

Dansk retspsykiatri

Peter Kramp

led. overlæge

Retspsykiatrisk Klinik

Blegdamsvej 6B, 2

2200 København N

Camilla Bock

klinisk assistent

Psykiatrisk Center Rigshospitalet

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	3
2	RETSPSYKIATRI.....	4
2.1	DEN DANSKE STRAFFELOVS BESTEMMELSER OM PSYKISK SYGE OG PSYKISK AFVIGENDE KRIMINELLE	4
2.2	DE PSYKIATRISKE SÆRFORANSTALTNINGER.....	6
2.3	MENTALUNDERSØGELSER	8
2.4	BEHANDLING AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER.....	12
3	FÆNGSELSPSYKIATRI.....	14
3.1	FÆNGSLER OG ARRESTHUSE	14
3.2	KRIMINALFORSORGEN I FRIHED	18
4	UDDANNELSE.....	19
5	REKRUTTERING	22
6	SIKKERHED/FARLIGHED	23

1 Indledning

I Danmark er retspsykiatri ikke noget selvstændigt speciale, men en del af almenpsykiatrien. Den danske Sundhedsstyrelse anerkender retspsykiatri som et såkaldt ”fagområde”, dvs. et område af psykiatrien, hvor teoretisk uddannelse og/eller praktisk klinisk uddannelse (i form af ansættelse på retspsykiatriske afdelinger) anerkendes som kvalificerende til ansættelse som overlæger på afdelinger, der behandler retspsykiatriske patienter/udfærdiger mentalundersøgelser.

Danmark gennemførte 1. januar 2007 en omfattende kommunalreform (og i øvrigt også en politikreds- og retskredsreform), som indebar, at de tidligere amter (len, fylker) blev slået sammen til fem regioner. Regionerne har – som amterne havde det – ansvaret for sundhedsbetjeningen (og sygdomsbehandlingen) af regionens borgere, herunder hele det psykiatriske, inklusive retspsykiatriske behandlingssystem. Efterbehandling, genoptræning mv. er primærkommunernes ansvarsområde – hvordan primærkommunerne og regionerne vil samarbejde er endnu uafklaret. Flere af de tidligere amter havde retspsykiatriske afdelinger, og det ligger klart, at alle fem regioner vil etablere retspsykiatriske afdelinger. Det skal understreges, at disse afdelinger ikke har nogen speciel lovgivningsmæssig status – det er almindelige psykiatriske afdelinger, som ifølge regionens administrative beslutning modtager retspsykiatriske patienter. De regionale retspsykiatriske enheder er endnu mere eller mindre på tegnebrættet, og det er således uafklaret, i hvilket omfang almenpsykiatrien skal varetage behandlingen af retspsykiatriske patienter – tidligere havde enkelte amter etableret ordninger, hvor amtets retspsykiatri varetog behandling af stort set alle retspsykiatriske patienter, herunder også ambulante behandling, mens andre amter overhovedet ikke havde etableret specialiserede retspsykiatriske enheder. I 2006 var der i hele landet ca. 250 retspsykiatriske sengepladser. Som anført vil de fem nye regioner alle etablere retspsykiatriske enheder og et kvalificeret gæt vil være, at der i hele landet etableres mellem 300 og 350 retspsykiatriske sengepladser til varetagelse af behandlingen af anbringelsesdømte patienter (se nedenfor) og vanskeligt behandlelige patienter med behandlingsdomme. Antallet af retspsykiatriske senge stiger således, men

det gør antallet af retspsykiatriske patienter også – fra ca. 300 i 1980 til nu (november 2007) 2.014. Det må således antages, at et stort antal retspsykiatriske patienter fortsat vil blive behandlet – ambulante eller under indlæggelse – i almenpsykiatrien. I 2004 estimerede Amtsrådsforeningen således, at 20 % af alle almenpsykiatriske sengepladser i Danmark var belagt med retspsykiatriske patienter.

Retspsykiatrien er som anført en del af almenpsykiatrien, og der eksisterer ikke i Danmark speciel lovgivning eller administrative forskrifter for udøvelse af retspsykiatrisk virksomhed. Den retspsykiatriske virksomhed hører under sundhedsvæsenet og har ingen tilknytning til justitsmyndighederne. (En undtagelse er Retspsykiatrisk Klinik i København, som drives af Justitsministeriet. Klinikken foretager ambulante mentalundersøgelser (dvs. af sigtede på fri fod og varetægtsfængslede) fra det storkøbenhavnske område, og modtager ca. 250 sager om året. Klinikken er i sin faglige virksomhed uafhængige af Justitsministeriet, og klinikkens administrative tilhørsforhold til ministeriet er historisk betinget og ikke udtryk for nogen bevidst planlægning). Der blev i 2001 etableret ambulante mentalobservationscentre ved de retspsykiatriske afdelinger i Aalborg (Region Nordjylland), Risskov (Region Midtjylland) og Middelfart (Region Syddanmark). Disse centre drives af regionerne, men staten (politiet) betaler for mentalerklæringerne. Der er endnu ikke etableret en tilsvarende ordning for Sjælland. Hertil foretages et mindre antal mentalundersøgelser af indlagte på (rets)psykiatriske afdelinger. I alt foretages skønsmæssigt omkring 700 mentalundersøgelser pr. år.

2 Retspsykiatri

2.1 Den danske straffelovs bestemmelser om psykisk syge og psykisk afvigende kriminelle

Den danske straffelovs § 16 lyder:

“Personer, der på gerningstiden var utilregnelige pga. 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.

Stk. 2. Personer, der på gerningstiden var mentalt retarderede i lettere grad, straffes ikke med mindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf. Tilsvarende gælder personer, der befandt sig en tilstand, der ganske må ligestilles med mental retardering”.

De ”ligestillede” tilstande omfatter f.eks. konfusionstilstande pga. neuroglykopeni eller tilstande forbundet med epileptiske anfald. Disse tilstande spiller talmæssigt ingen rolle og vil ikke blive nærmere omtalt. § 16, stk. 1, 3. pkt. (”Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol...”) omhandler de patologiske rustilstande, som heller ikke spiller nogen talmæssig rolle, og som heller ikke vil blive nærmere omtalt. Som det fremgår, er mentalt retarderede også omfattet af § 16 – de ”lettere mentalt retarderede” (§ 16, stk. 2) omfatter debile (IQ < 70). Mentalt retarderede kriminelle, hvis antal også stiger, overføres til behandling i det sociale system. De idømte sanktioner for mentalt retarderede svarer i sit indhold stort set til de sanktioner, der anvendes over for de psykotiske, hvorfor heller ikke de mentalt retarderede vil blive omtalt særskilt.

Som det fremgår, skal to betingelser for straffrihed være opfyldte – personen skal være sindssyg (eller mentalt retarderet) og af den grund utilregnelig. Psykiateren afgør ved en mentalundersøgelse, hvorvidt personen er sindssyg (var sindssyg på gerningstidspunktet), dvs. psykotisk i lægevidenskabelig forstand, der eksisterer ikke noget ”juridisk” sindssygdomsbegreb. Herefter afgør retten, om den pågældende også er (var) ”utilregnelig”. Dette begreb – ”utilregnelig” – er blevet betegnet som meningsomt og er alene indsat i lovteksten for at sikre, at det i sidste ende er retten, og ikke psykiateren, der afgør, om en person, der er fundet skyldig i en kriminel handling, skal være straffri, men i stedet idømmes en psykiatrisk særforanstaltning – fra den mest indgribende, en anbringelsesdom, til den mindst indgribende, dom til ambulantly behandling. Al erfaring viser, at domstolene næsten undtagelsesfrit finder sindssyge kriminelle ”utilregnelige”, og altså straffri. I stedet for straf idømmes den psykisk syge en psykiatrisk særforanstaltning, dvs. den dømte overføres til det psykiatriske behandlingssystem.

Som det fremgår, omhandler § 16 ”Personer, der på *gerningstiden* var utilregnelige pga. sindssygdom...”. Såfremt en person var psykotisk (og af retten findes utilregnelig) på gerningstiden, men rask på domstidspunktet, er den pågældende stadig straffri, men vil som udgangspunkt alligevel blive idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Omvendt findes der en bestemmelse (straffelovens § 73) om, at personer, der efter gerningstidspunktet, men før dom, har udviklet en ”ikke blot forbigående” sindssygdom, kan idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, eventuelt indtil ”straffen måtte kunne fuldbyrdes”.

Det sker højst en gang om året, at en sindssyg kriminel findes ”tilregnelig”, og det sker typisk i tilfælde, hvor den mentalundersøgende retspsykiater selv har været i tvivl om psykosediagnosen. Denne centrale bestemmelse – straffelovens § 16 – har været uændret siden 1973/75, om end der er sket en vis modernisering af ordlyden.

Kriminelle med andre psykiske lidelser end psykosesygdomme kan også blive idømt en af ovennævnte psykiatriske særforanstaltninger. Straffelovens § 69 lyder (i uddrag): Befandt gerningsmanden 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, kan retten... træffe bestemmelse om foranstaltninger som nævnt i § 68, 2. pkt.” (dvs. en psykiatrisk særforanstaltning).

Traditionelt er anvendelsesområdet imidlertid snævert. Det kan f.eks. dreje sig om personer med en skizotypisk sindslidelse eller lette til middelsvære neurobiologiske udviklingsforstyrrelser (de svære er omfattet af § 16, stk. 1), visse ikke-psykotiske demenstilstande mv. Derimod anvendes psykiatriske særforanstaltninger som udgangspunkt ikke over for misbrugere eller personer med selv udtalte personlighedsforstyrrelser (med mindre de pågældende har været psykotiske på gerningstiden – så gælder § 16).

2.2 De psykiatriske særforanstaltninger

I stedet for straf bliver de psykisk syge idømt en psykiatrisk særforanstaltning, hvoraf der findes tre hovedgrupper (straffelovens § 68 med tilhørende administrativ bekendtgørelse):

- dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling

- dom til behandling i psykiatrisk afdeling
- dom til ambulant behandling ved psykiatrisk afdeling

Dom til *anbringelse* indebærer, at den anbringelsesdømte indlægges på en (rets)psykiatrisk afdeling og ikke kan udskrives, før retten ændrer foranstaltningen til en behandlingsdom.

Dom til *behandling* indebærer, at den behandlingsdømte som udgangspunkt indlægges på en psykiatrisk afdeling, men herefter er det overlægen, der træffer beslutning om udskrivelse til ambulant behandling (og tilsyn af kriminalforsorgen), ligesom overlægen sammen med kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om, at patienten skal genindlægges.

Dom til *ambulant behandling* indebærer som udgangspunkt selvsagt ambulant psykiatrisk behandling (og tilsyn af kriminalforsorgen), men som hovedregel vil dommen åbne mulighed for, at overlægen sammen med kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om indlæggelse.

Blandt de to sidstnævnte grupper – de behandlingsdømte og personer med dom til ambulant behandling – har 95 % også tilsyn af kriminalforsorgen (Kriminalomsorgen, Kriminalvården), (se nedenfor), hvorfor de psykiatriske afdelinger mv., som varetager behandling af retspsykiatriske patienter, samarbejder med kriminalforsorgen, men kriminalforsorgen har ingen instruktionsbeføjelser over for de behandlingsansvarlige psykiatere, som omvendt heller ikke har instruktionsbeføjelser over for kriminalforsorgen.

Nogle af de psykiatriske særforanstaltninger er tidsbegrænsede. Det er en ren domstolsafgørelse, som psykiaterne aldrig udtaler sig om, hvorvidt en psykiatrisk særforanstaltning skal vare tre år, hvilket kun sjældent forekommer og alene i tilfældet af mindre alvorlig kriminalitet, skal være fem år eller være tidsubegrænset, hvilket omfatter alle anbringelsesdomme og en stor del af behandlingsdommene. De tidsbegrænsede særforanstaltninger udløber af sig selv, men kan af retten ophæves tidligere, såfremt den behandlingsansvarlige psykiater i en erklæring dokumenterer, at patientens tilstand er bed-

ret, de sociale forhold er stabile mv. De tidsbestemte foranstaltninger kan kun ændres eller ophæves af retten, hvilket ligeledes kræver en erklæring fra den behandlingsansvarlige psykiater.

2.3 Mentalundersøgelser

Alle psykisk syge personer, der sigtes for kriminalitet, som efter gældende praksis kan medføre en betinget eller ubetinget frihedsstraf – selv en kortvarende – skal mentalobserveres, hvilket fremgår af en meddelelse fra den danske rigsadvokat (RM nr. 5/2007). Danmark anvender altså ikke ”diversion”, dvs. at sindssyge, som sigtes for kriminalitet, henvises til almenpsykiatrien, uden at sagen nærmere efterforskes, eller at der afsiges dom. Efter gældende praksis kan sindssyge (og mentalt retarderede) idømmes bødestrafte, som typisk anvendes ved f.eks. cykeltyveri eller butikstyveri. Sindssyge, som begår disse former for kriminalitet, bliver således ikke mentalundersøgt.

I den nævnte rigsadvokatmeddelelse (RM nr. 5/2007) hedder det, at mentalundersøgelse vil være indiceret i følgende tilfælde:

”1. Hvis sigtede tidligere har modtaget psykiatrisk behandling, eller der i øvrigt kan være grund til at formode, at sigtede er sindssyg eller mentalt retarderet, jf. straffelovens § 16.

2. Når der i øvrigt, f.eks. pga. de strafbare handlingers art og/eller grovhed er grund til at formode, at sigtedes mentale tilstand afviger fra det normale. Mentalundersøgelse bør normalt ske, når sigtelsen angår

- drab eller forsøg herpå
- grovere meningsløs eller særegen form for vold, herunder særligt i gentagelsestilfælde
- grovere voldtægt og voldtægt i gentagelsestilfælde eller forsøg herpå
- grovere eller gentagne seksualforbrydelser over for børn

- seksualforbrydelser omfattet af ordningen med behandling som alternativ til frihedsstraf, hvis sigtede ønsker at indgå i ordningen, jf. Rigsadvokatmeddelelse nr. 9/2005, kapitel 23*, eller
- forsætlig brandstiftelse uden økonomisk motiv eller forsøg herpå

3. Når kriminalitetsbetingelserne for anvendelse af forvaring efter straffelovens § 70 er opfyldt, herunder f.eks. gentagen voldtægt, røveri mv.” (”Forvaring” er en tidsbestemt retsfølge, som anvendes over for farlige, ikke sindssygelige kriminelle).

4. Det fremgår videre af rigsadvokatmeddelelsen, at mentalundersøgelse også kan være indiceret i sager, hvor den sigtede er helt ung (15-17 år gammel) eller i sager vedrørende ældre – dvs. over 60 år – førstegangskriminelle. Hvad angår sidstnævnte gruppe nævnes specielt, at det skal formodes, at kriminaliteten står i forbindelse med en”aldersbetinget sjælelig svækkelsestilstand.”

Som det fremgår, kan den gruppe af kriminelle, der henvises til mentalundersøgelse, i grove træk reduceres til to hovedkategorier – personer, som mistænkes at være psykisk syge (eller mentalt retarderede) eller i øvrigt svært psykisk afvigende samt personer, der er sigtet for alvorlig, personfarlig kriminalitet.

Der findes ingen bestemmelser, der angiver, hvorledes en mentalerklæring skal udarbejdes, men i forbindelse med etableringen i de tidligere nævnte mentalundersøgelsescentre i 2001 udarbejdede Justitsministeriet følgende vejledende retningslinjer for, hvorledes en mentalerklæring skal opbygges, og hvad den bør indeholde:

1. Introduktion

Kortfattet præsentation af sagen med de væsentligste indledende oplysninger om observanden.

2. Sygdomme, kriminalitet mv. i slægten

Oplysninger om eventuel genetisk disposition, hyppigt forekommende kriminalitet i familien mv.

* Behandling som alternativ til frihedsstraf af sædelighedskriminelle omfatter en særlig ordning, hvor visse

3. Ydre levnedsløb

Social anamnese med oplysninger om barndomshjem, skolegang, erhvervsforløb, ægteskabelige forhold, økonomi mv.

4. Legemlig helbredstilstand

Kort somatisk anamnese med oplysninger bl.a. om eventuelle mere alvorlige legemlige sygdomme, psykosomatiske symptomer og sygdomme af psykiatrisk relevans, herunder neuroinfektioner, epilepsi eller alvorlige hovedtraumer. Der bør i den forbindelse indhentes eventuelle lægebrev fra tidligere indlæggelser, der ikke er åbenbart betydningsløse i relation til den ambulante mentalundersøgelse.

Afsnittet herom bør ligeledes indeholde nærmere oplysninger om observandens aktuelle legemlige helbredstilstand, herunder oplysninger om eventuel medikamentel eller anden behandling mod legemlig sygdom.

5. Tidligere kriminalitet

Gennemgang af eventuelle tidligere straffesager mod observanden, som er blevet afgjort ved dom eller ved tiltalefråfald med vilkår af betydning for den foreliggende sag. Afsnittet kan afsluttes med den pågældendes eventuelle bemærkninger til tidligere straffesager.

6. Den nu påsigtede kriminalitet

Kort omtale af sigtelsen mod observanden – herunder på hvilket tidspunkt eller i hvilken tidsperiode, den påsigtede kriminalitet er begået – samt et kort resumé af straffesagen baseret på sagens akter. Derefter oplysninger om observandens aktuelle egne bemærkninger til den påsigtede kriminalitet.

7. Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand

Grundig og detaljeret psykiatrisk anamnese med hovedvægt på de områder, der er af betydning for den konkrete straffesag, som danner grundlag for den ambulante mentalundersøgelse.

8. Andres oplysninger om observandens psykiske udvikling og tilstand

Eventuelle oplysninger fra psykiatere, psykologer, familiemedlemmer mv. Dette afsnit bør opdeles kronologisk med angivelse af observandens alder i forbindelse med de enkelte oplysninger.

9. Observandens forhold under observationen

Dette afsnit kan eventuelt udelades, men kan dog være relevant f.eks. i forbindelse med observandens fremmøde, varetægtsfængsling, isolationsfængsling, medikamentel behandling eller lignende.

10. Psykologisk undersøgelse

Angivelse af de anvendte psykologiske tests med disses konklusioner samt diskussion af eventuelle uoverensstemmelser mellem resultaterne af den psykologiske og den psykiatriske undersøgelse.

behandlingsmotiverede sædelighedskriminelle kan dømmes til sexologisk/psykiatrisk behandling.

11. Klinisk vurdering

Sammenfatning af undersøgerens indtryk af observanden, herunder beskrivelse af eventuelle ændringer i observandens tilstand under forløbet af undersøgelsen, omfanget af observandens medvirken ved undersøgelsen mv.

12. Objektivt legemligt

Kortfattet oplysning om resultatet af en almindelig somatisk undersøgelse og neurologisk status, med uddybning vedrørende eventuelle abnorme fund.

13. Resume

Dette afsnit bør medtages i sager af mere vanskelig eller omfattende karakter, hvor undersøgeren fremdrager de væsentligste elementer, diskuterer de fremkomne oplysninger, undersøgelsesresultater og observationer samt begrundede sin opfattelse.

14. Konklusion

Konklusion på den ambulante mentalundersøgelse bør udfærdiges kortfattet, overskuelig og med utvetydige og klare udsagn. Den skal endvidere være egnet til fremlæggelse under sagens behandling for retten.

I konklusionen skal undersøgeren tage stilling til de nærmere spørgsmål, anklagemyndigheden har stillet ved rekvireringen af den ambulante mentalundersøgelse.

Findes observanden at være omfattet af straffelovens § 16, skal der i konklusionen peges på en egnet foranstaltning efter straffelovens § 68. Findes observanden at være omfattet af straffelovens § 69, skal der tages stilling til, om en foranstaltning efter § 68, 2. pkt. – og i givet fald hvilken – findes mere formålstjenlig end almindelig straf.

På tilsvarende vis skal det anføres, hvis observanden findes at være omfattet af straffelovens § 70 om forvaring eller § 73 om personer, der er kommet i en ikke blot forbigående tilstand af den i § 16 og § 69 nævnte art efter den strafbare handlings foretagelse.

De ambulante mentalundersøgelser skal udarbejdes inden for seks uger, mentalundersøgelser foretaget under indlæggelse inden for otte uger. Kapacitetsproblemer medfører imidlertid, at disse tidsfrister kan være vanskelige at overholde, hvilket har påkaldt sig Folketingets opmærksomhed.

Der er ingen formelle krav til, hvilke undersøgelser der skal foretages i forbindelse med en mentalundersøgelse (bortset fra en eventuel psykologisk test, som i Danmark næsten undtagelsesfrit vil inkludere en Rorschach test), men der er blandt danske retspsykiatere enighed om, at hjørnестenen i en mentalundersøgelse er en grundig, klassisk psykopato-

logisk vurdering. Det er alene overlægen, som er ansvarlig for erklæringen og dens konklusion.

2.4 Behandling af retspsykiatriske patienter

Som tidligere nævnt overføres alle, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, til psykiatrien. Det må som nævnt antages, at hovedparten af de retspsykiatriske patienter fortsat tilknyttes almenpsykiatrien, og at de retspsykiatriske enheder fortrinsvis skal behandle anbringelsesdømte patienter samt vanskeligt behandlelige patienter med dom til behandling.

De psykiatriske afdelinger er i henhold til gældende lovgivning forpligtet til at varetage den idømte psykiatriske behandling, indtil den idømte foranstaltning ophører, enten fordi den løber ud efter tre eller fem år, eller fordi foranstaltningen ophæves af retten. En anbringelsesdømt patient skal således forblive indlagt indtil retten (typisk) ændrer foranstaltningen til en behandlingsdom, og patienter med behandlingsdomme, som er udskrevne, eller med dom til ambulant behandling skal som udgangspunkt ses af en psykiater mindst hver måned. Såfremt patientens tilstand er god og stabil, kan intervallerne mellem de ambulante konsultationer udstrækkes til (højst) tre måneder, hvilket bør motiveres i journalen. Pga. ressourcemangel – og manglende kendskab til retspsykiatri blandt almenpsykiatere – er der imidlertid mange ambulante retspsykiatriske patienter, som kun sjældent ses af en læge, men som mere eller mindre regelmæssigt følges af en distriktspsykiatrisk sygeplejerske. Kriminalforsorgen har som hovedregel kontakt med de retspsykiatriske patienter en gang om måneden, og det hænder jævnligt, at kriminalforsorgen finder, at en retspsykiatrisk patient har behov for indlæggelse, men dette kan være svært at effektuere – igen pga. ressourcemangel i form af mangel på psykiatriske sengepladser. Disse forhold giver jævnligt anledning til samarbejdsproblemer mellem kriminalforsorgen og det psykiatriske behandlingssystem. (Der er nu iværksat undersøgelser, som nærmere skal dokumentere problemets omfang, men resultaterne fra disse undersøgelser vil først foreligge om et til to år).

De retspsykiatriske patienter fejler det samme som alle andre psykiatriske patienter, og de retspsykiatriske patienter skal derfor behandles på samme måde som andre psykisk syge patienter. Man kan derfor ikke tale om ”retspsykiatrisk behandling”, men om behandling af retspsykiatriske patienter. Uanset om patienten er idømt en anbringelsesdom, en behandlingsdom eller en dom til ambulat behandling, er det den behandlingsansvarlige overlæge, som har ansvaret for, hvilken behandling der gives til den enkelte patient. Hverken domstolene eller administrative myndigheder – f.eks. Justitsministeriet, herunder Direktoratet for Kriminalforsorgen – kan udtale sig om – eller blot anbefale – hvilken form for behandling en given patient skal modtage. Enhver form for behandling er en ren lægelig beslutning, som i sidste ende varetages af den behandlingsansvarlige overlæge.

Der eksisterer imidlertid nogle regler for rammerne for den givne behandling, især hvad angår anbringelsesdømte patienter. Overlægens kompetence fremgår af en bekendtgørelse, hvoraf bl.a. fremgår, at overlægen afgør, hvorvidt en anbringelsesdømt patient skal være på åben eller lukket afdeling, ligesom overlægen kan give terrænfrihed. Overlægen kan ligeledes give tilladelse til, at patienten forlader hospitalets område i højst tre timer, ligesom overlægen kan give tilladelse til længerevarende ledsaget (f.eks. af familiemedlemmer) udgang fra hospitalet. Statsadvokaten skal sammen med overlægen give tilladelse til længerevarende uledsagede udgange fra hospitalet, til overnatning uden for hospitalet mv. Det betones i den bekendtgørelse, der regulerer udgangstilladelse mv. for anbringelsesdømte patienter, at overlægen ved afgørelsen af, om der bør gives tilladelse til udgang mv. skal ...” – udover behandlingsmæssige hensyn – navnlig lægge vægt på hensynet til retssikkerheden, herunder de forhold, som har begrundet dom til anbringelse i stedet for mindre indgribende foranstaltninger”.

Ved de mindre indgribende foranstaltninger – dom til behandling og dom til ambulat behandling – har alene overlægen ansvaret for at tilrettelægge behandlingen. Indlæggelse af disse retspsykiatriske patienter skal dog ske i samarbejde med kriminalforsorgen. Indlæggelse kan alene være motiveret af risiko for kriminelt recidiv, den danske psykiatrilovs bestemmelser om tvangsindlæggelse behøver således ikke være opfyldt. Udebliver en retspsykiatrisk patient fra ambulat behandling, eller forværres patientens psykiske

tilstand, kan overlægen i samarbejde med kriminalforsorgen anmode politiet om at anholde den pågældende og føre vedkommende til den psykiatriske afdeling.

3 Fængselspsykiatri

Kriminalforsorgen

Kriminalforsorgen omfatter dels fængsler og arresthuse, dels Kriminalforsorgen i Frihed (KIF), som bl.a. varetager tilsyn med betinget dømte, prøveløsladte og retspsykiatriske patienter. Den overordnede styring varetages af Direktoratet for Kriminalforsorgen, som hører under Justitsministeriet.

3.1 Fængsler og arresthuse

Kriminalforsorgen råder over godt 4.000 pladser (2007) fordelt på fem lukkede fængsler med i alt ca. 900 pladser, ni åbne fængsler med i alt ca. 1.550 pladser samt 36 større og mindre arresthuse med tilsammen ca. 1.700 pladser. Fængslerne er principielt for afsonere, arresthusene for varetægtsfængslede (håktede). Blandt de lukkede fængsler indtager Anstalten ved Herstedvester og Vestre Fængsel med Vestre Hospital en særstatus. Anstalten ved Herstedvester kan tilbyde de indsatte psykiatrisk behandling, Vestre Hospital er Danmarks eneste fængselshospital. Begge institutioner omtales nedenfor.

Af de ca. 4.000 indsatte er ca. 5 % kvinder, andelen af kvindelige tilsynsklienter er lidt højere. Ca. 20 % af kriminalforsorgens samlede klientel har anden etnisk baggrund end dansk. Der er en betydelig psykiatrisk morbiditet blandt såvel indsatte som tilsynsklienter. Misbrug er udbredt – 21 % af kriminalforsorgens samlede klientel (dvs. indsatte og tilsynsklienter) misbruger alkohol, 14 % misbruger hash (og eventuelt også alkohol), 6 % misbruger centralstimulerende midler (og eventuelt også hash og alkohol), og 14 % misbruger opioider og andre rusmidler. Kun 44 % af det samlede klientel er ikke misbrugere. Omkring 20 % - 25 % blandt varetægtsfængslede kan diagnosticeres med en personlighedsforstyrrelse, hvortil kommer forbigående tilpasningsforstyrrelser og lettere depressive reaktioner. Alvorlige psykiske sygdomme ses imidlertid også – i et (uselekteret) varetægtsklientel har således 7 % - 8 % af de indsatte en lidelse i ”F20-spektret”, dvs. ski-

zofreni, paranoide psykoser og lignende. Disse psykotiske indsatte skal overføres til psykiatrien (se senere). Der er naturligvis en betydelig co-morbiditet med misbrug.

Gennem de senere år har kriminalforsorgen indført en række behandlingsprogrammer i fængsler og i nogle KIF-afdelinger, f.eks. kognitiv færdighedstræning og ”anger management”. Det drejer sig om skemalagte kurser, som ledes af særligt uddannet personale. I lighed med behandlingsgarantien i samfundet er der nu også indført en behandlingsgaranti for indsatte med et alkohol- eller stofmisbrug. Behandlingen varetages enten af offentlige eller private behandlingsinstitutioner i samarbejde med fængslet. Behandlingsstilbuddene afspejler den behandling, som tilbydes i det øvrige samfund. Udover en række deciderede behandlingsafdelinger tilbyder alle fængsler hashmisbrugsbehandling i grupper samt psykosocial støtte i forbindelse med substitutionsbehandling. I arresthusene tilbydes forbehandling og nogle fængselsafdelinger samt en enkelt pension (se senere) tilbyder også efterbehandling.

Samtlige fængsler og arresthuse har deltidsansatte læger – typisk alment praktiserende læger fra lokalområdet – samt hel- eller deltidsansatte sygeplejersker. Anstalten ved Herstedvester og Vestre Fængsel indtager som nævnt en særstilling. Fængslerne – men ikke arresthusene – har deltidsansatte psykiatriske konsulenter og otte fængsler hertil deltidsansatte psykologer. Al sundhedspersonale er ansat af kriminalforsorgen, som imidlertid ikke har instruktionsbeføjelse over for sundhedspersonalet, hvad angår den faglige virksomhed – her gælder alene samfundets generelle retningslinjer. Samfundets almindelige lægeetiske regler og praksis, herunder regler for tavshedspligt, gælder således ligefuldt for lægeligt arbejde i kriminalforsorgen. Dette betyder f.eks., at en fængselslæge (eller – psykiater) ikke må videregive lægelige oplysninger til andre læger eller til Kriminalforsorgen i Frihed (KIF) uden den indsatte samtykke.

Indsatte kan – som alle andre borgere – klage over den lægelige, herunder psykiatriske behandling, til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Det er en grundlæggende regel i Kriminalforsorgen, at indsatte har krav på den samme behandling som alle andre borgere. Sundhedspersonalet i fængsler og arresthuse varetager behandling af almindeligt forekommende sygdomme, svarende til hvad der behandles i almen praksis, hvortil kommer sundhedsoplysning, profylakse og lignende. Mere alvorlige sygdomme henvises til undersøgelse og behandling i samfundets almindelige behandlingssystem. De psykiatriske konsulenter kan varetage behandling af forbigående tilpasningsreaktioner eller lettere depressive tilstande, men indsatte med mere alvorlige psykiske lidelser, herunder især psykotiske tilstande, skal behandles – eventuelt indlægges – i det psykiatriske behandlingssystem.

Psykisk syge varetægtsfængslede kan af retten blive surrogatanbragt på en psykiatrisk afdeling (retsplejelovens § 765, stk. 2) eller med rettens godkendelse blive anbragt på en psykiatrisk afdeling (retsplejelovens § 777). Surrogatanbringelse anvendes typisk i tilfælde, hvor en sigtet bliver varetægtsfængslet, og hvor der foreligger oplysninger om, den pågældende er psykisk syg. Såfremt den varetægtsfængslede samtykker, kan retten bestemme, at han skal surrogatanbringes. Anbringelse på en psykiatrisk afdeling efter retsplejelovens § 777 anvendes f.eks. i de tilfælde, hvor en sigtet har været indlagt til mentalundersøgelse og er fundet psykotisk. Når mentalundersøgelsen er afsluttet, skulle den sigtede tilbageføres til et arresthus, men da han er syg, kan retten godkende, at han forbliver indlagt. Anbringelse efter § 777 kræver ikke nødvendigvis den sigtedes samtykke.

Endelig kan en varetægtsfængslet blive indlagt ”af helbredsmæssige grunde” (retsplejelovens § 770, stk. 2, 2. pkt.). Denne bestemmelse tager primært sigte på somatiske sygdomme – en indsat med en akut appendicit skal naturligvis indlægges og opereres. Bestemmelsen kan imidlertid også anvendes ved psykiske sygdomme, hvad enten det drejer sig om en frivillig indlæggelse eller en tvangsindlæggelse. Indlæggelse efter § 770, stk. 2, 2. pkt. er en ren ”læge-til-læge” afgørelse, retten er altså ikke indblandet, men politiet og patientens forsvarer skal informeres snarest muligt og helst før indlæggelsen.

Fængselsafsonere, som bliver psykisk syge, kan i medfør af straffuldbyrdelseslovens § 78 indlægges på en psykiatrisk afdeling, eventuelt for resten af straffetiden.

Indsatte, som indlægges i medfør af ovennævnte bestemmelser, har som udgangspunkt status som anbringelsesdømte (se tidligere), men nogle kan være underlagt mindre indgribende, andre yderligere restriktioner, f.eks. brev- og besøgskontrol. Pga. mangel på psykiatriske sengepladser kan der være ventetid på indlæggelse på psykiatriske afdelinger, eller de indsatte tilbageflyttes (for) hurtigt til kriminalforsorgens institutioner.

Vestre Fængsel i København er i princippet et arresthus, men indtager i kraft af sin størrelse med ca. 545 pladser en særstilling. Fængslet rummer landets eneste fængselshospital, Vestre Hospital (36 pladser), som ledes af en overlæge, har sygeplejersker i vagt døgnet rundt og læger i tilkaldevagt, men det er ikke et hospital i gængs forstand med operationsstuer, intensiv afdeling mv. Vestre Hospital har tilknyttet speciallægekonsulenter, herunder tre psykiatere i tilsammen 24 timer pr. uge. Vestre Hospital varetager behandling af i bred forstand almindelige medicinske sygdomme, efterbehandling af kirurgiske patienter, genoptræning og lignende. Indsatte fra hele landet med behov for mere vedvarende somatisk lægeligt tilsyn og behandling kan overføres til Vestre Hospital.

Anstalten ved Herstedvester er også i et internationalt perspektiv en enestående institution – på den ene side et fængsel, på den anden side en velnormeret behandlingsinstitution.

Anstalten har ca. 140 indsatte, heraf er omkring 10 kvinder. Hovedparten af de indsatte er idømt langvarige frihedsstraffe for alvorlig, personfarlig kriminalitet, og mange er præget af udtalte personlighedsforstyrrelser. Behandlergruppen består af fem overlæger, heraf en administrerende, alle speciallæger i psykiatri, otte psykologer samt psykiatrisk uddannede socialrådgivere og sygeplejersker. Anstalten ledes af fængselsinspektøren og den administrerende overlæge i fællesskab. De indsatte kan tilbydes alle former for psykiatrisk behandling, men da anstalten er et fængsel, kan der som absolut udgangspunkt ikke foretages tvangsbehandling. Herstedvester er således ikke et ”psykiatrisk fængselshospital”, der behandler sindssyge kriminelle – de overføres til det psykiatriske behandlingssystem – men et fængsel, som tilbyder de indsatte støtte og psykiatrisk/psykologisk behandling under afsoningen.

Kriminalforsorgen har således koncentreret den psykiatriske behandling af ikke-psykotiske indsatte til Herstedvester, som huser ca. 15 % af alle indsatte i lukkede fængsler.

Indsatte i åbne fængsler, som har behov for psykiatrisk behandling, behandles i det almindelige behandlingssystem, eventuelt hos privatpraktiserende psykiatere.

3.2 Kriminalforsorgen i frihed

Kriminalforsorgen i frihed (KIF) omfatter 14 afdelinger (kontorer) fordelt over hele landet. De afdelinger, der dækker et stort geografisk område, kan have satellitafdelinger i form af lokalkontorer. Medarbejderne i KIF er helt overvejende socialrådgivere. KIF varetager tilsyn med betinget dømte, prøveløsladte og de retspsykiatriske patienter, som også har tilsyn af kriminalforsorgen. Hertil varetager KIF ordningen vedrørende samfundstjeneste og afsoning i eget hjem ("fodlænke").

Et tilsyn indebærer såvel kontrol som støtte. Kontrollen består f.eks. i, at den tilsynsførende holder sig orienteret om klientens livsførelse, risiko for kriminelt recidiv eller tegn på misbrug. Støtten kan være råd og vejledning om personlige forhold, hjælp til at søge arbejde, bolig mv. eller henvisning til relevante behandlingsinstitutioner. KIF råder hverken over økonomiske midler, der kan udbetales klienten, eller over f.eks. boliger, ligesom KIF ikke selv varetager psykiatrisk behandling. Har en klient behov for behandling – somatisk eller psykiatrisk – henvises til det almindelige behandlingssystem. Alle KIF-afdelinger har nogle få timer pr. uge tilknyttet en psykiatrisk konsulent, som dels har til opgave at rådgive afdelingen, dels kan have nogle få samtaler med en klient med henblik på at afklare et eventuelt behov for psykiatrisk behandling.

I forbindelse med et tilsyn af kriminalforsorgen, kan der fastsættes forskellige vilkår om arbejde, ophold og meget andet. Væsentligst i denne forbindelse er vilkår om psykiatrisk behandling eller om behandling af et misbrug af alkohol og/eller euforiserende stoffer.

Pensioner. Kriminalforsorgen råder over otte pensioner med i alt ca. 180 pladser. Pensionerne hører under KIF og er nærmest socialpædagogiske institutioner. Pensionerne anvendes overvejende til udslusning af indsatte, der skal løslades efter at have udstået en længerevarende fængselsstraf, eventuelt forvaring. Der er også pensionspladser for særlige grupper, f.eks. enlige med mindreårige børn, (tidligere) stofmisbrugere mv. Enkelte pensioner har tilknyttet psykiatriske konsulenter med samme opgaver som i KIF-afdelingerne.

4 Uddannelse

Den lægelige kandidatuddannelse

Adgang til lægeuddannelsen forudsætter et vist karaktermæssigt resultat ved en forudgående gymnasial uddannelse, og uddannelsen kan foregå 3 steder i landet, nemlig i København, Århus eller Odense. Uddannelsen afvikles med en nogenlunde ens opbygning af studiet og fagenes placering ved de 3 universiteter. Nedenfor beskrives den ved Københavns Universitet gældende studieordning, som trådte i kraft i september 2002. Uddannelserne ved de andre universiteter afviger kun marginalt i forhold hertil.

Lægeuddannelsen er normeret til 6 år og principielt opdelt i to dele – en 3-årig bacheloruddannelse og herefter en 3-årig overbygning, den egentlige lægelige kandidatuddannelse. Herudover er uddannelsen opbygget af 4 fagligt afgrænsede delelementer bestående af basale medicinske fag, integrerede organkurser, grunduddannelse i intern medicin og kirurgi og specialeorienteret klinisk grunduddannelse. Man har tilstræbt at koncentrere det teoretiske grundlag, dvs. de naturvidenskabelige eller biomedicinske fag og til dels de adfærds- og samfundsvidenskabelige fag i uddannelsens første del, medens de kliniske fag hovedsageligt afvikles i sidste del. De parakliniske fag er i det væsentlige placeret tidsmæssigt centralt i uddannelsesforløbet. Ligeledes har man tilstræbt at mindske de tidligere ganske skarpe skel mellem hovedfaggrupperne og skabt integrerede undervisningsforløb. Yderligere består uddannelsen af undervisning i specifikke kliniske færdigheder, herunder kommunikation, og endelig udarbejdes undervejs to selvstændige skriftlige opgaver, der tillige aflægges mundtlig eksamen i. Særligt hvad angår psykiatri, er undervisningen placeret på 10. semester med et fire uger varende klinisk ophold på en psykiatrisk

afdeling samt integreret teoretisk undervisning i fagene neurologi, neurokirurgi og psykiatri. Faget består ved en afsluttende mundtlig eksamen af 45 minutters varighed.

Efter erhvervelse af den lægelige kandidatgrad følger turnusuddannelsen bestående af et halvt års ansættelse på en intern medicinsk afdeling, et halvt år på kirurgisk afdeling og ydermere et halvt år i en almen praksis. Pr. 1. februar 2008 benævnes denne del af videreuddannelsen basisuddannelse og er reduceret til 12 måneder – i denne ordning vil ikke alle gennemgå ansættelse i almen praksis. Ved påbegyndelse af speciallægeuddannelsen i psykiatri kræves en afsluttet turnusuddannelse/basisuddannelse.

Den psykiatriske speciallægeuddannelse

Den psykiatriske speciallægeuddannelse er sammensat af en et-årig introduktionsuddannelse og en 4-årig hoveduddannelse og hertil en teoretisk uddannelse. Den teoretiske uddannelse er obligatorisk, og består af generelle kurser arrangeret af Sundhedsstyrelsen, specialespecifikke kurser arrangeret af Dansk Psykiatrisk Selskab (såkaldte i- og u-kurser) og et forskningstræningsmodul.

Introduktionsuddannelsen udgør som nævnt et års ansættelse på en psykiatrisk afdeling i en af Sundhedsstyrelsen klassificeret stilling som reservelæge og hertil en kursusrække arrangeret af Dansk Psykiatrisk Selskab. Desuden anbefales det, at den uddannelsessøgende påbegynder grunduddannelsen i psykoterapi – se nærmere herom senere.

Hvad angår hoveduddannelsen indgår obligatoriske elementer som forskertræning – et forløb af 12 ugers varighed med afrapportering i form af både en mundtlig præsentation og en artikel/rapport. Hertil en såkaldt færdighedsudviklende periode i klinisk neurologi af 6-12 måneders varighed (dvs. ansættelse på en neurologisk afdeling) fokuserede kliniske ophold af max 4 ugers varighed på subspecialiserede afdelinger, f.eks. en retspsykiatrisk afdeling, et anorexiafsnit eller en afdeling for affektive lidelser, og en grunduddannelse i psykoterapi omfattende superviserede terapiforløb (såvel individuelle som grupper), herunder mindst 60 terapisessioner og 60 supervisionssessioner. Den praktiske psykoterapeutiske uddannelsesdel kan baseres enten på den psykodynamiske teori eller

den kognitive adfærdsterapi. Den uddannelsessøgende læge vil i samarbejde med en uddannelsesansvarlig overlæge, en hovedvejleder og flere kliniske vejledere udarbejde en uddannelsesplan – en såkaldt portefølje – der følger den uddannelsessøgende og dokumenterer at læring har fundet sted, og opnåelse af færdigheder vil løbende blive evalueret og attesteret. Der er lagt vægt på, at speciallægens kompetencer kan beskrives inden for 7 roller:

- Den medicinske ekspert
- Kommunikator
- Samarbejder
- Sundhedsfremmer
- Leder/administrator
- Akademiker
- Professionel

Der er i porteføljen opstillet en række eksempler på relevante delmål, læringsmetoder og evalueringsstrategier og en samlet godkendelse og attestation af delmålene sikrer opfyldelse af kravene vedrørende ovennævnte kompetenceområder og dermed en speciallægeuddannelse i psykiatri.

Ekspertuddannelse i retspsykiatri

I 2003 etablerede Retspsykiatrisk Interessegruppe, som er en medlemsgruppering under Dansk Psykiatrisk Selskab, en ekspertuddannelse i fagområdet retspsykiatri, og i februar 2008 har 40 læger, herunder hovedsagelig speciallæger i psykiatri, men også speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og læger under uddannelse, gennemført kursusrækken. Yderligere 20 ansøgere er netop udvalgt til et kommende uddannelsesforløb. Uddannelsen foregår over en 2-årig periode med i alt 4 moduler af hver 3 dages varighed, hvor der bl.a. undervises i strafferet, politiets, anklagemyndighedens og kriminalforsorgens opbygning og organisation, udfærdigelse af mentalerklæringer, farlighedsvurderinger, misbrug og særlige tilstande relateret hertil, mentalt retarderede og kriminalitet, sædelighedskriminelle samt behandling af retspsykiatriske patienter såvel ambulant som under indlæggelse. Ét kursusmodul afholdes i London, hvor der aflægges et besøg på et rets-

psykiatrisk hospital, Chase Farm Hospital. Uddannelsens undervisere omfatter både læger med særligt kendskab til og stor erfaring med retspsykiatri samt jurister, herunder f.eks. en statsadvokat og en landsdommer. Ekspertuddannelsen medfører ingen formelle kompetencer, men den har i de hidtil nu gennemførte forløb modtaget betydelig økonomisk støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

5 Rekruttering

Bl.a. på baggrund af Sundhedsstyrelsens prognose om et dramatisk fald i antallet af speciallæger inden for faget psykiatri i de kommende år blev der af Dansk Psykiatrisk Selskab i 2006 nedsat et udvalg, der havde til opgave at belyse mulighederne for at øge rekrutteringen af yngre læger og medicinstuderende til specialet samt fastholdelse af allerede ansatte. Udvalget udfærdigede en rapport, der forelå i 2007, og det skal understreges, at de fremkomne forslag til fremme af rekruttering og fastholdelse endnu ikke ses indført systematisk. Rapporten fremkom med følgende ideer og forslag:

- At indføre psykiatri som en del af den lægelige turnus, og et tungtvejende argument til støtte herfor er bl.a. det faktum, at psykiatriske sygdomme udgør en stigende del af den samlede sygdomsbyrde på verdensplan og blandt patienter i almen praksis.
- At forbedre psykiatriens image. Den megen negative presseomtale af psykiatrien og psykiatriske patienter kan imødegås af en aktiv informationsvirksomhed.
- At optimere patientinformationen om symptomer, sygdomme, behandlingsmuligheder, behandlingernes effektivitet mm og dermed gøre det frie valg mere meningsfyldt.
- At fokusere på lægefaglighed, herunder forskning og specialisering. Forskning inden for faget vil nødvendigvis føre til bedre behandlingsmetoder, hvilket vil påvirke rekruttering i en gunstig retning.

- At skabe flere og bedre muligheder for medicinstuderende til at stifte kendskab til faget psykiatri under studiet. Mødet med specialet under uddannelsen fandt udvalget afgørende for den medicinstuderendes dannelse og senere valg og præferencer.
- At favorisere de gode uddannelsessteder med øje for og nærmere undersøgelser af mindre gode steders problemer. Udvalget påpegede, at kvoteordninger og lodtrækningsordninger ikke forbedrede rekrutteringen.

Hvad angår fastholdelse, som udvalget betonedede udgør en betydelig del af rekrutterings-spørgsmålet, foreslog de større fleksibilitet i ansættelsesforhold i form af stillinger tilpas-set den enkeltes behov og muligheder for ”delestillinger” med halv forskning og halv klinik. Tillige lagdes vægt på en mere aktiv lønpolitik.. Endelig foreslog udvalget en mere moderne seniorpolitik med større mulighed for emeritus-ordninger, nedsat tid med udligningstillæg, bonusordninger ved fratrædelse efter en given alder og flere stillinger uden vagtbyrde.

Særligt hvad angår retspsykiatri, er rekrutteringsproblemerne ikke så store som i almen-psykiatrien, og den nyligt indførte og tidligere beskrevne ekspertuddannelse har de senere år bragt dette fag mere i fokus og tiltrukket ikke mindre end 60 speciallæger ud af et samlet psykiaterantal i Danmark på ca. 750.

6 Sikkerhed/farlighed

Generelt er sikkerhedsaspektet/farlighedsvurderinger, hvad angår retspsykiatriske pa-tienter, ikke fremtrædende i dansk retspsykiatri. De fleste retspsykiatriske afdelinger er fysisk placeret på ældre (tidligere) psykiatriske hospitaler, hvor sikkerheden, f.eks. hvad angår undvigelser, har været utilstrækkelig. Spektakulære undvigelser af – formodede – farlige retspsykiatriske patienter kan medføre en kortvarig mediestorm, men da sikkerhe-den efterhånden er forbedret på mange retspsykiatriske afdelinger, er antallet af undvigel-

ser faldet, hvorfor disse sager nu kun påkalder sig begrænset – om overhovedet nogen – politisk interesse.

På samme måde er der blandt danske retspsykiatere en vis – blandt mange endog betydelig – skepsis, hvad angår farlighedsvurderinger/risikovurderinger med anvendelse af måleinstrumenter, f.eks. HCR-20. Enkelte psykiatriske afdelinger arbejder med disse ”instrumenter” – HCR-20 er således oversat til dansk – og enkelte psykologer, tilknyttet retspsykiatriske afdelinger, arbejder videnskabeligt med HCR-20 og andre ”instrumenter”. Politisk var der for få år siden en vis interesse for risikovurderinger, men det er indtrykket, at interessen er aftagende, formentlig fordi retspsykiatriske patienters ”farlighed” aldrig har været et vedvarende og/eller kraftigt debatteret emne i offentligheden.

Anderledes forholder det sig med psykisk syges mulige farlighed i bred almindelighed. En nyligt offentliggjort rapport har vist, at i 60 % af de tilfælde, hvor politiet har anvendt skydevåben, har der været tale om skud mod psykisk syge personer. Der ses ligeledes en stigning i sager, hvor politiet anmelder psykisk syge for vold. Disse forhold har sammen med beretninger i medierne om svært omsorgssvigt af psykisk syge samt det kraftigt stigende antal retspsykiatriske patienter skabt debat om, hvorvidt den psykiatriske behandling er hensigtsmæssigt organiseret. Forholdene på psykiatriske bosteder og ambulans tvangsbehandling er eksempler på emner, der nyligt og livligt har været diskuteret i pressen. Debatten omhandler imidlertid ikke retspsykiatrien i snæver forstand – dette fagområde tildeles stadig flere økonomiske ressourcer, nødvendiggjort af det stigende antal patienter. En del af disse ressourcer tages imidlertid fra almenpsykiatrien, hvilket formentlig kun vil medvirke til, at endnu flere almenpsykiatriske patienter bliver retspsykiatriske patienter.

Som det fremgår af afsnit 2.3 (mentalundersøgelser), er der intet krav om, at retspsykiateren i forbindelse med en mentalundersøgelse skal foretage en farlighedsvurdering, herunder anvende forskellige ”instrumenter” i forbindelse med mentalundersøgelsen. Såfremt anklagemyndigheden overvejer at nedlægge påstand om (tidsbestemt) forvaring, vil retspsykiateren blive anmodet om at foretage en farlighedsvurdering. Heller ikke i disse

situationer er der imidlertid krav om, at farlighedsvurderingen skal foretages på en speciel måde. Den kliniker, der har ansvaret for undersøgelsen, tilrettelægger selv, hvorledes den skal foretages, i hvilket omfang der skal foretages parakliniske undersøgelser mv.

Afslutningsvis skal nævnes, at Danmark har en særlig afdeling – Sikringsafdelingen ved Psykiatrisk Center, Nykøbing Sjælland – for meget farlige psykotiske patienter. Næsten alle patienterne på Sikringsafdelingen lider af skizofreni. Sikringsafdelingen har 30 pladser og modtager såvel patienter, som er dømt til anbringelse specielt på Sikringsafdelingen, som patienter, der i medfør af en administrativ bestemmelse (et ”farlighedsdekret”) overføres til afdelingen.

Der findes ligeledes en specialinstitution – Kofoedsminde på Lolland – med ca. 25 pladser for meget farlige mentalt retarderede. Endelig er der Anstalten ved Herstedvester for farlige karakterafvigere. Danmark har altså tre specialinstitutioner for farlige – en for psykotiske, en for mentalt retarderede og en for de svært karakterologisk afgivende. Behandlingsmæssigt anses det for at være en stor fordel, at disse tre persongrupper ikke sammenblandes.

13-03-2008