 1-2 programansvarlig forskere.

- Lederen har ansvaret for at sikre, at KFR leverer de beskrevne ydelser.
- Lederen og programlederne har i fællesskab ansvar for konkrete forsknings- og udviklingsprojekters portefølje, supervision, formidling og uddannelsesaktiviteter. Programlederne refererer til lederen af KFR
- Lederen og programlederne kan selv indgå i forskningsbaserede aktiviteter på seniorforskerniveau.

KFR skal være tæt knyttet til klinisk praksis såvel i den regionsspecialiserede retspsykiatri som i hovedfunktionen og indgå i relevante kliniske, undervisningsmæssige og forskningsmæssige sammenhænge med særligt fokus på den kompleksitet af problemstillinger, som kendetegner de mest syge retspsykiatriske patienter.

KFR etablerer samarbejdsrelationer med de psykiatriske centre i hovedfunktionen i RHP, med henblik på undervisning, kursusvirksomhed, erfaringsudveksling, rådgivning, udviklingsprojekter og konsulentfunktion indenfor det specialiserede retspsykiatriske område.

KFR skal skabe netværk og kontakter på tværs af de organisatoriske sammenhænge, som den regionsbaserede retspsykiatri indgår i.

KFR arbejder for at etablere nationalt og internationalt samarbejde og for at indtage en førende rolle indenfor dansk retspsykiatrisk forskning og vidensudvikling.

Det tilstræbes af have minimum én ph.d. studerende tilknyttet, afhængig af ressourcetilførsel og ansøgte økonomiske bevillinger udenfor driftsbudgettet. Derudover tilstræbes at have andre forskningsaktive tilknyttet, i varierende tid og indenfor forskellige faggrupper, herunder lægestuderende og evt. andre studerende som led i relevante forskningsopgaver.

Formål

KFR har til formål at ruste RHP til at kunne give den til enhver tid bedst mulige behandling og pleje af de retspsykiatriske patienter i regionen.

KFR skal sikre udbredelse af viden om retspsykiatri på tværs i RHP og etablere forsknings-, udviklings- og undervisningsaktiviteter indenfor retspsykiatri. Kompetencecentret skal herunder have for øje, at dets aktiviteter og interventioner kan blive til gavn for patienter og samarbejdspartnere både på hovedfunktionsniveau (basisniveau) og på specialiseret niveau.

KFR skal opsamle viden og erfaringer om den retspsykiatriske behandling og praksis i RHP.

Forskningsforpligtelse

KFR har en forpligtelse til at stimulere og selvstændigt udøve forskning indenfor det retspsykiatriske område indenfor de givne rammer - til målrettet at arbejde for at initiere og deltage i fælles nationale og internationale forskningsprojekter - samt til at stimulere og støtte udvikling og gennemførelse af mindre forskningsprojekter tværsektorielt og tværfagligt med udgangspunkt i hovedfunktion i RHP.

Da kompetencecentrets forpligtelser i vid udstrækning drejer sig om tværfaglige og tværsektorielle indsatser, vil forskningsmiljøet i kompetencecenteret også lægge

vægt på samarbejde og inddragelse af tværfaglige og tværsektorielle forskningspersoner/miljøer.

Udviklingsforpligtelse

KFR har særlige forpligtelser i at stimulere arbejdet med at udvikle programmer for behandling og pleje af de retspsykiatriske patienter, samt at sikre at programmerne understøtter et godt tværsektorielt samarbejde.

Uddannelsesforpligtelse

KFR er forpligtet til at sikre tilbud om uddannelse og kompetenceudvikling inden for det retspsykiatriske område til organisationer og medarbejdere i RHP.

KFR har særlige forpligtelser indenfor udvikling af kompetencer hos personalet og udvikling af patientrelaterede pleje- og behandlingsprogrammer.

Kompetencecenteret kan i samarbejde med RHP's HR afdeling planlægge og afholde kurser om udvalgte emner indenfor retspsykiatri.

Koordinerings- og formidlingsforpligtelse

Supervision og rådgivning til personale i hovedfunktion vil ske løbende og efter behov. En del rådgivning vil ligeledes kunne findes på hjemmeside for KFR.

Formidling ift. andre regioner og tilgrænsende sektorer varetages igennem aktiv deltagelse indenfor eksisterende faglige netværk. Der stræbes desuden efter at KFR bidrager i udvikling af nye samarbejdsstrukturer mellem de retspsykiatriske centre på regionsniveau, bl.a. med henblik på deltagelse i fælles forsknings- og udviklingsprojekter.

Deltagelse på konferencer og bevidst vedligeholdelse og udvidelse af et stærkt nuværende netværk til retspsykiatriske miljøer nationalt, i Skandinavien og Europa.

Kommunikation

KFR vil kommunikere sin viden ud via flere medier.

- På hjemmeside på RHP's intranet/internet
- Undervisningsaktiviteter.
- Formidling af forskningsresultater og udviklingsprojekter
 - i samarbejde med RHP's pressefunktion

Evaluering

Forskning, udvikling, undervisning og formidling:

Der udarbejdes halvårlige statusrapporter i henhold til resultataftale med RHP's direktion.

Effekt mål kan monitoreres ved et øget kendskab til de formidlede emner, ved struk-

turet anvendelse af indikatorer for den samlede effekt af uddannelse og supervision og ved anvendelse af systematisk evaluering fra modtagerne
Formidling foregår blandt andet via hjemmesiden og intranet for KFR.
Der sikres løbende registrering af kompetencecentrets møde- og kursusaktivitet, vidensdelingsaktiviteter og publikationsopgørelser.

Bilag 15 Retspsykiatriske patienter i Regions Midtjylland - tendenser fra tværsnitsundersøgelse 2015, Region Midtjylland

Dato 23-06-2015

Thomas Kure Jepsen/

Liza Egesberg Bøhme

Tel. +45 7847 0314

Thomas.jepsen@stab.rm.dk

1-35-74-3-08

Side 1

Retspsykiatriske patienter i Region Midtjylland - tendenser fra tværsnitsundersøgelsen 2015

Om tværsnitsundersøgelserne

Siden 2008 har Region Midtjylland én gang årligt gennemført en tværsnitsundersøgelse af hele den retspsykiatriske patientgruppe, som er i behandling på en af regionens psykiatriske behandlingssteder.

Undersøgelsen dækker både ambulante og indlagte retspsykiatriske patienter, uanset om de er tilknyttet en højt specialiseret funktion ¹ eller regionsfunktion ² eller en hovedfunktion.

Dette papir fremhæver nogle af de centrale tendenser fra undersøgelserne. Det skal dog påpeges, at tværsnitsundersøgelserne kun er et øjebliksbillede af den retspsykiatriske patientgruppe på en given dato, og at de således ikke kan bruges til en nøjagtig beskrivelse af målgruppen. For en tilbundsående udspecificering af data henvises til rapporterne fra de enkelte år, som er tilgængelige på Region Midtjyllands hjemmeside på følgende link: [Tværsnitsundersøgelser og tendensrapporter](#)

Tværsnitsundersøgelserne er alle foretaget en tirsdag i slutningen af januar måned de respektive år for at sikre, at tal og tendenser fra de forskellige år kan sammenlignes uden, at forskellige årstidsspecifikke påvirkninger indvirker på tallene.

Spørgsmålene i tværsnitsundersøgelserne er med få undtagelser ens fra år til år. Undtagelserne er de steder, hvor et spørgsmåls formulering har givet anledning til uklarhed og derfor er blevet rettet det efterfølgende år. Antallet af spørgsmål er desuden blevet udvidet en anelse over årene for

¹ Afdeling for Retspsykiatri, Aarhus Universitetshospital, Risskov

² Afdeling for Retspsykiatri, Aarhus Universitetshospital, Risskov; Regionspsykiatrien Viborg-Skive og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC)

at få mere information om eksempelvis misbrug. For overskuelighedens skyld indeholder følgende tendensrapport primært data for perioden 2010-2015, mens dataene for 2008-2010 indgår i tværsnitsundersøgelserne og tendensrapporterne fra de tidligere år.

Dataene er indsamlet ved, at de psykiatriske behandlingsenheder har udfyldt et elektronisk spørgeskema for hver enkelt retspsykiatrisk patient, som er indlagt eller tilknyttet ambulante behandling på dagen, hvor tværsnitsundersøgelsen er gennemført. Den væsentligste fejlkilde i undersøgelserne ligger således i indberetningen af patientoplysningerne, men gennem blandt andet løbende kontakt med afdelingerne vurderes datavaliditeten at være høj.

Udviklingen i antal specialiserede sengepladser

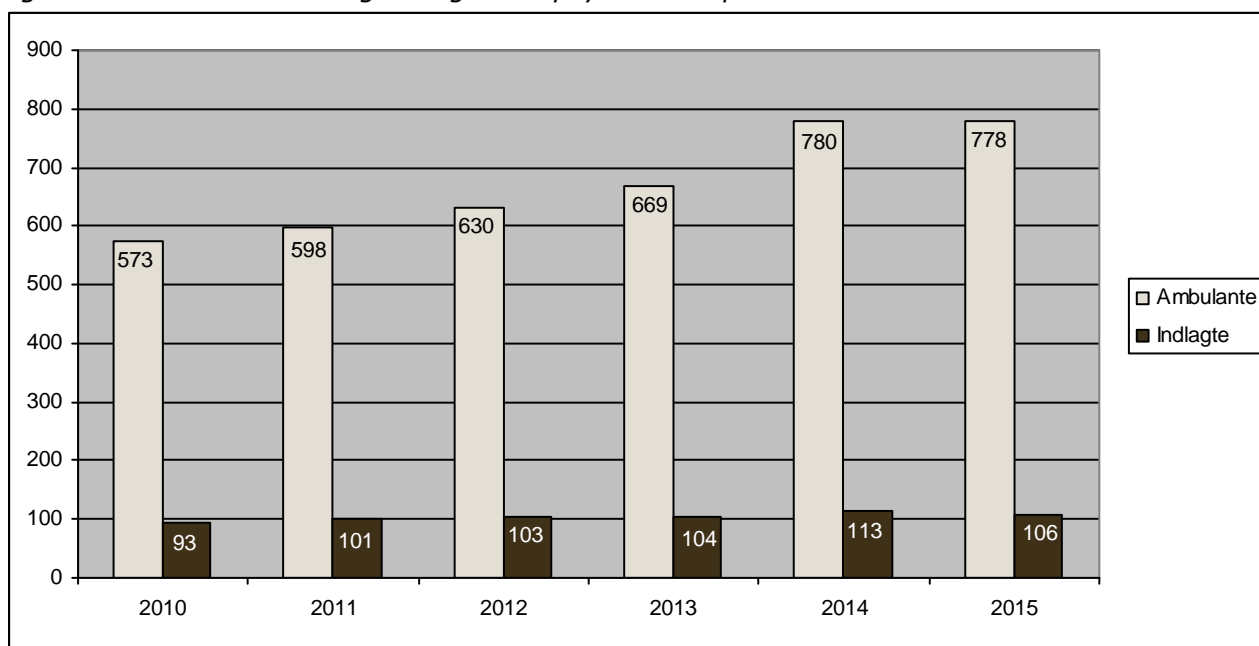
Fraregnet 18 sengepladser til grønlandske retspsykiatriske patienter på afsnit R3 i Afdeling for Retspsykiatri, Aarhus Universitetshospital, Risskov råder den specialiserede retspsykiatri over 65 specialiserede retspsykiatriske senge ved udarbejdelsen af tværsnitsundersøgelsen for 2015. BUC har desuden mulighed for at indrette op til 7 midlertidige skærmede sengepladser, og der anvendes gennemsnitligt 1-3 af disse til unge retspsykiatriske patienter.

Udviklingen og fordelingen i antal specialiserede retspsykiatriske senge er som følger:

- Afdeling fra Retspsykiatri, Aarhus Universitetshospital, Risskov har fraregnet 18 sengepladser til grønlandske retspsykiatriske patienter øget antallet af sengepladser fra 20 senge per 1. januar 2009, til 32 senge per 1. november 2009, til 48 senge per 1. august 2010 og frem til i dag.
- Den specialiserede retspsykiatri i Regionspsykiatrien Viborg-Skive har haft 17 specialiserede senge i hele perioden for udarbejdelsen af denne og de foregående tværsnitsundersøgelser. I slutningen af januar 2015 har Regionspsykiatrien Viborg-Skive øget den specialiserede retspsykiatri med yderligere 11 retspsykiatriske sengepladser, men disse senge indgår ikke i nærværende tværsnitsundersøgelse.

- Antallet af retspsykiatriske patienter er jævnfør figur 1 steget siden 2010. Samlet set er antallet af både ambulante og stationære retspsykiatriske patienter steget med 25 % fra 2010 til 2015.
- I 2015 ses for første gang siden udarbejdelsen af tværsnitsundersøgelserne et marginalt fald i antallet af ambulante og indlagte retspsykiatriske patienter. Samlet ses er der et fald på 9 patienter svarende til 1 % siden tværsnitsundersøgelsen i 2014.
- I 2015 er 12 % af de retspsykiatriske patienter indlagte, og 88 % af de retspsykiatriske patienter er tilknyttet ambulante behandling.
- Antallet af indlagte patienter har i alle årene været nogenlunde konstant på omkring 100 patienter. Den største stigning er således i antallet af ambulante retspsykiatriske patienter.
- Af alle indlagte patienter i behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland den 27. januar 2015 var 19,6 % retspsykiatriske patienter. Niveauet har været relativt ens på mellem 18-20 % i årene 2010 – 2015.

Figur 1: Antal ambulante og indlagte retspsykiatriske patienter



- Fem ud af seks retspsykiatriske patienter er mænd.
- Andelen af retspsykiatriske patienter i aldersgrupperne 21-30 og 31-40 er væsentligt større end denne aldersgruppes andel af den samlede befolkning.
- De indlagte retspsykiatriske patienter har tendens til at være yngre end de ambulante retspsykiatriske patienter. Gruppen over 40 år er den største hos de ambulante patienter, mens aldersgrupperne 21-30 og 31-40 er på omtrent samme niveau hos de indlagte patienter.
- 23,1 % svarende til mellem hver fjerde og femte retspsykiatrisk patient har en anden etnisk baggrund end dansk, hvilket er en højere andel end i den samlede befolkning.

Tabel 1: Køn

	2013	2014	2015
Kvinder	18 %	16 %	17 %
Mænd	82 %	84 %	83 %

Tabel 2: Aldersfordeling

	0-17	18-20	21-30	31-40	41+
Retspsykiatriske patienter 2008-2015	1,0 %	7,0 %	27,8 %	28,6 %	37,0 %
Samlede befolkning pr. 1. jan 2014	20,9 %	3,9 %	12,3 %	12,5 %	50,4 %

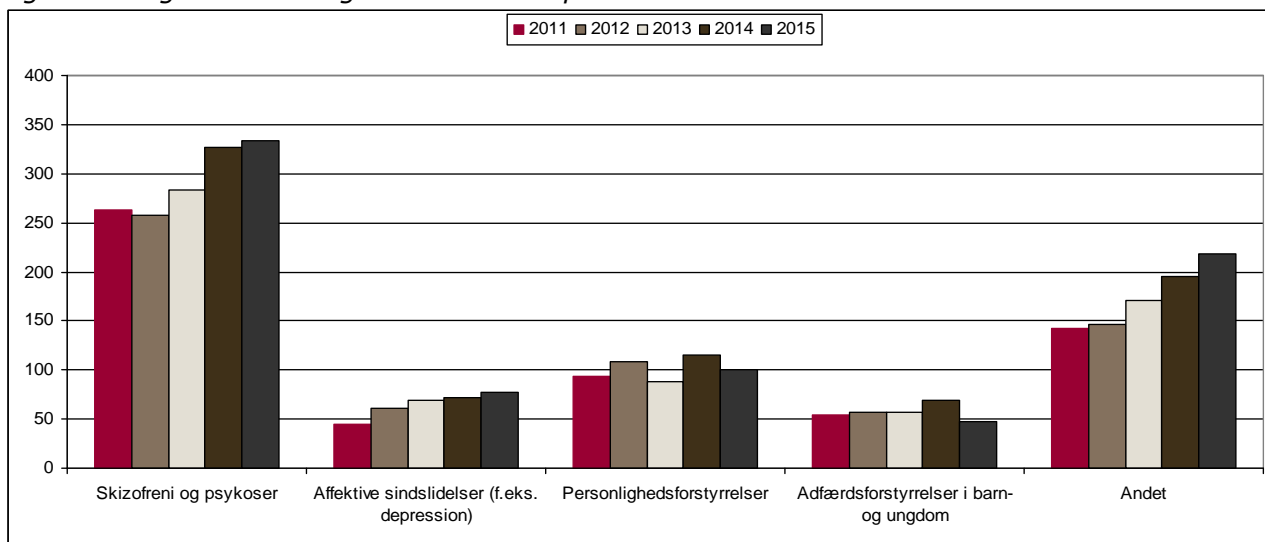
Tabel 3: Etnisk herkomst

	Anden etnisk herkomst
Retspsykiatriske patienter 2015	23,1 %
Samlede befolkning pr. 1. jan 2014	11,1 %

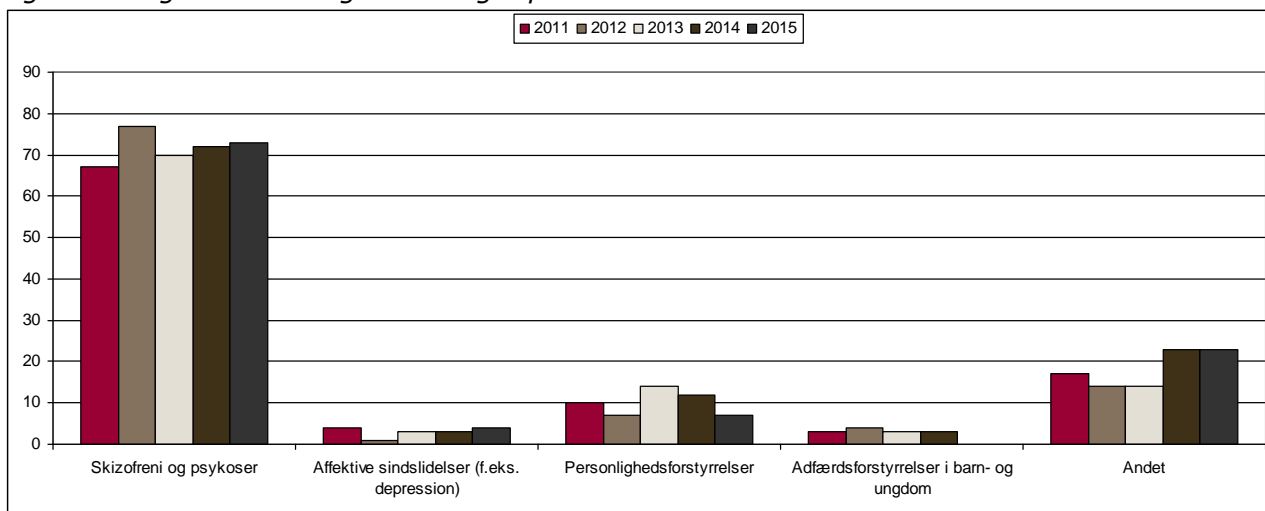
Diagnoser

- Skizofreni og psykoser er de mest udbredte diagnoser blandt retspsykiatriske patienter. I 2015 hører knap halvdelen af de retspsykiatriske patienter svarende til 47 % under disse diagnosegrupper.
- I 2014 er 64 % og i 2015 er 69 % af de indlagte retspsykiatriske patienter diagnosticeret med skizofreni og psykoser.
- Den næststørste diagnosegruppe er personlighedsforstyrrelser, som omtrent hver syvende retspsykiatrisk patient er diagnosticeret i 2015.
- Antallet af retspsykiatriske patienter med affektive lidelser er steget siden 2011, men affektive lidelser udgør fortsat en mindre andel af de retspsykiatriske patienter. 1 ud af 10 retspsykiatriske patienter tilhører diagnosegruppen med affektive lidelser.

Figur 2: Diagnosefordeling for ambulante patienter 2011-2015



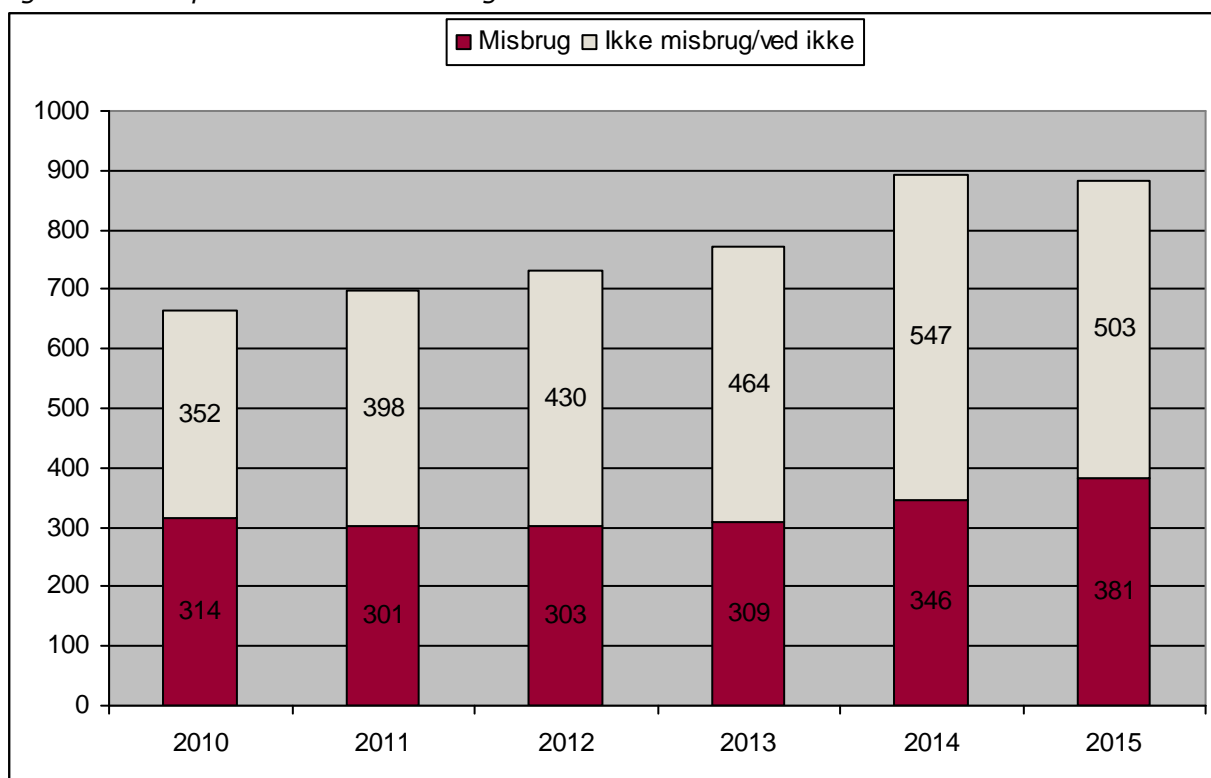
Figur 3: Diagnosefordeling for indlagte patienter 2011-2015



Misbrug

- Misbrug er et hyppigt problem blandt retspsykiatriske patienter, og ofte er kriminaliteten knyttet til ulovlige stoffer.
- Mellem cirka 40-50% af alle retspsykiatriske patienter har et misbrug af en eller flere typer stoffer eller alkohol. Fordelingen mellem ambulante og stationære patienter med misbrug fordeler sig eksempelvis som følgende:
 - I 2010 havde 41 % og i 2015 har 40 % af de ambulante retspsykiatriske patienter et misbrug af en eller flere typer stoffer eller alkohol.
 - I 2010 havde 44 % og i 2015 har 65 % af de stationære retspsykiatriske patienter et misbrug af en eller flere typer stoffer eller alkohol.
- De indlagte patienter har jævnfør ovenstående større misbrugsproblemer end de ambulante patienter. Knap to tredjedele af de indlagte patienter har et misbrug i 2015, hvoraf 1/3 af patienterne har et misbrug af to eller flere stoftyper.

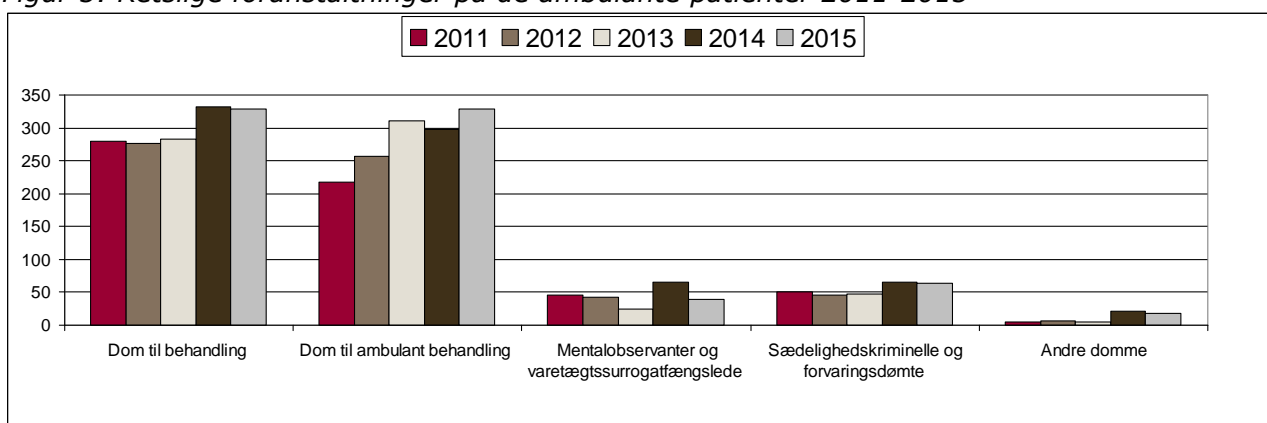
Figur 4: Antal patienter med misbrug



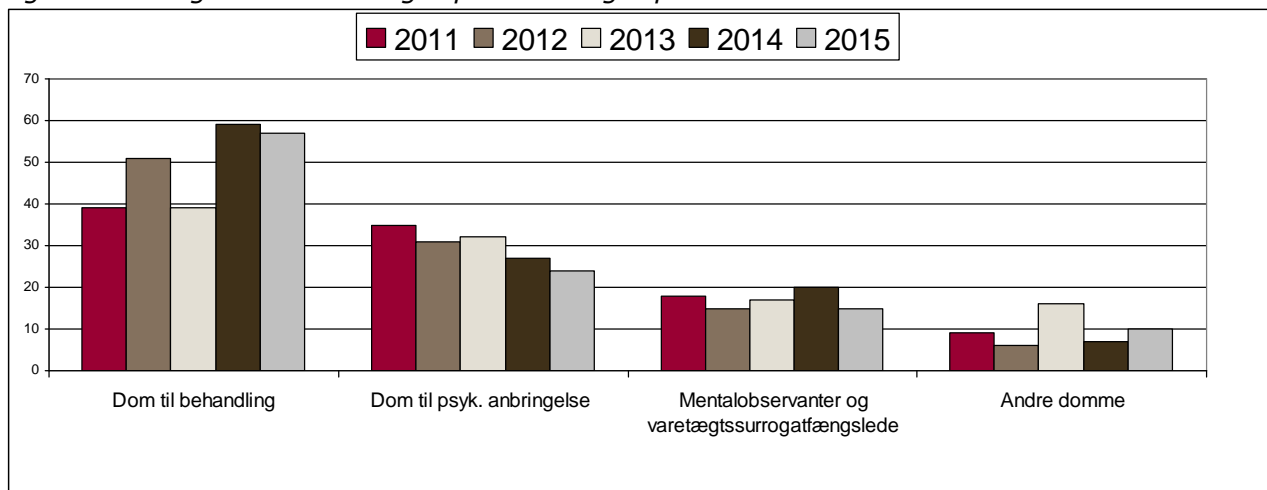
Retslige foranstaltninger

- Antallet af patienter med dom til ambulant behandling er steget løbende siden 2011. Antallet af patienter med dom til ambulant behandling udgør i 2015 42 % af de retslige foranstaltninger for ambulante retspsykiatriske patienter.
- Antallet af indlagte patienter med dom til behandling er steget siden 2011 med undtagen af et fald i 2013 og udgør i 2015 54 % af de retslige foranstaltninger for stationære retspsykiatriske patienter.
- Antallet af mentalobservander og varetægtssurrogatfængslede (personer om ikke har modtaget dom) har svinget siden 2011. I 2014 ses det højeste antal mentalobservander og varetægtssurrogatfængslede for både ambulante og stationære retspsykiatriske patienter. I 2015 falder andelen af mentalobservander og varetægtssurrogatfængslede og udgør samlet set 6 % af de retspsykiatriske foranstaltninger for både ambulante og stationære patienter.
- Antallet af indlagte patienter med dom til psykiatrisk anbringelse er faldet siden 2011 og frem til 2015, hvor 24 patienter er idømt psykiatrisk anbringelse svarende til cirka hver femte af de indlagte retspsykiatriske patienter.

Figur 5: Retslige foranstaltninger på de ambulante patienter 2011-2015



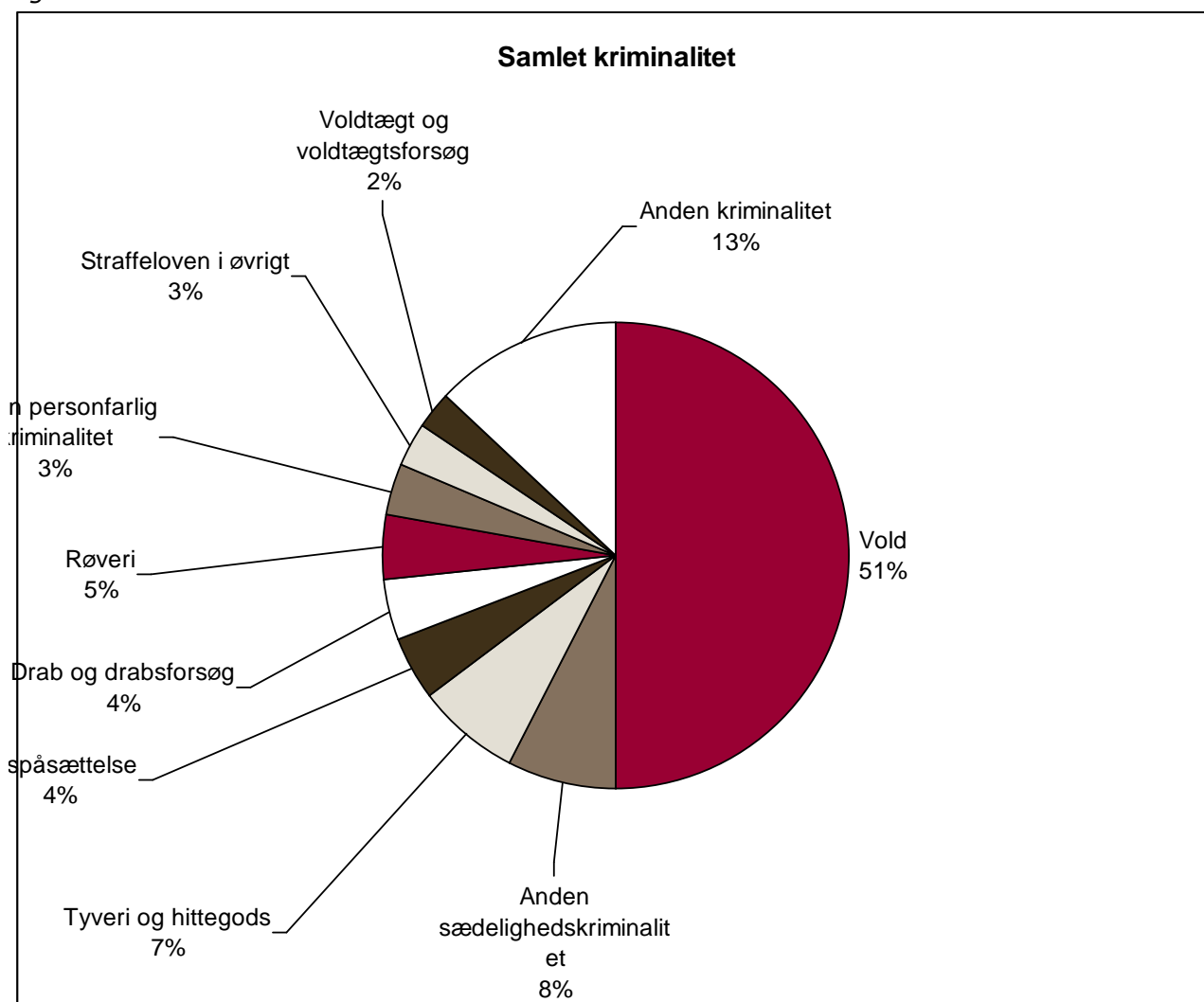
Figur 6: Retslige foranstaltninger på de indlagte patienter 2011-2015



Kriminalitet

- Fordelingen mellem de forskellige kriminalitetstyper er relativt konstant over årene, og derfor er det kun den samlede fordeling, som er vist i figur 7.
- I figur 7 udgør kriminalitetens art den groveste kriminalitetstype, som den retspsykiatriske patient har begået, og som derfor ligger til grund for den retslige foranstaltning. Den enkelte patient kan således godt have begået andre og mindre alvorlige lovovertrædelser.
- I henhold til figuren er vold for hver anden retspsykiatrisk patient begrundelsen for den retslige foranstaltning.

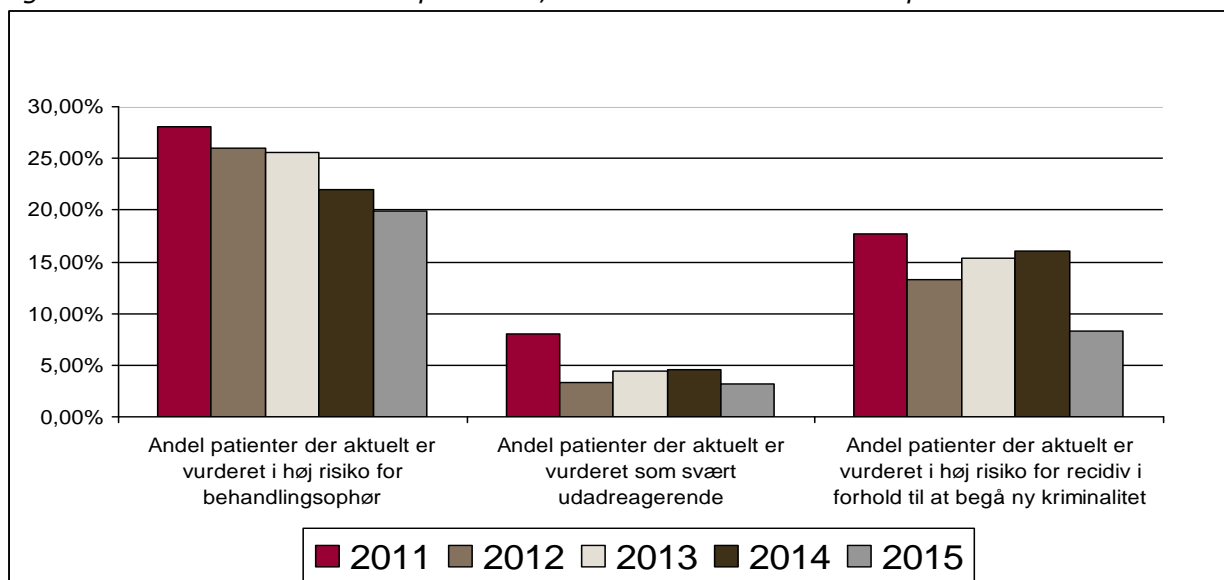
Figur 7: Patienternes kriminalitet 2011-2015



Komplicerende adfærd

- For ambulante patienter har der i alle tre kategorier af komplicerende adfærd med lidt udsving været et fald i andelen af patienter med komplicerende adfærd fra 2011-2015. I 2014 vurderes eksempelvis 16 % af de ambulante patienter at være i høj risiko for recidiv i forhold til at begå ny kriminalitet mod 8 % i 2015. Faldet kan skyldes, at patienter, som udgør en særlig sikkerhedsrisiko, skal være tilknyttet et opsøgende retspsykiatrisk team i den specialiserede retspsykiatri. I 2014 var 71 patienter tilknyttet et opsøgende retspsykiatrisk team, mens antallet er 119 patienter i 2015 svarende til en stigning på 41 %. I begyndelsen af 2014 blev der herforuden indgået en administrativ samarbejdsaftale mellem regionspsykiatrien, kommunerne og Kriminalforsorgen i Region Midtjylland om de 70-100 retspsykiatriske patienter i regionen, som vurderes at udgøre en særlig sikkerhedsrisiko. Med den administrative samarbejdsaftale er der etableret en koordineret og fælles indsats om gruppen af patienter, som udgør en særlig sikkerhedsrisiko.
- Andelen af indlagte patienter, der vurderes at være:
 - svært udadreagerende er faldet fra 17 % af de indlagte patienter i 2012 til 10 % af de indlagte patienter i 2015.
 - i høj risiko for at begå ny kriminalitet er faldet fra 70 % af de indlagte patienter i 2012 til 33 % i 2015.

Figur 8: Andelen af ambulante patienter, der vurderes at have komplicerende adfærd



Figur 9: Andelen af indlagte patienter, der vurderes at have komplicerende adfærd

