Undersøgelse af sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet
V 72

Socialt Udviklingscenter SUS
2005

Dorthe Perlt, Kristian Wedel Andersen, Pauline Hagensen, Pernille Grünberger

1. INTRODUKTION 5

1.1 FORMÅL 5
1.2 MÅLGRUPPE 6
1.3 PROBLEMSTILLINGER VEDRØRENDE DATAINDSAMLINGEN 6

2. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER 9

2.1 SAMMENFATNING 9
2.1.1 Antal retspsykiatriske patienter og brugere 10
2.1.2 Karakteristik af de retspsykiatriske patienter i 2005 11
2.1.3 Særlig behandling og støtte til retspsykiatriske patienter og brugere 13
2.1.4 Kapaciteten i tilbuddene til retspsykiatriske brugere/patienter 1995 – 2005 16
2.1.5 Ventelister 17
2.1.6 Tværsektorielt samarbejde 18
2.1.7 Igangværende tiltag og overvejelser om ændrede tilbud og sektorsamarbejde i 2005 i lyset af strukturreformen 20

3. SAMARBEJDE INDEN FOR RAMMERNE AF FORSKELLIGE LOVGIVNINGER OG PÅ TVÆRS AF SEKTORER 21

3.1 STRAFFELOVENS §§ 16, 68 OG 69 21
3.2 AKTØRER I RELATION TIL SINDSLIDENDE MED DOM 22
3.2.1 Retspsykiatrien 23
3.2.2 Almenpsykiatrien 23
3.2.3 Distriktspsykiatrien 23
3.2.4 Socialpsykiatrien 24
3.3 FRIHEDSBERØVELSE OG ANDEN TVANG I PSYKIATRIEN 24
3.4 BOTILBUD OG PÆDAGOGISK STØTTE EFTER SERVICELOVEN 25
3.5 SUNDHEDSFAGLIG BEHANDLING I BO- OG SERVICETILBUD 26

4. ANTAL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE 28

4.1 ANTALLET AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE 28
4.2 SINDSLIDENDE MED DOM EFTER § 68 OG § 69 30
4.3 HVILKE TYPER KRIMINALITET HAR DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE BEGÅET? 31
4.4 ET INDLÆG I DEBATTEN OM DET STIGENDE ANTAL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER 33

5. KARAKTERISTIK AF DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER I 2005 36

5.1 DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTERS HOVEDDIAGNOSER 36
5.2 DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTERS OG BRUGERES KØNSFORDELING 37
5.3 DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTERS OG BRUGERES ETNISKE HERKOMST 38
5.3.1 Behandlingspsykiatrien 38
5.3.2 Den amtslige socialpsykiatri 38
5.3.3 Den kommunale socialpsykiatri 38
5.3.4 Geografiske forskelle 39
5.4 DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTERS OG BRUGERES BIDIAGNOSER (MISBRUG) 40

6. SÆRLIG BEHANDLING OG STØTTE TIL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE 41

6.1 HVORDAN RETSPSYKIATRISKE PATIENTER/BRUGERE INDGÅR I DEN SAMLEDE MÅLGRUPPE 41
6.1.1 Retspsykiatrien 41
6.1.2 Almenpsykiatrien 42
6.1.3 Distriktspsykiatrien 44

6.1.4 Socialpsykiatrien *45*
6.2 HVAD BETYDER MÅLGRUPPENS KARAKTERISTIKA FOR BEHANDLINGS- OG STØTTETILBUD? 47
6.3 BARRIERER FOR AT RUMME RETSPSYKIATRISKE PATIENTER/ BRUGERE I BEHANDLINGS- OG STØTTETILBUD 48
6.3.1 Behandlingspsykiatrien *48*
6.3.2 Den amtslige socialpsykiatri *49*
6.3.3 Den kommunale socialpsykiatri *49*
6.4 HVILKE SÆRLIGE BEHANDLINGS- OG STØTTETILBUD ER DER BEHOV FOR? 49
6.5 SÆRLIGE TILBUD TIL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE MED PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER 50
6.6 SÆRLIGE TILBUD TIL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE, DER HAR ET MISBRUG 52
6.7 SÆRLIGE TILBUD TIL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER MED ETNISK MINORITETSBAGGRUND 53
6.8 SÆRLIGE TILBUD OM UDSLUSNING, RESOCIALISERING OG REHABILITERING 55
6.9 HVILKE NYE TILBUD ER BLEVET IVÆRKSAT? 56
6.10 SÆRLIGE PROBLEMSTILLINGER I FORHOLD TIL RETSPSYKIATRISKE BRUGERE I SOCIALPSYKIATRIEN 57
6.10.1 Samtykke *58*
6.10.2 Forpligtelser i forhold til dømte *58*
6.10.3 Frivillighed *59*

7. KAPACITETEN I TILBUDDENE TIL RETSPSYKIATRISKE BRUGERE/PATIENTER 1995 – 2005 61

7.1 METODISKE OVERVEJELSER OM KAPACITETSOPGØRELSEN 61
7.2 TILBUD I BEHANDLINGSPSYKIATRIEN 62
7.3 RETSPSYKIATRISKE PATIENTER I DISTRIKTSPSYKIATRIEN 63
7.4 TILBUD I DEN AMTSLIGE SOCIALPSYKIATRI 63
7.5 TILBUD I DEN KOMMUNALE SOCIALPSYKIATRI 63

8. VENTELISTER 65

8.1 BEHANDLINGSPSYKIATRIEN 66
8.2 DEN AMTSLIGE SOCIALPSYKIATRI 66
8.3 DEN KOMMUNALE SOCIALPSYKIATRI 66
8.4 HVOR LÆNGE VENTER DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE PÅ BEHANDLINGSTILBUD? 67
8.4.1 Behandlingspsykiatrien *67*
8.4.2 Den amtslige socialpsykiatri *68*
8.4.3 Den kommunale socialpsykiatri *68*
8.5 HVOR OPHOLDER DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER OG BRUGERE SIG, MENS DE ER PÅ VENTELISTE? 69
8.5.1 Behandlingspsykiatrien *70*
8.5.2 Den amtslige socialpsykiatri *70*
8.5.3 Den kommunale socialpsykiatri *70*
8.6 VENTELISTER – DE KVALITATIVE INTERVIEW 71
8.6.1 Retspsykiatrien *71*
8.6.2 Almenpsykiatrien *72*
8.6.3 Distriktspsykiatrien *73*
8.6.4 Socialpsykiatrien *73*

9. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE 75

9.1 FORSKELLIGE SAMARBEJDSFORMER 75
9.1.1 Hvad samarbejdes om? *75*
9.1.2 Hvilke samarbejdsmodeller findes på området? *75*
9.2 ERFARINGER MED SAMARBEJDET 76

9.2.1 Samarbejde omkring overdragelse af patienter fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien ... *77*
9.2.2 Løbende samarbejde omkring ambulante patienter ... *80*
9.3 SAMARBEJDSPOLITIK ... 83
9.3.1 Samarbejdspolitikkernes indhold ... *84*
9.4 SÆRLIGE SAMARBEJDSMODELLER OG -METODER ... 84
9.4.1 Samarbejdsmodellerne og –metodernes indhold ... *85*
9.4.2 Vurderinger af samarbejdsmodellerne og –metoderne ... *85*
9.5 HVILKE SAMARBEJDSFORMER BENYTTES AF HVEM? ... 86
9.5.1 Behandlingspsykiatrien ... *86*
9.5.2 Den amtslige socialpsykiatri ... *87*
9.5.3 Den kommunale socialpsykiatri ... *87*
9.6 BARRIERER FOR SAMARBEJDE ... 88
9.7 EKSEMPLER PÅ BEST PRACTICE OM SAMARBEJDE ... 89
9.7.1 Den kommunale socialpsykiatri ... *89*
8.8.2 Fra den amtslige socialpsykiatri ... *92*

10. IGANGVÆRENDE TILTAG OG OVERVEJELSER OM ÆNDREDE TILBUD OG SEKTORSAMARBEJDE I 2005 I LYSET AF STRUKTURREFORMEN ... 96

10.1 ÆNDRINGER I FORHOLD TIL OMFORDELING, UDVIDELSE ELLER INDSKRÆNKNING VEDRØRENDE KAPACITETEN I FORHOLD TIL RETSPSYKIATRISKE PATIENTER/BRUGERE ... 96
10.1.1 Behandlingspsykiatrien ... *97*
10.1.2 Den amtslige socialpsykiatri ... *97*
10.1.3 Den kommunale socialpsykiatri ... *97*
10.2 ÆNDRINGER MED HENBLIK PÅ ANDEN ORGANISERING AF SÆRLIGE TILBUD I REGIONERNE ... 97
10.2.1 Behandlingspsykiatrien ... *98*
10.2.2 Den amtslige socialpsykiatri ... *98*
10.2.3 Den kommunale socialpsykiatri ... *99*
10.3 BEHOV FOR YDERLIGERE SÆRLIGE FORANSTALTNINGER ... 99
10.3.1 Behandlingspsykiatrien ... *99*
10.3.2 Den amtslige socialpsykiatri ... *100*
10.3.3 Den kommunale socialpsykiatri ... *100*
10.4 INITIATIVER TIL KOORDINATION AF SAMARBEJDE ... 101
10.4.1 Behandlingspsykiatrien ... *101*
10.4.2 Den amtslige socialpsykiatri ... *102*
10.4.3 Den kommunale socialpsykiatri ... *102*

11. LITTERATURLISTE ... 104

12. BILAG ... 105

BILAG 1: METODER ... 105
12.1 Indledende research ... *105*
12.2 Den kvantitative surveyundersøgelse ... *105*
12.3 Den kvalitative interviewundersøgelse ... *108*
BILAG 2: FIGURER OG TABELLER ... 111

1. Introduktion

Folketinget vedtog den 30. marts 2004 enstemmigt V 72. Vedtagelsen afsluttede forespørgsel F 32, der var stillet til indenrigs- og sundhedsministeriet, justitsministeriet og socialministeriet, om psykisk syge kriminelle.

V 72 har følgende ordlyd: *"Folketinget opfordrer regeringen til at intensivere den forebyggende indsats i forhold til psykisk syge, der begår kriminalitet."*

Indsatsen skulle bl.a. inkludere:

"Iværksættelsen af et projekt, som skal tilvejebringe viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet med fokus på betydningen af kapacitet, ressourcer og tilgængelighed af de forskellige behandlingstilbud og balancen mellem dem, sammenhængende patientforløb, tværsektorielt samarbejde mellem det sociale område, sundhedsområdet og Kriminalforsorgen samt en beskrivelse af behandlingsmulighederne i retssystemet. Resultaterne af projektet skal foreligge, så de kan indgå i revisionen af Psykiatriloven i Folketingets samling 2005-06."

I den forbindelse skal det bemærkes, at nærværende rapport kun omfatter en del af det samlede projekt, idet der her fortrinsvis ses på kapaciteten, det tværsektorielle samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien samt behandlings- og støttetilbud til mennesker med sindslidelse, der har begået kriminalitet.

1.1 Formål

Nærværende delprojekts formål blev formuleret således:

1) At udarbejde en samlet beskrivelse af udviklingen fra 1995 til 2005 i kapaciteten og sammensætningen af tilbuddene, henholdsvis i psykiatrien og på det sociale område, særligt med henblik på en afdækning af en sammenhængende indsats for kriminelle sindslidende. Beskrivelsen skal perspektiveres i forhold til bl.a. ændrede/nyudviklede behandlingsmønstre og -muligheder.

2) At beskrive og kommentere de eksisterende samarbejdsrelationer mellem sektorerne med fokus på indsatsen over for kriminelle sindslidende.

For i videst muligt omfang at kunne modvirke tilbagefald, herunder kriminalitet, skal den samlede indsats tilrettelægges således, at relevante tilbud (af behandlingsmæssig og

støttende art) øjeblikkeligt iværksættes, når der er behov herfor, ligesom der skal være en sammenhæng i forløbet for det enkelte menneske. I overensstemmelse hermed har det således været formålet for nærværende del af det samlede projekt at belyse sammenhæng og samarbejde mellem forskellige myndigheder og tilbud.

1.2 Målgruppe

Målgruppen 'kriminelle sindslidende' er i projektet defineret som:

Personer, der er idømt foranstaltninger i henhold til straffelovens § 68 og § 69, og som har en psykiatrisk diagnose (der ikke falder inden for ICD-10, kategorierne F70 - F98).

Personer med mental retardering er således ikke indgået i målgruppen.

1.3 Problemstillinger vedrørende dataindsamlingen

Det har været undersøgelsens sigte at koncentrere sig om perioden fra 1995 til 2004/2005 således, at der – så vidt det kunne lade sig gøre at indhente data inden for undersøgelsesdesignets rammer – blev udarbejdet en status for årene 1995, 2000 og 2004 suppleret med igangværende overvejelser om ændrede tilbud og/eller sektorsamarbejde i 2005 (og frem) i lyset af bl.a. strukturreformen.

Da tidsperioden for indsamling, bearbejdning og analyse af data ville blive særdeles stram (ultimo juni 2005 til primo november 2005) for såvel projektets konsulenter som for de medvirkende informanter, har projektets metodemæssige design måtte tage højde herfor. Med henblik på at sikre et repræsentativt billede af - og samtidig kunne indfange nuancer i forhold til – bl.a. kapacitet, tilgængelighed, sammenhængende forløb og tværsektorielt samarbejde mellem de involverede instanser, blev følgende metoder derfor valgt til at indhente data:

A) Indledende research i form af kvalitative interview (tre psykiatriske overlæger med erfaring på området) samt indhentning af undersøgelser og litteratur om sindslidelse og kriminalitet.

B) En kvantitativ surveyundersøgelse inklusiv opfølgende telefoninterview med fokus på kapacitet, sammensætning af og samarbejde mellem tilbud til målgruppen (spørgeskema udsendt til 83 informanter henholdsvis fra behandlingspsykiatrien, den kommunale og amtslige socialpsykiatri).

C) En kvalitativ interviewundersøgelse (gruppeinterview med i alt 51 informanter fordelt på forskellige sektorer og niveauer samt 5 enkeltinterview med dømte sindslidende) med fokus på barrierer og muligheder for sammenhæng og samarbejde i indsatsen.

Nærværende undersøgelse har først og fremmest fokuseret på at indhente faktuelle oplysninger om behandlings- og støttetilbud i forhold til målgruppen og i forhold til samarbejdet de involverede sektorer imellem. Når der alligevel er inddraget en afdækning af brugeres oplevelser, er dette begrundet i to forhold. For det første ville det være interessant at afdække, hvorvidt brugernes oplevelser og erfaringer stemmer overens med det billede, den kvantitative og kvalitative undersøgelse giver af tilbuddene og samarbejdet set gennem de respektive professioners perspektiver. For det andet ville en eventuel uoverensstemmelse mellem brugernes oplevelser og erfaringer i forhold til undersøgelsens øvrige resultater skærpe opmærksomheden på områder eller problemfelter, der behøvede en nøjere uddybning og præcisering. Da brugernes oplevelser/erfaringer bekræfter de professionelles syn på og opfattelser af tilbud og samarbejdsformer, og da der kun er så få brugere, er det fravalgt at lade udsagn fra brugerne indgå i rapportteksten.

Det skal dog påpeges, at brugerne var af den mening:

- At man kan tage ”tage problemer i opløbet” ved at igangsætte en tidlig behandling i psykiatrisk regi i sager vedrørende sindslidende lovovertræder
- At ventetider i fængsler (især i tilfælde af isolation) ”gør ondt værre” og derfor bør erstattes med øjeblikkelig behandling
- At kontakten til Kriminalforsorgen og dele af behandlingspsykiatrien opleves mere som en kontrol end som en støtte, da der altid ligger en mulighed for at bringe yderligere sanktioner i brug
- At man kun i sjældne tilfælde oplever et egentlig samarbejde mellem retspsykiatrien, behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien
- At man generelt er tilfreds med den grad af frihed i dagligdagen, der er mulig i et socialt tilbud, hvor der er mulighed for at få støtte efter ønske og behov.

I bilag 1 findes en nærmere gennemgang af undersøgelsens metoder, herunder en redegørelse for sammensætningen af deltagere i gruppeinterviewene. Her skal blot tages en række overordnede forbehold i forhold til især surveyundersøgelsen, som er vigtige for læsningen af undersøgelsesresultaterne, idet det har vist sig særdeles vanskeligt at indhente de ønskede data:

- For det første har det ikke alle steder været muligt for informanterne at udskille de patienter eller brugere, som svarer til den i spørgeskemaerne definerede målgruppe – ”*personer der er idømt foranstaltninger i henhold til Straffelovens § 68 og § 69, og som har en psykiatrisk*

diagnose." Som eksempel kan nævnes, at man ved retspsykiatriske afdelinger også modtager personer indlagt til mentalundersøgelse efter retlig bestemmelse, psykisk syge varetægtsarrestanter og strafafsonere, der er blevet psykisk syge. Ved en opgørelse af antallet af patienter har man ikke kunnet skelne de forskellige typer patienter/brugere fra hinanden, hvorfor tolkningen af disse tal må tages med et vist forbehold.

- For det andet har det været problematisk, at nogle steder opgør deres kapacitet i antal tilbud, mens andre opgør dem i antal personer. Da der i spørgeskemaerne er blevet spurgt til antal tilbud, er personangivelser blevet kodet som 1 tilbud, fordi der minimum må være tale om ét tilbud det pågældende sted. Men det skal påpeges, at det reelle antal tilbud således kan være højere, end resultaterne angiver.

- For det tredje har det ikke alle steder været muligt at indhente data fra 1995 og 2000, fordi de ønskede oplysninger dengang ikke blev registreret på en måde, der gør det muligt at trække dem ud i dag, hverken elektronisk eller manuelt. Desuden gælder det for flere steder, at man ikke længere har personale, som også var ansat i 1995 og 2000, og som derfor ville have mulighed for at huske bl.a. eksempler på samarbejde mellem sektorerne.

Generelt gælder, at den kommunale socialpsykiatri har haft sværest ved at besvare spørgeskemaet. Begrundelsen er for manges vedkommende, at der ikke eksisterede en socialpsykiatri i kommunen i 1995. Flere påpeger, at der heller ikke i dag er særlige tilbud til de kriminelle sindslidende i kommunen, hvorfor deres besvarelser omhandler alle mennesker med sindslidelse i kommunen. Desuden understreges det flere steder, at kommunerne ikke altid bliver oplyst om brugernes domsforhold, hvorfor man reelt ikke ved, hvor mange af brugerne, der har begået kriminalitet. Endelig har nogle af kommunerne fundet det svært at besvare spørgeskemaet, fordi de kun har én eller to brugere. Det er med andre ord resultaterne fra den kommunale socialpsykiatri, der bør læses med størst forbehold.

Trods disse mange besværligheder med indhentning af data er Socialt Udviklingscenter SUS blevet mødt med en stor imødekommenhed og interesse for undersøgelsen. Således har informanterne - trods den korte tidsfrist - gjort deres bedste for at indhente de ønskede oplysninger, hvilket den høje besvarelsesprocent (jævnfør bilag 1) er vidne om.

2. Sammenfatning og anbefalinger

2.1 Sammenfatning

De indsamlede data dokumenterer, at gruppen af retspsykiatriske patienter og brugere ikke er homogen – og at de retspsykiatriske patienters og brugeres forskellige karakteristika medfører forskellige behov og særlige udfordringer i forhold til såvel tilbudsplanlægning som samarbejde mellem sektorer og aktører. Eksemplerne senere i rapporten vedrørende gode samarbejdsmodeller og -metoder har således også det fælles træk, at der er tale om fleksible samarbejdsformer, fordi alle "sager" er forskellige og dermed kræver forskellige typer af samarbejde.

Overordnet set er det imidlertid ikke mange amter og kommuner, der har udformet en særlig samarbejdspolitik omkring retspsykiatriske patienter/brugere. Dette kan dels have historiske årsager, dels skyldes, at der er tale om forskellige sektorer med forskellige regelsæt og fagligheder, som skal samarbejde. Her skal kun ganske kort peges på enkelte problemfelter:

Den dom, en sindslidende lovovertræder har modtaget, skal efter omstændighederne effektueres i flere forskellige regier - i retspsykiatrien, behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og Kriminalforsorgen - der har forskellige regelsæt som udgangspunkt for deres indsats. Der kan således være tale om en forskellig terminologi, forskellige uddannelser og faglige perspektiver hos de involverede aktører samt forskellig forståelse af de bagvedliggende lovregler.

Retspsykiatrien og behandlingspsykiatrien skal eksempelvis udøve en kontrol, der ikke må forekomme i det socialpsykiatriske system. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien regulerer brugen af tvangsmæssige foranstaltninger i psykiatrisk regi, men omfatter kun patienter, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Psykiatriloven omfatter således ikke mennesker med sindslidelse, der ydes ophold i et botilbud efter Serviceloven - her finder derimod alene reglerne om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten anvendelse.

Der kan derfor opstå tvivlsspørgsmål om, hvilke regler der skal anvendes, i en overgangsfase, hvor en patient med sindslidelse udskrives fra det psykiatriske system og straks skal have tilbud efter den sociale lovgivning. I denne fase påhviler det sundhedsmyndigheder og sociale myndigheder at samarbejde i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler hhv. koordinationsplaner (efter Psykiatriloven) og handleplaner (efter Serviceloven).
Et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer og kommunale niveauer forudsætter ofte, at det er muligt at udveksle oplysninger de forskellige myndigheder imellem - herunder også

oplysning om en eventuel dom. Personlige oplysninger kan som udgangspunkt imidlertid ikke - hverken i det sundhedsfaglige eller det socialfaglige system - videregives uden den pågældende patient/brugers samtykke. Fra det sundhedsfaglige system udtrykkes ofte undren over, at det socialfaglige system er modvillig over for at skulle registrere og videregive de registrerede oplysninger - også når det drejer sig om en konkret person.

At det alligevel kan lade sig gøre at etablere et både smidigt og velfungerende samarbejde er der i nærværende rapport anført flere eksempler på. Forudsætningen for at etablere et sådant - frugtbart - samarbejde er imidlertid, at man har overblik over området, fx hvad angår kapacitet, behandlings- og støttemuligheder, tendenser i udviklingen samt erfaringer med eksisterende samarbejdsmodeller.

2.1.1 Antal retspsykiatriske patienter og brugere

Undersøgelsen viser, at der fra 1995 til 2005 er sket en fordobling af antallet af retspsykiatriske patienter og brugere, dømt efter Straffelovens § 68 og § 69. Både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri har oplevet en stigning. Stigningen har dog været størst i det sociale system, idet der er sket en femdobling i den kommunale socialpsykiatri og mere end en firedobling i den amtslige socialpsykiatri.

Ved at sammenligne tallene fra henholdsvis 1995 og 2005 tegner der sig således et billede af, at de retspsykiatriske patienter i dag i højere grad bliver behandlet i ambulant regi samt modtager støtte fra sociale tilbud, fremfor at blive behandlet i hospitalstilbud.

I den forbindelse viser Amtsrådsforeningens undersøgelse, at antallet af retspsykiatriske patienter med anbringelsesdom blev fordoblet fra 1980-2002, mens antallet af patienter med dom til behandling blev firedoblet i samme periode (Amtsrådsforeningen 2004). En del af de sidstnævnte gruppe med behandlingsdom vil være indlagt, en del vil være i ambulant behandling. Nærværende undersøgelse viser som nævnt, at antallet af retspsykiatriske patienter i socialpsykiatrien er blevet firedoblet i perioden 1995-2005. Stigningen kan således *ikke* kun forklares med et stigende antal behandlingsdømte – men den kan muligvis forklares med, at flere af de behandlingsdømte *ikke* er indlagt, men behandles ambulant i distriktspsykiatrien og modtager tilbud om støtte fra socialpsykiatrien.

De kvalitative interview antyder, at det stigende antal dømte har mere komplekse årsager end blot, at flere mennesker med sindslidelse begår kriminalitet, idet interviewpersonerne er enige om, at man er begyndt at anmelde personer med sindslidelse for vold langt mere de seneste år. Enkelte interviewpersoner påpeger desuden, at stigningen ikke skyldes mangel på sengepladser i almenpsykiatrien. I et amt har omkring en tredjedel af de dømte aldrig tidligere har været i kontakt med psykiatrien. I et andet amt har man oplevet et faldende pres på (åbne)

sengepladser i almenpsykiatrien indenfor de seneste år. Generelt efterlyses dog dokumentation af årsagerne til det stigende antal sindslidende, der får en dom.

Derudover peger undersøgelsen på, at der siden 2003 sandsynligvis er sket et lille fald i andelen af retspsykiatriske patienter, der har begået personfarlig kriminalitet (vold, drab og ildspåsættelse), mens andelen af retspsykiatriske patienter, der begår berigelseskriminalitet, er steget lidt. Disse resultater er i modstrid med mediernes billede af, at kriminaliteten blandt mennesker med sindslidelse bliver stadig mere voldelig (se fx Information, 24. oktober 2005)[1].

Anbefalinger
På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At der afsættes midler til forskning i sammenhænge mellem kriminalitet og sindslidelser, med henblik på at etablere en målrettet indsats i forhold til at reducere kriminalitet blandt mennesker med sindslidelse

- At undersøge om der er sket ændringer af praksis i forhold til at behandle og støtte mennesker med sindslidelse, for at afgøre hvorvidt eventuelle ændringer inden for de respektive sektorer har haft indflydelse på stigningen i sindslidendes kriminalitet

- At der udarbejdes 3-årlige planer på regionalt og landsniveau vedrørende initiativer til at reducere sindslidendes kriminalitet

- At der arbejdes målrettet med at inkludere målgruppen, således at den ikke stemples yderligere.

2.1.2 Karakteristik af de retspsykiatriske patienter i 2005
Undersøgelsens tal viser, at 2/3 af de retspsykiatriske patienter i 2005 har skizofreni som hoveddiagnose, mens 13,4 % har en personlighedsforstyrrelse.

Der er en klar overvægt af mandlige retspsykiatriske patienter og brugere i alle sektorer, idet de udgør omkring 85,0 %.

Ca. ¼ af de retspsykiatriske patienter er af anden etnisk herkomst end dansk. Det viser sig endvidere, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund fortrinsvis findes i København og i den kommunale socialpsykiatri - hvilket kunne tyde på, at de primært får støtte i eget hjem.

[1] Information 24/10-2005. Antallet af psykisk syge kriminelle stiger. Indland, s. 5.

Interviewene peger på, at de etniske minoriteter ofte kommer sent i behandling, fordi det kan være svært for det offentlige system at trænge igennem over for patienterne selv og deres familier, måske på grund af manglende kendskab til offentlige tilbud, manglende tiltro til offentlige myndigheder eller modvilje mod at gøre et familiært problem til en "offentlig sag."

Omkring ¾ af de retspsykiatriske patienter har et misbrug, idet ¼ misbruger alkohol, ¼ hash og ¼ en blanding af stoffer og alkohol. Forskning på området viser, at der er en direkte sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet. I interviewene berettes om samme sammenhæng, idet der peges på, at misbruget skaber behov for økonomiske midler samtidig med, at det forværrer sindslidelsen.

Resultaterne viser, at gruppen af retspsykiatriske patienter og brugere ikke er homogen. Retspsykiatriske patienter har forskellige diagnoser, forskellig etnisk baggrund og – hvis der er et misbrug – forskellig type og grad af misbrug. Derudover er gruppen ikke ens i forskellige dele af landet. Både de kvantitative og kvalitative data viser, at retspsykiatriske patienters og brugeres forskellige karakteristika giver særlige udfordringer og behov i forhold til såvel tilbudsplanlægning som samarbejde med andre sektorer og aktører.

I hovedstadsområdet er der behov for særlig viden om behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, mens man overalt i landet har behov for viden om behandling og støtte i forhold til retspsykiatriske patienter med misbrug. Alle steder er det ligeledes nødvendigt at have forskellige typer af indsatser i behandlingen af patienter med henholdsvis skizofrene diagnoser, personlighedsforstyrrelser eller en kombination heraf.

Anbefalinger
På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At der i alle tilbud til retspsykiatriske brugere på tværs af sektorer oparbejdes specialviden om, hvordan man behandler og støtter mennesker med sindslidelse og misbrug

- At psykiatrien og socialpsykiatrien i højere grad samarbejder og supplerer hinanden i forhold til brugere med svær sindslidelse, misbrug og få sociale kompetencer både med og uden dom, så der udvikles en form for fællesteam enten i det sociale system eller i det behandlende system med kompetencerne samlet i teamet og med en fleksibel adgang til tilbuddet

- At der arbejdes med udvikle differentierede tilbud til målgruppen, hvor der blandt arbejdes med skadesreduktion for at fastholde kontakten med målgruppen på trods af et aktivt misbrug. I denne forbindelse er det vigtigt at få evalueret nye tiltag, så fremtidige indsatser bygger på faktuel viden og erfaringer

- At der fastsættes regler om en særlig forpligtelse i forhold til at koordinere misbrugsbehandling med psykiatrisk behandling

- At der etableres procedurer for øget opmærksomhed i forhold til målgruppen unge med misbrug eller kriminalitet med henblik på en tidlig opsporing af fx skizofreni

- At der etableres særlige tilbud til sindslidende med misbrug og til retspsykiatriske brugere med misbrugsproblemer, idet det er målgrupper med meget svære problematikker, som fungerer dårligt sammen med andre

- At der etableres særlige bo- og behandlingstilbud til en lille gruppe (på landsplan ca. 20 – 30 mennesker) med massive personlighedsmæssige og sociale forstyrrelser, som på grund af deres problematikker ikke profiterer af psykiatrisk behandling, og som heller ikke kan håndtere at komme i fængsel

- At der i alle tilbud til retspsykiatriske brugere på tværs af sektorerne er specialviden om, hvordan man behandler og støtter brugere med anden etnisk baggrund end dansk med hensyn til sprog, kultur og særlige sindslidelser, der knytter sig til fx krig, tortur og flugt. I disse tilbud skal der være let og hurtig adgang til at indhente tolkebistand

- At der etableres procedurer for systematisk erfaringsopsamling og vidensdeling i forhold til at behandle og støtte brugere med anden etnisk baggrund end dansk

- At brugere med anden etnisk baggrund end dansk tilbydes sprogundervisning og viden om det danske samfund med henblik på integration i det danske samfund.

2.1.3 Særlig behandling og støtte til retspsykiatriske patienter og brugere

Resultaterne fra undersøgelsen viser, at der ikke - hverken i de psykiatriske eller sociale behandlings- og støttetilbud - sondres skarpt mellem retspsykiatriske patienter og patienter uden dom – når det gælder indhold i behandlings- og støttetilbuddene.

Kun fem ud af ti amter svarer, at kriminaliteten indgår som en væsentlig faktor i planlægningen af behandlingstilbud til retspsykiatriske patienter. Behandlingstilbudene i retspsykiatrien ligner således også de tilbud, som gives til sindslidende uden dom i almenpsykiatrien. Tilbuddene er bl.a.:

- Fysiske aktiviteter
- Kognitive behandlingsforløb

- Medicinsk behandling
- Misbrugsbehandling
- Miljøterapeutisk behandling
- Samtale, herunder psykoedukation og konflikthåndtering
- Psykoterapi
- Sociale tilbud under indlæggelse
- Kontaktpersonordninger
- Tilbud om at inddrage pårørende i behandling.

Selvom behandlingen således ikke er forskellig, er indlæggelses- og udskrivelseskriterierne samt i en vis udstrækning også indlæggelsestiden dog særlig for de retspsykiatriske patienter (i forhold til andre patienter) i almenpsykiatrien. Således kan retspsykiatriske patienter i henhold til dommen indlægges i situationer, hvor patienter uden dom ville blive afvist, fordi de ikke er 'syge nok'. Ofte udskrives retspsykiatriske patienter heller ikke lige så hurtigt fra almenpsykiatrien som andre patienter, fordi man på grund af dommen skal være mere sikker på, at de er stabiliserede og velbehandlede.

Der er blandt informanterne bred enighed om, at patienter, der har været indlagt på retspsykiatrisk afdeling, bør gennemgå en gradvis udslusning. Patienterne kan fx sluses ud til en lukket afdeling i almenpsykiatrien, så til en åben almenpsykiatrisk afdeling – og derfra videre ud i distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien/det sociale system. En anden mulighed kunne være at udbygge retspsykiatrien, så man der havde mulighed for at graduere sikkerheden og gradvist sluse patienterne ud i mere åbne og mindre sikre miljøer.

I forhold til dømte sindslidende med misbrug peges på, at retspsykiatriske ambulatorier (i en kortere eller længere periode) kan være et godt alternativ til distriktspsykiatrien – nemlig i forhold til patienter, hvor det kræver en specialiseret indsats at fastholde dem i behandling. I interviewene peges gentagne gange på, at udslusning og resocialisering af retspsykiatriske patienter med fordel kunne styrkes.

De kvalitative interview viser, at der er gode grunde til, at det sociale system ikke har udskilt retspsykiatriske brugere som en særlig målgruppe med særlige tilbud. For det første har man hverken særlige forpligtelser, opgaver, redskaber eller bemyndigelser i forhold til gruppen. For det andet er det svært at forene relationsbundet omsorgsarbejde med kontrol. Hvis retspsykiatriske brugere føler sig overvågede og kontrollerede, undsiger de sig muligheden for at knytte tætte relationer til omsorgsmedarbejdere som fx støtte- og kontaktpersoner.

I spørgeskemaundersøgelsen peges dog samtidig på, at både manglende fysisk plads, manglende specialviden, samt de retspsykiatriske patienters og brugeres særlige adfærd overfor andre patienter og brugere kan være hæmmende for, at de retspsykiatriske patienter

og brugere kan rummes i de allerede etablerede tilbud i socialpsykiatrien. Interviewene viser dog, at dette ikke så meget skyldes kriminaliteten eller dommen, som det faktum, at retspsykiatriske brugere relativt ofte kan findes blandt de af socialpsykiatriens brugere (med og uden dom), der har de mest komplekse problemstillinger og behov.

I behandlingspsykiatrien peges på samme barrierer – manglende fysisk plads, manglende specialviden, samt de retspsykiatriske patienters og brugeres særlige adfærd overfor andre patienter – men det tilføjes, at også manglende økonomiske ressourcer kan være en barriere for at rumme de retspsykiatriske patienter og brugere i de allerede etablerede tilbud, da denne type brugere kan medføre behov for øgede personalenormeringer.

Derudover peger informanterne på mange behov og idéer til *særlige tilbud*, der tager højde for de karakteristika, der bl.a. kendetegner nogle af de retspsykiatriske patienter/brugere - men også mange andre patienter/brugere. Det drejer sig om særlige foranstaltninger til sindslidende mennesker med anden etnisk baggrund end dansk, med misbrug eller med personlighedsforstyrrelse. Disse patienter/brugere kræver en særlig specialviden samt et godt og udbygget tværsektorielt samarbejde. Herudover understreges, som tidligere nævnt, behovet for at styrke udslusning og resocialisering.

Trods disse behov for nye foranstaltninger og tilbud har ikke mange amter og kommuner fået iværksat nye tiltag i perioden fra 1995 til 2005.

Anbefalinger
På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At der i alle sektorer fokuseres på tidlig opsporing af mennesker med sindslidelse, der begår kriminalitet; herunder at man i det opsøgende og udgående arbejde er særligt opmærksom på også at få retspsykiatriske brugere af anden etnisk herkomst end dansk tidligt ind i det offentlige system

- At man i såvel psykiatriske som sociale tilbud til retspsykiatriske brugere har en stor viden om behandling af og støtte til mennesker med skizofreni og personlighedsforstyrrelser

- At der i alle regioner afholdes mindst én temadag pr. år, der skal sikre regelmæssig videns- og erfaringsudveksling mellem socialpsykiatrien, almenpsykiatrien og retspsykiatrien

- At der i alle regioner implementeres den samme metode for at arbejde med farlighedsvurderinger

- At der arbejdes systematisk med at forebygge vold og herunder udvikle metoder for at arbejde med konflikthåndtering og mægling i forhold til målgruppen

- At der forskes mere i effekten af indsatsen både i psykiatrien og socialpsykiatrien

- At undersøge effekten af den retspsykiatriske indsats, hvor følgende parametre bør indgå: tilbagefald til kriminalitet, misbrug, selvmord, livskvalitet og rehabilitering

- At undersøge/evaluere de særlige ambulante tilbud og muligheder for at motivere patienterne i behandling og social støtte

- At undersøge/evaluere effekten af at sprede retspsykiatriske brugere på de almindelige tilbud med henblik på at undgå stigmatisering af retspsykiatriske patienter/brugere ved at kunne tilbyde en bred vifte af tilbud og behandling.

2.1.4 Kapaciteten i tilbuddene til retspsykiatriske brugere/patienter 1995 – 2005

Nærværende undersøgelse viser, at antallet af tilbud i behandlingspsykiatrien overordnet set hverken er steget eller faldet de seneste 10 år. Kun antallet af ambulante tilbud er steget, hvilket måske kan sammenholdes med en stigning i antallet af amter, der har retspsykiatriske patienter i distriktspsykiatrien. Dog er også antallet af amter, der har en retspsykiatrisk afdeling, steget lidt i perioden 1995 til 2005.

I den amtslige socialpsykiatri er der sket en stigning i købet af retspsykiatriske pladser uden for amtet samt i det opsøgende og udgående arbejde, mens den kommunale socialpsykiatri har oplevet en stigning i antallet af næsten samtlige typer tilbud over de sidste 10 år (formentlig som en effekt af indførelsen af støtte- og kontaktpersonordningen).

Der ser med andre ord ud til at være sket en forrykning af tilbuddene til retspsykiatriske patienter og brugere fra psykiatrisk behandling hen mod tilbud om støtte af mere social karakter. Dette ligger i forlængelse af den målsætning, man satte sig i 1976 om, at mennesker med sindslidelse i højere grad skulle leve som andre mennesker i samfundet, fremfor på institutioner og hospitaler. I det følgende afsnit vil det blive uddybet, hvor der er særlige kapacitetsproblemer.

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At undersøge effekten af de ambulante tilbud, hvor parametre som samarbejde, tilgængelighed, fleksibilitet og forebyggelse indgår

- At der udarbejdes skriftlige oversigter over, hvilke områder de forskellige aktører/sektorer har ansvaret for i forhold til behandlingen af og støtten til de retspsykiatriske brugere. Oversigten bør indeholde en kort beskrivelse af hver enkelt aktørs arbejde og bør løbende opdateres og drøftes mundtligt på fælles møder for samarbejdsgruppen

- At socialpsykiatrien kan tilbyde flere forskellige typer af boliger og tilbud, så man kan matche differentierede behov hos de retspsykiatriske brugere.

2.1.5 Ventelister

Generelt viser besvarelserne i undersøgelsen, at der i 2005 er et problem med ventelister til tilbud til retspsykiatriske patienter. Der er ventelister til især retspsykiatriske lukkede afdelinger, lukkede afdelinger i almenpsykiatrien og socialpsykiatriske botilbud.

Interviewene antyder, at man skal tage fat på ventelisterne til botilbuddene først. De patienter, der står på ventelister hertil, venter nemlig ofte i retspsykiatrien – og bevirker på deres side så igen, at der er ventelister hertil for patienter, der netop har fået dom.

Der har været en del fokus i medierne på, at denne gruppe – de nydomfældte – tilbringer ventetiden i fængsel. Data viser imidlertid, at dette kun gør sig gældende i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S.

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At alle retspsykiatriske patienter, som har brug for behandling på lukkede retspsykiatriske afdelinger, tilbydes dette hurtigst muligt

- At kapaciteten på retspsykiatriske afdelinger udvides, så ingen venter i fængselsregi, hvis man er dømt til behandling

- At der udvikles flere særlige botilbud, som kan rumme beboere med misbrug og særlig adfærd

- At der udvikles et særligt udgående og opsøgende støtte/kontaktpersonsarbejde i forhold til mennesker med anden etnisk baggrund end dansk.

2.1.6 Tværsektorielt samarbejde

Undersøgelsens data fra såvel spørgeskemaer som interview understreger, at et tæt tværfagligt samarbejde omkring retspsykiatriske patienter er centralt, fordi en stor del af disse patienter (fx sindslidende med misbrugsproblemer) permanent befinder sig i en gråzone mellem psykiatrien, retssystemet og det sociale system. Deres problemer er så komplekse, at en tværsektoriel indsats er nødvendig.

De kvantitative resultater viser, at der er sket en stigning i antallet af aktører, der anvender samarbejdsmodeller og -metoder inden for de sidste 10 år, hvilket tyder på, at man er opmærksom på vigtigheden i det tværsektorielle samarbejde.

I den kommunale socialpsykiatri ser det ud til, at antallet af amter og kommuner, der har en samarbejdspolitik, er faldet fra 2000 til 2005. En mulig forklaring herpå kan være kravet om kommunernes etablering af støtte- og kontaktpersonordningen, som sammen med Servicelovens øvrige tilbud opfanger nogle brugere, før deres problemer bliver meget massive.

Overordnet set er det ikke mange amter og kommuner, der har udformet en særlig samarbejdspolitik omkring retspsykiatriske patienter/brugere. Dette kan dels have historiske årsager, dels skyldes, at der er tale om forskellige sektorer med forskellige regelsæt og fagligheder, som skal samarbejde.

Der findes tilsyneladende mange forskelligartede samarbejdsmodeller og -metoder imellem de forskellige aktører. Overordnet samarbejdes der på tværs af sektorer om især to opgaver: Overdragelse af patienter fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien (ofte i forbindelse med visitation til botilbud eller lignende) samt løbende samarbejde omkring retspsykiatriske patienter i ambulant behandling. Samarbejdsformerne er som regel faste møder eller ad hoc møder, løbende telefonisk kontakt samt koordinations- eller handleplaner.

Interviewene peger på, at det ikke er afgørende, hvor aktørerne samles, eller hvem der får ansvaret for hvad i den enkelte sag. Det er derimod vigtigt, at alle relevante parter i en konkret sag er enige om, hvem der gør hvad, hvem der har ansvar for hvad – samt hvem der skal kontakte hvem, hvis noget skulle opstå akut undervejs. I den forbindelse er det blevet fremhævet, at alle aktører bør være aktivt involveret i (eller repræsenteret ved) planlægningen af forløbet efter udskrivningen.

Det eneste, der som udgangspunkt skal være formaliseret og fastlagt for, at samarbejdet fungerer godt, er således rammerne omkring, hvordan ansvar og opgaver fordeles og koordineres. Samtidig skal samarbejdet være så fleksibelt, at det kan tilpasses individuelle og akutte behov.

Anbefalinger
På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At der udarbejdes en koordinationsplan for behandlingen og støtten til hver enkelt retspsykiatrisk bruger, som gælder alle de tilbud, brugeren kommer til at modtage. Planen skal sikre kontinuitet og helhed i den samlede indsats gennem:
    - At hver enkelt patient har en individuel plan, som sikrer behandling, social støtte og rehabilitering
    - At brugerens præferencer og ønsker så vidt muligt er dækket
    - At der er en kontaktperson enten fra psykiatrien eller socialpsykiatrien, som er koordinerende led i forhold til de øvrige tilbud
    - At der bør arbejdes på at udvikle brugerindflydelse, så brugeren får maksimalmulighed for at tage ansvar og dermed også tydeliggøre et håb for et ønskværdigt mål for fremtid

- At der sker en gradvis udslusning af retspsykiatriske patienter fra hospitalspsykiatrien til socialpsykiatrien eventuelt gennem almenpsykiatrien og distriktspsykiatrien. Udslusningen skal sikre en koordineret udskrivning ved:
    - At der med den pågældende patients/brugers samtykke sker en udveksling af nødvendige oplysninger mellem de forskellige instanser
    - At der aftales konkrete opfølgninger, således at brugeren mødes med socialpsykiatrien og psykiatrien
    - At indsatsen justeres undervejs, hvis brugerens behov og ønsker ændres

- At der etableres samarbejdsaftaler om faste møder og koordination af arbejdet mellem alle relevante aktører og sektorer vedrørende de retspsykiatriske brugere

- At der samarbejdes på beslutningstagerniveau mellem psykiatrien og socialpsykiatrien minimum to gange pr. år, hvor formålet er at justere den overordnede samarbejdspolitik

- At der afholdes samarbejdsmøder på tilbudsniveau og behandlingsniveau minimum 4 gange pr. år, hvor formålet er at sikre kontinuitet og kvaliteten i det daglige samarbejde

- At der er konkret samarbejde på sagsniveau, hvor relevante kontaktpersoner deltager efter behov, med den koordinerende person som ansvarlig for indkaldelse. På dette niveau skal patienten/brugeren i videst muligt omfang have mulighed for at deltage.

2.1.7 Igangværende tiltag og overvejelser om ændrede tilbud og sektorsamarbejde i 2005 i lyset af strukturreformen

I forbindelse med den kommende strukturreform foreligger der i behandlingspsykiatrien en del konkrete planer om at ændre eller omfordele kapaciteten i forhold til behandling af retspsykiatriske patienter. I socialpsykiatrien derimod er der relativt få konkrete planer om at ændre eller omfordele kapaciteten særligt for de retspsykiatriske brugere – hvilket ikke er mærkeligt, da disse brugere indgår på lige fod med alle andre brugere.

I forhold til behovet for yderligere foranstaltninger udtrykker informanter fra både behandlings- og socialpsykiatrien ét ønske: Der er først og fremmest behov for flere og mere specialiserede socialpsykiatriske boformer målrettet dømte med misbrug. Herudover peger såvel almenpsykiatrien som socialpsykiatrien (både den kommunale og den amtslige) på, at der er behov for mere viden og faglig opkvalificering på området.

En del amter og kommuner oplyser, at de har taget initiativ til at udvikle samarbejdet omkring de retspsykiatriske patienter og brugere i lyset af den kommende strukturreform. I 80 % af de amter, der har besvaret spørgsmålet, beretter behandlingspsykiatrien, at der er igangsat initiativer til at koordinere og forbedre samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatrien. Det samme svarer henholdsvis 50 % og 59 % i den amtslige og kommunale socialpsykiatri. De konkrete eksempler viser, at det ikke er de samme initiativer, der er tale om.

Denne undersøgelse har allerede afdækket, at et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring retspsykiatriske brugere - ifølge samtlige aktørers mening - er afgørende, men vanskeligt. Data viser imidlertid, at aktørerne er undervejs med at styrke samarbejdet!

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen anbefales:

- At fagpersoner fra allerede benyttede tilbud kan følge den retspsykiatriske bruger over i et nyt tilbud og samtidig yde konsulentbistand til medarbejderne ved det nye tilbud. Målet skal være at skabe sammenhæng for de retspsykiatriske brugere såvel som for de forskellige fagpersoner

- At der igangsættes fælles kurser og kompetenceudviklende aktiviteter på tværs af sektorerne om de særlige problemstillinger, der vedrører kriminelle sindslidende, for både at styrke medarbejdernes individuelle kvalifikationer og samtidig skabe fælles referencerammer.

3. Samarbejde inden for rammerne af forskellige lovgivninger og på tværs af sektorer

Med henblik på at give et overblik over relevant lovgivning samt anvendte former for sociale tilbud i relation til dømte sindslidende anføres nedenfor en summarisk gennemgang af lovbestemmelser indenfor den psykiatriske og den sociale sektor, der har betydning for projektets problemstilling. Derudover redegøres der kortfattet for de relevante aktører indenfor området og deres respektive kompetencer.

3.1 Straffelovens §§ 16, 68 og 69[2]

Straffeloven bygger på den grundlæggende forestilling, at mennesker med sindslidelse ikke kan drages til ansvar for deres handlinger – de er ikke tilregnelige i strafferetlig forstand. Straffelovens § 16, stk. 1, fastslår således, at

"*Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom 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 sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor*."

Overfor tiltalte personer, der frifindes for straf i medfør af straffelovens § 16, kan der ifølge straffelovens § 68 bl.a. træffes bestemmelse om anbringelse i hospital for sindslidende (psykiatrisk afdeling), i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg, eller om afvænning, psykiatrisk behandling m.v. I medfør af § 69 kan foranstaltninger efter § 68, 2. pkt., anvendes over for personer, der ved den strafbare handlings foretagelse befandt sig 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.

Anbringelse i forvaring kan kun ske under de betingelser, der er nævnt i Straffelovens § 70. Den pågældende lovovertræder skal her have begået kriminalitet af meget personfarlig karakter (fx drab, grov vold, voldtægt, brandstiftelse), ligesom der skal foreligge en nærliggende risiko for fornyet kriminalitet.

Bliver sindslidende lovovertrædere dømt til foranstaltninger efter Straffelovens § 68 og § 69, fastsættes som udgangspunkt en *længstetid.* Dette betyder, at der er en dato for, hvornår

[2] Lovbekendtgørelse nr. 960 af 21. september 2004 af Straffeloven

dommen bliver ophævet. Anderledes er det med tidsubestemte domme, hvor der ikke er en længstetid.

Når kriminaliteten ikke er af personfarlig karakter, fastsættes en længstetid for foranstaltningen på 5 år, såfremt foranstaltningen medfører eller giver mulighed for, at den dømte anbringes i institution. I sager, hvor foranstaltningen ikke giver mulighed for anbringelse (fx foranstaltninger som alene indebærer tilsyn eller pligt til at følge et ambulant psykiatrisk behandlingsforløb), skal der fastsættes en længstetid, som ikke kan overstige 3 år.

Ved en tidsubestemt dom skal dommen senest vurderes, når der er gået fem år. Vurderingen kan medføre, at foranstaltningen ændres, ophæves eller forlænges. Hvis foranstaltningen bliver forlænget og således går ud over fem år, skal dommen efterfølgende vurderes mindst hvert andet år.

3.2 Aktører i relation til sindslidende med dom

Når mennesker med sindslidelse får dom efter Straffelovens § 68 og § 69, kan følgende aktører være involveret i at føre dommen ud i livet: retspsykiatrien (inklusive forvaring), behandlingspsykiatrien (almenpsykiatrien, distriktspsykiatri, opsøgende psykoseteam, OPUS (opsøgende tilbud til unge med skizofreni) og psykiatriske ambulatorier), Kriminalforsorgen[3], socialpsykiatrien og det sociale system[4]. De respektive aktørers opgaver/kompetencer er:

[3] Der skal føres *kriminalpræventivt tilsyn* med sindslidende lovovertrædere, der har fået en dom. Ved et kriminalpræventivt tilsyn skal den dømte regelmæssigt mødes med den tilsynsførende, enten hos den dømte eller et andet sted. Formålet med tilsynet er at forhindre ny kriminalitet og indebærer derfor både støtte og kontrol. Støtten sker i forhold til hjælp med dagligdags ting, og i forhold til at skabe kontakt til omverdenen gennem fx uddannelse og/eller arbejde. Den dømte skal kontrolleres i det omfang, der er nødvendigt for at fuldbyrde straffen. Den tilsynsførende skal således bl.a. orienteres om ændringer i den dømtes opholdsadresse og forsørgelsesgrundlag.
Tilsynet er afhængig af den dømtes vilje til at samarbejde. Hvis der ikke kan skabes et samarbejde, kan Kriminalforsorgen blive nødsaget til at melde tilbage til anklagemyndigheden, at de ikke er i stand til at effektuere dommen.

[4] Derudover benyttes Straffelovens § 71, når mennesker med sindslidelse får en dom til institutionsanbringelse eller til forvaring. Paragraffen sikrer, at de får beskikket en bistandsværge, hvis opgave det bl.a. er at drage omsorg for, at foranstaltningen ikke varer længere end nødvendigt (Straffelovens § 71, stk. 2). Dette betyder, at bistandsværgen er en af de aktører, som kan anmode om at få ændret eller ophævet den dømtes foranstaltning (Straffelovens § 72).

3.2.1 Retspsykiatrien

- behandler sindslidende patienter med dom til anbringelse på åbne eller lukkede afdelinger[5]. I nogle tilfælde behandles også patienter med en behandlingsdom, der giver mulighed for anbringelse – både som ambulant kontakt og under eventuelle perioder med anbringelse. De retspsykiatriske afdelinger gennemfører også mentalundersøgelser af sigtede, som man vurderer måske skal fritages for straf som følge af sindssygdom. Nogle retspsykiatriske afdelinger huser desuden sindslidende i varetægtssurrogat, mens deres sag efterforskes. Endelige huser nogle retspsykiatriske afdelinger også patienter med ekstrovert adfærd, som ikke har en dom.

3.2.2 Almenpsykiatrien

- indeholder almindelige åbne og lukkede psykiatriske afdelinger for mennesker med sindslidelse, herunder også dømte. Nogle dømte udsluses fra retspsykiatrisk afdeling direkte til almenpsykiatrisk lukket afdeling og derfra videre til åben afdeling, efterhånden som dommen justeres i takt med at behandlingen virker.

I almenpsykiatrien indlægges patienter med behandlingsdom dog oftest 'udefra' og på lige fod med patienter uden dom – det vil sige efter behov. Hvis dommen giver mulighed for anbringelse, kan den dømte indlægges i henhold til dommen, det vil sige eventuelt uden samtykke. Dommen betyder, at dømte ofte har længere liggetid end ikke-dømte patienter i almenpsykiatrien, idet de først kan udskrives, når det vurderes, at der ikke er risiko for kriminalitet. Nogle almenpsykiatriske afdelinger har desuden mennesker med sindslidelse i varetægtssurrogat.

3.2.3 Distriktspsykiatrien

Distriktspsykiatrien behandler ikke-indlagte psykiatriske patienter, som bor i eget hjem, i botilbud og lignende. Sindslidende med behandlingsdom behandles ofte ambulant side om

[5] Sikringsafdelingen ved Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland udgør en særlig enhed indenfor hospitalet, men indgår som en integreret del af hospitalets retspsykiatriske afdeling. Afdelingen optager sindssyge personer om hvem det ved dom, kendelse eller administrativ resolution i medfør af § 40 i lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien bestemmes, at der bør træffes sikkerhedsforanstaltninger over for dem. Der optages dog kun personer, som af Justitsministeriet skønnes egnede dertil. Desuden modtages varetægtsfængslede efter kendelse til hospitalsmæssig mentalobservation i henhold til retsplejelovens § 809, stk. 2, når de af anklagemyndigheden anses for så personfarlige eller risikoen for undvigelse for så stor, at observation i Sikringsafdelingen er påkrævet. Varetægtsfængslede herudover modtages alene i henhold til retsplejelovens § 777. Sikringsafdelingen bør udadtil yde fængselsmæssig sikkerhed og indadtil byde hospitalsmæssige forhold hvad angår behandling, pleje og fysisk miljø i overensstemmelse med de til enhver tid gældende normer for god psykiatrisk sygehusstandard. Sikringsafdelingen drives af Vestsjællands Amt og er undergivet tilsyn af Sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsnets centralstyrelse m.v.

side med alle andre, dog under hensyntagen til deres dom, hvilket fx betyder, at der skal sikres regelmæssig kontakt med den psykiatriske overlæge.

3.2.4 Socialpsykiatrien

Den amtslige socialpsykiatri er ansvarlig for botilbud til mennesker med sindslidelse, dagtilbud/beskyttede værksteder og herberger.

De kommunale socialpsykiatriske/sociale tilbud omfatter midlertidige ophold (med en varighed på imellem ca. 1 måned og 20 år) i boformer og opgangsfællesskaber, bostøtte, støtte- og kontaktpersonordninger (SKP), hjemmehjælp, værestеder og dagtilbud/beskyttede værksteder.

3.3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien[6]

Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien regulerer brugen af tvangsmæssige foranstaltninger i psykiatrisk regi og omfatter kun patienter, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Herved forstås såvel psykiatriske afdelinger og afsnit på psykiatriske sygehuse, som psykiatriske afdelinger i tilknytning til somatiske sygehuse.

Psykiatriloven omfatter således ikke mennesker med sindslidelse, der ydes ophold i et botilbud efter Serviceloven - med mindre de er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Psykiatriloven finder med andre ord kun anvendelse i sundhedsvæsenets psykiatriske regi, mens reglerne om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten i Serviceloven alene finder anvendelse på det sociale område.

Der kan derfor kun opstå tvivlsspørgsmål om, hvilke regler der skal anvendes, i en overgangsfase, hvor en patient med sindslidelse udskrives fra det psykiatriske system og straks skal have tilbud efter den sociale lovgivning. I denne fase påhviler det sundhedsmyndigheder og sociale myndigheder at samarbejde i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler hhv. koordinationsplaner (efter Psykiatriloven) og handleplaner (efter Serviceloven).

[6] Lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, som ændret ved lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998

3.4 Botilbud og pædagogisk støtte efter Serviceloven[7]

Med Serviceloven fra 1998 blev institutionsbegrebet ophævet og erstattet af et bo- og servicetilbud. I dag taler man i stedet om botilbud, der i højere grad minder om private boliger, og hvor bolig og arbejdsplads er blevet adskilt fra hinanden. Den sociale sektor arbejder i dag efter principper om, at mennesker med sindslidelse i videst muligt omfang får indflydelse på, om de vil bo i selvstændig bolig eller i kollektive boformer, herunder hvem de vil bo sammen med.

En amtskommune har (efter Servicelovens § 92) pligt til at tilbyde bolig til mennesker, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp i almindelige daglige funktioner eller har behov for pleje, omsorg eller behandling - hvis disse behov ikke kan dækkes på anden måde.

Serviceloven fastslår, at en bruger skal have indflydelse på de tilbud, vedkommende får. Den pågældende skal dels generelt selv at vælge det botilbud, han eller hun vil benytte sig af (Servicelovens § 92), dels have mulighed for at medvirke til udarbejdelsen af individuelle handleplaner for den pædagogiske indsats (Serviceloven § 111). De bo- og støttetilbud, som amter og kommuner giver dømte sindslidende med behov herfor, fungerer således efter Servicelovens regler og er dermed brugerens "egen bolig."

Bestemmelsen sikrer brugerens principielle ret til at vælge frit i forhold til, hvor vedkommende vil bo, og om det skal inkludere en ægtefælle, samlever eller registreret partner. Amterne har en visitationsret til deres botilbud, ligesom de generelt selv fastlægger såvel bo- som serviceniveau.

Med Servicelovens § 112 er det blevet et lovkrav, at personalet på bo- og dagtilbud skal *inddrage brugerne* i dagligdagens tilrettelæggelse og anvendelse. Brugerne af dag- og botilbud skal således have indflydelse og medbestemmelse i det omfang, de kan og/eller selv ønsker det.

Kommunen eller amtskommunen skal efter Servicelovens § 111 tilbyde at udarbejde en skriftlig *handleplan for indsatsen* for personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller personer med alvorlige sociale problemer. Handleplanen bør udarbejdes ud fra brugerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne. Planen skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen samt særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling m.v. Indsatsen over for dømte sindslidende skal også fastsættes i en handleplan.

[7] Lovbekendtgørelse nr. 280 af 5. april 2005 af lov om social service

I særlige tilfælde kan det være nødvendigt at udøve en vis, begrænset *magtanvendelse* over for et menneske med sindslidelse - fordi den øjeblikkelige situation rummer stor risiko for, at den pågældende er til fare for sig selv eller andre (Servicelovens § 109). Serviceloven angiver de magtmidler (fx alarmsystemer, tilbageholdelse, fastholdelse), som må anvendes indenfor rammerne af den sociale sektor. Serviceloven angiver ligeledes de procedurer, der skal følges før, under og efter magtanvendelsen, herunder regler om indberetning.

3.5 Sundhedsfaglig behandling i bo- og servicetilbud

Patientretsstillingsloven[8] gælder for mennesker, der inden for sundhedsvæsenet eller andre steder, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling af sundhedspersoner, medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen. Loven omfatter også de tilfælde, hvor en sundhedsperson udfører sundhedsmæssige opgaver i hjemmet eller uden for den almindelige primære og sekundære sundhedssektor, fx inden for det sociale område på plejehjem og i andre boformer.

Ved sundhedsmæssig behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og forebyggelsestiltag over for en konkret patient. Som eksempler på sundhedsmæssig behandling kan nævnes medicingivning, insulinbehandling, øjendrypning, tandbehandling, sårbehandling, blodprøvetagning, vaccinationer.

Loven handler om selvbestemmelse (information og samtykke), aktindsigt og tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv. Som udgangspunkt kræver enhver form for behandling et samtykke fra patienten på grundlag af fyldestgørende information om sygdommen og behandlingsmulighederne – et informeret samtykke.

Patientretsstillingsloven åbner ikke mulighed for, at man kan behandle en voksen patient mod dennes vilje. Der er altså *ikke hjemmel til tvangsbehandling*. Hvis en voksen patient, der ikke selv er i stand til at give samtykke til behandling, i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende ikke vil behandles, kan man, uanset samtykke fra de nærmeste pårørende eller en værge, ikke gennemtvinge behandlingen. Hvis patienten protesterer mod fx at tage medicin, er der således ikke hjemmel til at gennemtvinge behandlingen.

Der er heller ikke hjemmel i Patientretsstillingsloven til at foretage det, som man betegner som "skjult medicinering." Det er således ikke lovligt at aftale med det pædagogiske støttepersonale, at medicinen skal skjules i maden for på den måde at få medicinen i patienten.

[8] Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling

Er der tale om behandlingssituationer, der er omfattet af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, gælder patientretsstillingslovens almindelige regler, medmindre de fortrænges af de specielle regler, som lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien indeholder.

4. Antal retspsykiatriske patienter og brugere

Der eksisterer - bl.a. i medierne - en generel opfattelse af, at antallet af sindslidende, der begår kriminalitet, er steget de sidste år (Politiken 26/9-05[9]; Information 23/6-05[10]). Denne opfattelse er delvist baseret på undersøgelsesresultater fra de sidste år om en stigning i antallet af mennesker med behandlingsdomme. Bl.a. påpeger Amtsrådsforeningens rapport (2004 s. 11), at antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark - baseret på oplysninger fra landspatientregisteret - er næsten firedoblet siden 1980 (fra 490 personer i 1980 til 1.800 personer i 2002).

I denne undersøgelse er det ikke blot blevet forsøgt at indhente opdaterede tal om udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter og brugere fra flere forskellige behandlingstilbud, men også at gå bag om tallene for at finde en forklaring på udviklingen. Dette er sket ved at kombinere kvantitative og kvalitative data fra en bred vifte af informanter.

4.1 Antallet af retspsykiatriske patienter og brugere

Ser man på nærværende undersøgelses oplysninger, er der sket *mere end en tredobling* af det samlede antal retspsykiatriske brugere og patienter i årene 1995 – 2005 (se figur 1 nedenfor). Dette stemmer godt overens med Amtsrådsforeningens resultater. I både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri har man oplevet en stigning i antallet af retspsykiatriske brugere og patienter:

Fig. 1: Det samlede antal retspsykiatriske brugere og patienter i 1995, 2000 og 2005

Antal retspsykiatriske brugere og patienter i	**1995**	**2000**	**2005**
Behandlingspsykiatrien	433	858	1329
Den amtslige socialpsykiatri	21	53	274
Den kommunale socialpsykiatri	10	51	77

NB! Det skal bemærkes, at en del kommuner ikke har besvaret dette spørgsmål, idet de ikke har retspsykiatriske brugere eller ikke er bekendte med, om brugerne har fået en dom.

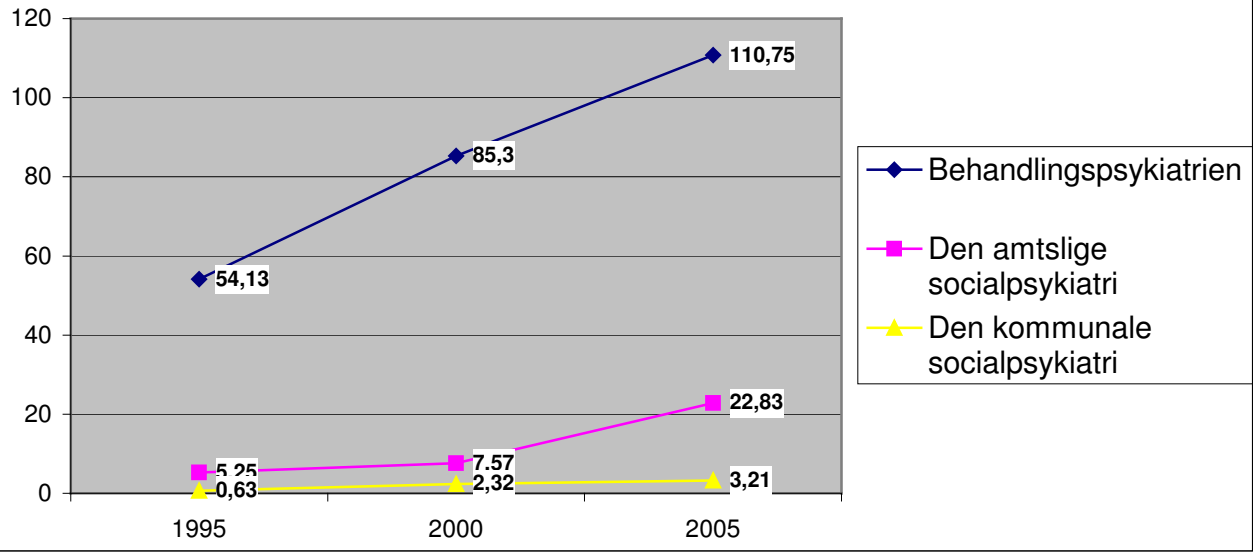
Det skal understreges, at *alle* retspsykiatriske patienter er i kontakt med behandlingspsykiatrien (det vil sige retspsykiatrien eller almenpsykiatrien (herunder distriktspsykiatrien)), enten som indlagte eller i ambulant behandling. Samtlige retspsykiatriske brugere i henholdsvis den

[9] Politiken 26/9-2005. Behandlingsdømte må vente i fængsler. 1. sektion s. 2. Af Trine Maria Ilsøe og Frank Hvilsom
[10] Information 24/10-2005. Antallet af psykisk syge kriminelle stiger. Indland, s. 5.

amtslige og den kommunale socialpsykiatri er altså i kontakt med behandlingspsykiatrien og burde indgå i dette tal. Tallene kan med andre ord ikke lægges sammen.

Selvom alle amter har besvaret spørgeskemaet om behandlingspsykiatrien, og næsten alle amter har besvaret spørgeskemaet om den amtslige socialpsykiatri, er der stadig forholdsvis mange helt ubesvarede spørgeskemaer fra den kommunale socialpsykiatri samt en del delvist ubesvarede spørgeskemaer fra alle tre sektorer - især hvad angår årene 1995 og 2000. For at kompensere for antallet af ubesvarede spørgeskemaer er udviklingen i det *gennemsnitlige* antal retspsykiatriske brugere og patienter pr. amt eller kommune blandt dem, der har besvaret spørgsmålene, derfor blevet beregnet. Udviklingen fremgår af figur 2:

Fig. 2: Udviklingen i det gennemsnitlige antal retspsykiatriske brugere/patienter pr. amt eller kommune fra 1995 til 2005



Diagrammet viser, at der er sket en markant og temmelig jævn stigning i det gennemsnitlige antal retspsykiatriske brugere og patienter pr. amt og kommune i både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri fra 1995 til 2005.

Tallene siger ikke nødvendigvis noget om, at der er flere mennesker med sindslidelse, der begår kriminalitet end tidligere. Det eneste, vi med sikkerhed kan sige ud fra tallene, er, at der de sidste10 år er sket en stigning i antallet af personer, der får en behandlingsdom.

Men ovenstående diagram fortæller desuden, at:

- Den største stigning er sket i den kommunale socialpsykiatri. Her ses en *femdobling* af det gennemsnitlige antal retspsykiatriske brugere pr. kommune fra 1995 til 2005.

- Den amtslige socialpsykiatri har oplevet mere end en *firedobling* af det gennemsnitlige antal retspsykiatriske brugere pr. amt de sidste 10 år (hvor et enkelt amt kan have op til 62 retspsykiatriske brugere i 2005).
- Behandlingspsykiatrien har oplevet en *fordobling* i det gennemsnitlige antal retspsykiatriske patienter pr. amt fra 1995 til 2005, og her kan et enkelt amt have helt op til 323 retspsykiatriske patienter i 2005.

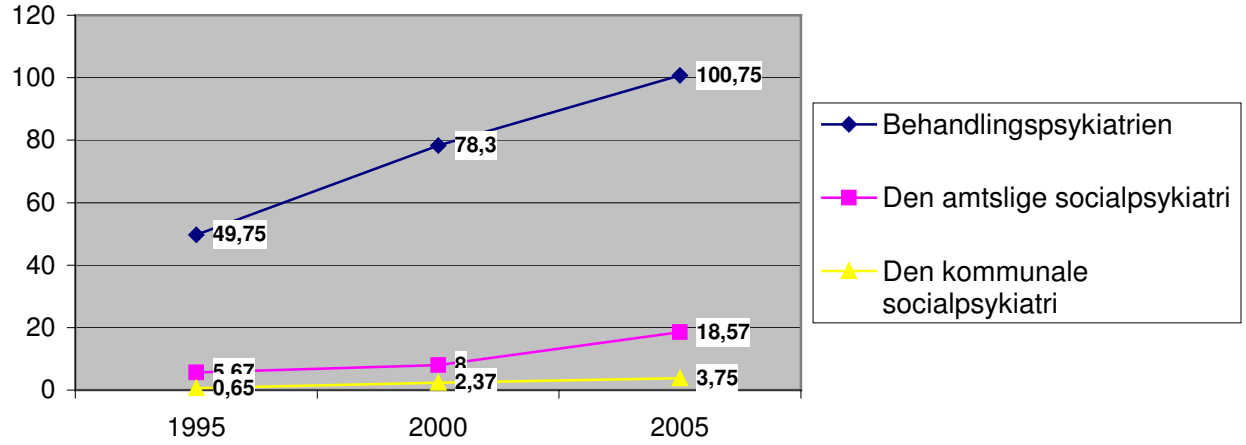
Med andre ord er tendensen, at de retspsykiatriske brugere i stigende grad behandles i ambulant regi og ofte støttes i sociale tilbud uden for hospitalerne.

4.2 Sindslidende med dom efter § 68 og § 69

Ovenstående tal for antallet af retspsykiatriske patienter og brugere inkluderer et antal retspsykiatriske patienter/brugere, som egentlig ikke er undersøgelsens målgruppe (bl.a. personer indlagt til retspsykiatrisk observation).

Hvis man isolerer nærværende undersøgelses målgruppe - sindslidende med dom efter Straffelovens § 68 og § 69 - er der stort set sket den samme stigende udvikling i det gennemsnitlige antal brugere og patienter pr. amt eller kommune som ved antallet af alle retspsykiatriske brugere og patienter (jævnfør nedenstående figur 3):

Fig. 3: Udviklingen i det gennemsnitlige antal brugere/patienter i henhold til Straffelovens § 68 og § 69 pr. amt eller kommune fra 1995 til 2005



Også her er det især de sociale tilbud, der har oplevet en stor stigning i antallet af brugere, selvom behandlingspsykiatrien har oplevet en fordobling. Til sammenligning giver Amtsrådsforeningens rapport (2004) følgende oplysninger:

- Fra 1980 til 2002 steg antallet af retspsykiatriske patienter med behandlingsdom fra 225 til 1.066.
- Antallet af retspsykiatriske patienter med anbringelsesdom steg fra 30 til 57.

I forhold til nærværende rapports målgruppe blev gruppen med behandlingsdom ifølge Amtsrådsforeningens oplysninger således firedoblet, mens gruppen med anbringelsesdom blev fordoblet i 1980 – 2002.

4.3 Hvilke typer kriminalitet har de retspsykiatriske patienter og brugere begået?

I spørgeskemaundersøgelsen er behandlingspsykiatrien blevet spurgt om, hvilke typer kriminalitet alle aktuelle retspsykiatriske patienter har fået dom for. Det giver et billede af gruppen af retspsykiatriske patienter og deres behov for støtte og behandling.

Typisk har de retspsykiatriske patienter begået og fået dom for vold og anden personfarlig kriminalitet – det har 33,4 %. Men også tyveri, ildspåsættelse, anden berigelseskriminalitet samt voldtægt/voldtægtsforsøg og sædelighedskriminalitet er hyppigt begåede kriminalitetstyper blandt retspsykiatriske patienter (se figur 4 i bilagstabellerne).

Andelen på 33,4 % af de retspsykiatriske patienter, der har begået vold eller anden personfarlig kriminalitet, er noget mindre end det tal, Amtsrådsforeningens undersøgelse[11] (2004 s. 8) fandt for 2003, hvor 42 % af de retspsykiatriske patienter havde begået vold eller anden personfarlig kriminalitet. Andelen af retspsykiatriske patienter, der har begået drab, er - i sammenligning med Amtsrådsforeningens resultater - tilsyneladende også faldet fra 7,5 % i 2003 til 4,8 % i 2005 (se figur 4 i bilagstabellerne). Ligeledes er antallet af retspsykiatriske patienter, der er blevet dømt for ildspåsættelse i 2005 (8,5 % - se figur 4 i bilagstabellerne) mindre end tallet for 2003, som var på 12 %. Det ser med andre ord ud til, at andelen af alle de fysisk voldelige lovovertrædelser blandt retspsykiatriske patienter er faldet de sidste to år.

Til gengæld er lidt flere retspsykiatriske patienter blevet dømt for røveri, tyveri og anden berigelseskriminalitet i 2005 (21,7 % sammenlagt – se figur 4 i bilagstabellerne) end i 2003, hvor Amtsrådsforeningen (2004) fandt, at 16 % havde begået denne type kriminalitet. Der er

[11] Amtsrådsforeningens tal fra 2003 er i øvrigt også baseret på en tværsnitsundersøgelse – det vil sige, at de er opgjort på en enkelt dag – hvorfor de på samme vis som nærværende undersøgelse kan have en overrepræsentation af de længerevarende domme. De to undersøgelser er altså direkte sammenlignelige.

ligeledes flere retspsykiatriske patienter, der er blevet dømt for narkotikakriminalitet i 2005 (5,8 % - se figur 4 i bilagstabellerne) end i 2003, hvor 3 % blev dømt for dette.

Tallene antyder en forskydning i de lovovertrædelser, som retspsykiatriske patienter bliver dømt for, fra fysisk voldelige lovovertrædelser til berigelseskriminalitet. Dette svarer ikke til mediernes aktuelle fremstilling af kriminelle sindslidende, idet det her ofte påpeges, at mennesker med sindslidelse i stadigt stigende grad begår vold og anden personfarlig kriminalitet:

"*De seneste 20 år er antallet af retspsykiatriske patienter femdoblet, og kriminaliteten bliver mere voldelig.*"

(Information, 24. oktober 2005)[12]

Spørgeskemaundersøgelsens resultater indikerer, at denne udvikling måske ikke er helt så entydig.

På den anden side er det dog sådan, at sammenlignes sindslidendes kriminalitet med kriminalitet begået af ikke-sindslidende dømte, viser tal fra Amtsrådsforeningens undersøgelse, at mennesker med skizofreni oftere begår personfarlig kriminalitet end andre, men til gengæld sjældnere begår ikke-personfarlig kriminalitet såsom tyveri i sammenligning med andre mennesker:

"*Det er imidlertid åbenbart, at dømte skizofrene mænd væsentligt hyppigere end mænd, dømt med almindelige straffe, begår vold (68 % mod 29 %). Det samme synes at være tilfældet for ildspåsættelse (3 % mod 0,3 %), medens hyppigheden af ikke personfarlig kriminalitet er væsentlig lavere (25 % mod 67 %). Niveauerne for kvinder er stort set de samme med ildspåsættelse estimeret blandt skizofrene kvinder til ca. 9 % mod 0,4 % blandt kvinder idømt almindelige straffe. Skizofrene mænd har begået ca. 5 % af samtlige tilfælde af vold og ca. 15 % af samtlige tilfælde af brandstiftelse i København og Frederiksberg Kommuner.*"

(Amtsrådsforeningen, 2004 s. 18).

Det skal dog bemærkes, at procentdelen af skizofrene lovovertrædere i relation til personfarlige forbrydelser naturligt vil være større end gennemsnittet for ikke-sindslidende dømte, fordi man ved personfarlig kriminalitet næsten automatisk foretager en mentalobservation.

[12] Information 24/10-2005. Antallet af psykisk syge kriminelle stiger. Indland, s. 5.

4.4 Et indlæg i debatten om det stigende antal retspsykiatriske patienter

I interviewene blev det øgede antal retspsykiatriske patienter berørt. I den forbindelse blev der efterlyst en mulig forklaring på årsagerne til stigningen.

Interviewpersoner fra retspsykiatrien på Fyn oplyste, at omkring 30 % af de retspsykiatriske patienter ikke er kendt i det psykiatriske system, når de får en dom. Disse interviewpersoner opfattede de relativt mange dømte, som ikke tidligere er diagnosticerede, som en mulig indikation på, at et stigende antal dømte ikke skyldes et faldende antal sengepladser i psykiatrien.

Beslutningstagere fra København mente i overensstemmelse hermed heller ikke, at stigningen skyldes, at der er for få senge. De oplyste, at spørgsmålet om senge bør ses i sammenhæng med antal pladser i botilbud sammenholdt med antal senge i hospitalsregi. På denne baggrund er antallet af senge steget.

Beslutningstagerne oplyste desuden, at der i et amt er overskydende kapacitet af åbne sengepladser i almenpsykiatrien. Dette er endnu en indikation på, at det – i hvert fald i dette amt – ikke er mangel på sengepladser, som har ført til en stigning i antallet af sindslidende der får dom:

> *"Vi har oplevet, at behovet for senge er faldet. Udnyttelsen af senge er faldet med 70 åbne senge, ud af de knap 1000 vi har. Det er jo derfor, vi vil ændre nogle af vores åbne senge til lukkede retspsykiatriske senge – dvs. vi nedlægger 60 åbne senge. Dér, hvor det smerter, er de lukkede senge – men vi kan vise statistisk, at de åbne senge dem har vi nok af… Vi ved ikke hvorfor kriminaliteten stiger. Men det skyldes ikke bare, at der for få senge."*
>
> (Beslutningstager)

I næsten alle de afholdte interview kom interviewpersonerne uopfordret med især ét bud på stigningen siden 1980 i antallet af sindslidende med dom: personalet var i løbet af de allerseneste år begyndt at anmelde fx vold langt mere.

Flere interviewpersoner pegede således på, at der var en del 'skjult vold' på de tidligere centralinstitutioner. Indtil 1980 boede mennesker med sindslidelse på store institutioner/hospitaler, der næsten fungerede som samfund i samfundet. Vold mellem patienter eller mod plejepersonalet blev betragtet som en uundgåelig del af hverdagen inden for institutionens mure – og som et internt spørgsmål. Voldelige patienter blev derfor så godt som aldrig politianmeldt. I dag er holdningen en anden:

”Hvis vi vil tage alvorligt, at også sindslidende mennesker skal tage beslutninger og ansvar i eget liv, så skal de også stå til ansvar for det, de gør – fx at slå nogen. Og derfor skal vi også anmelde dem.”

(Kommunal socialpsykiatri)

Ifølge interviewpersonerne er der flere årsager til, at personalet i løbet af de seneste år er begyndt at anmelde kriminalitet langt mere. Men først og fremmest anmeldes vold og trusler både i psykiatrien og det sociale system tilsyneladende langt oftere end tidligere på grund af øget opmærksomhed på, at vold på arbejdspladsen ikke bør accepteres:

”*Vi ser ikke generelt en tendens til, at psykiatriske patienter bliver kriminaliseret på grund af manglende sengekapacitet. Men vi ser derimod en tendens til en meget lavere tærskel i forhold til deres adfærd. Fx får mange en dom, mens de er indlagt, på grund af truende adfærd overfor personalet. Det er et stigende antal, betydeligt. Tidligere accepterede man at få et par på hovedet, det gør man ikke mere – fuldstændig berettiget*!”

(Almenpsykiatrien)

I psykiatrien er der desuden eksempler på, at mindre lovovertrædelser anmeldes med det ene formål at få adgang til at behandle en behandlingskrævende patient, som undsiger sig behandling:

”I nogle tilfælde overvejer man simpelthen at politianmelde en person for at få mulighed for at give den behandling, som en person har akut behov for. Der er tilfælde, hvor vi ved, at det eneste redskab, der gør, at vi faktisk kan fastholde behandlingen, det er en dom… Det er simpelthen så fattigt!”

(Almenpsykiatrien)

Også interviewpersoner fra socialpsykiatrien har givet eksempler på dette:

”Vi er blevet mere opmærksomme på vold, og derfor anmelder vi mere. Så det kan være med til den stigning. Men det er ikke kun det, det handler om. Det er også noget med, at vi anmelder for at få en snor i folk, for at få dem til at samarbejde.”

(Amtslig socialpsykiatri)

Der gives dog også eksempler på, at personalet i socialpsykiatrien bevidst <u>ikke</u> anmelder:

- I nogle tilfælde anmelder personalet på botilbud ikke vold og trusler, fordi de er bange for repressalier fra personen med sindslidelse.

- I nogle tilfælde anmelder personalet på botilbud ikke, fordi det vil ødelægge den relation til beboeren, som er central i den socialpædagogiske indsats.
- Af samme grund anmelder nogle hjemmehos'er samt støtte- og kontaktpersoner kun, hvis der er tale om potentielt personfarlig kriminalitet.

Alt i alt er der blandt interviewpersonerne enighed om, at der ikke er entydige og enkle forklaringer på stigningen, og der bør afsættes ressourcer til forskning i sindslidelse og kriminalitet.

5. Karakteristik af de retspsykiatriske patienter i 2005

I planlægningen af behandlings- og støttetilbud såvel som i samarbejdet mellem sektorerne henvises ofte til, at de retspsykiatriske patienters og brugeres behov tillægges en stor betydning. Det er derfor væsentligt for både den enkelte indsats og for den tværsektorielle indsats, at gruppen af retspsykiatriske patienter/brugere belyses nærmere.

5.1 De retspsykiatriske patienters hoveddiagnoser

I spørgeskemaundersøgelsen er behandlingspsykiatrien blevet spurgt om alle aktuelle retspsykiatriske patienters diagnoser.

Langt størstedelen – eller 2/3 – af de retspsykiatriske patienter har i 2005 hoveddiagnosen skizofreni og skizotypisk sindslidelse (F 20-29, se figur 5 i bilagstabellerne). Den næsttypiske hoveddiagnose er forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen (F 60-69), som 13,9 % lider af (se figur 5 i bilagstabellerne).

Til sammenligning viser Amtsrådsforeningens rapport (2004 s. 7) med tal fra 2003 også, at langt den overvejende del (65 %) af de retspsykiatriske patienter var blevet diagnosticeret efter F 20 – 29 (skizofreni), mens 12 % havde en F 60 – 69 diagnose (en personlighedsforstyrrelse). Der ser med andre ord ikke ud til at være sket en markant ændring i de retspsykiatriske patienters hoveddiagnoser de sidste to år.

I de kvalitative interview blev det dog nævnt, at opgørelser som den ovenstående kun registrerer hoveddiagnoser – men at mange retspsykiatriske patienter ofte både er skizofrene og har en personlighedsforstyrrelse.

Beslutningstagere fra København mente ligeledes, at det kan være kompliceret at diagnosticere korrekt, hvor en kombination af skizofreni, personlighedsforstyrrelse, misbrug og stofpsykose kan være til stede.

> ”*Det er hundesvært at diagnosticere… vi mødte patienter, som er diagnosticeret skizofrene, men det er svært at identificere symptomerne. Hvor det fx kan skyldes en stofpsykose, som damper af sammen med abstinenserne - så er der jo behov*

for misbrugsbehandling og ikke skizofrenibehandling. På sådan en baggrund kan der nogen gange gives behandlingsdom fremfor fængsel."

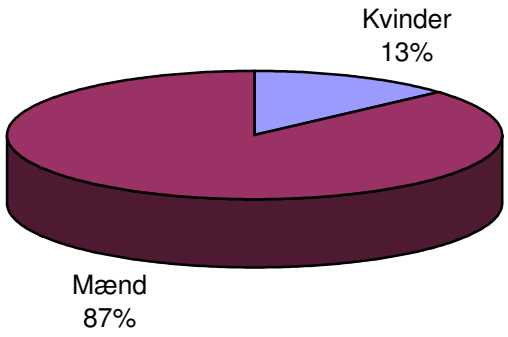
(Beslutningstager)

5.2 De retspsykiatriske patienters og brugeres kønsfordeling

Både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri er i spørgeskemaerne blevet spurgt om de retspsykiatriske brugeres og patienters kønsfordeling (i 2005). Tallene fra de tre sektorer ser ud til at være forholdsvis ens.

Som det tydeligt fremgår af nedenstående diagram vedrørende 2005, er langt størstedelen af de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien, der har fået en dom, mænd:

Fig. 6: Kønsfordelingen blandt de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien, der har fået dom, opgjort den 8/9 2005



Informanterne gav oplysninger om 1.248 mandlige og 191 kvindelige retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien. Til sammenligning viser Amtsrådsforeningens rapport (2004 s. 5), at andelen af kvinder udgjorde 12 % af det samlede antal retspsykiatriske patienter i sundhedsvæsenet (1.527) i maj 2003. Der ser med andre ord ikke ud til at være sket en ændring i de retspsykiatriske patienters kønsfordeling de sidste to år; der er stadig en stor overvægt af mandlige retspsykiatriske patienter.

5.3 De retspsykiatriske patienters og brugeres etniske herkomst

I spørgeskemaundersøgelsen er både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri endvidere blevet spurgt om de retspsykiatriske patienters og brugeres etniske herkomst i 2005. Mere præcist er informanterne blevet bedt om at gøre denne fordeling op pr. 8/9 2005, så resultaterne viser et aktuelt øjebliksbillede[13].

5.3.1 Behandlingspsykiatrien

I behandlingspsykiatrien er 77,2 % af de retspsykiatriske patienter i 2005 af dansk herkomst, og i alt 22,8 % har således anden etnisk baggrund end dansk (se figur 7 i bilagstabellerne).

Blandt de patienter, som ikke er af dansk herkomst, er der langt flest af ikke-vestlig herkomst og kun meget få af anden vestlig herkomst.

Amtsrådsforeningens (2004 s. 6) opgørelse viste, at 22 % af det samlede antal retspsykiatriske patienter i maj 2003 havde anden etnisk baggrund end dansk. Der er således ikke sket en ændring i andelen af retspsykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund i perioden fra 2003 til 2005.

5.3.2 Den amtslige socialpsykiatri

I den amtslige socialpsykiatri 2005 er andelen af retspsykiatriske brugere med etnisk minoritetsbaggrund halvt så stor som i behandlingspsykiatrien, idet den her kun udgør 12,2 % (se figur 8 i bilagstabellerne). Forklaringerne herpå kan være:

- At retspsykiatriske patienter med anden etnisk baggrund end dansk oftere bliver anbragt/indlagt
- At retspsykiatriske brugere oftere skal findes i den kommunale socialpsykiatri (som primært består af tilbud til hjemmeboende dømte) – end brugere med etnisk dansk baggrund.

5.3.3 Den kommunale socialpsykiatri

Den kommunale socialpsykiatri er den sektor, hvor retspsykiatriske brugere med anden etnisk baggrund end dansk udgør den største andel (27,3 % - se figur 9 i bilagstabellerne) - næsten ¾ af de retspsykiatriske brugere er af dansk herkomst. Tallene kunne tyde på, at en forholdsvis

[13] Informanterne er blevet bedt om at opdele de retspsykiatriske patienter i de tre kategorier "Dansk herkomst", "Anden vestlig herkomst" og "Ikke-vestlig herkomst." Patienter/brugere med ikke-vestlig og anden vestlig herkomst defineres som personer, der enten selv er opvokset i et andet land end Danmark eller har en eller to forældre, der kommer fra et andet land end Danmark – uanset patienternes/brugernes nuværende statsborgerskab. Under vestlige lande hører samtlige europæiske lande samt USA, Canada, Australien og New Zealand. Alle andre lande bliver betragtet som ikke-vestlige.

stor andel af de retspsykiatriske brugere af anden etnisk herkomst end dansk modtager støtte i hjemmet. En mulig forklaring herpå kan være, at kommunerne har prioriteret gruppen med anden etnisk baggrund end dansk gennem bostøtte, støtte- og kontaktpersonordning samt værestederne. Det har betydet, at flere etniske sindslidende, herunder dem med dom, bruger de kommunale tilbud. Mange sindslidende med etnisk baggrund er desuden ikke vant til at bruge det psykiatriske system eller de sociale tilbud. Da gruppen således ikke kender det danske system, er det måske nemmere for denne målgruppe at få støtte i hjemmet. Dommen kan således være den første kontakt til psykiatrien.

5.3.4 Geografiske forskelle

I Amtsrådsforeningens undersøgelse (2004 s. 6) adskilte hovedstadsområdet sig væsentligt fra det øvrige land ved at have flere retspsykiatriske patienter med anden etnisk baggrund end dansk i 2003. Også i nærværende undersøgelse ses en tydelig forskel på hovedstadsområdet og det øvrige land, hvad angår andelen af retspsykiatriske patienter og brugere med anden etnisk baggrund end dansk.

Mest markant er denne forskel i den kommunale socialpsykiatri, hvor hele 41,2 % af de retspsykiatriske brugere i Københavns Kommune er af anden etnisk herkomst end dansk.

I den amtslige socialpsykiatri har ca. 20 % af de retspsykiatriske brugere anden etnisk baggrund end dansk i både Københavns Amt og Københavns Kommune.

I behandlingspsykiatrien er 33,7 % af de retspsykiatriske patienter i Københavns Amt af anden etnisk herkomst end dansk, mens det gælder 18,1 % af de retspsykiatriske patienter i Århus Amt.

Det ser med andre ord ud til primært at være visse store amter og kommuner, der har at gøre med retspsykiatriske patienter og brugere med anden etnisk baggrund end dansk.

I interviewene blev det nævnt i hovedstadsområdet, at et stort antal brugere med etnisk minoritetsbaggrund kan være én af årsagerne til, at retspsykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S i de senere år har haft en meget stor andel patienter med denne baggrund. Det blev dog også påpeget, at denne gruppe formentlig er så markant repræsenteret i retspsykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S, fordi de oftere end patienter med dansk baggrund går ubehandlede rundt i en længere periode:

> ”*De etniske patienter kommer meget sent i kontakt med systemet, de har gået og puttet sig i årevis. Og hvis de har været i kontakt med systemet, er det vores*

fornemmelse, at de oftere dropper ud end de danske patienter. Det er endnu mere tabubelagt end hos os, og de mangler viden om, hvor man søger hjælp."

(Retspsykiatrien)

5.4 De retspsykiatriske patienters og brugeres bidiagnoser (misbrug)

Det er tidligere påvist (Munkner 2004; Kramp 2004), at misbrug påvirker hyppigheden og arten af lovovertrædelser både blandt mennesker med sindslidelse og dem, der ikke har en sindslidelse. I interviewene genkender man denne sammenhæng:

"Der er slet ingen tvivl om, at kombinationen af sindslidelse og misbrug er en indikator for kriminalitet. Du skal bruge penge. Du forværrer din evne til at læse omgivelserne. Du fylder et eller andet på, der gør din sindslidelse værre."

(Kommunal socialpsykiatri)

Misbrug menes desuden at have stor indvirkning på behandlingen af - og støtten til mennesker med sindslidelse. Behandlingspsykiatrien er derfor også i denne undersøgelse blevet spurgt om de retspsykiatriske patienters bidiagnoser.

Besvarelserne viser, at i 2005 har lidt mere end ¼ af de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien et alkoholmisbrug, mens ¼ har et hashmisbrug, og lidt under ¼ har et blandingsmisbrug (se figur 10 i bilagstabellerne).

I de kvalitative interview berettede interviewpersoner fra socialpsykiatrien om, hvordan et generelt stigende misbrug blandt mennesker med sindslidelse mærkes i hverdagen:

"Vi har misbrugere inde i alle vores boformer. Det kan sagtens være 30-40 % af beboerne, der har aktivt misbrug. Personalet kan få uddannelse i at arbejde og forstå misbrug, men det er sgu' da enormt problematisk. Vi kan i dag ikke garantere, at folk kan bo i en boform, hvor der ikke er misbrug."

(Amtslig socialpsykiatri)

6. Særlig behandling og støtte til retspsykiatriske patienter og brugere

Retspsykiatriske patienter er en særlig målgruppe i behandlingspsykiatrien. I dette afsnit redegøres der for, hvorledes de retspsykiatriske patienter indgår i den samlede målgruppe i behandlings- og socialpsykiatrien. Der ses først og fremmest på, hvilke særlige tilbud der findes for retspsykiatriske patienter, hvilke der kunne være behov for – og hvilke der er blevet iværksat.

6.1 Hvordan retspsykiatriske patienter/brugere indgår i den samlede målgruppe

I det følgende forklares, hvordan retspsykiatriske patienter indgår i den samlede målgruppe i henholdsvis retspsykiatrien, distriktspsykiatrien, almenpsykiatrien og socialpsykiatrien.

6.1.1 Retspsykiatrien

På de fleste af de retspsykiatriske hospitaler/afdelinger, hvor der er foretaget interview, er målgruppen udelukkende retspsykiatriske patienter. På et enkelt retspsykiatrisk hospital er målgruppen dog defineret på baggrund af den kliniske adfærd, som fx svært syge og udadreagerende patienter. I det kvalitative interview gav interviewpersonerne fra dette retspsykiatriske hospital udtryk for, at man opfatter en sådan blandet målgruppe som logisk i forhold til, at patienterne har samme behov for behandling, samme adfærd, stiller nogenlunde samme krav til sikkerhed m.m..

Ingen af de interviewede retspsykiatriske hospitaler/afdelinger har hele gruppen af retspsykiatriske patienter. Ét retspsykiatrisk hospital har kun plads til de mest krævende retspsykiatriske patienter:

> *"Der er så mange retspsykiatriske, at de ikke kan være hos os alle sammen – og man ønsker ikke at stigmatisere alle med dom. Så der er et fortyndingsprincip i forhold til den mindre krævende gruppe. Og der, hvor der er ringe sygdomsindsigt, kompliceret adfærd, misbrug, alvorlig kriminalitet, flugtrisiko etc., de hører til hos os – men ikke defineret ud fra domstype, for vi har ikke kapacitet til alle. Så vi fordeler efter diagnose og efter en konkret vurdering."*
>
> (Retspsykiatrien)

I spørgeskemaundersøgelsen fortæller 10 amter, at de har særlige behandlingstilbud til *indlagte* retspsykiatriske patienter i 2005 og 2000, mens kun 6 amter havde det i 1995. Af amternes oplysninger fremgår, at behandlingstilbudene i retspsykiatrien grundlæggende er de samme, som almenpsykiatrien tilbyder patienter uden dom bl.a.:

- Fysiske aktiviteter
- Kognitive behandlingsforløb
- Medicinsk behandling
- Misbrugsbehandling
- Miljøterapeutisk behandling
- Samtale, herunder psykoedukation og konflikthåndtering
- Psykoterapi
- Sociale tilbud under indlæggelse
- Kontaktpersonordninger
- Tilbud om at inddrage pårørende i behandling.

8 amter oplyser, at man tilbyder psykoterapi (se figur 11 i bilagstabellerne). 9-10 amter oplyser, at man har hver af de øvrige nævnte tilbud til indlagte retspsykiatriske patienter. Samlet omfatter de særlige tilbud til indlagte retspsykiatriske patienter således en bred vifte af medicinsk, psykologisk, fysisk og social behandling, samt tilbud om at inddrage pårørende.

Der er ikke spurgt til tilbud om fritidsaktiviteter, som eksempelvis sport eller om uddannelsestilbud. Interviewene tyder på, at der nogle steder er mangler på netop disse områder:

> *"Vi bør have mere fokus på rehabiliteringen. Der er for lidt meningsfuldt at lave. Flere af de dømte kan ikke komme på værksted, fordi der er et sikkerhedsaspekt - så der bør være adgang til flere aktiviteter såsom uddannelser, maskuline aktiviteter, fysiske aktiviteter samt at genlære forskellige hverdagsaktiviteter såsom madlavning, inden for de lukkede retsafdelinger. Vi bør spørge os selv – hvorfor tager de stoffer, og hvorfor stikker de af?"*
>
> (Beslutningstager)

6.1.2 Almenpsykiatrien

Af og til er det tilsyneladende nødvendigt at anbringe personer i varetægtssurrogat i almenpsykiatrien:

"Vi har en særlig sikret afdeling i almenpsykiatrien for udadreagerende, truende misbrugere. Dér er de varetægtsfængslede også. Dem har vi simpelthen ikke plads til på retspsykiatrisk."

(Retspsykiatrien)

I almenpsykiatrien indlægges retspsykiatriske patienter ofte sammen med andre patienter:

"Det er jo de enkleste patienter, der får en dom. De bliver indlagt på lukket, men på grund af dommen mere end på grund af svær sindssyge. Men der er da noget, man skal tage højde for: Nogle sidder i surrogat, andre har dom, andre har ikke, særligt i forhold til udgang m.m.. Men i forhold til behandling af den psykiske lidelse er det det samme."

(Almenpsykiatrien)

Behandlingen er således ikke forskellig, men det er imidlertid indlæggelses- og udskrivelseskriterierne samt i en vis udstrækning også indlæggelsestiden. Retspsykiatriske patienter kan i henhold til dommen indlægges i situationer, hvor patienter uden dom vil blive afvist, fordi de ikke er 'syge nok'. Men omvendt udskrives retspsykiatriske patienter ofte ikke lige så hurtigt fra almenpsykiatrien som andre patienter, fordi man på grund af dommen skal være mere sikker på, at de er stabiliserede og velbehandlede. Nogle interviewpersoner fra almenpsykiatrien beskrev den længere indlæggelsestid som, at retspsykiatriske patienter i nogle tilfælde får en 'bedre' behandling end ikke-dømte patienter. Dette forhold kan medføre etiske og faglige problemstillinger:

"En del af ubehaget ved nogle af de dømte er også, at vi ikke ville behandle dem, hvis ikke de havde dom. På grund af nedskæringer behandler vi kun meget syge mennesker. Vi har fx ellers ikke folk, der er indlagt længe i almenpsykiatrien med personlighedsforstyrrelser."

(Almenpsykiatrien)

Den meget blandede målgruppe i almenpsykiatrien nødvendiggør en skærpet opmærksomhed på, hvilke patienter der må gå en tur, og hvilke der skal ledsages, hvilke patienter der kan udskrive sig selv, og hvilke der kan holdes tilbage på grund af dom:

"For et par uger siden ville de udskrive en af vores beboere, fordi han selv sagde, at han var rask og ville ud. Lægen kiggede på ham og sagde: 'Det er rigtigt, at du ikke er psykotisk'. Men han glemte, at der var en dom, som han kunne tilbageholdes på."

(Amtslig socialpsykiatri)

6.1.3 Distriktspsykiatrien

Heller ikke i distriktspsykiatrien er retspsykiatriske patienter normalt en særlig udskilt målgruppe. Undtagelsen herfra er fx Fyns Amt, hvor der er en retspsykiatrisk sygeplejerske i distriktspsykiatrien med særligt ansvar for at følge patienter med behandlingsdom.

Som hovedregel gælder det dog for alle amter, at retspsykiatriske patienter behandles på samme vis og af de samme psykiatere og sygeplejersker som andre mennesker med sindslidelse. Der er opmærksomhed på, at de på grund af dommen skal følges tættere – men også fokus på, at det kan være vanskeligt.

En distriktspsykiatrisk overlæge kan typisk have kontakt med 200 patienter med og uden dom. Det gør det vanskeligt at holde tæt kontakt med og tværfaglige møder omkring alle dømte patienter. I praksis foretages der da således også en prioritering til fordel for de 'sværeste' behandlingsdømte patienter.

Blandt målgruppen i distriktspsykiatrien er dømte, der først i forbindelse med dommen får en psykiatrisk diagnose, og som har begået mindre alvorlig kriminalitet. En mindre del af disse dømte har ingen sygdomserkendelse og ingen (eller kun ringe og sporadiske) erfaringer med det psykiatriske system, ligesom de ofte er meget modvillige over for at gå i behandling. På grund af dommen skal de imidlertid behandles i distriktspsykiatrien - men det kan være yderst vanskeligt at få skabt en behandlingsalliance med dem:

> *"Halvdelen går det fint med, halvdelen er tunet ind på en behandlingskultur. Det er bedst med dem, der først har været anbringelsesdømte, men de andre har slet ikke nogen erkendelse af, at det er alvor det her. […] Jeg synes, problemet, når vi får retslige patienter, er, at nogle af dem synes, når de kommer til distriktspsykiatrien, at det er en latterlig foranstaltning: 'Hvad skal jeg her?'. Det er svært at få en behandlingsalliance med patienten. Jeg oplever, at jeg er dømt til behandling med den her patient – og det står i skærende kontrast til de andre patienter. De kommer ikke særlig ofte, det er en pest for alle, det er bare en kontrakt, vi skal opfylde."*
>
> (Distriktspsykiatrien)

> "*To af vores distriktspsykiatriske centre har konstant 20-40 retspsykiatriske patienter, så det er en del af deres dagligdag. Men der er en smertegrænse, og overskrider man den, giver det mening at have et retspsykiatrisk ambulatorium. Det ville give mening i forhold til de dårligste, men ellers skal de fleste af patienterne ud i den almene psykiatri, fordi de ikke adskiller sig fra de andre. Hvis et ambulatorium skal have særlig ekspertise i retspsykiatri, skal det være et team*

med mindst 5-7 personer. Og dermed er det også kun et problem i store byer, ikke i mindre."

(Beslutningstager)

Udsagn fra interviewene antyder, at der kan være behov for at styrke de særlige behandlingstilbud til ikke-indlagte retspsykiatriske patienter. Som tidligere nævnt i nærværende undersøgelse, behandles et stigende antal retspsykiatriske patienter ambulant. Men dette forhold afspejles tilsyneladende ikke i antallet af særlige ambulante behandlingstilbud til denne gruppe (se figur 12 i bilagstabellerne).

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser 8 amter, at de i 2005 har særlige behandlingstilbud til ikke-indlagte retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien, mens 7 amter havde det i 2000 og 6 amter i 1995. De særlige tilbud gives dels i retspsykiatrien og dels i distriktspsykiatrien. Indholdet af disse særlige tilbud til ikke-indlagte retspsykiatriske patienter minder meget om det varierede indhold af både medicinsk, psykologisk, fysisk og social art, der også gjaldt for de indlagte retspsykiatriske patienter (se figur 12 i bilagstabellerne).

Der er imidlertid færre amter, der tilbyder forskellige behandlingsformer til *ikke-indlagte* retspsykiatriske patienter end til indlagte retspsykiatriske patienter, hvilket kan tyde på et større fokus på indlagte retspsykiatriske patienter end på de ikke-indlagte. I forhold til en del af de retspsykiatriske patienter kunne det således være et udviklingsområde at vende fokus mod tilbuddene uden for behandlingsregi (se afsnit 6.8 Særlige tilbud om udslusning, resocialisering og rehabilitering).

6.1.4 Socialpsykiatrien

I socialpsykiatrien - og i det sociale system - skelnes der ikke mellem dømte og ikke-dømte:

"Eftersøger vi målrettet, om der er en dom eller ej? Nej, det gør vi ikke. Vores fokus er ikke det. Vi tager dem ind på lige vilkår med alle andre."

(Amtslig socialpsykiatri)

"*Vi ser ikke anderledes på de her borgere end alle andre borgere med psykiske sygdomme. Nogle gange vil det indgå som parameter i visitationen, hvor der kan være særlige forhold, som vi skal være opmærksom på i socialpsykiatrien. For eksempel er det vigtigt at differentiere i forhold til de målgrupper, som har været mange år i lukket retspsykiatrisk regi, og som fungerer rigtigt dårlig sammen med andre. Men det er væsentligt at understrege, at der er mange andre vigtige parametre end kriminaliteten, såsom misbrug og udadreagerende adfærd m.m.*"

(Beslutningstager)

Dømte kommer ikke før ikke-dømte, når der er en ledig plads i botilbud. Typisk findes ikke særlige bo- eller dagtilbud til dømte:

> *"Vi har valgt at sige nej, vi vil ikke sætte det mærkat på dem. Vi vil ikke have en anden tilgang til nogle af vores brugere. Hvis der er behov for et sted, der fokuserer på kriminaliteten, så er det Kriminalforsorgen, der skal oprette det. Vi har at gøre med syge mennesker."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

Personalet på fx et dagtilbud eller et værested ved således ikke altid, om en bruger har en dom eller ej:

> *"Nogle gange har vi aldrig set dommen – og det er måske godt nok."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

Argumentet for, at det kan være positivt, at det sociale system ikke har kendskab til en brugers eventuelle dom, er især, at socialpædagogiske og socialpsykiatriske tilbud ikke primært består af kontrol, men af støtte og omsorg:

> *"Jeg ville umiddelbart synes, at det var en dårlig ide, hvis personalet fik en udskrift af dommen. Jeg kan godt forstå et ønske hos enkeltpersoner om det på et alment plan. Men med en mere professionel tilgang, synes jeg ikke, at man skal gøre det. På det sociale område har vi én rolle, vi skal varetage – de sanktioner der knyttes op til dommen, er der andre der skal varetage. Vores rolle er mere, om kontakten holdes. Det er er vores område. Jeg forstår interessen og bekymringen, men den ville jo ikke være mindre hvis man kunne se dommen."*
>
> (Beslutningstager)

I de kvalitative interview blev det dog også problematiseret, at medarbejderne ikke har kendskab til, om en bruger har en dom. Især blev der peget på behovet for viden i de tilfælde, hvor medarbejderne i socialpsykiatrien kan være med til at forebygge ny kriminalitet:

> *"Hvis det er en med behandlingsdom og vilkår om antabus, der vil jeg gerne have den oplysning! Hvis pågældende ønsker at bo i eget hjem og dommen giver mulighed for det – der er det vigtigt, at vi skal være opmærksom på det med antabus. Sidder han med flasken på bordet? Så er det jo en ny situation i forhold til forebyggelse."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

På amtslige botilbud ved man som hovedregel, hvilke beboere der har en dom. Billedet er dog ikke entydigt, som følgende udsagn viser. Det skal bemærkes, at udsagnene stammer fra to ledere af boformer i det samme amt:

> *"Vi ved jo ikke altid, om de har behandlingsdom. Der vil da være en del, der har, uden jeg ved det."*
>
> "*Vi har kontakt med retspsykiatrien, vi ved præcist, hvem der har dom*."
> (Amtslig socialpsykiatri)

Et argument for, at botilbuddene bør vide, hvorvidt en bruger har en dom, ligger i, at de - på grund af dommen - måske skal reagere anderledes end over for de andre beboere:

> *"Med dem der har domme, der skal det stå beskrevet præcist, hvad vi skal. Hvor hurtigt vi skal reagere, hvis noget går galt – hvis de fx ikke tager medicinen."*
> (Amtslig socialpsykiatri)
>
> "*På det sociale område har vi én professionel rolle at varetage, hvor relationen og kontakten er i fokus. De sanktioner, der knyttes til dommen, varetages af andre. Udskrift af dommen er ikke hensigtsmæssigt, og der vil næppe være færre bekymringer, hvis man kunne se dommen*."
> (Beslutningstager)

Generelt findes der med andre ord ikke særlige tilbud for retspsykiatriske brugere i socialpsykiatrien og det sociale system. I den udstrækning dømte er samlet i særlige botilbud eller lignende, skyldes det udelukkende, at tilbuddets målgruppe er defineret ifølge deres adfærd, fx udadreagerende sindslidende med misbrug. En del dømte falder ind under denne målgruppe, men det gør en del sindslidende uden dom ligeledes.

6.2 Hvad betyder målgruppens karakteristika for behandlings- og støttetilbud?

I spørgeskemaundersøgelsen oplyser fem amter (41,7 % af dem, der har besvaret spørgsmålet), at kriminaliteten indgår som en væsentlig faktor i planlægningen af de behandlingspsykiatriske tilbud til retspsykiatriske patienter (se figur 13 i bilagstabellerne).

Lidt over en tredjedel af de amter, der har besvaret spørgsmålet, oplyser, at de retspsykiatriske brugeres kriminalitet har indgået i planlægningen af socialpsykiatriske tilbud til dem (se figur 14 i bilagstabellerne). Et botilbud oplyser således, at der er ansat konsulenter særligt til at

varetage samarbejdet med psykiatere, Kriminalforsorgen og politiet. Størstedelen af de konkrete eksempler, der gives, er dog ikke kun målrettet retspsykiatriske brugere. Nogle amter nævner ligeledes, at der på de aktuelle bosteder - på grund af risikoen for voldelig adfærd - er særligt fokus på, om brugerne tager deres medicin eller holder sig fra alkohol og andet misbrug. Ét sted har man etableret et specifikt boafsnit med otte boliger til udadreagerende beboere, hvoraf tre er retspsykiatriske brugere. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at de to sidstnævnte eksempler i lige så høj grad er rettet mod brugere uden dom. Flere botilbud oplyser da også, at individuelle behov og adfærd - frem for dommen - har betydning for tilrettelæggelsen af tilbud.

Meget få kommuner har besvaret spørgsmålet om betydningen af de retspsykiatriske brugeres karakteristika for planlægningen af socialpsykiatriske tilbud. Blandt dem peger næsten halvdelen på, at sammenhængen mellem diagnose og kriminalitet blandt brugerne har haft betydning for planlægningen af tilbud (se figur 15 i bilagstabellerne). Som eksempel nævnes, at der holdes øje med, om brugerne tager deres medicin.

Alt i alt er der således ikke mange særlige tilbud til ikke-indlagte retspsykiatriske brugere, ligesom kriminaliteten tilsyneladende kun i nogen udstrækning tænkes med, når tilbuddene planlægges. De fleste retspsykiatriske patienter og brugere indgår i almene behandlings- og støttetilbud. Dette kan i nogle tilfælde være vanskeligt – hvilket næste afsnit går i dybden med.

6.3 Barrierer for at rumme retspsykiatriske patienter/ brugere i behandlings- og støttetilbud

I spørgeskemaerne er behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri blevet spurgt, om der i 1995, 2000 og 2005 var eventuelle barrierer for integrationen af retspsykiatriske patienter og brugere i de forskellige tilbud.

6.3.1 Behandlingspsykiatrien

I behandlingspsykiatrien oplever en del amter manglende specialviden som en hæmmende faktor for integrationen af retspsykiatriske patienter i de almenpsykiatriske tilbud – uanset om der er tale om 1995, 2000 eller 2005. Men der er også forholdsvis mange amter, der påpeger manglende fysisk plads og manglende økonomiske ressourcer som hæmmende faktorer (se figur 16 i bilagstabellerne).

6.3.2 Den amtslige socialpsykiatri

I den amtslige socialpsykiatri har manglende økonomiske ressourcer til de retspsykiatriske brugere i de socialpsykiatriske tilbud tilsyneladende ikke været noget problem hverken i 1995, 2000 eller 2005. Til gengæld har ca. 1/3 af amterne oplevet manglende fysisk plads og specialviden i forhold til de retspsykiatriske brugere i alle de tre nævnte år (se figur 17 i bilagstabellerne).

Det skal dog også understreges, at flere informanter nævner, at retspsykiatriske brugere ikke kræver særlige forhold sammenlignet med andre brugere.

6.3.3 Den kommunale socialpsykiatri

I den kommunale socialpsykiatri fremhæver en stor del af dem, der har besvaret spørgsmålet, at manglende specialviden er en hæmmende faktor for, at retspsykiatriske brugere i 2005 kan rummes i de almene socialpsykiatriske tilbud (se figur 18 i bilagstabellerne).

Herudover nævnes manglende fysisk plads og manglende økonomiske ressourcer. Af andre hæmmende faktorer nævnes brugernes adfærd over for andre brugere samt generel usikkerhed over for gruppen på grund af risiko for vold, misbrug, aggressiv kontaktform og trusler. Desuden påpeges det, at misbrugere kan være svære at motivere til at tage mod tilbud.

6.4 Hvilke særlige behandlings- og støttetilbud er der behov for?

Både i spørgeskemaerne og interviewene har mange informanter peget på områder og situationer, hvor der er behov for nye og særlige behandlings- og støttetilbud til retspsykiatriske patienter og brugere. Behovene kan overordnet set beskrives med følgende nøgleord:

- Behandling og støtte til patienter/brugere med personlighedsforstyrrelser
- Behandling og støtte til patienter/brugere, der har et misbrug
- Behandling af patienter/brugere med etnisk minoritetsbaggrund
- Udslusning, resocialisering og rehabilitering.

Nedenfor behandles de påpegede behov for nye og særlige behandlings- og støttetilbud. Det er dog i denne sammenhæng vigtigt at fastholde, at ikke alle retspsykiatriske patienter eller brugere har brug for særlige tilbud.

Når man ser på diagnoser og bidiagnoser, får man let det indtryk, at gruppen af retspsykiatriske patienter og brugere er homogen. Både de kvantitative og kvalitative data i nærværende undersøgelse viser imidlertid som ovenfor anført, at retspsykiatriske patienters og

brugeres forskellige karakteristika giver særlige udfordringer og behov i forhold til såvel tilbudsplanlægning som samarbejde med andre sektorer og aktører. I de kvalitative interview understregede mange interviewpersoner, at det er væsentligt ikke at opfatte retspsykiatriske patienter og brugere som en ensartet gruppe. De understregede også, at det kun er en lille del af den samlede gruppe, som er svære at behandle og rumme.

Der er således ikke tale om én gruppe med samme adfærd og samme behov. De fleste dømte er relativt uproblematiske at behandle og støtte. En mindre gruppe er imidlertid vanskelig at behandle i behandlingspsykiatrien og vanskelig at rumme i socialpsykiatrien:

> *"Gruppen af retspsykiatriske patienter er meget forskellige. Nogle kommer aldrig i nærheden af en seng, så er der mellemgruppen, hvor det kører stille og roligt, og så den tunge gruppe, hvor det er kaos. Dem har vi, og det er måske en tiendedel af den samlede gruppe."*
>
> (Retspsykiatrien)

Flere interviewpersoner lagde vægt på, at denne tunge, men mindre, gruppe ikke er typisk for 'den retspsykiatriske patient', men at det ofte fremstår sådan i medierne. På denne måde stigmatiseres retspsykiatriske patienter som gruppe.

> *"Ni tiendedele af de retspsykiatriske patienter er i distriktspsykiatrien og almenpsykiatrien – og det går godt nok. Det er forsvarligt, både juridisk og behandlingsmæssigt. Men man fremhæver den lille gruppe – de sidste 10 % – og det stigmatiserer hele gruppen."*
>
> (Almenpsykiatrien)

6.5 Særlige tilbud til retspsykiatriske patienter og brugere med personlighedsforstyrrelser

I de kvalitative interview fyldte patienter/brugere med personlighedsforstyrrelser mere, end deres antal (15 % af alle retspsykiatriske patienter) "lægger op til." Det blev fremhævet, at især denne gruppe er meget vanskelig at arbejde med:

> *"De virkelige problemer er fx misbrug sammen med en alvorlig personlighedsforstyrrelse. De der kommer fra fængslerne, går med rygmærker, de bringer fængselskulturen ind. De er problematiske både i retspsykiatrien og almenpsykiatrien, man vil gerne have dem ud, de spreder frygt."*
>
> (Retspsykiatrien)

”Jeg synes ikke, at de skizofrene er det største problem. Det er ofte de svære personlighedsforstyrrelser, der er meget, meget svære at arbejde med – og dem er der ikke så mange tilbud til. Det er også min oplevelse, at de er mere farlige. Det fylder mere og mere i socialpsykiatrien, og det er komplekst.”

(Amtslig socialpsykiatri)

”Hos nogle af vores personlighedsforstyrrede er der nødt til at være tre eller fire kontaktpersoner bare for at tackle dem nogenlunde.”

(Kommunal socialpsykiatri)

I de kvalitative interview gav mange desuden udtryk for, at patienter og brugere med personlighedsforstyrrelser hverken burde indlægges eller bo sammen med psykotiske patienter, da deres adfærd er meget anstrengende for disse:

”Jeg synes, at det er en utrolig uheldig blanding af psykotiske og personer med personlighedsforstyrrelser. Der tror jeg altså, at vi skal prøve at få skilt tingene ad. De andre beboere bliver berøvet og nedgjort og udnyttet på alle mulige måder. Jeg synes ikke, at dem med personlighedsforstyrrelser og karakterafvigelser hører hjemme de samme steder. De er bedre tjent med en anden type tilbud, som er indrettet til dem, og hvor de ikke skal bo sammen med andre meget svage syge mennesker.”

(Amtslig socialpsykiatri)

I socialpsykiatrien efterlyser man derfor flere bo- og dagtilbud særligt målrettet denne gruppe. Og i behandlingspsykiatrien efterlyser man muligheder for at afskærme disse patienter fra andre patienter. Det fremgår af interviewene, at dette, i hvert fald på nogle områder, ville kunne spare ressourcer:

”Det kan være svært at rumme sindslidende og svært personlighedsforstyrrede sammen, det giver nogle konflikter. Det kræver meget personale at rumme de to kategorier sammen.”

(Amtslig socialpsykiatri)

Interviewpersoner fra botilbud har givet eksempler på, at retspsykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser er blevet udskrevet (til botilbuddet igen) efter genindlæggelser i almenpsykiatrien, selvom indlæggelsen ikke har medført ændringer i deres adfærd. Den lægelige begrundelse herfor har været, at personlighedsforstyrrelsen ikke kunne behandles psykiatrisk, og at der derfor ikke var behandlingsmæssig belæg for, at patienten skulle være indlagt.

”Vi havde en bruger for nylig med personlighedsforstyrrelse. Efter fem måneders indlæggelse kom vi ned til en samtale. Der var ingen som helst forvandling sket. Og der meddelte de så – på et møde hvor brugeren også sad der – at han skulle udskrives, fordi der alligevel ikke kunne gøres noget.”

(Kommunal socialpsykiatri)

6.6 Særlige tilbud til retspsykiatriske patienter og brugere, der har et misbrug

I de kvalitative interview blev der også peget på, at kombinationen af sindslidelse og misbrug giver en række særlige udfordringer i arbejdet med de dømte. Problemerne med de såkaldte ’dobbeltdiagnoser’ er tilsyneladende mindst på de retspsykiatriske afdelinger, som har de bedste muligheder for at holde stofferne ude, og størst i almen-, distrikts- og socialpsykiatrien.

”Det store problem er misbrug. De møder måske op, men de misbruger jo stadigvæk og hvad så? Man kan indlægge, men det føles håbløst. Det er dybt frustrerende.”

(Almenpsykiatrien)

”Det største problem er nok, når der er et misbrug ind over. Det giver det største problem for botilbudene og deres personale. Når deres kriminalitet går over i at handle med stoffer – så er man jo aktivt kriminel og ikke bare en beboer i et botilbud med behov for omsorg for et psykisk og et socialt problem.”

(Amtslig socialpsykiatri)

Både på en del botilbud og en del psykiatriske afdelinger er handel med stoffer et stort problem. I interviewene pegede mange på, at manglende viden hos personalet om samspillet mellem misbrug og sindslidelse gør indsatsen svær:

”Det kunne være rart at blive dygtigere til, hvad der virker på skizofrene misbrugere. Det er en anden indsats end normale misbrugere, det er svært med skizofrene misbrugere. De bruger det som en slags selvmedicinering, det gør jo også noget godt for dem. Vi mangler viden om, hvordan man kan støtte dem i at klare det bedre.”

(Amtslig socialpsykiatri)

En beslægtet problemstilling er, at ekspertisen omkring og behandlingen af henholdsvis misbrug og sindslidelse befinder sig i hvert sit system. Det er særligt problematisk, fordi problemstillingen som udgangspunkt er tværfaglig[14]:

> *"Man kan ikke tage kriminalitet og sindslidelse og misbrug særskilt. De er kriminelle, fordi de er misbrugere, eller fordi de ikke har taget deres medicin. Man kan ikke arbejde med det særskilt."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

I de kvalitative interview var der bred enighed om, at der er behov for yderligere udvikling på området. Nogle pegede på, at det skulle ske gennem opkvalificering af videnspersoner indenfor psykiatrien. Andre mente, at samarbejdet og vidensdelingen mellem den eksisterende misbrugsbehandling og psykiatrien skulle styrkes.

Der var desuden bred enighed om, at der bør etableres (flere) botilbud målrettet sindslidende misbrugere – samt særlige dagtilbud/væresteder målrettet den del af målgruppen, som ikke ønsker eller magter at bo i botilbud.

6.7 Særlige tilbud til retspsykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund

I spørgeskemaundersøgelsen oplyste 2 amter, at de retspsykiatriske patienters etniske herkomst har haft betydning for planlægningen af de aktuelle behandlingspsykiatriske tilbud. Konkret nævnes, at man anvender tolk og andre ressourcepersoner – samt at man i forbindelse med behandling af patienter med posttraumatisk stress-syndrom bl.a. har hentet viden hos Rehabiliteringscenteret for Torturofre.

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår også, at behovet for særlige tilbud i forhold til retspsykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund ikke er dækket. Både behandlings- og socialpsykiatrien er blevet spurgt, om der er særlige karakteristika omkring de retspsykiatriske

---

[14] Problematikken omkring den tværfaglige behandling af de såkaldte 'dobbeltdiagnoser' gælder naturligvis ikke kun dømte. Amtsrådsforeningen anbefaler i en nylig undersøgelse (2005) af indsatsen for sindslidende misbrugere:

"[…] dobbeltdiagnosepatienter skal behandles af specialiserede tilbud, der lægger vægt på dobbeltkompetencer og en høj grad af samarbejde med de mange øvrige samarbejdspartnere. […] I de kommende strukturovervejelser bør der være særlig opmærksomhed på at fastholde sammenhængen mellem misbrugsbehandlingen og det psykiatriske behandlingssystem."

Flere steder findes i dag særlige botilbud, forsorgshjemspladser og udgående team målrettet denne gruppe. Men der er et stort behov for yderligere udvikling på området.

patienter, der peger på behov eller udfordringer i forhold til tilbud og samarbejde med andre sektorer og aktører på området.

I behandlingspsykiatrien svarer 5 amter ja (45,5 % af dem, der har besvaret spørgsmålet). Her påpeges især, at behandling af patienter af ikke-vestlig herkomst er en stor udfordring, fordi de som regel kommer sent i behandling. De ønsker gerne selv at løse problemerne i familien, og det er derfor svært for det offentlige at få kontakt. Det kan desuden være vanskeligt at udarbejde en behandlingsplan til disse patienter med støtte fra familien, når der er sprogproblemer og store kulturforskelle mellem patienten og dennes pårørende - og så behandlerne. Forberedelse af udslusning efter indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling i forhold til patienter med anden etnisk baggrund end dansk kræver et udbygget samarbejde med socialsektoren med hensyn til håndtering af tolkning, kultur- og religionsforskelle.

I den amtslige socialpsykiatri mener ligeledes 5 amter (eller 41,7 % af dem, der har svaret), at de retspsykiatriske brugeres karakteristika peger på særlige behov eller udfordringer i forhold til tilbud og samarbejde med andre sektorer og aktører på området. Her peges igen på de vanskeligheder, der grunder sig på forskelle i etnicitet: Viden om kulturer, sprog og sproglige nuancer, behov for tolkning og personalenormering samt juridiske forhold vedrørende brugere med etnisk minoritetsbaggrund. Det nævnes, at der er brug for en mentorordning i forhold til brugere med anden etnisk baggrund end dansk.

I de kvalitative interview var det især retspsykiatrien i Hovedstadens Sygeshusfællesskab H:S, der udtrykte behov for bedre muligheder for at kunne give målrettede tilbud til retspsykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Der er iværksat en lang række særlige tilbud allerede, men der er stadig behov for udvikling på området:

> *"Hvordan laver man psykoedukation? Hvordan skal de pårørende forholde sig? Der er en masse arbejde, der burde sættes ind der. De etniske har typisk et større netværk end de danske patienter. Men til gengæld mangler de forståelse for, hvad der foregår. Der ville vi gerne have ressourcer til at inddrage og opkvalificere netværket, for jo mere man inddrager dem, jo bedre går det."*
>
> (Retspsykiatrien)

Derudover blev der generelt udtrykt et stort ønske om mere forskning på området, med henblik på at forbedre det forebyggende arbejde i forhold til gruppen.

> *"Vores statistiske muligheder er begrænsende. Der gør det svært at danne os et overblik. Noget af det vi siger, bygger mest på fornemmelser. Det giver anledning til myter og holdninger – også omkring unge indvandrere. Vi ved ikke, om deres*

profil ligner de andres eller ej… altså om de for eksempel har socialt belastet baggrund."

(Beslutningstager)

6.8 Særlige tilbud om udslusning, resocialisering og rehabilitering

I de kvalitative interview var der bred enighed om, at patienter, der har været indlagt på retspsykiatrisk afdeling, bør gennemgå en gradvis udslusning. Én mulighed er, at patienterne sluses ud til en lukket afdeling i almenpsykiatrien, så til en åben almenpsykiatrisk afdeling – og derfra videre ud i distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien/det sociale system. Denne praksis har tilsyneladende trange kår i dag. I Århus, hvor man har satset på at styrke lokalpsykiatrien, sluses patienter direkte fra retspsykiatrien ud i distriktspsykiatrien uden at gå igennem almenpsykiatrien. Og i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S er man på grund af pladsmangel nødsaget til i de fleste tilfælde at følge samme praksis.

Den anden mulighed er at lade den gradvise udslusning foregå inden for retspsykiatrien. Dette er dog kun muligt, hvis retspsykiatrien har mulighed for at graduere sikkerheden og gradvist sluse patienterne ud i mere åbne og mindre sikre miljøer.

Uanset om udslusningen foregår fra retspsykiatrien eller fra almenpsykiatrien, har informanter både fra spørgeskemaundersøgelsen og interviewene givet udtryk for, at der er for lidt fokus på resocialisering og rehabilitering af patienterne i dag:

"Som sådan er samarbejdet godt, både med socialpsykiatrien og lokalpsykiatrien. Men vi synes, at det er et problem, at der mangler ressourcer, når man udsluser en patient, der har været indlagt i mange år og skal overgå til lokalpsykiatrien eller socialpsykiatrien. Vi ville gerne have ressourcer til at frikøbe personale fra retspsykiatrien til at følge patienten, være derude hver dag sammen med patienten, der måske har været lukket inde i årevis, og hvor personalet måske er opskræmte derude, selvom patienten er velbehandlet."

(Retspsykiatrien)

Resultatet af den manglende udslusningsfunktion er, at nogle retspsykiatriske patienter sluses ud fra retspsykiatrien, men mangler de nødvendige kompetencer og den nødvendige støtte i forhold til at kunne klare sig selv uden for hospitalet::

> ”*Hvis der var bedre muligheder for, at personalet kunne følge patienterne ud, ville det være mere tilfredsstillende og give færre genindlæggelser*.”
> (Retspsykiatrien)

Budskabet fra de kvalitative interview er klart: Udslusning, resocialisering og rehabilitering af patienterne bør styrkes. Der er mange konkrete ønsker og idéer til hvordan:

- At der etableres half way houses i hospitalsregi for patienter, der er på vej ud af hospitalet, men som på grund af deres adfærd eller lignende endnu ikke kan rummes i socialpsykiatrien; der er behov for socialpsykiatriske botilbud, men med de elementer af behandlingstvang, som psykiatrilovgivningen giver mulighed for.
- At retspsykiatrisk plejepersonale følger patienten ud i socialpsykiatrien i en længere periode, hvorunder det også uddanner det socialpsykiatriske personale.
- At der etableres flere retspsykiatriske ambulatorier med ansvar for at følge ambulante patienter i en kortere eller længere periode efter udskrivning, før behandlingsansvaret gradvist overgives til distriktspsykiatrien.
- At der etableres særlige afdelinger i retspsykiatrien med fokus på udslusning.
- At der etableres særlige afdelinger i almenpsykiatrien for retspsykiatriske patienter med længere liggetid og roligere omgivelser end på de øvrige afdelinger.
- At socialpsykiatrien inddrages i god tid før udskrivning med målrettet fokus på social adfærdstræning, styrkelse af sociale kompetencer m.m.

6.9 Hvilke nye tilbud er blevet iværksat?

Trods de mange behov samt idéer til nye tilbud og foranstaltninger i forhold til retspsykiatriske patienter og brugere har der samlet set ikke været en klar tendens i igangsættelsen af nye tilbud og foranstaltninger fra 1995 til 2005 (se figur 19 i bilagstabellerne).

Den amtslige socialpsykiatri har oplevet en jævn stigning i antallet af amter, der har igangsat eller påtænkt nye tilbud og foranstaltninger indenfor de sidste 10 år – og i 2005 har 5 amter igangsat noget nyt på området.

Derimod er antallet af kommuner, der igangsætter nye socialpsykiatriske tilbud svingende fra år til år. Således er antallet af kommuner, der har igangsat eller påtænkt nye tilbud og foranstaltninger i den kommunale socialpsykiatri faldet fra 1995 til 2005, selvom tallet steg i 2000.

I behandlingspsykiatrien er der ikke sket en ændring fra 1995 til 2000, men til gengæld har der været en fordobling i antallet af amter, der igangsatte eller påtænkte nye tilbud og foranstaltninger, fra 2000 til 2005 – hvor 8 amter har igangsat nyt på området.

En række af de nye tilbud og foranstaltninger, der er igangsat i årene 1995, 2000 og 2005 i såvel behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri som den kommunale socialpsykiatri – uafhængigt af igangsættelsesåret – ligner hinanden:

- Flere tilbud til patienter og brugere med misbrug og særlig adfærd
- Flere specialpladser til retspsykiatriske patienter/brugere i tilbud, som også er for andre patienter og brugere.

I behandlingspsykiatrien blev der i de samme ti år derudover etableret flere sengepladser for retspsykiatriske patienter, ligesom der blev lavet flere afskærmede tilbud til retspsykiatriske patienter ved hospitalsafdelinger i almenpsykiatrien. Her har fokus således især været på tilbud til indlagte patienter. I denne forbindelse skal det tilføjes, at der inden for de samme ti år er sket en betydelig udvikling af distriktspsykiatrien, idet der bl.a. er blevet igangsat forskellige typer af ambulante tilbud såsom OPUS og psykoseteam. Denne udvikling har også været til gavn for de retspsykiatriske patienter.

I den amtslige socialpsykiatri blev der etableret flere botilbud.

I kommunerne blev der ligeledes etableret flere socialpsykiatriske botilbud, ligesom der blev sat fokus på det opsøgende og udadgående arbejde i form af støtte- og kontaktpersonordninger.

Det skal understreges, at ikke alle disse nye tilbud og foranstaltninger er blevet ført endeligt ud i livet. Mange af dem er kun påtænkte eller så småt igangsatte.

Alt i alt tyder dette på, at man stadig arbejder med at skaffe kapacitet i de mest grundlæggende behandlingstilbud til retspsykiatriske patienter og brugere, såsom botilbud og retspsykiatriske afdelinger. Der er endnu ikke meget fokus på mere specifikke tilbud.

6.10 Særlige problemstillinger i forhold til retspsykiatriske brugere i socialpsykiatrien

De kvalitative interview afdækkede usikkerhed i forhold til forventningerne til støtten over for retspsykiatriske brugere i socialpsykiatrien og det sociale system. Groft skitseret handler uklarheden om, at disse aktørers forpligtelser i forhold til dømte ikke er præciseret, samt at det

sociale system bygger på et princip om frivillighed, der ikke uden videre lader sig forene med sundhedsvæsenets muligheder for kontrol og tvangsbehandling.

6.10.1 Samtykke

I socialpsykiatrien registrerer og oplyser man således ikke på samme måde som i behandlingspsykiatrien:

> *"Værestederne er fristedsformer. Det vil sige, at brugerne ikke behøver at fortælle, at de har en dom. […] Vi kan godt møde nogle, hvor vi slet ikke får oplyst, om der er farlighed eller behandlingsdom. Vi vil jo ikke have journaler, men nogle gange spørger vi sagsbehandleren, om der er risiko for farlighed, ildspåsættelse etc. Men det ved sagsbehandleren jo ikke nødvendigvis, hvis brugerne ikke ønsker det."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

Som udgangspunkt skal brugerne/patienterne give samtykke til, at personlige oplysninger videregives til andre aktører, også oplysninger vedrørende en eventuel dom:

> *"Vi diskuterer overordnede problemstillinger. Ikke navngivne sager, for det kræver samtykke. Ved alle møder om konkrete personer har vi samtykke. Hvis vi skal holde møder med politiet er det svært at få samtykke."*
>
> (Distriktspsykiatrien)

Ingen interviewpersoner kendte tilsyneladende til faste retningslinjer for, hvilke faggrupper i socialpsykiatrien og det sociale system, der bør orienteres om hvad – og af hvem.

6.10.2 Forpligtelser i forhold til dømte

Det sociale systems opgaver i forhold til mennesker med sindslidelse, der har fået en dom, er ikke klart definerede. I de kvalitative interview pegede flere på, at socialpsykiatrien med fordel kunne spille en større rolle i forhold til resocialisering og udslusning. Ofte har retspsykiatriske patienter behov for at lære en række sociale kompetencer samt aflære en negativ social adfærd. Her ligger et af socialpsykiatriens kerneområder, men p.t. uden officielt definerede opgaver i forhold til dømte:

> *"Vi haft flere unge beboere, som er kommet med domme, men som er på vej ud af det og nu er i tilsyn. Der ville vi kunne gå ind i at støtte dem med træning*

i sociale færdigheder, det er jo det, vi er gode til. Men hele tiden med brugernes mellemkomst og deres accept. Det er jo voksne mennesker, og de vælger selv, om de vil inddrage os."

(Kommunal socialpsykiatri)

Nogle gange indeholder dommen vilkår om at tage antabus eller lignende. I socialpsykiatrien ved man ikke altid, hvordan man skal reagere, hvis en patient/bruger bryder disse vilkår.

"Der er til stadighed en usikkerhed ude hos os på, hvad dommen betyder. Nogle gange har vi aldrig set dommen – og det er måske godt nok – men hvordan skal vi støtte op om det, der ligger i dommen? Nogle gange skal vi indberette, andre gange skal vi se på, om personen tager sin medicin. Hvad er det, vi skal støtte op om, som er bundet op på dommen? Det kunne jeg godt tænke mig, var klart og tydeligt skrevet op omkring den enkelte."

(Amtslig socialpsykiatri)

Andre oplever omvendt, at dommen kan bruges aktivt som et redskab i det socialpædagogiske arbejde:

"Vi er meget opmærksomme på, at behandlingsdommen kan bruges i arbejdet med vores klienter i socialpsykiatrien. Hvis der sker noget med en af vores beboere, så kontakter vi altid Kriminalforsorgen, det er aftalen. Vi ved altid, om folk er dømte. Det betyder også noget for indlæggelser, om de skal gå gennem vagtlægen, eller om de kan komme ind direkte – så det står altid i journalerne."

(Amtslig socialpsykiatri)

"*Jamen, hvis dommen bliver gjort ambulant undervejs, så er der jo tre aktører: psykiatrien, Kriminalforsorgen og socialpsykiatrien, som har til opgave at støtte op om og opretholde behandlingsalliancen. Det er almindeligt brugt at have formaliserede møder med Kriminalforsorgen. Så man har masse af muligheder for at sikre det sociale, psykiatriske og forebygge kriminalitet."*

(Beslutningstager)

6.10.3 Frivillighed

En anden problemstilling i forhold til retspsykiatriske brugere i socialpsykiatrien er, at en central socialpædagogisk metode i det sociale og socialpsykiatriske arbejde er relationsarbejde. Rollen som kontrollant kommer nemt i konflikt med støtte- og kontaktpersonens eller pædagogens rolle som brugerens (måske eneste) tætte relation:

”Socialpsykiatrien reagerer ikke altid stringent lovgivningsmæssigt. Vi sidder i nogle gevaldige dilemmaer, hvor vi må vurdere, om vi skal reagere eller lukke øjnene. Vi skal tænke på, at vi ikke er politibetjente. Vi skal have relationen.”

(Amtslig socialpsykiatri)

Grundlæggende bygger både socialpsykiatrien og det sociale system på frivillighed og tilbud. Og i modsætning til behandlingspsykiatrien mangler man derfor redskaber til at håndtere brugere, der ikke selv har valgt ’tilbuddet’:

”Man mangler måske i bund og grund en anden type tilbud til denne gruppe, der er aktivt kriminelle. De skaber utrolig meget utryghed. Og som social myndighed har vi jo ikke andre virkemidler end vores pædagogiske indsats. Vi kan jo ikke smide en person ud. Vi har nogle gange slet ikke nogle redskaber at arbejde med.”

(Amtslig socialpsykiatri)

7. Kapaciteten i tilbuddene til retspsykiatriske brugere/patienter 1995 – 2005

Da amterne i 1976 overtog statshospitalerne, var der 11.000 sengepladser i psykiatrien (Amtsrådsforeningen 2004 s. 15). Det var amternes opgave at ombygge psykiatrien, så mennesker med sindslidelse kunne leve et liv i samfundet som andre borgere ved hjælp af kortere indlæggelser, ambulant behandling og social støtte. Således viser Amtsrådsforeningens rapport fra maj 2004, at antallet af sengepladser i psykiatrien faldt drastisk fra 1976 til 2002, hvor man kun havde 3.894 normerede senge. Sideløbende er antallet af ambulante besøg steget fra 137.892 i 1976 til 666.000 i 2002, hvilket afspejler, at distriktspsykiatrien er blevet udbygget til at dække hele landet.

Samtidig med nedlæggelsen af sengepladser blev der opbygget bo- og støttetilbud til mennesker med sindslidelse. Antallet af botilbud til mennesker med sindslidelse steg således fra 2.328 i 1998 til 2.770 i 2002 og antallet af dagtilbud fra 1.288 i 1998 til 1.733 i 2002 (Amtsrådsforeningen 2004 s. 16). Noget tyder altså på, at psykiatrien er blevet mindre institutionel – at flere mennesker med sindslidelse bor i almenboliger fremfor på institutioner og hospitaler. Spørgsmålet er, hvilken betydning denne udvikling har for behandlingen af sindslidende med dom. I medierne eksisterer der en generel opfattelse af, at nedskæringen af sengepladser i psykiatrien har haft en direkte betydning for det stigende antal sindslidende med behandlingsdom:

> *"Antallet af behandlingsdømte kriminelle vokser voldsomt samtidig med, at almindelige psykiatriske sengepladser nedlægges. Undersøgelse viser en klar sammenhæng mellem færre indlagte og flere sindssyge kriminelle."*
> (Information den 23/6 2005)[15]

I dette kapitel præsenteres opdateret information om udviklingen i tilbudskapaciteten.

7.1 Metodiske overvejelser om kapacitetsopgørelsen

Det har været meget vanskeligt at indhente oplysninger om den eksakte udvikling i kapaciteten i tilbud til retspsykiatriske brugere og patienter. Det har således ikke været muligt for informanterne at fremskaffe data om kapaciteten fra 1995 og 2000. De følgende undersøgelsesresultater om tilbuddenes kapacitet er derfor baseret på forholdsvis få svar for

[15] Information 23/6-2005. Flere dømte sindssyge tager pladser fra de svageste. Indland s. 4. Af Marie Louise Kjølbye.

1995 og 2000, men flere for 2005. Når et stort amt fx ikke kan opgive kapacitetstallene fra 1995 og 2000, men til gengæld har opgivet dem for 2005, kan det give et skævt billede af udviklingen i den samlede kapacitet.

De amter og kommuner, der har opgørelser over tilbud til retspsykiatriske patienter og brugere, definerer heller ikke altid hverken kapacitet eller målgruppe ens. Nogle af informanterne har fx oplyst antal tilbud, andre antal patienter eller brugere, antal besøg, afdelinger eller sengepladser. For at gøre tallene sammenlignelige, er svarene fra de steder, hvor man har angivet antal personer, blevet kodet som udtryk for 1 tilbud, eftersom der minimum må have været 1 tilbud i amtet. Men det betyder, at det reelle antal tilbud kan være højere.

Tallene om tilbud kan dog alligevel anvendes til at angive en tendens i forhold til en udvikling. I det følgende fokuseres der derfor på gennemsnitlige udviklingstendenser, mere end på faktuelle tal. Disse tendenser skal kombineres med oplysningerne om ændringer i antallet af retspsykiatriske brugere og patienter - oplysninger, som ikke har været nær så vanskelige at fremskaffe.

7.2 Tilbud i behandlingspsykiatrien

Der er tilsyneladende hverken sket store stigninger eller markante fald i antallet af tilbud i behandlingspsykiatrien de sidste 10 år (se figur 20 i bilagstabellerne). Det ser ud til, at antallet af tilbud svinger en smule frem og tilbage fra år til år. Mest markant er dog en ændring i antal tilbud om ambulant behandling, som steg fra gennemsnitligt 2 tilbud pr. amt i 1995 til gennemsnitligt 3,36 tilbud pr. amt i 2005.

Tallene stemmer generelt godt overens med Amtsrådsforeningens undersøgelse (2004 s. 12-14), som også påviste, at de retspsykiatriske patienters forbrug af sengedage har ligget nogenlunde stabilt siden 1994, men at der til gengæld er sket en markant stigning i retspsykiatriske patienters forbrug af ambulante ydelser (fra 4.731 personer i 1995 til 17.405 personer i 2002).

Behandlingspsykiatrien er yderligere blevet spurgt, om de havde en retspsykiatrisk afdeling i amtet i henholdsvis 1995, 2000 og 2005. Her er der tydeligvis sket en stigning, idet kun 4 amter havde en retspsykiatrisk afdeling i 1995, mens 7 amter i 2000 og 8 amter i 2005 har en sådan. Der er med andre ord sket en fordobling, hvilket som også ovenfor påpeget tyder på et øget fokus på en udbygning af de retspsykiatriske afdelinger. Det skal dog bemærkes, at ikke alle amter har en retspsykiatrisk afdeling.

I 2005 og 2000 forekom det i behandlingspsykiatrien i 2 amter, at retspsykiatriske pladser også blev brugt til udadreagerende patienter, som *ikke* havde begået kriminalitet. Her blev gennemsnitligt brugt 1 plads til formålet. I 1995 forekom dette i 3 amter, hvor gennemsnitligt 2,33 pladser blev brugt til denne type patienter. Det kan med andre ord konstateres, at et ganske lille antal retspsykiatriske pladser også bliver brugt til udadreagerende patienter, der ikke har begået kriminalitet - og at antallet ligger ganske stabilt.

7.3 Retspsykiatriske patienter i distriktspsykiatrien

Resultaterne fra nærværende undersøgelse viser også, at der er sket en lille stigning i antallet af amter, hvor distriktspsykiatrien har retspsykiatriske patienter fra 1995 til 2005. I 1995 havde distriktspsykiatrien i 10 amter retspsykiatriske patienter, i 2000 var det 11 amter og i 2005 13 amter (stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter i distriktspsykiatrien kan desuden ses i figur 21 i bilagstabellerne). Dette indicerer igen, at flere retspsykiatriske patienter i dag modtager behandling i ambulant regi.

7.4 Tilbud i den amtslige socialpsykiatri

Hvad angår den amtslige socialpsykiatris tilbud, er der sket en markant stigning i køb af retspsykiatriske pladser uden for hjemamtet fra år 1995 til 2005 (se figur 22 i bilagstabellerne). Det kunne tyde på, at flere amter mangler kapacitet til de retspsykiatriske brugere, eller at man køber sig til særlige tilbud, man ikke selv har.

I 1995 placerede amterne retspsykiatriske brugere i psykiatriske plejehjem og amtslige døgninstitutioner. I 2005 er disse afløst af botilbud, primært efter Servicelovens § 92.

Fra 1995 til 2000 har der fundet en markant stigning sted i det opsøgende og udgående arbejde i den amtslige socialpsykiatri. Brugen af opsøgende og udgående arbejde faldt dog igen fra 2000 til 2005. Dette kan formentlig ses som en følge af Servicelovens krav om indførelse af støtte- og kontaktpersonordninger i alle kommuner fra juli 1998.

7.5 Tilbud i den kommunale socialpsykiatri

For den kommunale socialpsykiatri gælder, at det gennemsnitlige antal tilbud pr. kommune generelt er steget - med undtagelse af antallet af selvejende institutioner og pensionater, som er faldet lidt fra 1995 til 2005 (se figur 23 i bilagstabellerne).

Mest markant er stigningen i det opsøgende og udgående arbejde, hvilket skal ses i lyset af, at støtte- og kontaktpersonordningen (SKP) efter Servicelovens § 80 blev krævet indført i samtlige kommuner i 1998[16].

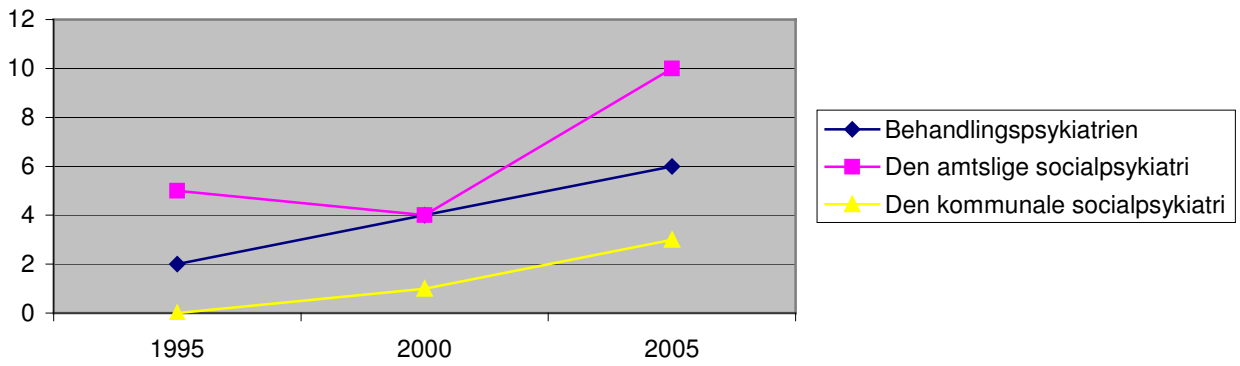
[16] Det skal bemærkes, at næsten alle kommuner har fået etableret en støtte- og kontaktpersonordning, se evaluering om støtte- og kontaktpersonordningen i mindre kommuner, Socialt Udviklingscenter SUS 2004.

8. Ventelister

For mennesker, som både har en sindslidelse og har begået en kriminel handling, kan det være afgørende ikke blot at få den rigtige behandling, men også at få den i rette tid.

Som det fremgår af nedenstående figur 24, har der de sidste 10 år, ifølge spørgeskemaundersøgelsens data, været flest ventelister i den amtslige socialpsykiatri (10 amter har ventelister i 2005), dernæst i behandlingspsykiatrien (6 amter har ventelister i 2005) og færrest i den kommunale socialpsykiatri (3 kommuner har ventelister i 2005):

Fig. 24: Antal amter og kommuner, der havde/har ventelister til tilbud til retspsykiatriske patienter og brugere i 1995, 2000 og 2005



Som det også ses af diagrammet, er der sket en markant stigning (mere end en fordobling) i antallet af amter og kommuner, der har ventelister til tilbud til retspsykiatriske patienter og brugere i både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri i årene 1995 til 2005.

Den mest markante stigning er sket i den amtslige socialpsykiatri imellem år 2000 og 2005, hvor antallet af amter med ventelister steg fra 4 til 10. Socialpsykiatrien oplyser, at retspsykiatriske brugere behandles som alle andre borgere. Alle visiterede borgere i socialpsykiatrien står på samme venteliste – hvad enten de har en dom eller ej. En mulig forklaring på det stigende antal ventelister kan således være, at flere amter og kommuner generelt har ventelister til socialpsykiatriske tilbud i 2005 end i 1995 - hvilket i relation til denne undersøgelses målgruppe måske kan forklares i lyset af Servicelovens gennemførelse, hvor egen bolig eller ophold i botilbud prioriteres fremfor plejehjem med videre.

Analysen af spørgeskemaerne viser overordnet, at der tilsyneladende ingen sammenhæng er mellem antallet af retspsykiatriske brugere/patienter i en kommune/et amt – og hvorvidt kommunen/amtet har ventelister til denne gruppe brugere.

8.1 Behandlingspsykiatrien

Både i 1995, 2000 og 2005 var der ventelister til de lukkede retspsykiatriske afdelinger (se figur 25 i bilagstabellerne). Men der er sket en femdobling i antallet af amter, der har ventelister hertil i løbet af de seneste 10 år. Desuden nævner et enkelt amt, at der i 1995 og 2005 også var venteliste til den lukkede afdeling i almenpsykiatrien.

Herudover hverken var eller er der, ifølge spørgeskemaundersøgelsens data, ventelister i behandlingspsykiatrien til retspsykiatriske patienter.

8.2 Den amtslige socialpsykiatri

Også den amtslige socialpsykiatri blev spurgt, hvilke tilbud der var ventelister til i 1995, 2000 og 2005. Det skal atter påpeges, at flere informanter har angivet, at deres ventelister ikke var specifikke for denne målgruppe, men også indeholdt andre brugere.

Svarene viser, at 9 amter i 2005 har ventelister til boformer efter Servicelovens § 92. Et enkelt amt har ventelister til henholdsvis boformer efter § 93, herberger og forsorgshjem (se figur 26 i bilagstabellerne).

Herudover er der ikke ventelister i den amtslige socialpsykiatri til retspsykiatriske brugere.

8.3 Den kommunale socialpsykiatri

I den kommunale socialpsykiatri er der som nævnt ikke mange kommuner, der har ventelister. Men blandt dem, der har, er ventelisterne fordelt på bofællesskaber, som 2 kommuner har ventelister til, samt opgangsfællesskaber og bostøtte, som hver nævnes af en enkelt kommune (se figur 27 i bilagstabellerne).

Alt i alt viser tallene for de tre sektorer, at der primært er ventelister til lukkede retspsykiatriske afdelinger, lukkede afdelinger i almenpsykiatrien og forskellige botilbud i den amtslige socialpsykiatri.

8.4 Hvor længe venter de retspsykiatriske patienter og brugere på behandlingstilbud?

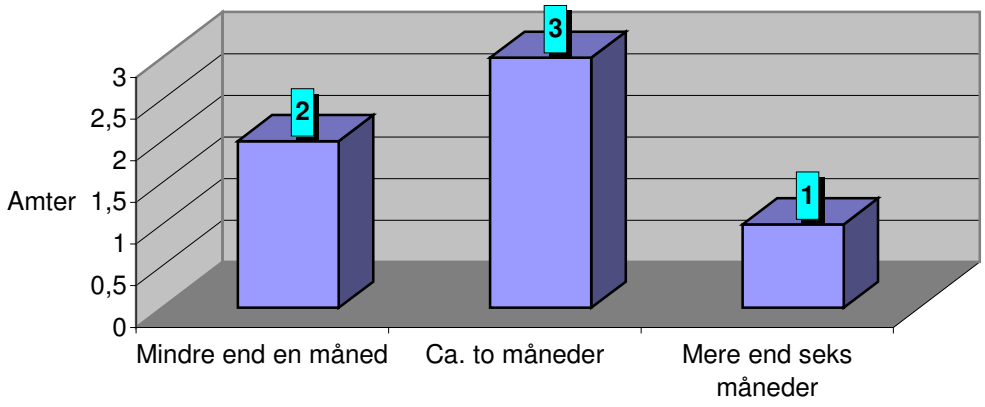
Spørgsmålet er naturligvis ikke bare, *om* de behandlingsdømte venter på tilbud, men også *hvor længe* de venter, da dette bl.a. kan være afgørende for behandlingen af deres sindslidelse - og dermed også have betydning for risikoen for gentagelse af kriminalitet.

8.4.1 Behandlingspsykiatrien

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er det tilsyneladende forskelligt, hvor længe de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien kan komme til at vente på et tilbud.

Som nedenstående figur 28 viser, gælder det i 2005, at 3 amter har patienter, der venter ca. to måneder, 2 amter har patienter, som venter mindre end én måned, og 1 enkelt amt har patienter, der venter mere end seks måneder:

Fig. 28: Hvor længe venter de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien i gennemsnit på tilbud i 2005?



I 2000 var der 4 amter, som havde retspsykiatriske patienter, der ventede henholdsvis mindre end en måned, ca. en måned, ca. tre måneder og mere end seks måneder.

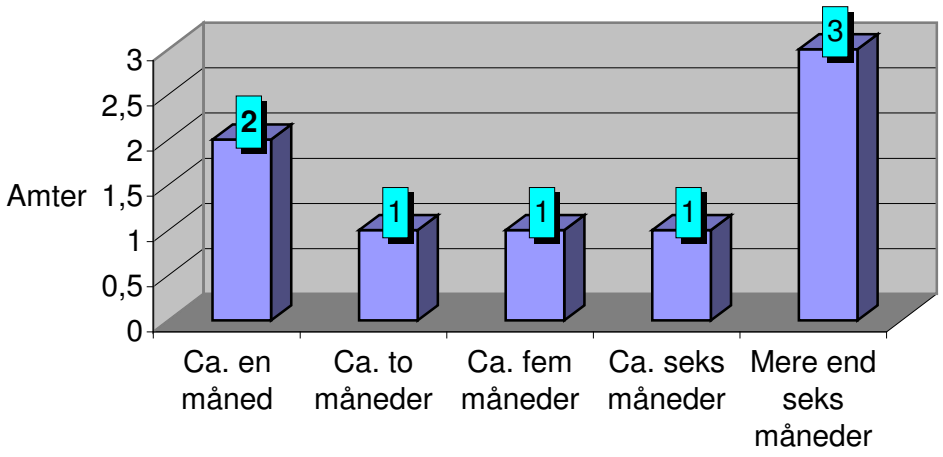
I 1995 var der ét enkelt amt med patienter, der ventede ca. tre måneder og ét andet med patienter, der ventede mere end seks måneder.

Det er med andre ord svært at sige noget generelt om, hvor lang tid de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien venter på relevante tilbud, ligesom der tilsyneladende ikke er nogen entydig udviklingstendens.

8.4.2 Den amtslige socialpsykiatri

Som nedenstående figur 29 viser, venter brugerne på tilbud i den amtslige socialpsykiatri i 2005 gennemsnitligt fra én til mere end seks måneder. 3 amter har brugere, som i gennemsnit venter mere end seks måneder. Det er altså også her meget varieret, hvor længe brugerne venter på tilbud.

Fig. 29: Hvor længe venter de retspsykiatriske brugere af den amtslige socialpsykiatri i gennemsnit på de enkelte tilbud i 2005?



Hvad angår 1995 og 2000, har kun 2 amter kunnet svare på, hvor længe deres brugere ventede på tilbud (selvom der var henholdsvis 5 og 4 amter, der havde ventelister de pågældende år).

I 2000 svarer ét amt således, at deres brugere i gennemsnit ventede fire måneder på tilbud, mens ét andet amt havde brugere, der i gennemsnit ventede seks måneder på tilbud.

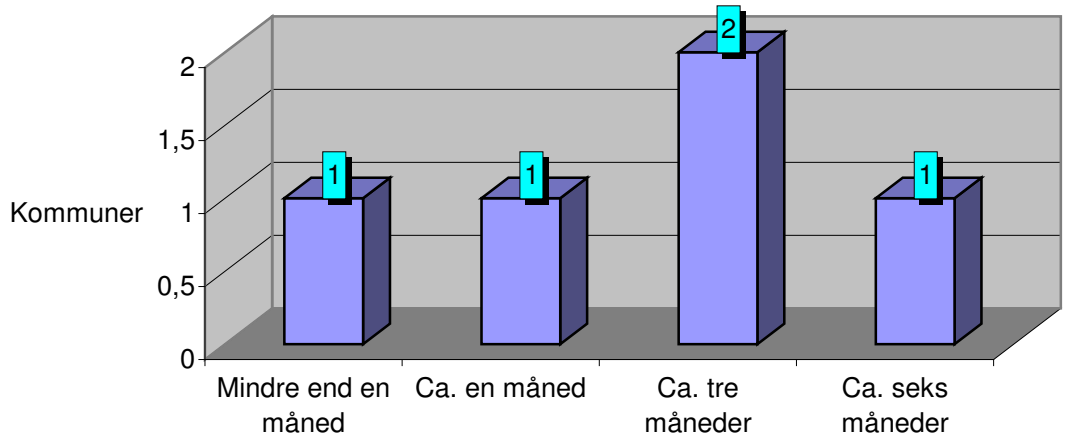
I 1995 ventede brugerne i ét amt i gennemsnit i fem måneder på tilbud, mens brugerne i ét andet amt i gennemsnit ventede mere end seks måneder.

Samlet set er der ikke nogen af de ventende brugere i den amtslige socialpsykiatri, der venter mindre end én måned på tilbud.

8.4.3 Den kommunale socialpsykiatri

Som det ses af nedenstående figur 30, er det også meget varieret, hvor længe de retspsykiatriske brugere venter på tilbud i den kommunale socialpsykiatri i 2005:

Fig. 30: Hvor længe venter de retspsykiatriske brugere af den kommunale socialpsykiatri i gennemsnit på tilbud i 2005?



I 2000 var der 1 kommune, som havde brugere, der ventede på behandlingstilbud i gennemsnitligt to måneder, og i 1995 havde 1 kommune brugere, som i gennemsnit ventede tre måneder.

Opsamlende om ventetiden i alle tre sektorer kan man sige, at den varierer meget, men at der dog sjældent er tale om mere end seks måneder.

8.5 Hvor opholder de retspsykiatriske patienter og brugere sig, mens de er på venteliste?

Det er i medierne blevet fremhævet, at mange behandlingsdømte venter i fængsler, fordi der ikke er plads til dem i psykiatrien:

> *"Flere venter i fængsler, selv om de har rettens ord for, at de ikke bør sidde i et fængsel og i stedet har behov for behandling på psykiatrisk hospital."*
> (Politiken den 26/9 2005)[17]

Ikke bare ventetiden, men også *ventestedet,* kan have stor betydning for det pågældende mennesker med sindslidelse, der har behov for behandling, ligesom det også kan have betydning for belastningen i behandlingstilbuddene og for samfundet i øvrigt.

[17] Politiken 26/9-2005. Behandlingsdømte må vente i fængsler. 1. sektion s. 2. Af Trine Maria Ilsøe og Frank Hvilsom

8.5.1 Behandlingspsykiatrien

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien opholder sig mange forskellige steder i 2005, mens de venter på tilbud. 4 amter oplyser, at de har ventende patienter, som opholder sig på lukkede afdelinger i almenpsykiatrien. 2 amter har patienter, som venter i hjemmet, mens 1 amt har patienter ventende i henholdsvis fængsel, købte retspsykiatriske pladser uden for amtet samt åbne og lukkede retspsykiatriske afdelinger i 2005.

Også i 2000 og 1995 var der flest amter, der havde patienter ventende på lukkede afdelinger i almenpsykiatrien (3 amter i 2000 og 1 amt i 1995). Derudover var der en jævn fordeling af ventende, som opholdt sig på lukkede retspsykiatriske afdelinger, i ambulant behandling, i fængsler og i hjemmet (1 amt for hvert sted).

Det ser altså primært ud til at være almenpsykiatrien, der tager sig af de ventende retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien.

8.5.2 Den amtslige socialpsykiatri

Det gælder for både 1995, 2000 og 2005, at brugerne i den amtslige socialpsykiatri primært opholder sig på retspsykiatriske afdelinger samt i almenpsykiatrien (både på lukkede og åbne psykiatriske afdelinger), mens de venter på et tilbud i socialpsykiatrien.

Således svarer 10 amter, at de pr. 8/9 2005 har brugere, der opholder sig på retspsykiatriske afdelinger, mens de er på venteliste til andre tilbud. I år 2000 gjaldt det 4 amter og i 1995 6 amter. Det tyder på, at der kan være problemer med udslusningen fra det psykiatriske til det sociale system, eller at presset på det psykiatriske system er steget.

I 2005 påpeger 2 amter desuden, at de har brugere, der venter på tilbud, mens de opholder sig i botilbud efter § 92. 3 amter har brugere, der venter i egen bolig med støtte, 1 amt har brugere, der venter i herberger og forsorgshjem, ligesom 1 amt har brugere, der venter i egen bolig uden støtte.

8.5.3 Den kommunale socialpsykiatri

I den kommunale socialpsykiatri har 3 kommuner i 2005 brugere, der venter, mens de opholder sig i egen bolig med støtte. 2 kommuner har brugere, der venter, mens de er indlagt på psykiatrisk hospital, og 1 kommune har brugere, som venter, mens de opholder sig i henholdsvis købte pladser uden for kommunen, dagtilbud/beskyttede værksteder, i egen bolig med støtte, i amtets botilbud eller i aktivitets- og væresteder.

Det kan umiddelbart undre, at retspsykiatriske brugere kan opholde sig i dagtilbud eller væresteder, mens de venter på en plads i et bofællesskab eller på bostøtte. Men forklaringen herpå kan være:

> *"Der er måske venteliste på bostøtten, og vi opprioriterer ikke dem, der har en dom. Så går vi til amtet og spørger om en nødløsning – at de fx kommer på dagtilbud fem dage om ugen, indtil bostøtten er mulig… Nogle gange kommer de aldrig videre, fordi det viser sig at være det bedste."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

I 2000 havde 1 kommune brugere, som ventede på tilbud i egen bolig uden støtte eller på psykiatrisk afdeling.

Der er altså ingen markante 'ventesteder' i den kommunale socialpsykiatri, hvilket formentligt kan tilskrives de få ventelister i denne sektor.

8.6 Ventelister – de kvalitative interview

Også i interviewene blev der givet et billede af, hvor og hvorfor der er pladsmangel og ventelister. Billedet ser sådan ud:

8.6.1 Retspsykiatrien

Udsagnene bekræfter tallene, idet det især er venteliste til amtslige botilbud, der bevirker, at patienterne ikke kan komme videre fra de retspsykiatriske afdelinger – patienterne venter ofte op til ½ år på at få et botilbud.

En central problemstilling i retspsykiatrien er, at pladsmangel giver manglende flow. Pladserne optages af patienter med dom til anbringelse, patienter som venter på botilbud og (på Fyn) ikke mindst af patienter i varetægt. Som resultat heraf kan en afdeling med 18 pladser reelt kun have to pladser at disponere over. Konsekvensen er, at man må afvise patienter:

> *"Vi har kapacitetsproblemer, og hvis nu NN er ude i et aktivt misbrug, og vi ved, at han burde tages ud af omløb i dag, så kan vi godt være nødt til at vente 14 dage. Og der synes jeg, vi er ude der, hvor vi nogle gange chancer lidt."*
>
> (Retspsykiatrien)

Interviewene behandler også spørgsmålet om retspsykiatriens kapacitet i forhold til sindslidende i varetægtssurrogat. På Fyn er halvdelen af patienterne på de retspsykiatriske afdelinger personer i varetægtssurrogat, hvilket er en medvirkende årsag til pladsmanglen. I Århus og Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S opholder personer i varetægt sig - på grund af pladsmangel - derimod som hovedregel slet ikke i retspsykiatrien.

I forhold til den ambulante funktion – det vil sige kontakten til patienter, som er udskrevet fra retspsykiatrien, men hvor retspsykiatrien har behandlingsansvaret – er Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S i gang med en udvidelse. Men det vurderes fra retspsykiatrien, at den ikke vil dække behovet. Også Fyn efterlyser flere ambulante pladser i retspsykiatrien (se i øvrigt afsnittet om distriktspsykiatrien).

8.6.2 Almenpsykiatrien

I Århus anbringes sindslidende i varetægtssurrogat konsekvent i almenpsykiatrien i en særlig sikret afdeling. Også i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S anvendes almenpsykiatrien til personer i varetægtssurrogat – i en periode var halvdelen af patienterne på en lukket afdeling fx i varetægt. I København opholder en stor del af de sindslidende i varetægt sig på grund af pladsmanglen i fængsel. Kun de farligste og de mest udadreagerende anbringes i varetægt i retspsykiatrien.

Almenpsykiatrien stiller spørgsmålstegn ved sikkerheden på de lukkede afdelinger i forhold til at kunne rumme personer i varetægtssurrogat.

I interviewene var der bred enighed om, at det er problematisk, hvis almenpsykiatrien har for lille kapacitet, idet kapaciteten især har betydning i forbindelse med genindlæggelser af retspsykiatriske patienter med behandlingsdom:

> *"Det er en kalkuleret risiko. En konkret person kan være i risiko for at slå sig selv ihjel – men i hvert tilfælde vurderer vi risikoen, og hvis der er fare for andre, så tager vi dem ind her og nu."*
>
> (Almenpsykiatrien)

Interviewpersonerne fortalte samstemmende, at retspsykiatriske patienter har længere indlæggelser end ikke-dømte patienter – ikke fordi de er sygere, men på grund af hensyn til retsfølelsen og risikoen for recidiv.

> *"Der er også hensynet til den almene retsfølelse. Nogle gør noget, når de drikker, men ikke ellers… Og der kan vi være nødt til at holde dem inde i fire*

uger fx, mens alle andre misbrugere ryger ud, så snart de er den mindste smule klar til det."

(Almenpsykiatrien)

Dette opleves som etisk og fagligt vanskeligt i forhold til patienter uden dom, der har samme eller større behov for behandling:

"En del af ubehaget ved nogle af de dømte er også, at vi ikke ville behandle dem, hvis ikke de havde dom. På grund af nedskæringer behandler vi kun meget syge mennesker. Vi har fx ellers ikke folk, der er indlagt længe i almenpsykiatrien med personlighedsforstyrrelser."

(Almenpsykiatrien)

På trods af, at retspsykiatriske patienter kan dokumenteres at have længere indlæggelsestid end patienter uden dom, fortalte flere interviewpersoner, at en del af de dømte udskrives for tidligt fra almenpsykiatrien. Informater fra socialpsykiatrien bekræfter dette billede.

"Nogle gange ved vi slet ikke, hvem der vurderer, om der sket en forandring på hospitalet. Og det er ret frustrerende at få dem tilbage efter to uger – og så er der absolut ingen forskel."

(Amtslig socialpsykiatri)

8.6.3 Distriktspsykiatrien

I distriktspsykiatrien er der ikke nogen egentlige ventelister – de retspsykiatriske patienter "tages ind" på lige fod med ikke-dømte. Flere interviewpersoner problematiserede dog kapaciteten, der kan have som konsekvens, at en enkelt overlæge i distriktspsykiatrien kan have ansvar for 200 patienter, herunder også dømte.

Flere interviewpersoner udtrykte ønske om mere fokus på den ambulante behandling af dømte. Behandlingsansvaret bør måske i højere grad placeres i retspsykiatriske ambulatorier - i hvert fald i forhold til patienter, hvor det kan forventes, at der vil være vanskeligheder med at få adgang til behandling. Det foreslås, at behandlingsansvaret først overdrages til distriktspsykiatrien, når den ambulante kontakt i forhold til den enkelte patient fungerer.

8.6.4 Socialpsykiatrien

Inden for socialpsykiatrien bekræfter interviewene billedet af, at der især er ventelister til de amtslige botilbud. Informanter fra socialpsykiatrien understreger, at dette ikke skyldes, at retspsykiatriske brugere behandles anderledes end andre brugere. Hvis de i gennemsnit

venter lidt længere, skyldes det, at retspsykiatriske brugere oftere end den gennemsnitlige bruger har behov for et særligt botilbud, der fx kan rumme beboere med udadreagerende adfærd og misbrug eller beboere med personlighedsforstyrrelser. Det påpeges også, at retspsykiatriske brugere ofte visiteres til små botilbud, hvorfor ventetiden alt andet lige kan være lidt længere.

9. Tværsektorielt samarbejde

Eftersom en retspsykiatrisk patients behandlings- og støtteforløb oftest består af flere forskellige tilbud i både psykiatrien og det sociale system, bliver samarbejde på tværs af sektorer og aktører væsentligt.

I interviewene fremhævede flere, at et tæt tværfagligt samarbejde vedrørende retspsykiatriske patienter er centralt, fordi en stor del af disse patienter (fx sindslidende med misbrugsproblemer) permanent befinder sig i en gråzone mellem psykiatrien, retssystemet og det sociale system. Deres problemer er så komplekse, at en tværsektoriel indsats er tvingende nødvendig:

> *"Det skal bare ikke være enten/eller for dem, der er dårligst. De vil altid være i området midt imellem systemerne. Og der skal vi spænde sikkerhedsnettet ud sammen, i stedet for at bekrige hinanden…..".*
>
> (Amtslig socialpsykiatri)

Som det ses nedenfor, er der store forskelle på samarbejdet mellem forskellige aktører og sektorer. Der er variationer i, hvilke samarbejdsmodeller der anvendes i løsningen af hvilke opgaver – ligesom der er forskelle på, hvor tæt samarbejdet er.

9.1 Forskellige samarbejdsformer

9.1.1 Hvad samarbejdes om?

Helt overordnet samarbejdes der på tværs af sektorer om to opgaver:

- Samarbejde omkring overdragelse af patienter fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien (ofte i forbindelse med visitation til botilbud eller lignende)
- Løbende samarbejde omkring retspsykiatriske patienter i ambulant behandling.

9.1.2 Hvilke samarbejdsmodeller findes på området?

I det tværsektorielle samarbejde omkring retspsykiatriske patienter/brugere benyttes følgende samarbejdsformer:

- *Møder (fastlagte og ad hoc)*

Sparring, informationsudveksling, planlægning af behandlingsforløb, afklaring og fordeling af opgaveansvar m.m. foregår ofte ved møder, hvor forskellige aktører deltager – udover behandlings- og/eller socialpsykiatrien kan det være Kriminalforsorgen, socialrådgivere, psykologer, politiet, bostøtter, pårørende og de retspsykiatriske brugere/patienter selv.

Der foregår dels faste møder én gang om måneden, én gang i kvartalet eller hvert halve år, dels ad hoc, når der er behov for det.

Der nævnes flere forskellige typer af møder: Netværksmøder, statusmøder, visitationsmøder, handleplansmøder og koordinationsmøder ved udskrivning til socialpsykiatrien. Nogle møder har med andre ord til formål at informere hinanden om, hvad man har arbejdet med siden sidst i de forskellige sektorer, mens andre har en mere praktisk dagsorden for øje, hvor det især gælder en enkelt patients eller brugers behandlings- og støtteforløb.

- *Løbende ad hoc kontakt*
  Udover de mere formelle møder har flere samarbejdspartnere også en mere løbende kontakt i forhold til arbejdet med de retspsykiatriske patienter og brugere. Denne kontakt foregår ofte telefonisk.

Til at koordinere samarbejdet anvendes koordinationsplaner/handleplaner, og/eller der udpeges en koordinator (eller "tovholder"):

- *Handleplaner og koordinationsplaner*
  Nogle steder anvender man handleplaner og/eller koordinationsplaner for den enkelte behandlingsdømte. Man udarbejder således en skriftlig plan for, hvordan patientens eller brugerens behandlings- og støtteforløb skal være, og hvem, der skal tage sig af hver del i forløbet.

9.2 Erfaringer med samarbejdet

I dette afsnit gennemgås erfaringer med det tværsektorielle samarbejde omkring overdragelse af patienter samt det løbende samarbejde omkring patienter i ambulant behandling. Afsnittet er baseret på de kvalitative interview, hvor der var mulighed for at gå i dybden med emnet.

9.2.1 Samarbejde omkring overdragelse af patienter fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien

Interviewene tyder på, at overdragelser af retspsykiatriske patienter inden for behandlingspsykiatrien (retspsykiatrien, almenpsykiatrien og distriktspsykiatrien) rent samarbejdsmæssigt er relativt uproblematiske. Derimod synes samarbejdet omkring overdragelse til socialpsykiatrien/det sociale system at være sværere.

<u>Koordinerende planlægningsmøder ved overdragelse til socialpsykiatrien</u>

Uanset hvilken samarbejdsmodel der anvendes, vurderes samarbejdet omkring overgangen til socialpsykiatrien at fungere bedst, når det:

- starter med et koordinerende planlægningsmøde
- inkluderer alle relevante aktører
- foregår i god tid inden udskrivningen
- munder ud i forpligtende aftaler, hvor de forskellige aktørers roller er beskrevet.

> *"Et godt eksempel er, når samarbejdet starter under indlæggelsen, og vi får nogle aftaler, der rækker ud, og vi aftaler at mødes efter et halvt år. Når aftalerne bliver lagt i system, så fungerer det bedre. Det bedste er et formaliseret samarbejde omkring den enkelte person."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

Det er ikke afgørende for samarbejdet, at den præcise opgave- og ansvarsfordeling efter patientens udskrivning er lagt i faste rammer, som følges hver gang en retspsykiatrisk patient udskrives.

Tværtimod vurderes det som godt, når samarbejdet er fleksibelt, kan tilpasses den enkelte patient/bruger og den pågældendes behov – og inddrager de aktører, som er mest relevante, og som har den bedste relation til den konkrete patient/bruger:

> *"Det er vigtigt, at alle professionelle i miljøet kender hinanden og får snakket med hinanden, mødes i nogle netværk. Hvem har den bedste kontakt til dem, hvem handler? Vi prøver at udnytte de relationer, der er, og koordinere dem."*
>
> (Amtslig socialpsykiatri)

Interviewene afdækker, at der kan være mange gode samarbejdsmodeller i forbindelse med overdragelse af retspsykiatriske patienter. Det er nemlig ikke afgørende, hvor aktørerne samles, eller hvem der får ansvaret for hvad i den enkelte sag. Det eneste, der som udgangspunkt skal være formaliseret og fastlagt for, at samarbejdet fungerer godt, er rammerne omkring, hvordan ansvar og opgaver fordeles og koordineres. Det er således vigtigt,

at alle relevante parter i en konkret sag er enige om, hvem der gør hvad, hvem der har ansvar for hvad – samt hvem der skal kontakte hvem, hvis noget skulle opstå akut undervejs.

Koordinationsplaner og -aftaler, koordinatorer og koordinationsråd

I forbindelse med koordineringen kan det nævnes, at en undersøgelse fra Vestsjællands Amt fra 2002-2004 viser, at der i flere systemer gives udtryk for, at de selv er den primære relation i forhold til den fælles patient/bruger (Pia Witten Hansen, 2004 s. 164). Således opfattede mange systemer det som deres ansvar at ledsage den pågældende person rundt til andre offentlige systemer. Det var med andre ord meget uklart, hvem der havde det primære ansvar i forhold til den fælles patient/bruger.

Ifølge Psykiatrilovens § 3 har den udskrivende overlæge ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale omkring en del af de psykiatriske patienter:

"Stk. 4. Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten."

Og videre:

"Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsplan, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten."

I forbindelse med pilotundersøgelsen, hvor spørgeskemaet blev testet, pegede testpersonerne på, at man de pågældende steder ikke anvender koordinationsplaner i forhold til retspsykiatriske patienter. Begrundelsen var, at behandlingsplanen allerede er beskrevet i dommen. Det blev således valgt ikke at spørge uddybende til koordinationsplaner i spørgeskemaet.

I interviewene var koordination i forbindelse med udskrivningen til gengæld et centralt tema – og koordinationsplaner blev bragt op gentagne gange. Der kunne konstateres en tendens til, at behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien havde forskellige holdninger til koordinationsplanerne. I behandlingspsykiatrien mente mange, at man fra hospitalspsykiatriens side altid havde koordineret udskrivningen – og at det ikke gjorde nogen forskel, om man kaldte dette arbejde en koordinationsplan:

”Det er jo god psykiatri at holde fælles møder og koordinere. Vi kan da godt kalde det udskrivningsplaner og koordineringsplaner, hvis det skal være – men i forhold til de retspsykiatriske patienter er det jo ikke noget problem at fastholde.”

(Retspsykiatrien)

I socialpsykiatrien – som ikke har ansvaret for at udarbejde koordinationsplanerne – var der et udtalt ønske om at blive inddraget så meget som muligt i udarbejdelsen heraf:

”Koordinationsaftaler kræver, at man indkalder alle relevante parter, så ansvaret ikke havner hos nogle, der ikke er tilstede. De dur, hvis man sidder og kigger hinanden ind i øjnene. Man skal sidde overfor hinanden og lave aftaler – og så dur det. Jeg synes, man skal kræve i forhold til den videre brug, at alle involverede parter er tilstede og skriver den sammen.”

(Amtslig socialpsykiatri)

Til perspektivering af brugen af koordinationsplaner viser undersøgelsen fra Vestsjællands Amt (Pia Witten Hansen 2004), at de forskellige systemer i 2002-2004 havde forskellig praksis for udarbejdelse af handleplaner omkring retspsykiatriske patienter/brugere. Hvert system udarbejdede deres lovbestemte handleplan. På den måde blev der anvendt ressourcer i flere systemer, og der var risiko for at skulle ”begynde forfra” mange gange. Den fælles patient/bruger skulle fortælle det samme til flere forskellige fagprofessionelle, eftersom der ikke forekom en systematisk udveksling af handleplaner i samarbejdet omkring vedkommende. Der var desuden forskellig praksis for, hvordan den enkelte person blev inddraget i udformningen af handleplaner, idet man i det sociale system fx principielt ikke må udarbejde den lovpligtige § 111 handleplan uden at inddrage brugeren.

Det vil altid være retspsykiatriens opgave at indlede samarbejdet omkring overdragelser - det er her, man ved, hvornår en patient er på vej ud. For retspsykiatrien letter det samarbejdet betragteligt, jo færre personer man skal samarbejde med.

En mulighed er at have en koordinerende person i kommunen eller amtet, som retspsykiatrien kan kontakte, hvorefter denne person indkalder de relevante aktører fra socialpsykiatrien i den enkelte sag:

”Jeg er visitator i Odense Kommune. Alt hvad der kommer igennem som borgere i Odense, går igennem mig. Det kan være folk, der er under mentalundersøgelse i forbindelse med en sigtelse, og hvor de bliver opmærksomme på, at der er noget. Så bliver jeg kaldt ud, og vi diskuterer, om

det er amtets eller kommunens opgave – i forhold til hvilken dom man forventer, de får, og hvad vi hver især kan tilbyde."

(Kommunal socialpsykiatri)

En anden mulighed er at have et koordinationsråd, som man for nyligt har etableret i GG Amt (se afsnit 9.7 Eksempler på best practice om samarbejde).

9.2.2 Løbende samarbejde omkring ambulante patienter

Det andet tværfaglige samarbejdsfelt omkring retspsykiatriske patienter/brugere er det løbende samarbejde omkring de ambulante patienter - det vil sige patienter, der har dom til behandling. Disse retspsykiatriske patienter har som minimum kontakt til tre sektorer – og nogle har indimellem kontakt til en fjerde sektor:

- Alle får ambulant behandling i distriktspsykiatrien eller eventuelt i et retspsykiatrisk ambulatorium
- Alle har løbende kontakt med en tilsynsførende fra Kriminalforsorgen
- Alle får tilbud om botilbud, bostøtte eller dagtilbud i socialpsykiatrien
- Nogle genindlægges en eller flere gange, oftest i almenpsykiatrien.

Samarbejdet mellem de fire sektorer kan handle om at udveksle generelle erfaringer, fx om dobbeltdiagnosepatienter eller om hjemløse retspsykiatriske patienter/brugere. Samarbejdet kan dog også handle om en konkret patient/bruger.

Ifølge interviewene foregår dette samarbejde i form af fastlagte møder og/eller som ad hoc samarbejde.

<u>Fastlagte møder</u>

Det generelle indtryk fra interviewene er, at det løbende samarbejde fungerer bedst, hvis der er faste regelmæssige møder på kryds og tværs mellem retspsykiatrien, almenpsykiatrien (herunder distriktspsykiatrien og misbrugsbehandlingen), den amtslige socialpsykiatri (fx botilbud), den kommunale socialpsykiatri (fx bostøtte, støtte- og kontaktpersoner samt hjemmepleje), Kriminalforsorgen og politiet.

På møderne drøftes især generelle emner og temaer samt i nogle tilfælde personsager. Flere interviewpersoner nævner dog i den forbindelse, at man holder sig til generelle emner, fordi udveksling af informationer vedrørende enkeltsager kræver den pågældende persons samtykke - og dette samtykke kan være vanskeligt at få, især hvis den ene part er politiet.

Som det vil fremgå nedenfor, er der store forskelle på, hvilke aktører der mødes hvor ofte og om hvad. I interviewene blev det tydeligt, at der ikke blot er forskel på samarbejdsformerne og mødehyppigheden fra amt til amt, men også mellem sektorer eller blot botilbud i den samme by.

Disse forskelle opstår tilsyneladende, når amtet eller kommunen ikke har etableret faste formaliserede samarbejdsmodeller. Det gør samarbejdet afhængigt af enkeltpersoners indsats og gensidige kemi. En del samarbejdsfora omkring det løbende samarbejde er således skabt 'nedefra' og drevet ved, at en enkelt aktør har insisteret på at invitere de andre aktører gentagne gange.

Ad hoc samarbejde

Et andet vigtigt element i det løbende samarbejde er muligheden for at mødes ad hoc omkring enkeltsager, når der vurderes at være et behov herfor. Ifølge interviewpersonerne er ad hoc samarbejdet især afhængig af, at man let kan komme i kontakt med hinanden over telefonen. Og at man ved, hvem man ringer til.

> *"Jeg tror, personkendskabet betyder meget. Det er utrolig mange mennesker, man skal samarbejde med i socialpsykiatrien."*
>
> (Retspsykiatrien)

Ad hoc samarbejdet drejer sig ofte om akut opståede problemer. I sådanne situationer er det især vigtigt for socialpsykiatrien at have nem og hurtig adgang til de andre aktører:

> *"Hvis der er løbende problemer – når vilkårene ikke bliver overholdt, fx hvis de dropper ud af medicinen – så ringer vi ud til retspsykiatrisk afdeling. Og så stoler de på vores vurdering og tager kontakt til Kriminalforsorgen, og så tager de kontakt til politiet, der kommer og henter vores beboer."*
>
> (Amtslig socialpsykiatri)

Ansvaret for at gøre opmærksom på et opstået behov for behandling ligger hos dem, der møder de retspsykiatriske patienter/brugere i det daglige: Det kan være distriktspsykiatrien, der ser patienterne/brugerne en gang om måneden. Det kan være Kriminalforsorgen, der ser dem med mellemrum. Eller det kan være socialpsykiatrien, som ofte ser brugerne hver dag. Det er oplagt, at det i praksis ofte vil være dem, der ser patienterne/brugerne hver dag, der hurtigst observerer en ændret adfærd. Når socialpsykiatrien observerer, at der er behov for en akut reaktion fra behandlingspsykiatrien, skal de have nogen til at reagere, idet behandlingsansvaret ligger hos behandlingspsykiatrien.

Informanter fra interviewene oplyser i denne forbindelse, at det nogle gange kan være svært for socialpsykiatrien at få behandlingspsykiatrien eller Kriminalforsorgen til at reagere:

> *"Et eksempel på en dårlig oplevelse er, når patienten går ud af medicinen, og vi ikke kan komme ind til dem – og vi så ikke kan få distriktspsykiatrien til at følge op på det. Vi havde fx en oplevelse, hvor en person gik ud af medicinen, og vi havde kontakt løbende to gange om ugen og så ham blive dårligere og dårligere. Til sidst insisterede vi på indlæggelse, og så røg han alt for hurtigt ud igen. Vi var ikke taget med på råd, og det var dybt frustrerende, men oftest fungerer det…"*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

I sådan en situation oplever socialpsykiatrien, at de ikke blot har ansvar for at gøre opmærksom på et akut behov. De oplever, at de i praksis har ansvaret for, at der iværksættes en adækvat reaktion. De bliver derfor ved med at henvende sig hos behandlingspsykiatrien, indtil der sker noget. Interviewene giver eksempler på flere kreative måder at klare dette på:

> *"Der går ofte kuk i den med den behandlende læge. Vi er måske enige, men den behandlende læge vil alligevel ikke gøre noget. Der tager vi så den aktuelle kriminalitet og går igennem politiet. De kommer og henter brugerne, og så kommer de ind på psykiatrisk afdeling på den måde. Det er blevet en vane for os, så tvinger vi lægerne til at tage imod, dem. Vi har et samarbejde med politiet og går via dem. Jeg ved godt, at lægerne har travlt, og der er kapacitetsproblemer, men nogle gange skal der jo ske noget. Det er fx ved trusler og vold eller fornyet kriminalitet."*
>
> (Kommunal socialpsykiatri)

Som udsagnet antyder, kan dette samarbejdsproblem dog også handle om, at man ikke har den samme vurdering af brugernes tilstand:

> *"Det er svært i overdragelsesfasen, når vi skal modtage. Det er svært at få respekt om, at det går godt, mens patienten er i hospitalsfasen, men at det går meget dårligere, når der ikke er indlæggelse. Nogle gange kan vi ikke engang få en overdragelsesaftale. Nogle gange ved vi slet ikke, hvem der vurderer, om der sket en forandring på hospitalet. Det er ret frustrerende at få dem tilbage efter to uger, og så er der absolut ingen forskel."*
>
> (Amtslig socialpsykiatri)

Samlet giver interviewene et billede af, at samarbejdet på området er meget vigtigt – men at oplevelsen af samarbejdet er meget forskellig fra tilbud til tilbud, fra sektor til sektor og fra amt til amt.

Udtalelserne peger på, at samarbejdet omkring overdragelser af patienter/brugere til socialpsykiatrien især kan styrkes af en tæt koordinering, hvor alle aktuelle aktører er involveret i planlægningen.

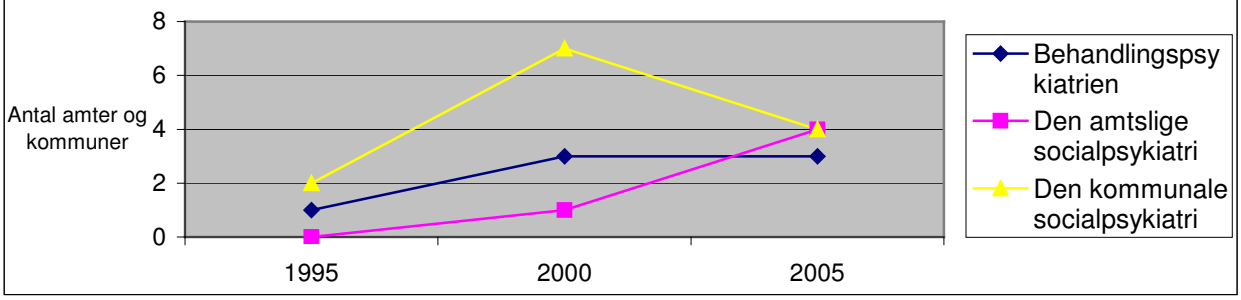
Det løbende samarbejde omkring patienter i ambulant behandling kan især styrkes ved fastlagte møder mellem aktørerne, både om generelle emner og om konkrete sager. Herudover lettes samarbejdet – set med socialpsykiatriens øjne – ved let adgang til aktørerne i behandlingspsykiatrien, når der opstår akutte behov.

9.3 Samarbejdspolitik

Interviewene pegede på, at det er en fordel, når der er etableret faste modeller for koordinering af samarbejdet, når der er fastlagte møder mellem de forskellige aktører – og når det er let at opnå kontakt til de andre aktører ad hoc og akut.

I spørgeskemaet er amter og kommuner blevet spurgt, om de har udformet en særlig politik i forhold til samarbejde på området. Som nedenstående figur 31 illustrerer, er antallet af amter og kommuner, der har en sådan samarbejdspolitik, ikke steget jævnt i årene 1995-2005, selvom det sammenlagt er steget på de 10 år:

Fig. 31: Antal amter og kommuner, der har udformet en særlig politik i forhold til samarbejde fra 1995 til 2005



I den kommunale socialpsykiatri ser det ud til, at antallet af amter og kommuner, der har en samarbejdspolitik, er faldet fra 2000 til 2005. En mulig forklaring herpå kunne være kravet om kommunernes etablering af støtte- og kontaktpersonordningen, som sammen med Servicelovens øvrige tilbud opfanger nogle brugere, før deres problemer bliver meget massive.

Overordnet set er det ikke mange amter og kommuner, der har udformet en særlig samarbejdspolitik omkring retspsykiatriske patienter/brugere. Dette kan dels have historiske årsager, dels skyldes, at der er tale om forskellige sektorer med forskellige regelsæt og

fagligheder, som skal samarbejde. Eksemplerne senere i afsnittet vedrørende gode samarbejdsmodeller og -metoder har det fælles træk, at der er tale om fleksible samarbejdsformer, fordi alle "sager" er forskellige og dermed kræver forskellige typer samarbejde.

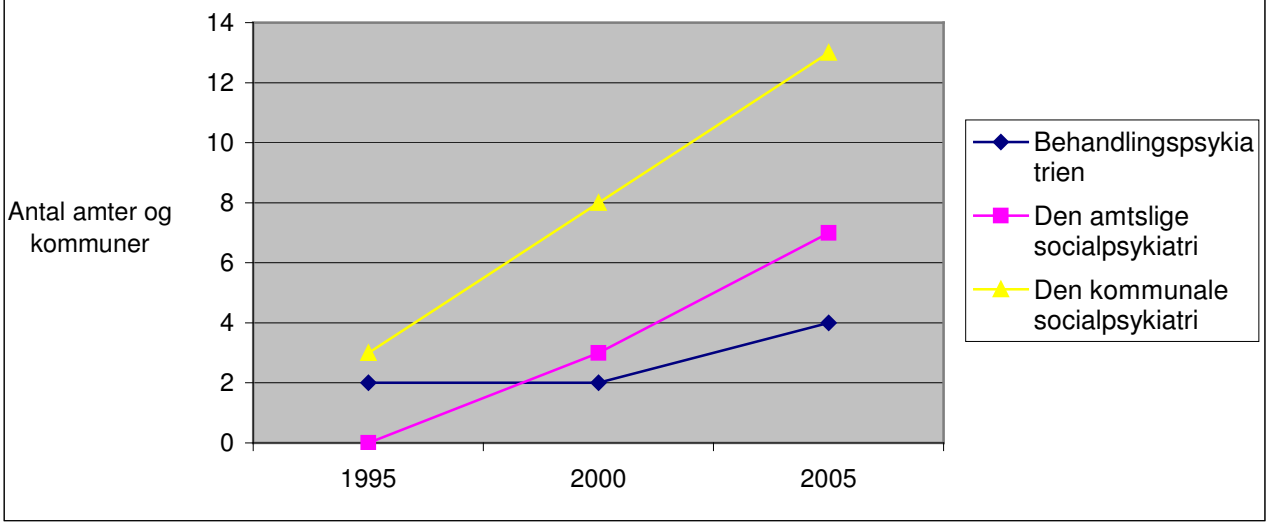
9.3.1 Samarbejdspolitikkernes indhold

Samarbejdspolitikkerne er meget forskellige og minder på mange måder om de samarbejdsmodeller og –metoder, som er beskrevet i forrige afsnit. Det drejer sig om faste mødefora, samarbejdsaftaler og handleplaner. Særligt for samarbejdspolitikkerne er dog et øget fokus på pårørendesamarbejde. Flere steder handler samarbejdspolitikken nemlig om, at medarbejderne er forpligtede til at være aktivt opsøgende i forhold til de pårørende.

9.4 Særlige samarbejdsmodeller og -metoder

I spørgeskemaundersøgelsen er alle informanter blevet spurgt, om de anvender særlige modeller og metoder til samarbejde om retspsykiatriske patienter/brugere på tværs af sektorer og aktører. Som figur 32 nedenfor viser, er der sket en stigning fra 1995 til 2005 i antallet af amter og kommuner, der anvender særlige samarbejdsmodeller – både i behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri:

Fig. 32: Antal amter og kommuner, som anvendte særlige modeller og metoder for samarbejde i 1995, 2000 og 2005



Sammenlagt er der sket næsten en *femdobling* i antallet af amter og kommuner, der anvender særlige modeller og metoder til samarbejde på området, i løbet af de sidste 10 år. Dette kan

dog delvist hænge sammen med, at informanterne har haft svært ved at huske samarbejdsmodeller og metoder fra 1995 og 2000.

Af ovenstående diagram fremgår også, at den største stigning er sket i den amtslige socialpsykiatri, hvor der er sket en syvdobling i antallet af amter, der benytter samarbejdsmodeller. Til sammenligning hermed er der sket en firedobling i antallet af kommuner i den kommunale socialpsykiatri, som anvender samarbejdsmodeller, og en fordobling i antallet af amter i behandlingspsykiatrien, der ligeledes benytter samarbejdsmodeller.

9.4.1 Samarbejdsmodellerne og –metodernes indhold

Samarbejdsmodellerne og -metoderne er ifølge spørgeskemabesvarelserne meget forskellige, og det er ikke muligt at se nogen generel udvikling i deres indhold fra 1995 til 2005, ligesom det heller ikke er muligt ud fra spørgeskemaerne at se nogle specielle karakteristika ved modellerne og metoderne for henholdsvis behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri.

Samarbejdsmodeller og metoderne består i både 1995, 2000 og 2005 - og i alle tre sektorer - primært af forskellige udgaver af de tidligere nævnte samarbejdsformer:

- Fastlagte møder
- Ad hoc møder
- Løbende telefonisk kontakt
- Handleplaner og koordinationsplaner
- Koordinatorer, "tovholdere" og koordinationsråd.

9.4.2 Vurderinger af samarbejdsmodellerne og –metoderne

Generelt oplyser de amter og kommuner i spørgeskemaundersøgelsen, der har særlige samarbejdsmodeller og –metoder på området, at de er meget tilfredse med dem og finder dem velfungerende.

Det påpeges – ligesom i interviewene – at samarbejdet giver en øget information om og dermed forståelse for de øvrige aktørers arbejde og for handlemulighederne i det hele taget. Det fremmer planlægningen af behandlings- og støtteforløbene, at man har kendskab til de forskellige parter, og at man har mulighed for at få sparring fra andre aktører i tvivlsspørgsmål. Man oplyser, at samarbejdsmodellerne har gjort det lettere at reagere hurtigt og at justere tilbud, hvilket indicerer, at der foregår meget samarbejde ad hoc. Generelt oplyser det, at anvendelsen af særlige samarbejdsmodeller og –metoder har givet blødere overgange mellem de forskellige tilbud for brugeren eller patienten.

Flere informanter understreger dog, at deres samarbejdsmodeller stadig er så nye, at der løbende er brug for justering.

9.5 Hvilke samarbejdsformer benyttes af hvem?

I spørgeskemaundersøgelsen vurderede informanterne i hvilken udstrækning, de i 2005 benytter sig af følgende samarbejdsformer: Fastlagte møder; ad hoc møder; anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art; sparring, supervision og undervisning.

Det skal først og fremmest understreges, at mange informanter i spørgeskemaerne har påpeget, at det ikke er muligt at sige noget generelt om samarbejdet mellem forskellige aktører og sektorer omkring retspsykiatriske patienter og brugere. Samarbejdet afhænger bl.a. af de enkelte patientforløb samt de forskellige aktører og kan nogle gange være velfungerende, men det andre gange er mangelfuldt og problematisk.

I de følgende afsnit præsenteres først behandlingspsykiatriens oplysninger om samarbejde med udvalgte aktører – og derefter henholdsvis den amtslige og den kommunale socialpsykiatris oplysninger.

9.5.1 Behandlingspsykiatrien

Behandlingspsykiatrien oplyser, at man har et tæt samarbejde med Kriminalforsorgen, som primært bliver holdt ved lige gennem ad hoc møder, kontakt af telefonisk og skriftlig art samt ved fastlagte møder (se figur 33 i bilagstabellerne). Det er til gengæld kun få steder, at der forekommer sparring, supervision eller undervisning mellem behandlingspsykiatrien og Kriminalforsorgen.

Behandlingspsykiatriens samarbejde med de kommunale socialforvaltninger foregår ikke så hyppigt som samarbejdet med Kriminalforsorgen. Samarbejdet med de kommunale socialforvaltninger primært foregår via ad hoc møder samt kontakt af telefonisk og skriftlig art (se figur 34 i bilagstabellerne). Fastlagte møder og sparring, supervision eller undervisning er mere sjældne samarbejdsformer behandlingspsykiatrien og de kommunale socialforvaltninger imellem.

Ligeledes oplyser informanter fra behandlingspsykiatrien, at samarbejdet med de socialpsykiatriske botilbud overordnet set er mindre tæt og mere ad hoc præget (se figur 35 i bilagstabellerne). De mest anvendte samarbejdsformer mellem behandlingspsykiatrien og de socialpsykiatriske botilbud er ad hoc møder og kontakt af telefonisk eller skriftlig art, hvorimod

fastlagte møder og gensidig sparring, supervision eller undervisning kun forekommer i få amter.

9.5.2 Den amtslige socialpsykiatri

Sammenlignes den amtslige socialpsykiatris egen beskrivelse af samarbejdet med hospitalspsykiatrien (dvs. eksklusiv distriktspsykiatrien), minder den meget om behandlingspsykiatriens beskrivelse af samme samarbejde. Ad hoc møder, kontakt af telefonisk og skriftlig art samt fastlagte møder er forholdsvist meget anvendte samarbejdsformer i samarbejdet mellem den amtslige socialpsykiatri og hospitalspsykiatrien (se figur 36 i bilagstabellerne). Derimod benytter man sig ikke meget af sparring, supervision eller undervisning i samarbejdet.

Hvad angår den amtslige socialpsykiatris samarbejde med distriktspsykiatrien, foregår den primært via ad hoc møder og kontakt af telefonisk eller skriftlig art (se figur 37 i bilagstabellerne).

Bevæger vi os over i det sociale systems interne samarbejde, så viser oplysningerne, at det ikke er mange amter, som i 2005 har et tæt samarbejde mellem den amtslige socialpsykiatri og de kommunale social- og/eller psykiatriforvaltninger (se figur 38 i bilagstabellerne). Samarbejdet med hospitalspsykiatrien er tættere. Fx er der mange amter, der slet ikke anvender fastlagte møder mellem den amtslige socialpsykiatri og de kommunale social- og/eller psykiatriforvaltninger. Også her er sparring, supervision eller undervisning meget lidt anvendt.

I samarbejdet mellem den amtslige socialpsykiatri og Kriminalforsorgen er amterne i 2005 tilsyneladende meget forskellige, hvad angår samarbejdsformerne (se figur 39 i bilagstabellerne). Mens omkring halvdelen af amterne forholdsvist hyppigt eller meget ofte anvender fastlagte eller ad hoc møder samt kontakt af telefonisk eller skriftlig art i dette samarbejde, benytter den anden halvdel af amterne sig ikke meget af disse samarbejdsformer. Sparring, supervision eller undervisning bliver helt generelt kun benyttet meget lidt i dette samarbejde. Behandlingspsykiatriens samarbejde med Kriminalforsorgen fremstår som værende tættere.

9.5.3 Den kommunale socialpsykiatri

Det er slående, at mange kommuner slet ikke ser ud til at have noget samarbejde mellem den kommunale socialpsykiatri og hospitalspsykiatrien (se figur 40 i bilagstabellerne). Blandt dem, der har et sådan samarbejde, er det desuden meget varieret, hvilke samarbejdsformer man

anvender. Den kommunale socialpsykiatris beskrivelse af samarbejdet stemmer i øvrigt nogenlunde over ens med behandlingspsykiatriens beskrivelse af samme samarbejde.

Heller ikke mellem den kommunale socialpsykiatri og den amtslige socialpsykiatri er der meget, hverken formaliseret eller ikke-formaliseret, samarbejde i 2005 (se figur 41 i bilagstabellerne). Den kommunale socialpsykiatris beskrivelse af samarbejdet svarer meget godt til den amtslige socialpsykiatris beskrivelse af samme samarbejde, bortset fra at den kommunale socialpsykiatri beskriver sparring, supervision og undervisning som en mere anvendt samarbejdsform end den amtslige socialpsykiatri.

Der ser ikke ud til at være meget samarbejde mellem den kommunale socialpsykiatri og Kriminalforsorgen. Der er dog en del kommuner, som angiver, at de forholdsvist hyppigt anvender ad hoc møder og kontakt af telefonisk eller skriftlig art (se figur 42 i bilagstabellerne).

Der er mange kommuner, som slet ikke har noget samarbejde med distriktspsykiatrien. Blandt dem, der har et samarbejde, er samarbejdsformerne varierede; man anvender både fastlagte møder, ad hoc møder, anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art og sparring, supervision eller undervisning (se figur 43 i bilagstabellerne).

Mange informanter har hæftet sig særligt ved samarbejdet med Kriminalforsorgen i spørgeskemaerne, men de er meget splittede, hvad angår vurderingen af dette samarbejde. Således fremhæves samarbejdet med Kriminalforsorgen både som yderst velfungerende og som meget dårligt. Et eksempel på velfungerende samarbejde er, når Kriminalforsorgen sørger for at følge op i forhold til behandlingen af den enkelte patient eller bruger. Omvendt vurderes det som negativt, når Kriminalforsorgen ikke er særligt udfarende og ikke informerer de øvrige aktører om patienternes og brugernes kriminalitet (dette forekommer især i den kommunale socialpsykiatri) eller om Kriminalforsorgens indsats.

9.6 Barrierer for samarbejde

Både i spørgeskemaet og interviewene blev der berettet om barrierer for samarbejdet på området. Som tidligere beskrevet, er en ofte nævnt barriere, at samarbejdet ikke er sat i en eller anden form for faste rammer. Herudover blev der især peget på manglende viden og uklar ansvarsfordeling som en barriere.

<u>Manglende viden og uklar ansvarsfordeling</u>
Manglende formaliserede samarbejdsfora, manglende kendskab til hinandens arbejdsområder og manglende tydeliggørelse af de forskellige aktørers opgaver og ansvar er blandt barriererne:

”Der er jo ikke sket noget endnu, men jeg mener bare… Når der er en vurdering fra bostøtten, hvor vi kan se, at brugeren bliver mere urolig, mere latent, så reagerer systemet ikke på to dage – der går lang tid. Og hvorfor det er sådan? Tja, vi sidder så her og pukker på Kriminalforsorgen og synes, at de har et ansvar for det. Mens de sikkert sidder og synes, at det er os… Vi ved ligesom ikke, hvor ansvaret ligger.”

(Kommunal socialpsykiatri)

I interviewene pegede især informanter fra socialpsykiatrien på, hvordan samarbejdet kan påvirkes negativt af uklar rolle- og ansvarsfordeling:

“Når vi i bostøtten er inde i en sag, så slipper Kriminalforsorgen og den behandlingsansvarlige læge på hospitalet. Der har vi valgt at gå meget tilbage med det. Vi kaster bolden tilbage, informerer dem om brugerens tilstand og siger: ’I er ansvarlige!’. Og det har gjort samarbejdet mere konstruktivt. Der bliver holdt flere møder, hvor vi samarbejder. Det er ikke i visitationen, det er efterfølgende, der er sket en positiv ændring.”

(Kommunal socialpsykiatri)

I spørgeskemaundersøgelsen blev der bl.a. peget på, at uklare beslutninger (af enhver art) kan være en barriere for samarbejdet. Det blev også nævnt, at samarbejdet påvirkes negativt, når socialpsykiatrien bliver glemt ved planlægning og udskrivningsmøder.

9.7 Eksempler på best practice om samarbejde

For at få et mere nuanceret billede af, hvilke forskellige samarbejdsmodeller og -metoder der er velfungerende, er der - gennem spørgeskemaerne og efterfølgende uddybende telefoninterview - indhentet konkrete eksempler på vellykkede former for samarbejde. Det følgende er blot et lille udsnit – udvalgt for at vise en bred vifte af forskellige samarbejdsformer i relation til en række forskellige delopgaver vedrørende retspsykiatriske patienter.

9.7.1 Den kommunale socialpsykiatri

Eksempel 1

AA Kommune har en almindelig støtte- og kontaktpersonsordning, hvor medarbejderne er fastansatte og organiseret i kommunens regi.

Kommunen har desuden prioriteret en særlig støtte- og kontaktpersonordning, så man også har mulighed for at etablere særlige tilbud. Det betyder, at der ofte laves en matchning i forhold

til de enkelte personer, som har behov for den særlige støtte- og kontaktpersonordning. Kommunen har særdeles gode erfaringer med at give en meget differentieret støtte således, at de matcher den enkelte brugers behov og ønsker.

Målgruppen
Målgruppen for denne særlige ordning omfatter fx brugere med anden etnisk baggrund end dansk. Gruppen har typisk haft brug for tolk, og i dag har man mulighed for at hyre konsulenter, som bl.a. kan håndtere sproglige og kulturelle spørgsmål.
Socialpsykiatrien har således indledt et tæt samarbejde med Arbejds- og Integrationsforvaltningen i kommunen for at få mere viden om sprog og kultur. Ligeledes anvender man en integrationsmedarbejder fra Arbejds- og Integrationsforvaltningen i forhold til sindslidende med anden etnisk baggrund end dansk for at forhindre sproglige og kulturelle barrierer. På den måde kan man ofte undgå at bruge tolk, og samtidig får man skabt en bæredygtig kontakt, så man undgår misforståelser. Ordningen bruges både i forhold til etniske minoriteter med sindslidelse og dom samt i forhold til gruppen uden dom.

I forhold til gruppen med dobbeltdiagnoser kan der også ofte være et behov for en særlig indsats. Her bruges særlige medarbejdere med viden om både misbrug og sindslidelse.

Endelig er der gruppen af brugere med udadreagerende adfærd. Her har man en særlig aftale med et amtsligt botilbud, som kan håndtere konflikter og vold. I denne gruppe er der både brugere med og uden dom.

Visitation
Visitationen er i sagens natur meget individuelt orienteret mod den enkelte brugers eventuelle behov for et særligt tilbud. I disse tilfælde køber man ydelserne hos eksempelvis en anden sektor i kommunen eller amtet - og nogle gange hos et privat konsulentfirma.

Ordningen skaber rum for at løse en række unikke opgaver ved at bruge særligt kvalificerede medarbejdere, som ikke er fastansatte. De er honorarlønnede på kontrakt, selvom opgaverne sagtens kan vare over en lang periode. I kontrakterne bliver der aftalt indhold, tid og beskrivelse af opgaven.

Samarbejde med psykiatrien
I AA Kommune har man desuden indarbejdet procedurer og samarbejdsmodeller i relation til både hospitals- og distriktspsykiatrien. Man bruger således megen tid på at lave et godt forarbejde, hvor målgruppen defineres, og behovet for særlig støtte belyses: Etnicitet, farlighed, trusler, vold, misbrug, kriminalitet og anden særlig adfærd.

Man er opmærksom på, at man arbejder efter støtte- og kontaktpersonordningens regler således, at den enkelte medarbejder får mulighed for at opbygge en bæredygtig relation. Det er ofte dilemmafyldt, fordi psykiatrien og Kriminalforsorgen har nogle forventninger til støtte- og kontaktpersonordningen, som ikke altid er mulige at opfylde, fordi lovgrundlaget for ordningen skal overholdes - og fordi brugerne skal have tillid til, at kommunen overholder loven.

Der har eksempelvis været sager, hvor psykiatrien har ønsket, at SKP-medarbejderen skulle overvåge, om brugeren tog medicin. At tage medicin kan være en betingelse i dommen. Her har man haft diskussioner om, hvem der mest hensigtsmæssigt kan løse denne opgave. Da det ikke er hensigtsmæssigt, at støtte- og kontaktpersonen får den overvejende kontrolfunktion, står psykiatrien som regel for medicinindtaget; herunder også overvågning. Det kræver til tider mange møder, fordi psykiatrien mangler viden om Servicelovens bestemmelser. Det er imidlertid den kommunale socialpsykiatris erfaringer, at det er godt at adskille opgaverne, så brugerne kan profitere af de forskellige funktioner, og så der er klarhed over, hvem der gør hvad.

Man har faste kvartalsmøder med psykiatrien, hvor sådanne principelle spørgsmål drøftes. Det har medført, at man har et godt kendskab til hinanden, både i forhold til typer af indsatser og på det personlige niveau.

Socialpsykiatrien har også erfaret, at det er vigtigt på forhånd at have tænkt fremad. Flere af brugerne med dom ønsker således, at støtte- og kontaktpersonen medvirker ved lægesamtaler. I sådanne tilfælde er det væsentligt at have aftalt, hvad der må siges. Der nævnes et eksempel på en bruger, som ved samtale med lægen gav udtryk for, at det gik godt, mens støtte- og kontaktpersonen havde en anden viden. Det er et dilemma for støtte- og kontaktpersonen, når brugeren ikke er interesseret i at fortælle, hvordan det reelt står til. Socialpsykiatrien har derfor arbejdet med at tydeliggøre rollerne, når støtte- og kontaktpersoner medvirker ved lægesamtalerne. Ved lægesamtaler, hvor støtte- og kontaktpersoner medvirker, bør det være aftalt, hvad støtte- og kontaktpersonen har mulighed for at bidrage til. Men også lægen bør inddrage medarbejderen som en væsentlig informant, såfremt brugeren er indforstået med dette.

Psykiatrien i BB Amt er altid "tovholder" i forhold til mennesker med dom. De har derfor ansvaret for medicinen – så der ikke opstår svigt i forhold til den dømte.

<u>Eksempel 2</u>
CC Kommune har et velfungerende samarbejde med DD Amt; herunder både Amtets behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Der er udformet en konkret samarbejdsaftale, som tager udgangspunkt i den eksisterende kommunale og amtskommunale struktur og sigter på at systematisere, effektivisere og styrke den tværgående kommunikation og koordination.

Samarbejdsaftalen indebærer, at:

- hver instans forpligter sig til at udpege en kontaktperson for hver bruger
- kontaktpersonerne er forpligtede til at holde hinanden underrettet, og
- kontaktpersonerne er forpligtede til at tage stilling til, om der skal udpeges en "tovholder" for brugere, der er i kontakt med tre eller flere instanser.

Man har faste møder på tre niveauer:
På beslutningsniveau i form af et koordinerende organ med beslutningskompetence, og hvor man mødes halvårligt. På ledelsesniveau afholdes kvartalsvise møder, hvor forskellige problematikker behandles i et lederforum, og hvor der deltager en chef fra socialpsykiatrien på kommunalt niveau og amtsniveau, en chef fra psykiatrien samt Kriminalforsorgen. Og endelig afholdes sagsmøder i forhold til visitation og opfølgning, hvor de tre parter mødes jævnligt. Formålet er at sikre videns- og erfaringsdeling i forhold til de retspsykiatriske brugere.

Som eksempel på samarbejdet kan henvises til en sag med voldsomme episoder, hvor der var megen angst og frygt hos personalet før indlæggelse på retspsykiatrisk afdeling. Da vedkommende skulle tilbage til botilbuddet, var der megen frygt og usikkerhed hos det socialpsykiatriske personale. Her medvirkede den retspsykiatriske afdeling sammen med behandlingspsykiatrien i DD Amt, så man fik lavet en god overdragelse af brugeren. På den måde vidste personalet eksakt, hvad der var blevet arbejdet med under indlæggelsen. Det betød, at erfaringer og viden fra retspsykiatrisk afdeling blev overdraget til socialpsykiatrien, hvorved der sikredes en høj grad af kontinuitet i forhold til den pågældende bruger.

Samtidig fik bomedarbejderne i den første tid sparring fra retspsykiatrisk afdeling. Effekterne af den mere langstrakte indsats er, at man eksakt ved, hvad man skal gøre, hvis det går galt igen, og hvem man skal henvende sig til. Der er lavet et papir, som alle parter har underskrevet, og som giver mulighed for at handle i komplicerede situationer. Det har konkret betydet større kendskab til hinanden samt faglig udvikling og anerkendelse af hinanden.

8.8.2 Fra den amtslige socialpsykiatri

Eksempel 3

I forhold til brugere med dom erkendes det i EE Amt, at behandling (og herunder medicin) fylder meget for målgruppen, hvorfor det er vigtigt med viden og erfaring herom i de socialpsykiatriske team. Det tager ofte en hel dag at motivere en bruger til at fastholde den medicinske behandling. Man vægter derfor højt, at adgangen til behandlingspsykiatrien er så enkel, at retspsykiatriske brugere kan få hjælp, når de kommer, og ikke først skal igennem en masse formaliteter.

I Amtets socialpsykiatri eksisterer således et botilbud med en særlig konsulentordning til retspsykiatriske og ekstroverte beboere. Ordningen gælder også for brugere uden dom - det er adfærden, som er styrende for, om man er i konsulentordningen.

Der er ansat to sygeplejesker, som varetager kontakt til både distriktspsykiatri og hospitalspsykiatri. Man har valgt sygeplejesker, fordi de har viden om medicin og et kendskab til psykiatrien. Endvidere har botilbuddet ansat en psykiater på konsulentbasis, som både arbejder på bostedet og i hospitalspsykiatrien - hvilket har et tæt og nødvendigt samarbejde som konsekvens.

De to sygeplejeskers primære opgaver er at tage sig af det medicinske og sundhedsfaglige. De to sygeplejesker har ikke kontaktpersonsfunktioner og deltager heller ikke på anden måde i kontaktpersonsarbejdet. Det er vigtigt at adskille rollerne – hvilket også er hensigtsmæssigt i forhold til kontrol – så kontaktpersonerne fortrinsvis kan koncentrere som at opbygge et solidt fundament, hvor relationsarbejdet er i højsædet.

Alt omkring dommene kører derimod over sygeplejeskerne, som står for møder og samarbejde med psykiatrien og Kriminalforsorgen. Endvidere har de et tæt samarbejde med det lokale politi. Det har medført tryghed og dermed også hurtig respons, hvis det er nødvendigt.

Man har kørt ordningen siden 1997, og det har styrket samarbejdet i forhold til de retspsykiatriske brugere. Socialpsykiatrien oplever dog ofte, at behandlingsdommene forvaltes meget forskelligt – og der savnes klare linier herfor. Man har haft nogle uheldige episoder omkring brandstiftelse og for tidlig udskrivning. Det har betydet, at man har foretaget en opstramning, så man forsøger "at få dommen med i sagen" – men det er endnu ikke afklaret, om det er muligt.

<u>Eksempel 5</u>
I FF Amt har man redegjort for et eksempel på best practice fra 2005, baseret på en enkelt case:

En xx-årig kvinde får en behandlingsdom i juni 2005 på grund af ildspåsættelse i sin tidligere lejlighed. Ildspåsættelsen sker i efteråret 2004 i selvmordsøjemed og i affekt i forbindelse med en voldsom og kompliceret skilsmisse. Kvinden varetægtsfængsles, men kommer kort tid efter i varetægtssurrogat på sygehuset og er indlagt fra september til december 2004.

Kvinden har to børn, som hun dagligt har kontakt med under indlæggelsen. Fra sygehuset var der kontakt til familieafdelingen i hjemkommunen for at sikre børnenes trivsel og omsorg. Der var ligeledes kontakt til arbejdsmarkedsafdelingen vedrørende økonomi og anskaffelse af en anden bolig. Medio december skaffes en bolig via kommunens akutliste.

Efter et retsmøde i januar 2005 løslades kvinden. Hun mentalundersøges af overlæge, som konkluderer, at hun på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand præget af svær affekt i en sværhedsgrad, der kan sidestilles med psykose. Der afsiges behandlingsdom i juni 2005, som anbefaler psykiatrisk tilsyn i tre år ved overlæge/socialrådgiver fra sygehus og tilsyn fra Kriminalforsorgen.

Eksempel 6

GG Amt har nedsat et koordinerende råd vedrørende samarbejde omkring brugere af retspsykiatrien. Bagrunden for Rådets nedsættelse var et ønske om et systematiseret koordineret samarbejde omkring gruppen af patienter, som på baggrund af kriminalitet havde fået en dom til psykiatrisk behandling. I denne forbindelse ønskede man også at minimere risikoen for recidiv samt målrette indsatsen overfor behandlingsdømte patienter med et misbrug.

Det koordinerende Råd består af udpegede ledelsesrepræsentanter for retspsykiatrien, Kriminalforsorgen, misbrugscenter, politiet, kommuner og socialpsykiatri. Den ledende overlæge i retspsykiatrien er formand, og den koordinerende person for området er sekretær for Rådet. Rådet har til opgave at:

- Udstikke retningslinier og følge den samlede indsats omkring brugere af retspsykiatrien i GG Amt
- Samle og formidle relevant viden inden for området
- Initiere udviklingstiltag og udmelde visioner på området
- Afholde to møder årligt (men kan dog beslutte at mødes herudover)
- Evaluere den vedtagne plan for det systematiserede samarbejde om to år.

Endvidere har man i Amtet vedtaget, at der skal udarbejdes koordinationsplaner for samtlige behandlingsdømte patienter.

Eksempel 7

I HH Kommune har man etableret et særligt tilbud (med plads til 32) til borgere med sindslidelse og misbrug - og herunder er også en del borgere med dom. Tilbuddet består af opsøgende arbejde, social støtte, omsorg samt psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling. Der er således et opsøgende team, opgangsfællesskab og et værested, ligesom tilbuddet har integreret det sociale arbejde og behandling i samme tilbud.
Principperne for indsatsen er, at den så vidt muligt skal foregå på brugernes præmisser, og at de ikke kan smides ud af tilbuddet. Der er tale et helhedstilbud, hvor der tages udgangspunkt i brugernes ønsker og behov. Den sociale støtte, misbrugsbehandling og og psykiatrisk behandling er tilgængelig, så brugerne kan få hjælpen, når de er parate hertil. Samtidigt

arbejdes der med skadesreduktion[18], hvor der er en bred accept af misbruget, men hvor der også er mulighed for hjælp og støtte til at komme ud af misbruget.

Tilbuddet har et tæt samarbejde med retspsykiatrien, og man visiterer selv sine borgere ind i tilbuddet. Det har medført, at der er gode erfaringer med tværfaglighed og med at samarbejde på tværs af sektorer.

[18] Skadesreduktion er de behandlingsmæssige og sociale foranstaltninger, der kan være med til at øge det enkelte menneskes ressourcer og på sigt reducere eller stoppe misbruget. Kristian Wedel Andersen: "Brugerindflydelse og skadesreduktion", side 65 i Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Kristian Wedel Andersen & Dorthe Perlt, Socialt Udviklingscenter SUS 2005.

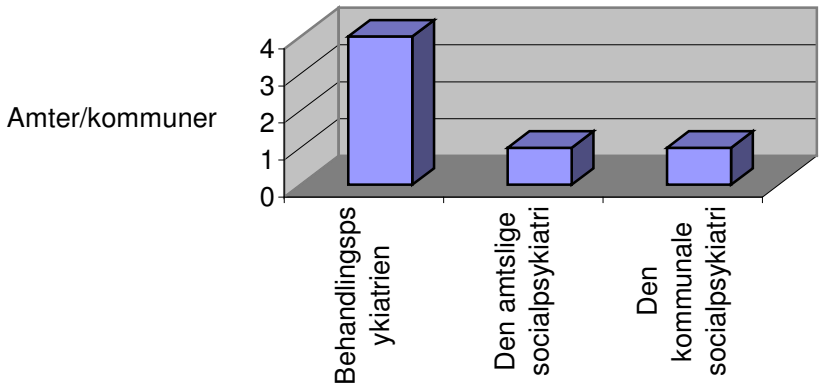
10. Igangværende tiltag og overvejelser om ændrede tilbud og sektorsamarbejde i 2005 i lyset af strukturreformen

Det er sandsynligt, at strukturreformens sammenlægninger af kommuner og etablering af regioner vil have indflydelse på behandlings- og støttetilbuddene til retspsykiatriske patienter og brugere. Både behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri er derfor blevet spurgt, om der allerede er iværksæt ændringer, og om der er behov for eller initiativer til at ændre kapaciteten, organiseringen, foranstaltningerne og samarbejdet på tværs af sektorer og aktører.

10.1 Ændringer i forhold til omfordeling, udvidelse eller indskrænkning vedrørende kapaciteten i forhold til retspsykiatriske patienter/brugere

Som figur 43 nedenfor viser, er det primært i behandlingspsykiatrien, man har iværksat ændringer vedrørende kapaciteten i forhold til retspsykiatriske patienter. Generelt er der imidlertid ikke mange amter eller kommuner - hverken i forhold til behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri eller den kommunale socialpsykiatri - som har iværksat ændringer i forhold til dette spørgsmål i lyset af strukturreformen.

Fig. 43: Antal amter og kommuner, der har iværksat ændringer vedrørende den fremtidige kapacitet i forhold til retspsykiatriske patienter og brugere



I det følgende vil hver sektors ændringer i forhold til kapaciteten blive gennemgået.

10.1.1 Behandlingspsykiatrien

I behandlingspsykiatrien har 4 amter (36,4 % af dem, som har besvaret spørgsmålet) iværksat ændringer i forhold til omfordeling, udvidelse og indskrænkning vedrørende den fremtidige kapacitet til retspsykiatriske patienter i 2005.

Disse ændringer beskrives bl.a. som beslutninger om udvidelse af den retspsykiatriske sengekapacitet med 10 pladser, som flyttes fra almenpsykiatrien, der samtidig opruster distriktspsykiatrien.

Et andet sted er der nedsat en arbejdsgruppe i 3-amtsligt regi vedrørende retspsykiatri. Der er påtænkt etablering af en fælles retspsykiatrisk afdeling i regionen. I henhold til amternes psykiatriplan overføres det nødvendige antal "ukomplicerede" patienter til almenpsykiatrien, så retspsykiatrien får kapacitet til de mest behandlingskrævende retspsykiatriske patienter. Det nævnes i forlængelse heraf, at opsøgende psykoteam fra januar 2004 har haft retspsykiatriske patienter som målgruppe.

10.1.2 Den amtslige socialpsykiatri

I den amtslige socialpsykiatri har kun 1 amt (7,1 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) iværksat ændringer vedrørende omfordeling, udvidelse og indskrænkning i forhold til den fremtidige kapacitet til retspsykiatriske brugere i 2005 - og her med den klare begrundelse, at der på nuværende tidspunkt ikke er nogen specifik kapacitet til de retspsykiatriske brugere.

10.1.3 Den kommunale socialpsykiatri

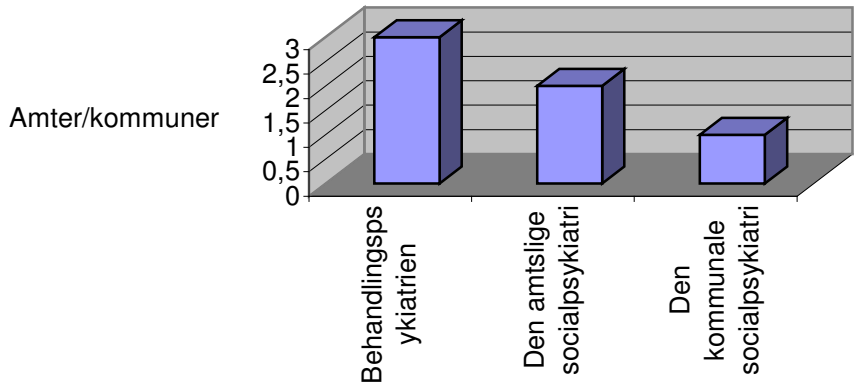
I den kommunale socialpsykiatri har 1 kommune (4,2 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) iværksat ændringer i forhold til den fremtidige kapacitet til retspsykiatriske brugere i 2005.

Denne kommunes tiltag består i, at et bofællesskab, som er beregnet til at kunne rumme retspsykiatriske patienter, er blevet bygget, så det nemt kan udvides, hvis behovet skulle opstå.

10.2 Ændringer med henblik på anden organisering af særlige tilbud i regionerne

Hvad angår ændringer vedrørende en ny organisering af særlige tilbud i regionerne i lyset af strukturreformen, så viser nedenstående figur 44, at heller ikke mange amter og kommuner har iværksat ændringer på denne front. Også her er det atter behandlingspsykiatrien, som har iværksat flest ændringer.

Fig. 44: Antal amter og kommuner, der har iværksat ændringer med henblik på en ny/anden organisering af særlige tilbud i regionerne



I det følgende vil det blive gennemgået sektorvis, hvilke ændringer der er tale om.

10.2.1 Behandlingspsykiatrien

I behandlingspsykiatrien har 3 amter (27,3 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) iværksat ændringer med henblik på en ny/anden organisering af særlige tilbud i regionerne. Kun 1 amt har beskrevet de iværksatte ændringer:

En arbejdsgruppe i en af de kommende regioner skal se på udviklingen af retspsykiatrien. Der er således ved at blive udarbejdet modeller til en ny retspsykiatri i regionen (deadline ligger omkring november 2005). Udvalgsarbejdet er netop begyndt. Man skal undersøge niveauet, og der er nedsat en permanent faglig følgegruppe til at vurdere behovet for retspsykiatriske tiltag i regionen.

10.2.2 Den amtslige socialpsykiatri

I den amtslige socialpsykiatri oplyser 2 amter (14,2 % af dem, der har besvaret spørgsmålet), at der er iværksat ændringer med henblik på en ny eller anden organisering af særlige tilbud i regionerne i 2005.

Det ene amt fortæller, at den kommende region har etableret en arbejdsgruppe på det retspsykiatriske område i 2006-07.

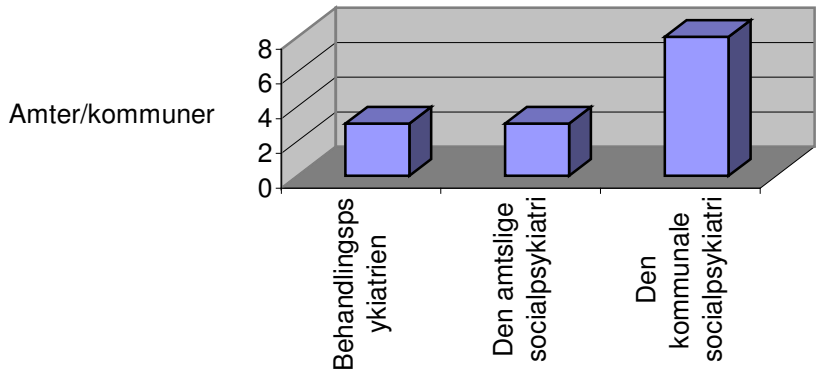
10.2.3 Den kommunale socialpsykiatri

I den kommunale socialpsykiatri har 1 kommune (5,9 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) iværksat ændringer med henblik på en ny eller anden organisering af særlige tilbud i regionerne i 2005. Den pågældende kommune nævner, at de nuværende amtslige socialpsykiatriske tilbud skal organiseres i primærkommunerne, og at der i den forbindelse er nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter for hospitalspsykiatrien, distriktspsykiatrien, amtet og kommunerne.

10.3 Behov for yderligere særlige foranstaltninger

Som nedenstående figur 45 viser, mener 3 amter i henholdsvis behandlingspsykiatrien og den amtslige socialpsykiatri samt 8 kommuner i den kommunale socialpsykiatri, at der er behov for yderligere særlige foranstaltninger i lyset af strukturreformen. Her er det med andre ord især den kommunale socialpsykiatri, der peger på behov for ændringer.

Fig. 45: Antal amter og kommuner, som mener, at der er behov for yderligere særlige foranstaltninger i lyset af strukturreformen



I det følgende vil de tre sektorers behov blive gennemgået hver for sig.

10.3.1 Behandlingspsykiatrien

I behandlingspsykiatrien mener 3 amter (33,3 % af dem, der har besvaret spørgsmålet), at der er behov for yderligere særlige foranstaltninger i lyset af strukturreformen.

Det fremhæves, at der mangler tilbud – specielt af socialpædagogisk art - til patienter med dom efter Straffelovens § 69. Der er desuden behov for specialpladser og en speciel indsats

over for patienter med behandlingsdom, skizofreni og misbrug. Endelig nævnes et behov for at sætte fokus på tværsektorielt samarbejde.

Samlet viser behandlingspsykiatriens forslag et ønske om at benytte strukturreformen til at få dækket 'huller' i den eksisterende indsats. Udover de nævnte eksempler nævnes flere sengepladser inden for retspsykiatrien, et udadgående team, mulighed for at foretage mentalobservation i afdelingen.

10.3.2 Den amtslige socialpsykiatri

I den amtslige socialpsykiatri mener 3 amter (25,0 % af dem, som har besvaret spørgsmålet), at der er behov for yderligere særlige foranstaltninger i 2005.

Der peges på et behov for bosteder, som kan rumme den pågældende gruppe. Der er behov for et personligt tilbud til de mest syge sindslidende (meget ofte med domme) samt for tilbud, der kan rumme både misbrug, psykiske problemer og kriminalitet. Der er desuden brug for ressourcer til opkvalificering af personalegruppen.

Også socialpsykiatriens ønskeliste handler generelt om at forbedre den eksisterende indsats. Som et amt noterer, vil der også efter strukturreformen være behov for en fortsat udvikling af det socialpsykiatriske område.

10.3.3 Den kommunale socialpsykiatri

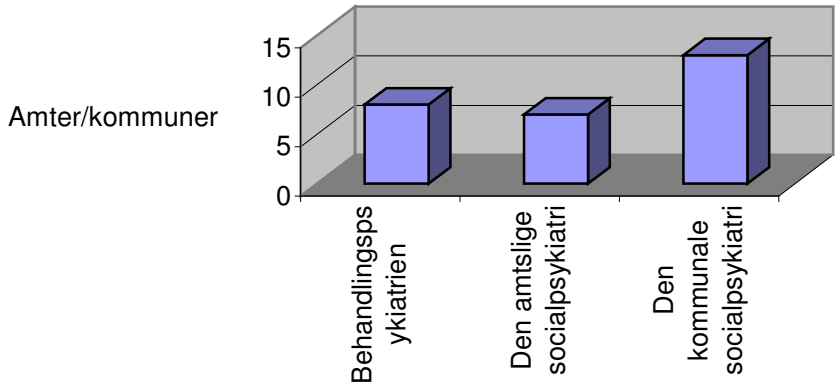
I den kommunale socialpsykiatri har 8 kommuner (47,1 % af dem, som har besvaret spørgeskemaet) peget på, at der er behov for yderligere særlige foranstaltninger i 2005. Det påpeges dog, at dette afhænger af, hvor de nuværende amtslige tilbud kommer til at "høre til" efter strukturreformen.

Der er endvidere behov for yderligere analyse i forhold til de amtslige socialpsykiatriske tilbud, ligesom der mangler behandlingstilbud til personer med dobbeltdiagnose. Der ønskes også mere specialviden i den kommunale del samt opbygning af et akutberedskab – eventuelt en akutinstitution. Endelig efterspørges et tættere samarbejde om indsatsen mellem socialpsykiatrien og Kriminalforsorgen.

10.4 Initiativer til koordination af samarbejde

Data viser, at forholdsvis mange amter og kommuner har sat initiativer i gang for at koordinere samarbejdet og kontakten mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i lyset af strukturreformen – som det fremgår af nedenstående figur 46:

Fig. 46: Antal amter og kommuner, som har sat initiativer i gang for at koordinere samarbejdet og kontakten mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i lyset af strukturreformen



I det følgende vil de tre sektorers initiativer blive gennemgået hver for sig.

10.4.1 Behandlingspsykiatrien

I behandlingspsykiatrien har 8 amter (80,0 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) sat initiativer i gang med henblik på at koordinere samarbejdet og kontakten mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Det nævnes fra et amt, at der ad hoc er god og hyppig kontakt, og at behandlingspsykiatrien og den amtslige socialpsykiatri de seneste år har haft en fælles ledelse. Et andet amt har generelt et tiltagende samarbejde på alle niveauer - der peges på både erfaringsopsamling, fastlagte møder og ad hoc møder. Et tredje amt har formaliserede fællesmøder både på ledelses- og medarbejderniveau samt fælles undervisning, fælles supervision og fælles værdidebat. Et fjerde amt oplyser, at der i et samarbejde mellem psykiatrisk center og socialpsykiatrisk center er taget initiativ til tilbud om, at socialpsykiatrien kan indgå i en arbejdsgruppe om distriktspsykiatrien.

Endvidere nævner flere amter integration på alle niveauer i ledelsessystemet og udarbejdelse af standarder for det gode forløb i samarbejdet mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien.

10.4.2 Den amtslige socialpsykiatri

I den amtslige socialpsykiatri har 7 amter (50,0 % af dem, der har besvaret spørgsmålet) sat initiativer i gang for at koordinere samarbejdet og kontakten mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i 2005.

Et amt nævner, at den distriktspsykiatriske konsulentfunktion i forhold til socialpsykiatriske botilbud er blevet analyseret. Der er blevet udarbejdet en vejledning for samarbejdet mellem parterne, som forventer at indgå nye ajourførte samarbejdsaftaler. Der peges på ibrugtagning af koordinerende handleplaner og etablering af helhedspsykiatri. Der er endvidere blevet etableret et dialogforum med repræsentanter for behandlingspsykiatrien, kommunen, den amtslige socialpsykiatri, brugere og pårørende – og det forudsættes videreført efter strukturreformen. Et andet amt peger herudover på implementering af "det gode forløb", som bl.a. omhandler bedre overgange mellem behandlingssteder og bedre udveksling af information. Et tredje amt har igangsat et kvalitetssikringsprojekt vedrørende samarbejde og koordinering, hvor også kommuner inddrages. Endelig påpeges det fra et fjerde amt, at regelmæssige møder, fælles supervision og fælles ledermøder samt møder i kernegruppen allerede fungerer godt.

Hvad angår initiativer til at koordinere samarbejdet og kontakten mellem socialpsykiatrien og kommunerne, svarer 4 amter fra den amtslige socialpsykiatri (28,6 % af dem, der har besvaret spørgsmålet), at de har sat sådanne i gang. I den forbindelse nævnes, at et amt og kommune har en eksisterende ordning med møder i zonekontaktudvalget. Endvidere er koordinerende handleplaner blevet taget i brug. Et andet amt har igangsat et kvalitetssikringsprojekt vedrørende samarbejde og koordinering, hvor også kommuner inddrages.

10.4.3 Den kommunale socialpsykiatri

I den kommunale socialpsykiatri har 13 kommuner (59,1 % af dem, som har besvaret spørgsmålet) sat initiativer i gang for at koordinere samarbejdet og kontakten mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i 2005.

Her oplyses for en kommunes vedkommende, at alle ledere i kommunen mødes i et distriktsråd hver tredje måned. Der er ligeledes møde hver tredje måned i en tværgående misbrugsgruppe, hvor politiet, Kriminalforsorgen og psykiatrien deltager. En anden kommune har nedsat en arbejdsgruppe til modtagelse af de amtslige opgaver, der skal ud til

kommunerne - herunder visitation, specifik faglighed og tilsyn. En tredje kommune informerer om, at den kommunale del i distriktspsykiatrien indgår i samarbejde med socialpsykiatrien. Distriktspsykiatrien (herunder den amtslige del) har ikke tidligere indgået i behandlingsarbejdet over for nærværende undersøgelses målgruppe - det har alene været udført af de retspsykiatriske afdelinger. En fjerde kommune oplyser, at der er nedsat en arbejdsgruppe i amtet med repræsentanter for hospitalspsykiatrien, distriktspsykiatrien, amtet og kommunen.

Generelt nævner de 13 kommuner bredt også udarbejdelse af samarbejdsaftaler, erfaringsudveksling, orientering angående ændringer, faste halvårlige møder, supervision og helhedsplaner for amtet.

11. Litteraturliste

Amtsrådsforeningen**:** (2004) *",* Red: Lars Toft og Tommy Kjelsgaard, *"Retspsykiatri – Status og udfordringer"*

Amtsrådsforeningen: (2005) *"Rapport om amternes indsats for sindslidende misbrugere"*

Andersen, Kristian Wedel & Perlt, Dorthe: (2005) *"Cocktail med udfordringer".* En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Socialt Udviklingscenter SUS

Gosden, Niels Patrick: (2004) *"Mental disorder and violence among young criminals. A Clinical and registerbased study ".* Ph.d. afhandling, Retspsykiatrisk Klinik, Justitsministeriet og Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Hansen, Pia Witten: (2004) *"Koordineret samarbejde mellem Kriminalforsorgen, psykiatri, misbrugscentre og kommuner i Vestsjællands Amt"*

Kramp, Peter: (2004) *"Schizophrenia and crime in Denmark" in Criminal Behaviour and Mental Health". Ministry of Justice, Copenhagen, Denmark*

Kramp, Peter: (2005) *"Concepts and Procedures in the Member States – Denmark"* in Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practices in EU Member States, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Tyskland, Den Europæiske Kommission

Munkner, Runa: (2004) *"Schizofrenia and Crime".* Ph.d. afhandling, Det sundhedsvidens-skabelige Fakultet, Københavns Universitet

Sestoft, Dorte: (1997) *"Skizofrene varetægtsfængslede",* Ph.d. afhandling, Retspsykiatrisk Klinik, Justitsministeriet , Retspsykiatrisk Klinik

Stenbak, Else & Perlt, Dorthe: (2004*) "Evaluering af støtte- og kontaktpersonordningen i mindre kommuner".* Socialministeriet. Socialt Udviklingscenter SUS

12. Bilag

Bilag 1: Metoder

12.1 Indledende research

Formålet med den indledende research var at få et overblik over tendenser i udviklingen samt aktuelle problemfelter i forhold til samarbejdet mellem områdets forskellige aktører (fra henholdsvis behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien).

I den indledende fase af projektet blev der således gennemført interview med tre psykiatriske overlæger med erfaring på området. Formålet hermed var dels at få afdækket milepæle i udviklingen over perioden, og dels at afdække væsentlige emneområder som kunne indgå i spørgeskemaet. I den indledende research blev der desuden indsamlet relevante undersøgelser om området.

12.2 Den kvantitative surveyundersøgelse

Surveyundersøgelsens formål var at tilvejebringe en samlet beskrivelse af udviklingen i kapaciteten og sammensætningen af tilbuddene til kriminelle sindslidende henholdsvis i psykiatrien og på det sociale område – samt at få et dækkende billede af samarbejdet mellem sektorerne.

Med dette formål var det naturligt at gennemføre en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse, fordi der skulle gives et realistisk billede af, hvilke tilbud der – fordelt på amtsplan og på to større og to mindre kommuner i hvert amt – har eksisteret og eksisterer i de angivne år inden for henholdsvis behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri. Den kvantitative metode er netop brugbar i forhold til at indhente faktuelle og sammenlignelige data og statusopgørelser fra et stort antal informanter.

Surveyundersøgelsen er baseret på tre strukturerede spørgeskemaer til henholdsvis behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri, men indeholder dog også mere åbne spørgsmål, der kan besvares med længere tekst. Det giver mulighed dels for at sammenligne gennem svarkategorier og dels for at få uddybet forhold, der er særlige for enkelte amter eller kommuner. Hvor det er skønnet relevant, er informanternes besvarelser derfor blevet uddybet via opfølgende telefoninterview.

Formuleringen af spørgeskemaerne er sket i samråd med projektets samarbejdspartner Videnscenter for Socialpsykiatri VISP. For at teste spørgeskemaerne og informanternes mulighed for at besvare dem, blev de udsendt i pilotundersøgelse til to amter og to kommuner.

Deltagerne i pilotundersøgelsen blev efterfølgende telefonisk anmodet om at kommentere spørgeskemaernes indhold og opbygning.

Pilotundersøgelsen var særdeles brugbar, da den gav anledning til flere ændringer af spørgeskemaerne. Således viste det sig, at informanterne havde svært ved at indhente eksakte tal angående kapacitet, begået kriminalitet og de kriminelle sindslidendes baggrundsfaktorer. Man risikerede derfor, at informanterne slet ikke ville besvare spørgeskemaet, fordi det forekom for besværligt. Af den grund blev spørgsmålene i de endelige spørgeskemaer udformet, så de var langt mere overordnede end i de oprindelige pilotspørgeskemaer, der indeholdt mange underkategorier. Fx blev informanterne i de oprindelige pilotspørgeskemaer bedt om at skrive antallet af retspsykiatriske brugere i mange forskellige tilbud i henholdsvis 1995, 2000 og 2004, mens de i de nye spørgeskemaer blot skulle angive, hvor mange retspsykiatriske brugere, der var i alt i henholdsvis behandlingspsykiatrien og den amtslige og kommunale socialpsykiatri i de pågældende år.

Desuden blev det efter pilotundersøgelsen besluttet, at data skulle opgøres på præcis de samme datoer af hensyn til sammenligneligheden og overskueligheden for informanterne. For år 1995 og 2000 blev informanterne derfor bedt om at indhente data fra den 31/12. Opgørelsen fra år 2004 blev ændret til, at informanterne skulle beskrive situationen den 8/9 2005 – det vil sige situationen, som den var, da de udfyldte spørgeskemaet. På den måde undgik man, at informanterne skulle indhente for mange data af ældre dato, som alligevel ikke ville kunne sammenlignes med hinanden, da de sandsynligvis ville være fra forskellige datoer det pågældende år. Desuden blev undersøgelsen herved mere opdateret, end hvis man havde fastholdt en statusopgørelse for 2004. Der er således tale om en prævalensundersøgelse, da undersøgelsen beskriver bestemte data på bestemte tidspunkter.

Det viste sig ligeledes svært at finde detaljeret empiri om de kriminelle sindslidendes baggrund (køn, etnisk herkomst, diagnose, kriminalitetstyper), hvorfor også disse spørgsmål blev formuleret mere overordnet i de endelige spørgeskemaer.

De endelige spørgeskemaer kom således til at indeholde følgende overordnede temaer:

- Antallet af retspsykiatriske brugere/patienter og antal tilbud i henholdsvis behandlingspsykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri
- Beskrivelse af de retspsykiatriske brugere/patienter, der benytter henholdsvis behandlingspsykiatriens, de kommunale og amtslige socialpsykiatriske tilbud (kun for 2005)
- Behandlingspsykiatriens, den kommunale og amtslige socialpsykiatris samarbejde med andre sektorer/aktører i forhold til retspsykiatriske brugere
- Igangværende overvejelser om ændrede tilbud og/eller sektorsamarbejde i 2005 i lyset af den kommende strukturreform.

Informanterne er blevet identificeret og introduceret til opgaven gennem telefonisk kontakt til hvert enkelt amt og kommune med henblik på en målrettet fremsendelse af spørgeskemaerne. Der er lagt vægt på, at informanterne både havde et administrativt overblik og et praktisk kendskab til, hvorledes arbejdet fungerer i hverdagen. Det er således fortrinsvis psykiatrichefer og psykiatrikoordinatorer på voksenområdet i amter og kommuner samt socialchefer og afdelingsledere i kommunernes socialforvaltninger, der har besvaret spørgeskemaerne.

Der er i alt blevet udsendt spørgeskemaer til 83 informanter:

- Hvad angår *behandlingspsykiatrien*, blev spørgeskemaet udsendt til samtlige 13 amter samt til Bornholms Regionskommune og til Københavns og Frederiksberg Kommuner (sundhedsvæsenet de to sidste steder er samlet i Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S); det vil sige til 15 steder i alt. Samtlige steder svarede, hvilket giver en besvarelsesprocent på 100 for behandlingspsykiatrien.
- I den *amtslige socialpsykiatri* blev spørgeskemaet udsendt til samtlige 13 amter samt til Københavns og Frederiksberg Kommuner og Bornholms Regionskommune; det vil sige til 16 steder i alt. Heraf har kun ét sted ikke besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 93,8.
- I den *kommunale socialpsykiatri* blev spørgeskemaerne udsendt til 53 kommuner, hvoraf 30 har besvaret spørgeskemaet. Det giver den laveste svarprocent i undersøgelsen på 56,6. Spørgeskemaet blev udsendt til de to største kommuner samt til to mindre kommuner fra hvert amt. Definitionen på 'mindre' kommuner svarer til den definition, som anvendes for den særlige kommunale organisering i "Det skæve Danmark", hvor 'mindre kommuner' maksimalt har 12.000 indbyggere. De mindre kommuner er kendetegnet ved at have en lavere rate af indbyggere med psykiatriske diagnoser per 1.000 indbyggere (i henhold til statistik fra Institut for Psykiatrisk Demografi) samt et lavere indtægtsgrundlag, et lavere uddannelsesniveau og en højere andel af indbyggere på heltidsoverførselsindkomster (i henhold til Danmarks Statistik).

Undersøgelsen må siges at være baseret på en meget høj besvarelsesprocent, hvilket til dels hænger sammen med, at der er blevet gennemført en telefonisk rykkerprocedure. Det skal dog bemærkes, at en del af de besvarede spørgeskemaer også indeholder ubesvarede spørgsmål. Undersøgelsen har desværre været hæmmet af, at informanterne - grundet projektets korte varighed - ikke har haft lang tid til at besvare spørgeskemaerne.

Databearbejdning og analyse er foregået ved hjælp af statistikprogrammet SPSS. Der er blevet anvendt chi²-test til at belyse sammenhængenes signifikansniveau og gammatest til at måle styrken af de signifikante sammenhænge. Efter den første databearbejdning er der fulgt op med supplerende telefoninterview for at få uddybet, konkretiseret eller eksemplificeret særligt udvalgte problemstillinger – samt for at identificere tilbud og indsatser, der kunne indgå som casebeskrivelser.

12.3 Den kvalitative interviewundersøgelse

Den kvalitative undersøgelse havde til formål at udpege nogle af de væsentligste indikatorer, som i henhold til besvarelserne af spørgeskemaerne var blevet peget på som nogle, der havde vist sig at hæmme - henholdsvis fremme - sektorsamarbejdet.

Med baggrund i resultaterne fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse blev der udvalgt et antal indsatser, hvor ledere og medarbejdere blev interviewet i grupper. Der er således afholdt syv gruppeinterview med professionelle aktører på feltet. På forhånd var der peget på, at Københavns Kommune/Hovedstadens Sygehusfællesskab H:S, Århus Kommune/Århus Amt og Odense Kommune/Fyns Amt har erfaringer med sektorsamarbejde på området, hvorfor interviewpersonerne er fundet i de pågældende tre kommuner/amter.

Fokusgruppeinterview er valgt som metode, fordi den giver mulighed for at benytte en interaktionistisk vinkel i interviewene. Metoden understreger interaktionen i selve interviewet - og på den måde vægtes de kommunikative potentialer og genererer nuancerede svar, idet deltagerne inspirerer hinanden.

Formålet med gruppeinterviewene var at få deltagernes bud på:

- Områder eller situationer, hvor der er behov for særlige tilbud eller for en særlig samordning af indsatsen
- Gode praksiseksempler med hensigtsmæssige tilbud
- Erfaringer med tværgående og velfungerende sektorsamarbejde i forhold til målgruppen.

Der er trukket på centrale informanter fra såvel ledelsesniveau som på praksisniveau. Begrundelsen herfor var at sikre, at den overordnede viden og erfaring blev kædet sammen med praksis. Interviewene tog udgangspunkt i en udarbejdet interviewguide med følgende temaer: Samarbejde, indsats, forebyggelse, rehabilitering, særlige tilbud, målgruppe og fremtiden.

Under interviewene blev der taget ordrette noter. Efterfølgende er der foretaget en tematisk analyse af disse noter. Denne fremgangsmåde blev valgt for at sikre, at de emner og temaer, som interviewpersonerne fandt centrale, kom med – i stedet for blot at undersøge, hvad der blev sagt om de emner, som var i den på forhånd udarbejdede interviewguide. Formålet var med andre ord også at lade interviewpersonernes erfaringer "præge dagsordnen."

Deltagerne blev lovet fuld anonymitet, men som det fremgår af rapporten, er den geografiske lokalitet nævnt. Dataindsamlingen blev foretaget gennem kvalitative interview i de tre byer.

Odense:

- Interviewet blev afviklet på tværs af psykiatrien, hvor der i alt deltog 7 personer (fra retspsykiatrien medvirkede overlæger, sygeplejesker og socialrådgiver - og fra almenpsykiatrien deltog overlæger og oversygeplejesker).
- Interviewet blev afviklet på tværs af socialpsykiatrien med deltagelse af 7 personer både fra den kommunale socialpsykiatri og den amtskommunale socialpsykiatri (fire ledere og tre medarbejdere).

Århus:

- Interviewet blev afviklet på tværs af psykiatrien - med deltagelse af 6 personer fra retspsykiatrien og distriktspsykiatrien (både psykiatere, sygeplejesker, socialrådgiver og ergoterapeuter).
- Interviewet var på tværs af socialpsykiatrien, henholdsvis fra kommunen og amtet. Der deltog 12 personer - ledere, medarbejdere - fra de to regier.

København:

- Interviewet blev afviklet på tværs af psykiatrien med deltagere fra retspsykiatrien, almenpsykiatrien og forskellige ambulante behandlingstilbud. Der deltog i alt 9 personer.
- Interviewet var på tværs af socialpsykiatrien, fra henholdsvis administrationen, ledelsen og fra praksis. Der deltog i alt 7 personer.

Endvidere blev der afholdt et interview med beslutningstagere, repræsenterende en stor kommune, en amtslig behandlingspsykiatri og fængselsvæsenet.

Endelig afholdtes der fem individuelle interview med kriminelle sindslidende, som tog udgangspunkt i egne oplevelser og erfaring omkring det samlede forløb og den samlede vifte af behandling og støttetilbud. Der deltog fire mænd og en kvinde - alle med etnisk dansk baggrund.

Nærværende undersøgelse har først og fremmest fokuseret på at indhente faktuelle oplysninger om behandlings- og støttetilbud i forhold til målgruppen og i forhold til samarbejdet de involverede sektorer imellem. Når der alligevel er inddraget en afdækning af brugeres oplevelser, er dette begrundet i to forhold. For det første ville det være interessant at afdække, hvorvidt brugernes oplevelser og erfaringer stemmer overens med det billede, den kvantitative og kvalitative undersøgelse giver af tilbuddene og samarbejdet set gennem de respektive professioners perspektiver. For det andet ville en eventuel uoverensstemmelse mellem brugernes oplevelser og erfaringer i forhold til undersøgelsens øvrige resultater skærpe opmærksomheden på områder eller problemfelter, der behøvede en nøjere uddybning og præcisering. Da brugernes oplevelser/erfaringer bekræfter de professionelles syn på og

opfattelser af tilbud og samarbejdsformer, og da der kun er så få brugere, er det fravalgt at lade udsagn fra brugerne indgå i rapportteksten.

Bilag 2: Figurer og tabeller

Fig. 4: Hvilke kriminalitetstyper har de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien begået og fået dom for, opgjort den 8/9 2005?

Kriminalitetstyper	Antal retspsykiatriske patienter i alt	Det gennemsnitlige antal patienter pr. amt, der har begået kriminalitetstypen
Vold og anden personfarlig kriminalitet	494 (33,4 %)	49,40
Tyveri	141 (9,5 %)	17,63
Ildspåsættelse	125 (8,5 %)	12,50
Voldtægt/voldtægtsforsøg og sædelighedskriminalitet	114 (7,7 %)	12,67
Overtrædelse af Straffeloven eller særlovgivning i øvrigt	111 (7,5 %)	15,86
Anden berigelseskriminalitet	102 (6,9 %)	14,57
Narkotikakriminalitet mv.	85 (5,8 %)	9,44
Røveri	78 (5,3 %)	9,75
Drab	71 (4,8 %)	10,14
Hærværk	66 (4,5 %)	8,25
Færdselsovertrædelse	61 (4,1 %)	10,17
Andet	30 (2,0 %)	5,00

NB! Det vides desværre ikke, hvad kategorien ”andet” dækker over. Det skal bemærkes, at den samme patient kan være blevet dømt for flere forskellige typer kriminalitet. Det skal desuden nævnes, at den alvorlige kriminalitet såsom drab kan være overrepræsenteret, fordi de længerevarende foranstaltninger har en større sandsynlighed for at blive registreret end en korterevarende foranstaltning i netop denne type undersøgelse, hvor tallene er blevet opgjort på en enkelt dag.

Fig. 5: Hvilke hoveddiagnoser har de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien, der har fået dom, opgjort den 8/9 2005?

Hoveddiagnose	Antal retspsykiatriske patienter	Gennemsnitligt antal patienter pr. amt
F 20 – 29	862 (67,0 %)	71,83
F 60 – 69	179 (13,9 %)	14,92
F 10 – 19	84 (6,5 %)	7,64
F 30 – 39	77 (6,0 %)	7,00
F 0 – 9	51 (4,0 %)	5,67
F 40 – 49	22 (1,7 %)	2,75
F 99	12 (0,9 %)	2,00
F 50 – 59	0 (0,0 %)	0,00

Hoveddiagnoserne kategoriseres som:

F 0 – 9: Organiske inklusiv symptomatiske psykiske lidelser.

F 10 – 19: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

F 20 – 29: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser med skizo-affektive psykoser.

F 30 – 39: Affektive sindslidelser.

F 40 – 49: Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer.

F 50 – 59: Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.

F 60 – 69: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen.

F 99 – Psykiske lidelser eller forstyrrelser som ikke kan klassificeres nærmere.

NB! Det skal understreges, at den samme patient kan have flere diagnoser.

Fig. 7: Hvilken etnisk herkomst har de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien, der har fået dom, opgjort den 8/9 2005?

Etnisk herkomst	Antal retspsykiatriske patienter	Gennemsnitligt antal patienter pr. amt
Dansk herkomst	921 (77,2 %)	92,10
Ikke-vestlig herkomst	218 (18,3 %)	24,22
Anden vestlig herkomst	54 (4,5 %)	6,00

Fig. 8: Hvilken etnisk herkomst har de retspsykiatriske brugere i den amtslige socialpsykiatri, der har fået dom, opgjort den 8/9 2005?

Etnisk herkomst	Antal retspsykiatriske brugere	Gennemsnitligt antal patienter pr. amt
Dansk herkomst	281 (87,8 %)	20,07
Ikke-vestlig herkomst	27 (8,4 %)	3,38
Anden vestlig herkomst	12 (3,8 %)	2,00

Fig. 9: Hvilken etnisk herkomst har de retspsykiatriske brugere i den kommunale socialpsykiatri, der har fået dom, opgjort den 8/9 2005?

Etnisk herkomst	Antal retspsykiatriske brugere	Gennemsnitligt antal brugere pr. kommune
Dansk herkomst	141 (72,7 %)	6,13
Ikke-vestlig herkomst	38 (19,6 %)	1,90
Anden vestlig herkomst	15 (7,7 %)	0,75

Fig. 10: Hvilke bidiagnoser (kun gældende for misbrug) har de retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien, der har fået dom, opgjort den 8/9 2005?

Bidiagnoser	Antal retspsykiatriske patienter	Gennemsnitligt antal patienter pr. amt
F 10	175 (28,0 %)	25,00
F 12	158 (25,2 %)	22,57
F 19	103 (16,5 %)	12,88
F 11	73 (11,7 %)	9,13
F 15	47 (7,5 %)	6,71
F 14	32 (5,1 %)	6,40
F 13	30 (4,8 %)	5,00
F 18	5 (0,8 %)	1,25
F 16	3 (0,5 %)	0,75

Bidiagnoser:
F 10: Alkoholmisbrug
F 11: Misbrug af opioider – morfin, heroin.
F 12: Misbrug af cannabinoider – hash.
F 13: Misbrug af sedativa og hypnotika – benzodiazepiner, barbiturater.
F 14: Misbrug af kokain.
F 15: Misbrug af centralstimulerende stoffer – amfetaminer, speed, ecstasy, koffein.
F 16: Misbrug af hallucinogener – LSD.
F 18: Misbrug af flygtige opløsningsmidler – cellulosefortynder, lightergas.
F 19: Blandingsmisbrug af stoffer, andre stoffer.

Fig. 11: Hvilke særlige behandlingstilbud til indlagte retspsykiatriske patienter havde amterne i 1995, 2000 og 2005?

Behandlingstilbud	1995	2000	2005
Tilbud om fysiske aktiviteter	6 amter	9 amter	10 amter
Tilbud om kognitive behandlingsforløb	2 amter	5 amter	9 amter
Tilbud om medicinsk behandling	6 amter	10 amter	10 amter
Tilbud om misbrugsbehandling	6 amter	8 amter	9 amter
Tilbud om miljøterapeutisk behandling	6 amter	10 amter	10 amter
Tilbud om samtale, herunder psykoedukation og konflikthåndtering	4 amter	9 amter	9 amter
Tilbud om psykoterapi	5 amter	8 amter	8 amter
Sociale tilbud under indlæggelse	5 amter	8 amter	9 amter
Tilbud om kontaktpersonordninger	6 amter	9 amter	9 amter
Tilbud om at inddrage pårørende i behandling	5 amter	8 amter	10 amter
Andre tilbud	1 amt	3 amter	4 amter

Som eksempler på ”andre tilbud” nævnes ferier, værksteder, farlighedsvurdering, sygdomsindsigt, musikterapi, fysioterapi samt det, at særligt behandlingskrævende retspsykiatriske patienter nu kunne indlægges på retspsykiatriske afdelinger.

Fig. 12: Hvilke særlige behandlingstilbud var der til ikke indlagte retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien i amterne i 1995, 2000 og 2005?

Behandlingstilbud	1995	2000	2005
Tilbud om fysiske aktiviteter	1 amt	2 amter	4 amter
Tilbud om kognitive behandlingsforløb	0 amter	3 amter	5 amter
Tilbud om medicinsk behandling	5 amter	5 amter	7 amter
Tilbud om misbrugsbehandling	5 amter	4 amter	6 amter
Tilbud om miljøterapeutisk behandling	1 amt	1 amt	3 amter
Tilbud om psykoterapi	3 amter	4 amter	6 amter
Tilbud om samtale, herunder psykoedukation og konflikthåndtering	4 amter	4 amter	6 amter
Sociale tilbud under indlæggelse	2 amter	2 amter	3 amter
Tilbud om kontaktpersonordninger	3 amter	4 amter	5 amter
Tilbud om at inddrage pårørende i behandling	3 amter	4 amter	6 amter
Andre tilbud	2 amter	3 amter	4 amter

Af ”andre tilbud” til ikke indlagte retspsykiatriske patienter nævnes socialrådgivere, ergoterapi, musikterapi, farlighedsvurdering, sygdomsindsigt, støtte og behandling i eget hjem, retspsykiatrisk ambulatorium og sexologisk behandling til sædelighedskriminelle.

Fig. 13: Har følgende faktorer generelt haft betydning for planlægningen af de aktuelle tilbud i behandlingspsykiatrien 2005?

Faktorer af betydning for tilbudsplanlægningen	Antal amter, der tillægger faktorerne betydning
En sammenhæng mellem diagnose og kriminalitet blandt patienterne	5 amter (41,7 %)
En sammenhæng mellem diagnose og etnisk herkomst blandt patienterne	2 amter (16,7 %)
En sammenhæng mellem etnisk herkomst og kriminalitet blandt patienterne	1 amt (8,3 %)
En sammenhæng mellem køn og kriminalitet blandt patienterne	0 amter (0,0 %)

Fig. 14: Har følgende faktorer haft en generel betydning for planlægningen af de aktuelle tilbud i den amtslige socialpsykiatri i 2005?

Faktorer af betydning for tilbudsplanlægningen	Antal amter, der tillægger faktorerne betydning
En sammenhæng mellem diagnose og kriminalitet blandt brugerne	5 (38,5 %)
En sammenhæng mellem etnisk herkomst og kriminalitet blandt brugerne	0
En sammenhæng mellem køn og kriminalitet blandt brugerne	0
En sammenhæng mellem diagnose og etnisk herkomst	0

Fig. 15: Har følgende faktorer haft generel betydning for planlægningen af de aktuelle tilbud i den kommunale socialpsykiatri i 2005?

Faktorer af betydning for tilbudsplanlægningen	Antal kommuner, der tillægger faktoren betydning
En sammenhæng mellem diagnose og kriminalitet blandt brugerne	7 (46,7 %)
En sammenhæng mellem køn og kriminalitet blandt brugerne	3 (18,8 %)
En sammenhæng mellem diagnose og etnisk herkomst	1 (6,3 %)
En sammenhæng mellem etnisk herkomst og kriminalitet blandt brugerne	0 (0,0 %)

Fig. 16: Hæmmende faktorer for, at retspsykiatriske patienter i behandlingspsykiatrien kan rummes i de behandlingspsykiatriske tilbud i 1995, 2000 og 2005

Hæmmende faktorer	1995	2000	2005
Manglende fysisk plads	3 amter	4 amter	4 amter
Manglende specialviden	6 amter	5 amter	5 amter
Manglende økonomiske ressourcer (normering)	2 amter	2 amter	3 amter
Andet	1 amt	1 amt	6 amter

Af andre hæmmende faktorer nævnes brugernes adfærd over for andre brugere samt generel usikkerhed over for gruppen på grund af risiko for vold, misbrug, aggressiv kontaktform og trusler. Desuden påpeges det, at misbrugere kan være svære at motivere til at tage mod tilbud.

Fig. 17: Hæmmende faktorer for, at retspsykiatriske brugere af den amtslige socialpsykiatri kan rummes i de socialpsykiatriske tilbud i 1995, 2000 og 2005

Hæmmende faktorer	1995	2000	2005
Manglende fysisk plads	5 amter	4 amter	5 amter
Manglende specialviden	4 amter	1 amt	4 amter
Manglende økonomiske ressourcer (normering)	0 amter	0 amter	0 amter
Andet	3 amter	3 amter	3 amter

Af andre hæmmende faktorer nævnes brugernes adfærd over for andre brugere samt generel usikkerhed over for gruppen på grund af risiko for vold, misbrug, aggressiv kontaktform og trusler. Desuden påpeges det, at misbrugere kan være svære at motivere til at tage mod tilbud.

Fig. 18: Hæmmende faktorer for, at retspsykiatriske brugere af den kommunale socialpsykiatri kan rummes i de almene socialpsykiatriske tilbud i 1995, 2000 og 2005

Hæmmende faktorer	1995	2000	2005
Manglende fysisk plads	1 kommune	2 kommuner	3 kommuner
Manglende specialviden	4 kommuner	2 kommuner	8 kommuner
Manglende økonomiske ressourcer (normering)	2 kommuner	4 kommuner	4 kommuner
Andet	3 kommuner	6 kommuner	10 kommuner

Af andre hæmmende faktorer nævnes brugernes adfærd over for andre brugere samt generel usikkerhed over for gruppen på grund af risiko for vold, misbrug, aggressiv kontaktform og trusler. Desuden påpeges det, at misbrugere kan være svære at motivere til at tage mod tilbud.

Fig. 19: Antallet af amter og kommuner, der har igangsat eller påtænkt nye tilbud og foranstaltninger i 1995, 2000 og 2005

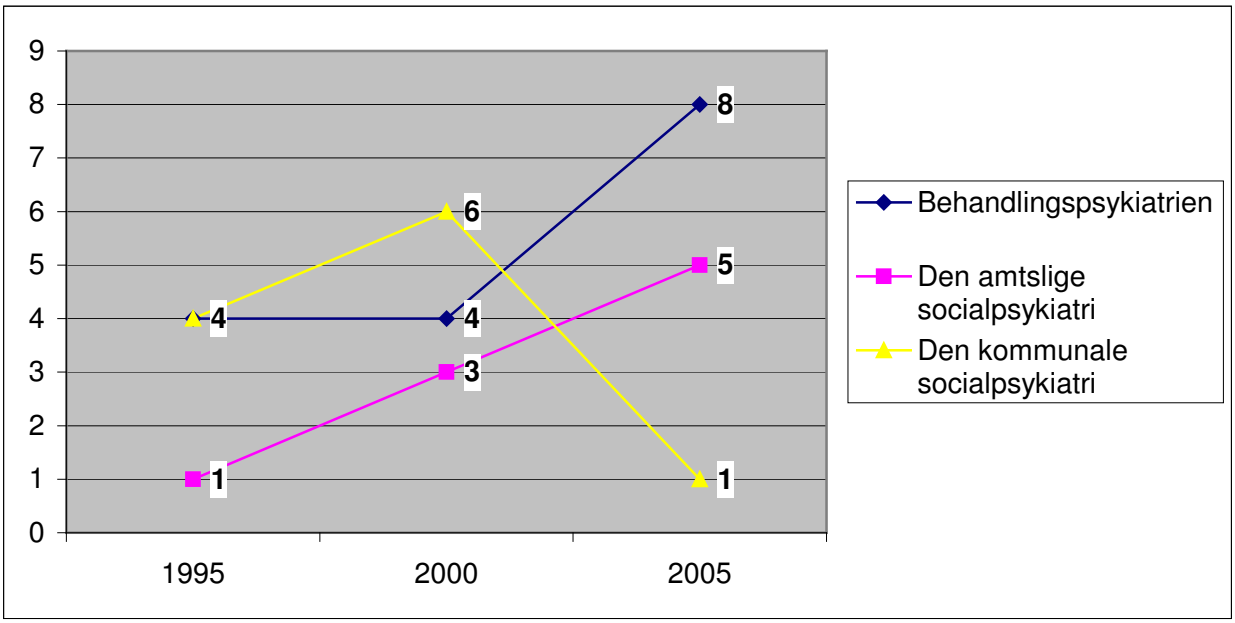


Fig. 20: Udviklingen i det gennemsnitlige antal tilbud pr. amt i behandlingspsykiatrien fra 1995 til 2005

Tilbud	1995		2000		2005	
	Det gennem-snitlige antal tilbud pr. amt	Max antal tilbud pr. amt	Det gennem-snitlige antal tilbud pr. amt	Max antal tilbud pr. amt	Det gennem-snitlige antal tilbud pr. amt	Max antal tilbud pr. amt
Lukkede retspsykiatriske afdelinger	0,88	2	1,50	3	1,20	4
Åbne retspsykiatriske afdelinger	0,63	3	0,80	3	0,71	3
Købte retspsykiatriske pladser uden for amtet	2,50	10	3,75	10	2,00	8
Lukkede afdelinger i almenpsykiatrien	3,38	6	3,63	8	3,20	10
Åbne afdelinger i almenpsykiatrien	6,00	12	4,86	12	6,36	15
Psykiatrisk skadestue	1,50	5	2,25	5	1,63	5
Udrykningstjeneste	0,33	1	1,25	4	0,67	1
Ambulant behandling	2,00	5	2,00	6	3,36	14
Retspsykiatrisk udredning	0,50	1	0,50	1	0,75	1
Andre tilbud	0,00	0	0,00	0	4,00	7

Fig. 21: Antallet af retspsykiatriske patienter i distriktspsykiatrien i 1995, 2000 og 2005

Antal retspsykiatriske patienter i distriktspsykiatrien	1995	2000	2005
0-10	3 amter	1 amt	2 amter
11-20	0 amter	1 amt	0 amter
21-30	2 amter	1 amt	1 amt
31-40	1 amt	1 amt	2 amter
41-50	0 amter	1 amt	3 amter
51-60	1 amt	1 amt	0 amter
61-70	0 amter	1 amt	0 amter
71-80	0 amter	0 amter	2 amter
Mere end 80	1 amt	2 amter	3 amter

Fig. 22: Udviklingen i det gennemsnitlige antal tilbud pr. amt til retspsykiatriske brugere i den amtslige socialpsykiatri fra 1995 til 2005.

Tilbud	1995		2000		2005	
	Gennem-snitligt antal tilbud pr. amt	Max antal tilbud pr. amt	Gennem-snitligt antal tilbud pr. amt	Max antal tilbud pr. amt	Gennem-snitligt antal tilbud pr. amt	Max antal tilbud pr. amt
Amtslige døgninstitutioner	1,50	4	-	-	-	-
Psykiatriske plejehjem	4,25	7	-	-	-	-
Særlige amtslige døgninstitutioner	0,50	1	-	-	-	-
Køb af retspsykiatriske pladser udenfor amtet	0,00	0	0,50	1	5,33	18
Herberger og forsorgshjem	0,67	1	0,67	1	0,80	2
Bostøtte § 73	0,00	0	2,00	4	1,40	4
Selvejende institutioner / pensionater	2,00	3	2,00	3	0,75	1
Dagtilbud/beskyttede værksteder	2,75	6	2,00	4	2,29	6
Opsøgende og udgående arbejde § 80	0,50	1	3,00	6	1,25	2
Botilbud § 92	-	-	4,00	7	5,82	17
Botilbud § 93	-	-	1,33	3	1,86	5
Enkeltmandsprojekter	-	-	0,00	0	0,00	0
Andre tilbud	0,50	1	1,00	1	2,25	5

Fig. 23: Udviklingen i det gennemsnitlige antal tilbud pr. kommune i den kommunale socialpsykiatri fra 1995 til 2005

Tilbud	1995		2000		2005	
	Gennem-snitligt antal tilbud pr. kommu-ne	Max antal tilbud pr. kommu-ne	Gennem-snitligt antal tilbud pr. kommu-ne	Max antal tilbud pr. kommu-ne	Gennem-snitligt antal tilbud pr. kommu-ne	Max antal tilbud pr. kommu-ne
Bofællesskaber	0,23	1	0,69	4	1,47	8
Opgangsfællesskaber	0,08	1	0,42	1	0,47	1
Køb af retspsykiatriske pladser uden for kommunen	0,64	6	0,75	5	0,87	4
Bostøtte	0,53	3	0,88	4	1,00	5
Selvejende institutioner / pensionater	0,36	5	0,08	1	0,08	1
Dagtilbud/beskyttede værksteder	0,14	1	0,36	1	0,50	1
Varmestuer	0,21	1	0,36	1	0,40	2
Aktivitets- og væresteder	0,50	3	0,71	2	0,70	2
Opsøgende og udgående arbejde (inkl. SKP-ordning)	0,44	1	1,50	16	6,83	120
Andre tilbud	0,00	0	0,30	1	1,50	8

Fig. 25: I forhold til hvilke tilbud i behandlingspsykiatrien var der ventelister i 1995, 2000 og 2005?

Tilbud	1995	2000	2005
Lukkede retspsykiatriske afdelinger	1 amt	3 amter	5 amter
Åbne retspsykiatriske afdelinger	0 amter	0 amter	0 amter
Købte retspsykiatriske pladser uden for amtet	0 amter	0 amter	0 amter
Lukkede afdelinger i almenpsykiatrien	1 amt	0 amter	1 amt
Åbne afdelinger i almenpsykiatrien	0 amter	0 amter	0 amter
Daghospital	0 amter	0 amter	0 amter
Ambulant behandling	0 amter	0 amter	0 amter
Andre tilbud	0 amter	0 amter	0 amter

Fig. 26: I forhold til hvilke tilbud i den amtslige socialpsykiatri var der ventelister i 1995, 2000 og 2005?

Tilbud	1995	2000	2005
Amtslige døgninstitutioner	4 amter	-	-
Psykiatriske plejehjem	4 amter	-	-
Særlige amtslige døgninstitutioner	2 amter	-	-
Køb af retspsykiatriske pladser uden for amtet	0 amter	1 amt	0 amter
Herberger og forsorgshjem	0 amter	0 amter	1 amt
Selvejende institutioner/pensionater	1 amt	1 amt	0 amter
Dagtilbud/beskyttede værksteder	0 amter	0 amter	0 amter
Botilbud § 92	-	3 amter	9 amter
Botilbud § 93	-	1 amt	1 amt
Bostøtte § 73	0 amter	0 amter	0 amter
Enkeltmandsprojekter	-	0 amter	0 amter
Opsøgende og udgående team § 80	-	0 amter	0 amter
Andre tilbud	1 amt	0 amter	3 amter

Kategorien ”andre tilbud” dækker blandt andet over aktivitets- og samværstilbud samt private botilbud efter § 93.

Fig. 27: Hvilke tilbud i den kommunale socialpsykiatri var der ventelister til i 1995, 2000 og 2005?

Tilbud	1995	2000	2005
Midlertidige ophold i boformer	0 kommuner	0 kommuner	2 kommuner
Opgangsfællesskaber	0 kommuner	0 kommuner	1 kommune
Bostøtte	0 kommuner	1 kommune	1 kommune
Køb af retspsykiatriske pladser uden for kommunen	0 kommuner	0 kommuner	0 kommuner
Selvejende institutioner/pensionater	0 kommuner	0 kommuner	0 kommuner
Dagtilbud/ beskyttede værksteder	0 kommuner	0 kommuner	0 kommuner
Aktivitets- og væresteder	0 kommuner	0 kommuner	0 kommuner
Opsøgende og udgående arbejde (inkl. SKP-ordning)	0 kommuner	0 kommuner	0 kommuner
Andre tilbud	0 kommuner	0 kommuner	0 kommuner

Fig. 33: Samarbejdsformerne mellem behandlingspsykiatrien og Kriminalforsorgen i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	2 amter (14,3 %)	3 amter (21,4 %)	4 amter (28,6 %)	5 amter (35,7 %)
Ad hoc møder	3 amter (21,4 %)	0 amter (0,0 %)	3 amter (21,4 %)	8 amter (57,1 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	4 amter (28,6 %)	0 amter (0,0 %)	4 amter (28,6 %)	6 amter (42,9 %)
Sparring, supervision eller undervisning	8 amter (57,1 %)	2 amter (14,3 %)	3 amter (21,4 %)	1 amt (7,1 %)

Fig. 34: Samarbejdsformerne mellem behandlingspsykiatrien og kommunale socialforvaltninger i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	8 amter (57,1 %)	1 amt (7,1 %)	3 amter (21,4 %)	2 amter (14,3 %)
Ad hoc møder	1 amt (7,1 %)	1 amt (7,1 %)	6 amter (42,9 %)	6 amter (42,9 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	5 amter (35,7 %)	0 amter (0,0 %)	6 amter (42,9 %)	3 amter (21,4 %)
Sparring, supervision eller undervisning	11 amter (78,6 %)	2 amter (14,3 %)	0 amter (0,0 %)	1 amt (7,1 %)

Fig. 35: Samarbejdsformerne mellem behandlingspsykiatrien og de socialpsykiatriske botilbud i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	10 amter (71,4 %)	1 amt (7,1 %)	1 amt (7,1 %)	2 amter (14,3 %)
Ad hoc møder	2 amter (14,3 %)	1 amt (7,1 %)	7 amter (50,0%)	4 amter (28,6 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	4 amter (28,6 %)	1 amt (7,1 %)	4 amter (28,6 %)	5 amter (35,7 %)
Sparring, supervision eller undervisning	7 amter (50,0 %)	1 amt (7,1 %)	4 amter (28,6 %)	2 amter (14,3 %)

Fig. 36: Samarbejdsformerne mellem den amtslige socialpsykiatri og hospitalspsykiatrien i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	5 amter (33,3 %)	2 amter (13,3 %)	3 amter (20,0 %)	5 amter (33,3 %)
Ad hoc møder	3 amter (20,0 %)	3 amter (20,0 %)	5 amter (33,3 %)	4 amter (26,7 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	3 amter (20,0 %)	2 amter (13,3 %)	4 amter (26,7 %)	6 amter (40,0 %)
Sparring, supervision eller undervisning	10 amter (66,7 %)	3 amter (20,0 %)	2 amter (13,3 %)	0 amter (0,0 %)

Fig. 37: Samarbejdsformerne mellem den amtslige socialpsykiatri og distriktspsykiatrien i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	7 amter (46,7 %)	5 amter (33,3 %)	2 amter (13,3 %)	1 amt (6,7 %)
Ad hoc møder	2 amter (13,3 %)	4 amter (26,7 %)	6 amter (40,0 %)	3 amter (20,0 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	6 amter (40,0 %)	3 amter (20,0 %)	1 amt (6,7 %)	5 amter (33,3 %)
Sparring, supervision eller undervisning	10 amter (66,7 %)	3 amter (20,0 %)	1 amt (6,7 %)	1 amt (6,7 %)

Fig. 38: Samarbejdsformerne mellem den amtslige socialpsykiatri og de kommunale social- og/eller psykiatriforvaltninger i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	9 amter (60,0 %)	2 amter (13,3 %)	2 amter (13,3 %)	2 amter (13,3 %)
Ad hoc møder	2 amter (13,3 %)	4 amter (26,7 %)	6 amter (40,0 %)	3 amter (20,0 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	5 amter (33,3 %)	4 amter (26,7 %)	3 amter (20,0 %)	3 amter (20,0 %)
Sparring, supervision eller undervisning	12 amter (80,0 %)	1 amt (6,7 %)	2 amter (13,3 %)	0 amter (0,0 %)

Fig. 39: Samarbejdsformerne mellem den amtslige socialpsykiatri og Kriminalforsorgen i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	4 amter (26,7 %)	5 amter (33,3 %)	3 amter (20,0 %)	3 amter (20,0 %)
Ad hoc møder	3 amter (20,0 %)	3 amter (20,0 %)	4 amter (26,7 %)	5 amter (33,3 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	3 amter (20,0 %)	5 amter (33,3 %)	4 amter (26,7 %)	3 amter (20,0 %)
Sparring, supervision eller undervisning	12 amter (20,0 %)	2 amter (13,3 %)	1 amt (6,7 %)	0 amter (0,0 %)

Fig. 40: Samarbejdsformerne mellem den kommunale socialpsykiatri og hospitalspsykiatrien i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	14 kommuner (53,8 %)	4 kommuner (15,4 %)	3 kommuner (11,5 %)	5 kommuner (19,2 %)
Ad hoc møder	6 kommuner (23,1 %)	7 kommuner (26,9 %)	6 kommuner (23,1 %)	7 kommuner (26,9 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	9 kommuner (34,6 %)	6 kommuner (23,1 %)	4 kommuner (15,4 %)	7 kommuner (26,9 %)
Sparring, supervision eller undervisning	18 kommuner (69,2 %)	5 kommuner (19,2 %)	1 kommune (3,8 %)	2 kommuner (7,7 %)

Fig. 41: Samarbejdsformerne mellem den kommunale socialpsykiatri og den amtslige socialpsykiatri i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	16 kommuner (61,5 %)	4 kommuner (15,4 %)	1 kommune (3,8 %)	5 kommuner (19,2 %)
Ad hoc møder	10 kommuner (38,5 %)	7 kommuner (26,9 %)	3 kommuner (11,5 %)	6 kommuner (23,1 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	14 kommuner (53,8 %)	5 kommuner (19,2 %)	3 kommuner (11,5 %)	4 kommuner (15,4 %)
Sparring, supervision eller undervisning	18 kommuner (69,2 %)	3 kommuner (11,5 %)	2 kommuner (7,7 %)	3 kommuner (11,5 %)

Fig. 42: Samarbejdsformerne mellem den kommunale socialpsykiatri og Kriminalforsorgen i 2005

Samarbejds-former	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	17 kommuner (65,4 %)	5 kommuner (19,2 %)	3 kommuner (11,5 %)	1 kommune (3,8 %)
Ad hoc møder	9 kommuner (34,6 %)	7 kommuner (26,9 %)	7 kommuner (26,9 %)	3 kommuner (11,5 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	12 kommuner (46,2 %)	6 kommuner (23,1 %)	7 kommuner (26,9 %)	1 kommune (3,8 %)
Sparring, supervision eller undervisning	20 kommuner (76,9 %)	4 kommuner (15,4 %)	1 kommune (3,8 %)	1 kommune (3,8 %)

Fig. 43: Samarbejdsformer mellem den kommunale socialpsykiatri og distriktspsykiatrien i 2005

Samarbejdsform	Benytter ikke denne samarbejds-form	Sjælden samarbejds-form	Forholdsvis hyppig samarbejds-form	Meget anvendt samarbejds-form
Fastlagte møder	15 kommuner (57,7 %)	2 kommuner (7,7 %)	3 kommuner (11,5 %)	6 kommuner (23,1 %)
Ad hoc møder	12 kommuner (46,2 %)	1 kommune (3,8 %)	5 kommuner (19,2 %)	8 kommuner (30,8 %)
Anden kontakt af telefonisk eller skriftlig art	14 kommuner (53,8 %)	3 kommuner (11,5 %)	3 kommuner (11,5 %)	6 kommuner (23,1 %)
Sparring, supervision eller undervisning	16 kommuner (61,5 %)	5 kommuner (19,2 %)	1 kommune (3,8 %)	4 kommuner (15,4 %)