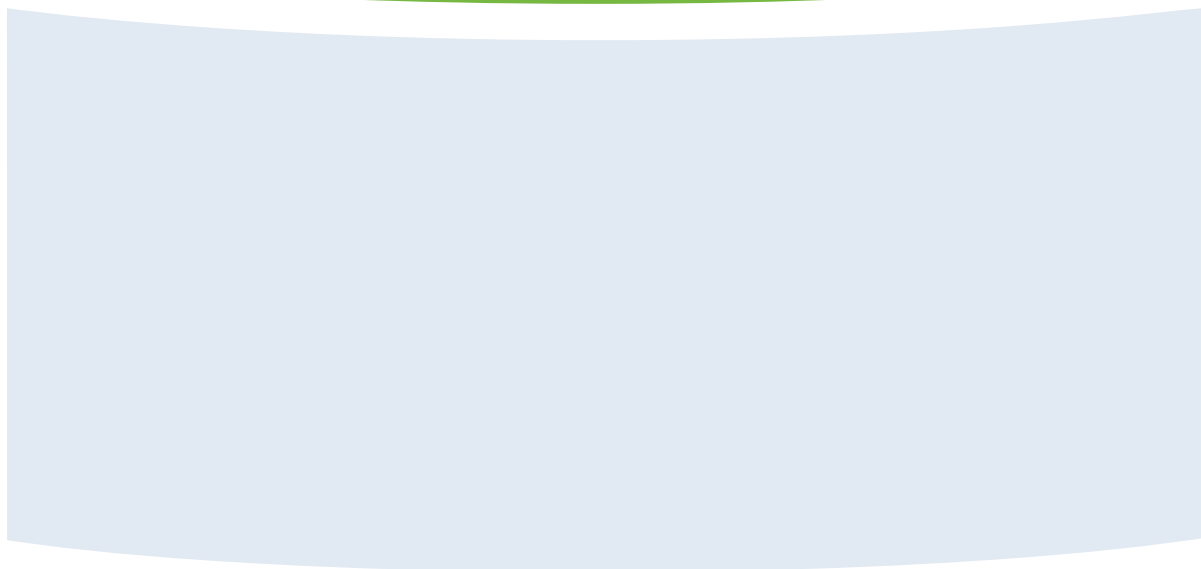


PSYKISK SYGDOM OG KRIMINALITET



Psykisk sygdom og kriminalitet

Publikationen er udgivet af:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk

Design: 1508 A/S
Tryk: Schultz Grafisk
Oplag: 2.000

Udgivelsesår: 2006

Publikationen er tilgængelig på:

[http:// www.im.dk](http://www.im.dk)

[http:// www.jm.dk](http://www.jm.dk)

[http:// www.social.dk](http://www.social.dk)

Publikationen er gratis og kan
bestilles ved henvendelse til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet,
Justitsministeriet og Socialministeriet

ISBN-nr: 87-7601-162-3

ISBN-nr: 87-7601-163-1 (elektronisk version)

Indhold

Indhold.....	5
1.1. Baggrund	9
1.2. Projektets formål	9
1.3. Projektets organisering	10
1.4. Rapportens struktur.....	11
Resumé	13
2.1. Sammenfatning	13
2.2. anbefalinger	21
Psykisk syge kriminelle, aktører og regelgrundlaget	27
3.1. Psykisk syge kriminelle	27
3.1.1. Judicielle muligheder før afsigelse af dom	28
3.1.2. Mulige psykiatriske særforanstaltninger i henhold til dom.....	29
3.1.3. Psykisk syge der ikke er idømt foranstaltning efter straffelovens §§ 68- 69	30
3.2. Aktører i relation til psykisk syge idømt foranstaltningsdom	31
3.2.1. Sundhedsvæsenet	32
3.2.2. Socialektoren	33
3.2.3. Retssystemet/Kriminalforsorgen	33
3.3. Regelgrundlaget i de tre sektorer.....	35
3.3.1. Sundhedsvæsenet	35
3.3.2. Socialektoren	37
3.3.3. Retssystemet/Kriminalforsorgen	39
Omstilling i indsatsen for de psykisk syge i Danmark	43

Kriminalitetsudvikling, kriminel karriere og karakteristik af behandlingsdømte.....	45
5.1. Antal personer idømt foranstaltning efter straffelovens §§ 68-69	45
5.2. Kriminalitetsudviklingen blandt psykisk syge lovovertrædere	46
5.2.1. Omfang af kriminalitet	47
5.2.2. Foranstaltningsdommene.....	49
5.2.3. Den generelle udvikling i kriminalitetens art.....	52
5.2.4. Andelen af den samlede kriminalitet	54
5.2.5. Andelen af alle lovovertrædere	58
5.2.6. Sammenfatning	59
5.3. Kriminel karriere og tilbagefald til ny kriminalitet blandt psykisk syge.....	60
5.3.1. Nærmere om populationen	61
5.3.2. Straffe inden første foranstaltningsdom	64
5.3.3. Straffe under foranstaltningsdommen	66
5.3.4. Frihedsstraffe mellem foranstaltningsdomme	67
5.3.5. Recidiv	68
5.3.6. Nærmere om dømte kvinder	73
5.3.7. Sammenfatning	74
5.4. Etnisk baggrund for psykisk syge lovovertrædere	75
5.5. Karakteristik af behandlingsdømte.....	77
5.5.1. Boligforhold	77
5.5.2. Grunduddannelsesniveau	79
5.5.3. Erhvervsuddannelse	79
5.5.4. Forsørgelsesgrundlag	80
5.5.5. Sammenfatning	81
 Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet	 83
6.1. Psykisk sygdom og kriminalitet	83
6.1.1. Er psykisk syge mere kriminelle?.....	84
6.1.2. Psykiske forstyrrelser blandt kriminelle	85
6.1.3. Voldskriminalitet som symptom på psykisk sygdom	86
6.1.4. Psykisk sygdom og drab	86
6.1.5. Identificering og behandling af de syge kriminelle	87
6.1.6. Sammenfatning	88
6.2. Forhold af betydning for kriminalitetsrisiko blandt psykisk syge.....	88
6.2.1. Omlægning af psykiatrien – de-institutionisering og kapacitet	88
6.2.2. Betydning af køn	90

6.2.3. Betydning af alder	90
6.2.4. Betydning af misbrug	91
6.2.5. Betydning af personlighedsforstyrrelse	92
6.2.6. Symptomer og kriminalitet.....	92
6.2.7. Tidspunkt for indlæggelse/udskrivelse og vold blandt psykisk syge	92
6.2.8. Personer i risiko bør identificeres så tidligt som muligt	92
6.2.9. "Udsathed"- når den psykisk syge bliver offer for kriminalitet	94
6.2.10. De forskellige forholds betydning for problemstillingens kompleksitet ..	94
6.2.11. Sammenfatning	95
6.3 Konklusion.....	95
Kriminalforsorgens institutioner	97
7.1. Klientellet.....	97
7.2. Ventetidsproblemer	101
7.3. Kriminalforsorgens tilbud til indsatte med psykiske problemer	103
7.4. Behandlingsdømte med behov for særligt behandlings- og støttetilbud	103
Udviklingen i kapaciteten og sammensætning i tilbudene til behandlingsdømte.....	105
8.1. Antal retspsykiatriske patienter	106
8.2. Særlig behandling og støtte til retspsykiatriske patienter.....	107
8.3. Kapaciteten i tilbuddene til retspsykiatriske patienter 1995 – 2005	109
8.3.1. Tilbud i psykiatrien.....	110
8.3.2. Distriktspsykiatrien	110
8.3.3. Tilbud i den amtslige socialpsykiatri	111
8.3.4. Tilbud i den kommunale socialpsykiatri.....	111
8.4. Ventelister	112
Tværasektorielt samarbejde.....	115
9.1. Erfaringer med samarbejdet.....	116
9.2. Samarbejdspolitik.....	121
9.3. Særlige samarbejdsmodeller og -metoder	123
9.4. Hvilke samarbejdsformer benyttes af hvem?	124
9.5. Barrierer for samarbejde	127
Bilag.....	129

Indledning

1.1. Baggrund

Folketinget vedtog den 30. marts 2004 enstemmigt V 72. Vedtagelsen afsluttede forespørgsel F 32, der var stillet til indenrigs- og sundhedsministeren, justitsministeren og socialministeren, 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 ifølge vedtagelsen 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."

1.2. Projektets formål

Det er en vigtig opgave om muligt at forebygge, at psykisk syge som følge af deres psykiske tilstand begår kriminalitet. Dette sker ideelt set ved, at sundhedsvæsenet og det psykiatriske sygehusvæsen kan sikre tidlig diagnostik og behandling og en efterfølgende god behandlingsalliance med patienten og at denne ved behov får de socialt faglige tilbud, der er behov for med henblik på at sikre, at den psykisk syge hverken pga. sin psykiske tilstand eller sociale problemer i relation hertil kommer ud i kriminalitet. For psykisk syge, der allerede har begået kriminalitet, er det vigtigt at forebygge ny kriminalitet.

På baggrund heraf er det vigtigt, at der for psykisk syge kriminelle er sammenhæng i tilbuddene og at de forskellige myndigheder samarbejder. Behovet for behandling, sociale foranstaltninger og tilbud i Kriminalforsorgen vil variere i udstrækning og intensitet. For i videst muligt omfang at modvirke tilbagefald, herunder kriminalitet, må den samlede indsats tilrettelægges således, at de relevante tilbud sættes ind, når der er brug for det og så den fornødne sammenhæng i forløbet for den enkelte sikres.

Projektet skal på den baggrund frembringe:

- viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet
- viden om den aktuelle indsats og sammenhængen heri samt
- anbefalinger for den fremtidige indsats

1.3. Projektets organisering

Der blev til gennemførelse af projektet nedsat en arbejdsgruppe på 3 personer udpeget af henholdsvis Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet og Socialministeriet.

Arbejdsgruppen har refereret til en styregruppe med repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet, Socialministeriet, Sundhedsstyrelsen og Direktoratet for Kriminalforsorgen. Formandskab og sekretariat for styregruppen er blevet varetaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Arbejdsgruppens medlemmer:

Johanne Bratbo, Centerleder (udpeget af Socialministeriet)

Britta Kyvsgaard, Forskningschef (udpeget af Justitsministeriet)

Dorte Sestoft, Overlæge (udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

Styregruppens medlemmer:

Jette Christensen, Forsorgsfuldmægtig, Direktoratet for Kriminalforsorgen

Karina Find, Fuldmægtig, Socialministeriet

Sigrid Fleckner, Fuldmægtig, Socialministeriet

Steffen Egesborg Hansen, Kontorchef, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Formand)

Asger Janfelt, Fuldmægtig, Justitsministeriet

Marianne Jespersen, Afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen

Peter Juul, Kontorchef, Socialministeriet

Jesper Lihn, Fuldmægtig, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Nærværende rapport baserer sig på arbejdsgruppens arbejde og drøftelserne heraf i styregruppen.

1.4. Rapportens struktur

Rapportens kapitler er struktureret på følgende måde, idet der efter dette indledende kapitel følger:

- Kapitel 2 – Resumé – sammenfatning og anbefalinger
- Kapitel 3 – Psykisk syge kriminelle, aktører og regelgrundlaget
- Kapitel 4 – Omstilling i indsatsen for de psykisk syge i Danmark
- Kapitel 5 – Kriminalitetsudvikling, kriminel karriere og karakteristik af behandlingsdømte
- Kapitel 6 – Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet
- Kapitel 7 – Kriminalforsorgens institutioner
- Kapitel 8 – Udviklingen i kapacitet og sammensætning i tilbudene i psykiatrien og den sociale sektor
- Kapitel 9 – Tværsektorielt samarbejde

I kapitel 2 sammenfattes rapportens konklusioner og arbejdsgruppens anbefalinger for den fremtidige indsats præsenteres.

I kapitel 3 beskrives målgruppen, som primært er psykisk syge, der har begået kriminalitet. Dernæst beskrives de aktører, der er involveret i at føre dommen ud i livet (behandle og eventuelt støtte de dømte), ligesom der redegøres for det eksisterende regelgrundlag.

I kapitel 4 beskrives kort den omstilling i indsatsen for de psykisk syge, der er sket i Danmark siden amterne overtog statshospitalerne i 1976. Baggrunden for beskrivelsen er, at denne omstilling har haft stor betydning for de tilbud, der i dag gives til psykisk syge, herunder psykisk syge der har begået kriminalitet.

Indledningsvis i kapitel 5 redegøres for udviklingen i antallet af behandlingsdømte i perioden 1995 til 2005. Dernæst beskrives de seneste 10 års udvikling i kriminaliteten begået af psykisk syge, herunder bl.a. kriminalitetens omfang og art. Efterfølgende belyses de behandlingsdømtes kriminelle karriere og deres risiko for tilbagefald til ny kriminalitet. Sluttelig i kapitlet redegøres for den etniske baggrund hos behandlingsdømte, ligesom der gives en karakteristik af behandlingsdømte på udvalgte sociale parametre.

I kapitel 6 redegøres på baggrund af danske og internationale litteraturstudier for den eksisterende viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet, herunder forhold af betydning for kriminalitetsrisikoen blandt psykisk syge.

I kapitel 7 beskrives Kriminalforsorgens tilbud til indsatte i fængsler og arresthuse med et psykiatrisk/psykologisk behandlingsbehov. Der fokuseres i kapitlet desuden på ventetidsproblematikken i relation til indsatte og behandlingsdømte og på en mindre gruppe psykisk afvigende personer, som har behov for et særligt behandlings- og støttetilbud.

I kapitel 8 beskrives udviklingen i kapacitet og sammensætningen i tilbudene i psykiatrien og den sociale sektor. Beskrivelsen baserer sig på en undersøgelse udarbejdet af Social Udviklingscenter til brug for denne rapport. Social Udviklingscenter har gennemført en kvantitativ surveyundersøgelse med 83 personer fra sundhedsvæsenet og socialsektoren og en kvalitativ interviewundersøgelse med i alt 51 personer fra de to sektorer. Alle amter og 53 kommuner har deltaget i undersøgelsen.

I kapitel 9 beskrives de eksisterende samarbejdsrelationer mellem de tre involverede sektorer; sundhedsvæsenet, socialsektoren og retssystemet/Kriminalforsorgen med fokus på indsatsen overfor behandlingsdømte. Beskrivelsen baserer sig på samme survey/interviewundersøgelse som kapitel 8.

Resumé

2.1. Sammenfatning

Forskellige former for psykisk sygdom forekommer udbredt i befolkningen. Psykiske lidelser er en heterogen gruppe af sygdomme, der omfatter et spektrum af forskellige diagnoser fra organisk betingede lidelser (f.eks. demens og hjerneskade), misbrug, lidelser med psykotiske symptomer (f.eks. skizofreni), affektive sindslidelser (f.eks. depression), nervøse og stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser (f.eks. psykopati) m.fl.

Der findes ingen opgørelser over den faktiske forekomst af psykiske lidelser i den danske befolkning, men 10 % - 20 % skønnes på et givet tidspunkt at lide af psykisk sygdom i varierende grad. Skønsmæssigt lider 0,5 % af befolkningen af henholdsvis skizofreni og bipolær affektiv lidelse og ca. 1 % af alvorligere depression.

Psykisk sygdom er forbundet med overdødelighed, hvoraf selvmord udgør den væsentligste årsag. Psykisk syge har således 20 gange så stor risiko for at begå selvmord.

I relation til misbrug, som i sig selv definatorisk er klassificeret som en diagnose under psykiatriske lidelser i WHO's sygdomsklassifikation, vides at op mod 50 % af indlagte psykiatriske patienter opfyldte kriterierne for en samtidig misbrugsdiagnose (stoffer og alkohol). En undersøgelse har vist, at 28 % af de stofmisbrugere, der henvendte sig med henblik på afvænningsbehandling også havde en psykiatrisk diagnose. Halvdelen af de patienter, der påbegyndte afvænningsbehandling ved alkoholambulatorium, havde også en psykiatrisk diagnose ud over misbrug. Misbrug er ofte forbundet med en psykisk lidelse, som led i selvmedicinering af en allerede bestående, men eventuelt endnu ikke diagnosticeret psykisk lidelse. Misbrug af visse stoffer vil desuden i sig selv kunne fremprovokere psykisk lidelse hos sårbare.

Det er en udbredt opfattelse, at antallet af psykisk syge, der begår kriminalitet er steget markant de senere år, og at den form for kriminalitet de psykisk syge begår, bliver mere

og mere alvorlig. Denne opfattelse bekræftes delvist af resultaterne i denne rapport, men som det vil fremgå, er der bag denne overordnede konstatering en række forskellige konkrete forhold og nuancer, som det er væsentligt at afdække og beskrive for at skabe grundlag for iværksættelse af en målrettet indsats med henblik på at bremse og vende udviklingen.

Af kapitel 5 fremgår, at antallet af behandlingsdømte i perioden 1995 til 2004 er steget fra 849 til 1.427 svarende til en stigning på 68 %. I samme periode er antallet af lovovertrædelser, psykisk syge dømmes for, steget med 61 % fra 1.344 til 2.170. Væksten i perioden er dog ikke jævn, idet der fra 2003 til 2004 har været et fald i antallet af lovovertrædelser, som psykisk syge dømmes for.

Ses der på udviklingen i de forskellige typer kriminalitet, har der i særlig grad været en vækst i antallet af tilfælde af vold mod personer i offentlig tjeneste, idet antallet er mere end femdoblet fra 40 i 1995 til 237 i 2004. Denne stigning skyldes formentlig i højere grad en øget anmeldelsestilbøjelighed end en reel vækst i antallet af voldsager.

I samme periode er der imidlertid sket en stigning på i alt 39 % (fra 118 til 164) i antallet af alvorlige og personfarlige forbrydelser begået af psykisk syge. Alvorlige og personfarlige forbrydelser omfatter incest, voldtægt, seksualforbrydelser mod børn under 12 år, alvorligere vold, brandstiftelse, røveri, drab og forsøg på drab.

Samlet set dømmes psykisk syge for 0,8 % af kriminaliteten i Danmark. Ses alene på den andel af den samlede kriminaliteten, der har ført til enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningsdom, står psykisk syge for 2,1 % af kriminaliteten. Uanset hvordan andelen gøres op, er psykisk syge for visse typer af kriminalitet overrepræsenteret. Psykisk syge står således for omkring hver ottende dom for drab og for mere end en tredjedel af alle domme for forsøg på manddrab. Endvidere er det iøjnefaldende, at næsten hver femte dom for brandstiftelse vedrører psykisk syge. Ses der på den alvorlige personfarlige kriminalitet samlet, står psykisk syge for 6 % af denne kriminalitet. At psykisk syge står for så relativt stor en andel af de nævnte lovovertrædelser skal ses i lyset af, at de psykisk syge lovovertrædere udgør 0,4 % af samtlige lovovertrædere.

At psykisk syge står for 6 % af den alvorlige personfarlige kriminalitet er foruroligende, men det skal tilføjes, at andelen har været nogenlunde konstant i den undersøgte periode. Stigningen på i alt 39 % i antallet af alvorlige og personfarlige forbrydelser begået af psykisk syge, svarer således til den procentvise stigning, der har været i det samlede antal alvorlige og personfarlige forbrydelser i perioden.

Sammenlignes psykisk syges kriminelle karriere med den kriminelle karriere hos andre dømte ses bl.a., at forholdsvis mange psykisk syge lovovertrædere er kvinder (ca. 15 % mod 5-6 % blandt andre dømte), at de psykisk syge dømte er relativt ældre (60 % er mellem 25 år og 39 år) og at psykisk syge har en relativ sen kriminel debut (i gennemsnit 29 år).

Det fremgår videre, at behandlingsdømte har en lavere risiko for tilbagefald til ny kriminalitet end andre dømte. Kun 14 % af de behandlingsdømte falder tilbage til ny kriminalitet, mens andelen for andre dømte er 39 %. Undersøgelsen viser en tendens til, at især psykisk syge dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet, forholdsvis sjældent falder tilbage til ny kriminalitet.

Andelen af behandlingsdømte af udenlandsk oprindelse har ligget nogenlunde konstant på ca. 20 % i perioden 2001-2004. Andelen af behandlingsdømte af udenlandsk oprindelse svarer således nogenlunde til andelen af indsatte af udenlandsk oprindelse i de danske fængsler (20 % i 2000 og 23 % i 2005). Opgørelsen tyder derfor ikke umiddelbart på, at personer af udenlandsk oprindelse er særligt overrepræsenterede blandt psykisk syge lovovertrædere, men ligesom personer med udenlandsk oprindelse er overrepræsenterede i fængslerne, er de det også blandt behandlingsdømte.

For så vidt angår de behandlingsdømtes uddannelsesniveau fremgår det af kapitel 5, at 34 % af behandlingsdømte ikke har afsluttet folkeskolen med en afgangseksamen og 77 % ikke har nogen uddannelse efter ungdomsuddannelsen. For andre under Kriminalforsorgen er andelen henholdsvis 25 % og 60 %. Desuden modtager ca. 90 % offentlig forsørgelse, hvilket er væsentligt flere end blandt andre kriminelle. Dette er med til at understrege, at behandlingsdømte er en socialt meget udsat gruppe.

I kapitel 6 redegøres for den eksisterende viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet. Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet er særdeles kompleks. Udover selve den psykiske lidelse og dens symptomer er individuelle forhold som f.eks. personlighed og misbrug såvel som den aktuelle kontekst som f.eks. behandling, netværk og en række sociale forhold af væsentlig betydning for risikoen for, at en psykisk syg begår kriminalitet.

Helt overordnet viser samtlige nyere danske og internationale undersøgelser af store befolkningsgrupper en større relativ risiko for kriminalitet ved psykisk sygdom. Den øgede risiko for kriminalitet er størst for patienter med diagnosen skizofreni, og den kriminalitet skizofrene begår, er ofte personfarlig.

En række undersøgelser tyder desuden på, at misbrug især alkoholmisbrug øger risikoen for voldskriminalitet. Hvis den psykisk syge har en personlighedsforstyrrelse øger det også risikoen for, at personen begår vold og anden alvorlig personfarlig kriminalitet. Er der tale om både misbrug og personlighedsforstyrrelser, hvilket ofte er tilfældet, øges risikoen for voldskriminalitet markant.

Hvis en patient er psykotisk, er risikoen for voldelig adfærd forøget. Det gælder specielt, hvis personen har vrangforestillinger af forfølgelseskarakter og/eller oplevelsen af at være "styret udefra".

Det konkluderes i kapitlet bl.a., at ubehandlet psykisk sygdom øger risikoen for kriminalitet, hvorfor tidlig opsporing, diagnostik og behandling og løbende tæt opfølgning er særdeles vigtigt.

I forbindelse med kriminelle handlinger er det ligeledes vigtigt, at der sker en identificering af, om der foreligger en psykisk sygdom, så den psykisk syge kan sikres udredning og relevant behandling og efterfølgende dom efter den gældende lovgivning. Det er væsentligt, at behandlingen koordineres mellem de involverede parter, gerne i form af en overordnet behandlingsplan for hele den periode, patienten har dom til behandling. Det er ligeledes vigtigt, at man sikrer relevant behandling under den psykiatriske særforanstaltning, og i forbindelse med særforanstaltningens ophør har redskaber til vurdering af tilbagefaldsrisiko og forebyggelse af tilbagefald til ny kriminalitet. Der er således behov for en koordineret intervention på en række forskellige områder for at bremse udviklingen i antallet af psykisk syge kriminelle.

Det konstateres i kapitel 7 bl.a., at Anstalten ved Herstedvester i årene 1994-2004 har oplevet en øget belastning ikke alene på grund af et mere belastet klientel, men også udtrykt ved en stigning i pladsudnyttelsen og en stigning i antallet af nydomfældte, der afventer indsættelse. Ventelisten til anstalten er steget, hvilket skyldes en ophobning af nydomfældte, der i arresthusene afventer plads i Anstalten ved Herstedvester. Der er således ikke i Kriminalforsorgen kapacitet til at modtage alle de indsatte, der har behov for ophold i en institution, hvor der er mulighed for psykiatrisk behandling.

Det er undersøgt, om der er problemer med overførsel af psykotiske varetægtsfængslede, foranstaltningsdømte eller afsonere, som bliver psykotiske, til det psykiatriske behandlingssystem. En opgørelse viste, at der på en given dag medio oktober 2005 var 14 personer, der afventede plads til indlæggelse på psykiatrisk afdeling, alle i Hovedstadsområdet. De fleste af disse er henvist i løbet af august og september 2005, en enkelt i april 2005.

Af kapitlet fremgår videre, at der findes en mindre gruppe behandlingsdømte, som ikke kan profitere af traditionel psykiatrisk behandling. Disse personer er under tilsyn af Kriminalforsorgen under deres behandlingsdom, men modtager ingen eller kun sjældne samtaler med en psykiater, der ikke kan tilbyde egentlig behandling. Denne gruppe har behandlings- og støttebehov i bred forstand, og gruppen ville med et etableret tilbud, hvor de kunne fastholdes i behandling og støtte via dommen, kunne profitere af en rehabiliterende indsats.

Herudover er der i Kriminalforsorgens institutioner en mindre gruppe psykisk afvigende indsatte, som i dag er idømt almindelig straf. Også en del af denne gruppe ville kunne profitere af et bredere rehabiliteringstilbud.

I kapitel 8 beskrives udviklingen i kapacitet og sammensætning i tilbudene til behandlingsdømte. Beskrivelsen baserer sig på en survey- og interviewundersøgelse, foretaget blandt personer i sundhedsvæsenet og socialsektoren, som er involveret i behandlingsindsatsen eller den sociale indsats omkring behandlingsdømte.

Både psykiatrien og den amtslige og den kommunale socialsektor tilkendegiver i undersøgelsen at have oplevet en markant stigning i antallet af behandlingsdømte. Der er i perioden faktisk sket en fordobling af antallet, men stigningen i antallet af behandlingsdømte, der kommer i kontakt med det sociale system, er steget endnu mere, idet antallet i den amtslige socialsektor er mere end firdoblet og antallet i den kommunale socialsektor er femdoblet.

De kvalitative interviews antyder, at det stigende antal dømte har mere komplekse årsager end, at flere psykisk syge begår kriminalitet, idet interviewpersonerne er enige i, at man er begyndt at anmelde psykisk syge for vold bl.a. mod personalet langt mere de seneste år.

Undersøgelsen viser videre, at der ikke, hverken i de psykiatriske eller sociale behandlings- og støttetilbud, sondres skarpt mellem patienter med en behandlingsdom og patienter uden dom, når det gælder indhold i behandlings- og støttetilbud. Kun fem ud af ti amter svarer, at kriminaliteten indgår som en væsentlig faktor i planlægningen af behandlingstilbud til behandlingsdømte. En række af de behandlingstilbud, der gives til behandlingsdømte, ligner de tilbud, som gives til psykisk syge uden dom i psykiatrien og er således ikke målrettet målgruppen.

Der er blandt de adspurgte bred enighed om, at patienter, der har været indlagt på psykiatrisk afdeling, bør gennemgå en gradvis udslusning. Og i forhold til behandlings-

dømte med misbrug peges på, at psykiatriske 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 spørgeskemaundersøgelsen peges desuden på, at både manglende fysisk plads, manglende specialviden, samt behandlingsdømtes særlige adfærd overfor andre patienter kan være hæmmende for, at behandlingsdømte patienter kan rummes i allerede etablerede tilbud i socialpsykiatrien. Interviewene viser dog, at dette ikke så meget skyldes kriminaliteten eller dommen, som det faktisk, at behandlingsdømte ofte kan findes blandt de af socialpsykiatriens brugere (med og uden dom), der har de mest komplekse problemstillinger og behov.

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

Derudover peger de adspurgte på behovet for og idéer til særlige tilbud, der tager højde for de karakteristika, der bl.a. kendetegner nogle af de behandlingsdømte. Det drejer sig om særlige foranstaltninger til psykisk syge med anden etnisk baggrund end dansk, med misbrug og med personlighedsforstyrrelse.

For så vidt angår kapaciteten viser undersøgelsen, at der tilsyneladende hverken er sket store stigninger eller markante fald i antallet af behandlingstilbud til retspsykiatriske patienter i psykiatrien de seneste 10 år. Antallet af tilbud til målgruppen svinger en smule frem og tilbage fra år til år. Dog er der i perioden sket en markant stigning i antallet af ambulante behandlingstilbud.

Ses på hvor mange amter der havde en retspsykiatrisk afdeling i amtet i henholdsvis 1995, 2000 og 2005 kan der konstateres en tydelig stigning fra 4 amter i 1995 til 7 amter i 2000 og 8 amter i 2005. Der er med andre ord sket en fordobling i antallet af retspsykiatriske afdelinger.

Der er fra 1995 til 2005 sket en lille stigning i antallet af amter, hvor distriktspsykiatrien behandler behandlingsdømte, hvilket må ses som en følge af en udbygget distriktspsy-

kiatri. I 1995 havde distriktspsykiatrien i 10 amter behandlingsdømte, mens det i 2000 var 11 amter og i 2005 13 amter. Dette indikerer igen, at flere behandlingsdømte i dag modtager behandling i ambulant frem for stationært afdelingsregi.

For så vidt angår udviklingen i antallet af tilbud til behandlingsdømte i den amtslige socialpsykiatri fra 1995 til 2005 viser undersøgelsen, at den placering af behandlingsdømte patienter i psykiatriske plejehjem og amtslige døgninstitutioner, som skete i 1995, i 2005 er blevet afløst af botilbud, primært efter servicelovens § 92. Desuden er der fra 1995 til 2000 sket en markant stigning i det opsøgende og udgående arbejde i den amtslige socialpsykiatri.

Endelig er der sket en stigning i brugen af bostøtte de sidste 10 år. Mens ingen amter anvendte bostøtte i 1995, var der i 2000 gennemsnitligt 2 tilbud i form af bostøtte pr. amt og i 2005 gennemsnitligt 1,4 bostøtte-tilbud pr. amt.

For den kommunale socialpsykiatri viser undersøgelsen, at det gennemsnitlige antal tilbud til retspsykiatriske patienter pr. kommune generelt er steget fra år 1995 til 2005. Den eneste form for tilbud, der har oplevet en indsnævring fra 1995 til 2005 i den kommunale socialpsykiatri er de selvejende institutioner og pensionater, hvor antallet er faldet lidt fra gennemsnitligt 0,4 tilbud pr. kommune i 1995 til gennemsnitligt 0,1 tilbud pr. kommune i 2005. Generelt tyder tallene på en forøgelse af kommunale socialpsykiatriske tilbud til behandlingsdømte.

For mennesker, som både har en psykisk sygdom 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. Det er således afgørende, at der ikke er ventetid på tilbud til de behandlingsdømte.

Undersøgelsen viser, at der i 2005 er et problem med ventelister til tilbud til behandlingsdømte. Der er ventelister til retspsykiatriske lukkede afdelinger, lukkede afdelinger i almenpsykiatrien og socialpsykiatriske botilbud. Ses der på perioden 1995 til 2005, har der været flest ventelister i den amtslige socialpsykiatri, dernæst i psykiatrien og færrest i den kommunale socialpsykiatri.

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

Eftersom den behandlingsdømtes behandlings- og støtteforløb oftest består af flere forskellige tilbud i både psykiatrien og det sociale system, er samarbejde på tværs af sektorer og aktører væsentligt.

Undersøgelsen viser, at der ikke er mange amter og kommuner, der har udformet en særlig samarbejdspolitik omkring behandlingsdømte. Dette kan dels have historiske årsager, dels skyldes, at der er tale om forskellige sektorer med forskellige regelsæt og fagligheder, som skal samarbejde. Det kan også skyldes, at mange behandlingsdømte ikke har andre typer behov og problemer end almindelige psykiatriske patienter bortset fra en dom.

Det konstateres videre, at der findes mange forskelligartede samarbejdsmodeller og -metoder. Overordnet samarbejdes der på tværs af sektorer om især to opgaver: overdragelse af patienter fra psykiatrien til socialpsykiatrien (ofte i forbindelse med visitation til botilbud eller lignende) samt løbende samarbejde omkring retspsykiatriske patienter i ambulans 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.

Undersøgelsen peger således på, at 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. Samtidig skal samarbejdet være så fleksibelt, at det kan tilpasses de behandlingsdømtes individuelle og akutte behov.

Mange af interviewpersonerne er af den opfattelse, at et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer og kommunale niveauer ofte forudsætter, at det er muligt at udveksle oplysninger de forskellige myndigheder imellem - herunder også oplysning om en eventuel dom. Der er udtrykt tvivl om, hvorvidt en sådan udveksling er mulig med den eksisterende lovgivning.

2.2. Anbefalinger

Arbejdsgruppen når på baggrund af den tilvejebragte viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet og beskrivelsen af den aktuelle indsats og sammenhængen heri frem til følgende anbefalinger:

Koordinering/samarbejde/planlægning

Sammenhæng i indsatsen og samarbejde mellem de forskellige myndigheder og tilbud er særlig vigtig for at forebygge kriminalitet og fastholde den enkelte i et hensigtsmæssigt forløb. Dette stiller krav til planlægning og koordinering på flere niveauer. Det anbefales derfor:

Samarbejdskataloger

1. At der som led i psykiatriplanlægningen f.eks. i sundhedsaftaler udarbejdes samarbejdskataloger vedrørende forebyggelses-, behandlings- og støtteindsatsen i forhold til behandlingsdømte. Samarbejdskataloget bør indeholde:

- Aftale om faste møder og koordination af arbejdet mellem relevante aktører og sektorer vedrørende behandlingsdømte.
- Aftale om samarbejde på beslutningstagerniveau mellem psykiatrien og socialpsykiatrien, som vurderes regelmæssigt, med det formål at justere den overordnede samarbejdspolitik.
- Aftale om afholdelse af samarbejds møder på tilbuds niveau og behandlingsniveau, med det formål at sikre kontinuitet og kvalitet i det daglige samarbejde.

De udarbejdede samarbejdskataloger bør være offentligt tilgængelige.

Især hvad angår gruppen af unge psykisk svage personer konkluderes det at tidlig opsporing og løbende tæt kontakt er særdeles vigtig. Der er således behov for lokalt også at inddrage undervisningsområdet i den koordinerede intervention/indsats eksempelvis via PPR-rådgivningen.

Behandlings- og støtteplaner

2. At der udarbejdes en plan for behandling og støtte til hver enkelt behandlingsdømt, som omfatter de tilbud, den enkelte kommer i berøring med. Planen skal sikre kontinuitet og helhed i den samlede indsats ved:

- At hver enkelt behandlingsdømt har en individuel plan, som sikrer behandling af den psykiske sygdom og evt. misbrug, evt. social støtte og rehabilitering.
- At der er en kontaktperson enten fra psykiatrien eller socialpsykiatrien, som er koordinerende led i forhold til de øvrige tilbud.
- At der under hensyntagen til behandlingsdommen arbejdes på at sikre den behandlingsdømte størst mulig indflydelse på behandlings- og støtteplanen.

Det gælder generelt for samarbejdet mellem sektorerne, at de bør tage afsæt i "Det fælles værdigrundlag for mennesker med en sindslidelse" (Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

Kapacitet

Der er brug for at udnytte og tilpasse kapaciteten samt tilbyde flere differentierede tilbud, målrettet særlige grupper. Det anbefales derfor:

Sundhedssektoren

3. At der generelt sikres en tidlig effektiv indsats mhp. diagnostik og behandling af psykisk syge – også ud fra et kriminalitetsforebyggende aspekt.
4. At der gøres en intensiv opsøgende indsats i forhold til særlige risikogrupper, herunder at fortsætte udbredelsen af erfaringerne med psykoseteams og OPUS-projektet.
5. At kapaciteten på de psykiatriske/retspsykiatriske afdelinger udnyttes og tilpasses, så ventetid på indlæggelse for behandlingsdømte og for kriminelle, som under ophold i fængsler udvikler en psykisk sygdom, kan undgås.
6. At der etableres specialiserede tilbud med fokus på lange stabiliserende indlæggelser af særligt udsatte personer f.eks. unge med nyligt opdaget skizofreni med mulighed for langvarig udslusning. Ved lange indlæggelser forstås mere end 6 mdr.

Socialsektoren

7. At der etableres flere særlige tilbud til psykisk syge med henholdsvis stof-, alkohol- og blandingsmisbrug, herunder behandlingsdømte med samme misbrugsproblemer.

8. At der etableres sociale tilbud, hvor brug af stoffer og alkohol ikke er tilladt, med henblik på at minimere risikoen for tilbagefald hos behandlingsdømte med tidligere misbrug.

Ikke sektorspecifik

9. At der med henblik på senere konkretisering foretages yderligere udredningsarbejdes mhp. at udvikle et særligt bo- og behandlingstilbud til en lille gruppe behandlingsdømte (på landsplan ca. 20 – 30 mennesker) med massive personligheds-mæssige og sociale forstyrrelser, som på grund af deres problematikker ofte ikke kan profitere af almindelig psykiatrisk behandling. Hvor ansvaret for et sådant tilbud skal placeres, kan først afgøres, når yderligere konkretisering har fundet sted.

Efteruddannelse

Der er generelt brug for at sikre kvalificeret behandling og støtte herunder især overfor særlige målgrupper. Derudover er der for at sikre implementering af øget sammenhæng på tværs af sektorerne behov for en øget fokus på specialviden og viden på tværs af sektorerne, samt ensartet praksis i vurdering af farlighed. Det anbefales derfor:

Uddannelsesindsats

10. At der iværksættes en uddannelsesindsats hvor der er fokus på:
 - At der i alle tilbud til behandlingsdømte på tværs af sektorer oparbejdes specialviden om, hvordan man behandler og støtter mennesker med sindslidelse og henholdsvis stof-, alkohol og blandingsmisbrug.
 - At der i alle tilbud til behandlingsdømte 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 de særlige psykiske lidelser, der knytter sig til oplevelser af f.eks. krig, tortur og flugt. I disse tilbud skal der være adgang til at indhente tolkebistand.
 - Mulighederne for inden for rammerne af eksisterende relevant lovgivning at videregive oplysninger til andre myndigheder om behandlingsdømte, som har behov for støtte i flere sektorer.

Forebyggende indsats overfor personer med anden etnisk baggrund

11. At støtte/kontaktpersoner efteruddannes i forhold til at arbejde med mennesker med anden etnisk baggrund end dansk. Herunder bør det vurderes, om det er mu-

ligt og hensigtsmæssigt at ansætte (flere) støtte/kontaktpersoner med anden etnisk baggrund.

Konflikthåndtering

12. At personale uddannes til at arbejde systematisk med forebyggelse af aggression og vold, herunder udvikle metoder, der inddrager konflikt håndtering.

Farlighedsvurderinger

13. At der udvikles og implementeres en identisk metode til brug for arbejdet med farlighedsvurderinger (analog med vurdering af selvmordsfare). Anvendelse af en identisk metode til systematisk farlighedsvurdering vil bl.a. sikre udvikling af fornøden faglig ekspertise på området og fremme retssikkerhedsaspektet for den psykisk syge, som underkastes en farlighedsvurdering, da en sådan har afgørende indflydelse på karakteren af efterfølgende behandling og tilbud.

Systematisk identifikation af psykisk syge

14. At der til brug for Kriminalforsorgens sundhedspersonale udarbejdes et redskab til identifikation af tegn på behov for udredning af psykisk sygdom i forbindelse med varetægtsfængsling.

Forskning m.v.

Der er brug for mere viden på området, for at der kan etableres en målrettet indsats i forhold til at reducere kriminalitet blandt psykisk syge. I forbindelse med arbejdsgruppen arbejde, er der derfor taget initiativ til, at nogle af de oplysninger om foranstaltningssdomme, der i dag registreres af Justitsministeriets Forskningsenhed, videregives til Danmarks Statistik, så de bliver tilgængelige for andre forskere. Det drejer sig om oplysninger om den dømtes mentale tilstand (psykisk syg, mentalt handicappet eller psykisk afvigende) og oplysninger om foranstaltningens art. Det anbefales videre:

15. At der gennemføres en registerbaseret undersøgelse af, hvilke personalegrupper de behandlingsdømtes vold mod personer i offentlig tjeneste angår. Undersøgelsen vil på baggrund af tilførsel af ovennævnte oplysninger kunne gennemføres via samkøring af forskellige registre i Danmarks Statistik.

16. At der igangsættes en tværsektoriel og tværfaglig forløbsundersøgelse. Undersøgelsen skal øge viden om risikofaktorer og beskyttende faktorer i forhold til sammenhængen mellem opvækstforhold (herunder betydningen af evt. omsorgssvigt i barndommen form af vold og seksuelle overgreb), levevilkår, skoleforhold, sindslidelse og kriminalitet.
17. At der igangsættes en deskriptiv studie, der belyser forløbet af foranstaltningsdomme, herunder omfang, art og varighed af de forskellige former for tiltag og interventioner.
18. At der iværksættes en undersøgelse af effekten af indsatsen, hvor følgende parametre bør indgå: tilbagefald til kriminalitet, misbrug, selvmord, livskvalitet og rehabilitering.
19. At der iværksættes en undersøgelse af effekten af de ambulante tilbud, hvor parametre som samarbejde, tilgængelighed, fleksibilitet og forebyggelse indgår.

Det skal afslutningsvis understreges, at et godt, veludviklet, kvalitetspræget og let tilgængeligt tilbud til psykisk syge i sundheds- og socialvæsenet må vurderes at kunne have en betydelig kriminalitetsforebyggende effekt.

Økonomi

Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til de konkrete ressourcemæssige konsekvenser af de fremlagte anbefalinger. Det skønnes, at nogle af anbefalingerne vil kunne gennemføres inden for de eksisterende ressourcemæssige rammer, mens andre vil kræve tilførsel af ressourcer til de berørte sektorer. En eventuel prioritering af anbefalingerne vil kunne ske i forbindelse med forhandlingerne om en ny psykiatraftale fra 2007, som regeringen vil foreslå som opfølgning på den flerårige psykiatraftale, som udløber i 2006. I den forbindelse skal nævnes, at der i aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om amternes økonomi for 2006 er udtrykt enighed om, at der i forbindelse med en ny psykiatraftale er behov for særlig fokus på retspsykiatriske patienter.

Psykisk syge kriminelle, aktører og regelgrundlaget

Som det først i dette kapitel beskrives, hvilken målgruppe, der er i fokus i rapporten. Dernæst redegøres for de involverede aktører og det regelgrundlag, de agerer på baggrund af.

Formålet med rapporten er, jf. kapitel 1, bl.a. at tilvejebringe viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet. Målgruppen for rapporten er således primært psykisk syge, der har begået kriminalitet. Da det også er sigtet at forebygge, at psykisk syge begår kriminalitet, vil der i rapporten, med baggrund i den viden der tilvejebringes om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet, også blive givet anbefalinger for indsatsen overfor psykisk syge, der ikke har begået kriminalitet.

3.1. Psykisk syge kriminelle

Straffeloven bygger på det grundlæggende princip, at psykisk syge 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.”

Hvis der statueres straffrihed i medfør af straffelovens § 16, frifindes den tiltalte for straf. Dette er imidlertid kun undtagelsesvis ensbetydende med, at der ikke fastsættes en reaktion i anledning af lovovertrædelsen.

Hvis en tiltalt frifindes for straf i medfør af straffelovens § 16, kan retten således efter straffelovens § 68, 1. pkt., træffe bestemmelse om anvendelse af andre foranstaltning-

ger, der findes formålstjenlige for at forebygge yderligere kriminalitet. Såfremt mindre indgribende foranstaltninger som tilsyn, bestemmelser vedrørende opholdssted eller arbejde, afvænningsbehandling, psykiatrisk behandling mv. ikke findes tilstrækkelige, kan det bestemmes, at den pågældende skal anbringes i hospital for sindslidende, i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller under tilsyn med mulighed for administrativ anbringelse eller i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg, jf. straffelovens § 68, 2. pkt.

I hovedtræk omfatter foranstaltninger efter straffelovens § 68 dom til anbringelse, dom til behandling på psykiatrisk afdeling eller under tilsyn heraf og dom til ambulante behandling ved psykiatrisk afdeling. I de fleste tilfælde er de dømte under tilsyn af Kriminalforsorgen.

Efter straffelovens § 69 kan retten, såfremt det findes formålstjenligt, i stedet for at idømme straf træffe bestemmelse om foranstaltninger som nævnt i § 68, 2. pkt., i tilfælde, hvor gerningsmanden ved den strafbare handling foretog 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.

Personer, der er idømt behandlingsdomme efter straffelovens § 68 og § 69, fængsles ikke. I det omfang disse personer ikke er underkastet tilsyn eller ambulante behandling, er de indlagt på psykiatriske hospitaler eller institutioner for mentalt handicappede¹.

Rigsadvokaten har i Meddelelse nr. 5/2002 af 19. december 2002 om behandling af straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle og personer omfattet af straffelovens § 70 fastsat nærmere retningslinjer for politiets og anklagemyndighedens behandling af bl.a. straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle. Endvidere udarbejder Rigsadvokaten årlige redegørelser om erfaringerne med anvendelsen af foranstaltningsdomme efter straffelovens § 68 og § 69.

3.1.1. Judicielle muligheder før afsigelse af dom

Varetægtsurrogatanbragte.

Retten kan bestemme, at en varetægtsfængslet person skal surrogatanbringes på psykiatrisk afdeling med henblik på enten at modtage psykiatrisk behandling eller afvænningsbehandling. Dette kræver, jf. retsplejelovens § 765, den sigtedes samtykke.

¹ Mentalt handicappede idømt foranstaltning efter straffeloven § 68 og § 69 indgår ikke i rapporten.

Overførte varetægtsarrestanter

Hvis man allerede under varetægtsfængslingen forventer behandlingsdom, og retten skønner, at en hurtig overførsel til den psykiatriske afdeling, er ønskelig, kan den sigtede påbegynde anticiperet afsoning jf. retsplejelovens § 777. En sådan overførsel kræver ikke nødvendigvis den sigtedes samtykke.

Anbringelse uden for varetægtsfængsel af helbredsmæssige grunde.

En varetægtsfængslet person kan alene ved lægelig beslutning anbringes udenfor fængslet af helbredsmæssige grunde (retsplejeloven § 770, stk. 2). Bestemmelsens hovedsigte er akutte somatiske indlæggelser. Dog sker det, at arrestanter overflyttes til psykiatrisk afdeling af "helbredsmæssige grunde" i medfør af denne bestemmelse.

Mentalobservander.

Ifølge retsplejelovens § 809 skal sigtede underkastes mentalundersøgelse, når det er af betydning for sagens afgørelse. Mentalundersøgelser er navnlig indiceret, hvis der er grund til at tro, at 1) sigtede er sindssyg, mental retarderet eller på anden måde psykisk afvigende, 2) når sigtelsen angår en særlig grov forbrydelse som f.eks. drab og 3) hvis der overvejes anvendelse af tidsubestemt forvaring.

3.1.2. Mulige psykiatriske særforanstaltninger i henhold til dom

Domfældte idømt psykiatrisk særforanstaltning.

Psykisk afvigende lovovertrædere, hvis tilstand er omfattet af enten straffelovens § 16 (sindssyge mv.), straffelovens § 69 (andre psykisk afvigende) eller straffelovens § 73 (personer som udvikler en psykisk abnormtilstand efter gerningstidspunktet, men før dommen), kan efter straffelovens § 68 idømmes psykiatriske særforanstaltninger.

De psykiatriske særforanstaltninger idømt for mindre alvorlig kriminalitet har en længstetid på 3 eller 5 år. Der er dog mulighed for forlængelse. Psykiatriske særforanstaltninger idømt for grovere forbrydelser er tidsubestemte. Der er fastsat regler for anklagemyndighedens kontrol med varigheden af de tidsubestemte foranstaltninger.

Dog fastsætter retten, ved institutionsanbringelse for personer dømt efter straffelovens § 69 jf. § 68, en længstetid. Denne længstetid vil i almindelighed ikke overstige 1 år. I særlige tilfælde kan den forlænges.

De nærmere retningslinier for, hvorledes foranstaltningerne skal varetages, fremgår af Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2002 af 19. december 2002.

De psykiatriske særforanstaltninger kan inddeles i 3 hovedgrupper:

- a. Dom til anbringelse
 - b. Dom til behandling og
 - c. Dom til ambulante behandling
- a. Dom til anbringelse indebærer, at patienten overflyttes til psykiatrisk afdeling og ikke kan udskrives, før retten giver tilladelse hertil i form af en foranstaltningsændring.
 - b. Dom til behandling indebærer, at patienten som absolut hovedregel indledningsvis behandles under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Foranstaltningen suppleres ofte med tilsyn af Kriminalforsorgen.
 - c. Ved dom til ambulante behandling er patienten forpligtet til at møde til behandling i et omfang, der bestemmes af den pågældende afdelings overlæge. I langt hovedparten af disse tilfælde anordnes der også tilsyn af Kriminalforsorgen, ligesom det af dommen fremgår, at overlægen sammen med Kriminalforsorgen kan træffe bestemmelse om (gen)indlæggelse.

Figur 3.1 Psykisk syge kriminelle i det psykiatriske behandlingssystem

Før dom	Varetægts-surrogat-anbragte	Overførte varetægts-arrestanter	Anbringelse uden for varetægtsfængsel af helbreds-mæssige grunde	Mental-observander
Efter dom	Dom til ambulante behandling *	Dom til behandling *	Dom til anbringelse	Domfældte med alm. dom som er overført til psykiatrisk afdeling pga. opstået psykisk sygdom

* vil oftest have tilsyn af Kriminalforsorgen

Af figur 3.1 fremgår i oversigtsform, hvilke psykisk syge kriminelle, der behandles i det psykiatriske behandlingssystem.

3.1.3. Psykisk syge der ikke er idømt foranstaltning efter straffelovens §§ 68- 69 Strafafsonere

Hvis en indsat under afsoning bliver syg, det være sig psykisk eller somatisk, kan han/

hun overflyttes til en relevant afdeling. En sådan indlæggelse er en lægelig beslutning, der ikke kræver en retslig afgørelse, og som finder sted på ganske samme måde som alle andre indlæggelser.

Er der behov for længerevarende psykiatrisk behandling, kan justitsministeren (det vil i denne sammenhæng sige Kriminalforsorgen), sammen med den psykiatriske afdeling, der skal modtage patienten, bestemme, at en domfældt skal overføres til psykiatrisk afdeling jf. straffuldbyrdsloven § 78, enten midlertidigt eller for resten af afsonings-tiden.

Vilkår om psykiatrisk behandling

En person kan, i henhold til straffelovens § 57, som led i en betinget dom, en prøveløsladelse, et tiltalefravald eller en benådning undergives vilkår om psykiatrisk behandling om fornødent på hospital.

Af figur 3.2 fremgår i oversigtsform, hvilke psykisk syge/afvigende lovovertrædere, der indsættes i kriminalforsorgens institutioner.

Før dom/ i varetægtfængsel	Varetægtsfængslede med ikke opdaget psykisk sygdom	Varetægtsfængslede der på mistanke om psykisk sygdom mentalobserveres	Varetægtsfængslede der afventer overflytning til psykiatrisk afdeling før dom
Fra varetægt til fuldbyrdelse/ afsoning	Varetægtsfængslede der efter dom til psykiatrisk behandling afventer overflytning til psykiatrisk afdeling	Domfældte der efter dom afventer overflytning fra varetægtsfængsel til f.eks. Anstalten ved Herstedvester	
Efter dom	Domfældte som er psykisk afvigende og afsoner i Anstalten ved Herstedvester	Domfældte med opstået psykisk sygdom som behandles i fængsel	Domfældte med opstået psykisk sygdom som afventer overflytning eller overflyttes til psykiatrisk afdeling

3.2. Aktører i relation til psykisk syge idømt foranstaltningsdom

Når mennesker med en psykisk sygdom får dom efter straffelovens § 68 og § 69 (herafter behandlingsdømte), kan følgende aktører være involveret i at føre dommen ud i livet, herunder behandle og støtte de dømte:

- Sundhedsvæsenet
- Socialsektoren
- Retssystemet/Kriminalforsorgen

De respektive aktørers opgaver/kompetencer beskrives i de følgende afsnit.

3.2.1. Sundhedsvæsenet

Retspsykiatri er ikke et selvstændigt speciale i Danmark, men et fagområde indenfor specialet psykiatri. Ansvar for behandlingen af de retspsykiatriske patienter i Danmark ligger i amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab(H:S). Behandlingen foregår således i det almindelige psykiatriske behandlingssystem. Flere amter og H:S har gennem 1990'erne etableret retspsykiatriske sengeafdelinger, men disse afdelinger har ingen særlig forvaltningsmæssig eller juridisk status (Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland undtaget - se nedenfor).

Retspsykiatrien behandler psykisk syge patienter med dom til anbringelse på åbne eller lukkede afdelinger. I nogle tilfælde behandles også patienter med en behandlingsdom, der giver mulighed for anbringelse – både som ambulans kontakt og under perioder med anbringelse.

De (rets)psykiatriske afdelinger gennemfører også mentalundersøgelser af sigtede, som man vurderer måske skal fritages for straf som følge af sindssygdom. Nogle (rets)psykiatriske afdelinger huser desuden psykisk syge i varetægtssurrogat, mens deres sag efterforskes. Endelig huser nogle (rets)psykiatriske afdelinger også patienter med uadreagerende adfærd, som ikke har en dom.

Det psykiatriske sygehusvæsen omfatter åbne og lukkede psykiatriske afdelinger for mennesker med sindslidelse, herunder dømte. Nogle dømte udsluses fra en retspsykiatriske afdeling til psykiatriske lukkede afdeling og derfra videre til åbne afdeling, efterhånden som dommen justeres i takt med, at behandlingen virker.

I psykiatrien indlægges patienter med behandlingsdom oftest udefra og på lige fod med patienter uden dom – det vil sige efter behov. Hvis dommen giver mulighed for indlæggelse, kan den dømte indlægges i henhold til dommen, det vil sige eventuelt uden samtykke. Dømte har ofte længere indlæggelsestid end ikke-dømte patienter, idet de først kan udskrives, når en læge vurderer, at der ikke er risiko for kriminalitet. Nogle psykiatriske afdelinger har desuden psykisk syge personer i varetægtssurrogat.

Distriktspsykiatrien behandler ikke-indlagte psykiatriske patienter, som bor i eget hjem, i botilbud og lignende. Psykisk syge med behandlingsdom behandles ofte ambulant side om side med andre, dog under hensyntagen til deres dom, hvilket f.eks. betyder, at der skal sikres regelmæssig kontakt med den behandlingsansvarlige psykiatriske overlæge.

Når en person dømmes til behandling, pålægges ansvaret for behandlingen normalt overlægen på den psykiatriske afdeling, personen hører under iht. bopælsforhold. Særlige forhold gør sig gældende, hvis personen har fået dom til anbringelse, idet personen i så fald ofte vil være anbragt på en af de såkaldte retspsykiatriske afdelinger. I særlige tilfælde modtager patienter pga. farlighed dom til anbringelse på Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland.

Det er den behandlingsansvarlige overlæges opgave at sørge for, at behandlingen føres ud i praksis herunder at gribe ind, hvis den behandlingsdømte ikke passer sin behandling som planlagt. Principielt er behandlingen ikke forskellig fra den, andre patienter tilbydes, bortset fra at det ofte vil være muligt at indlægge og tilbageholde patienten på psykiatrisk afdeling iht. dommen.

I langt de fleste tilfælde vil behandlingsdømte også have tilsyn af Kriminalforsorgen, som bør være inddraget i behandlingen herunder evt. i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og som står for handleplan og koordinering med andre myndigheder, f.eks. de sociale myndigheder ved behov (jf. afsnit 3.2.3 om Retssystemet/Kriminalforsorgen).

3.2.2. Socialsektoren

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

Med kommunalreformen vil den amtslige og den kommunale socialpsykiatri blive forankret i kommunerne. Fra den 1. januar 2007 vil der derfor alene være én myndighed, nemlig kommunerne, som har afgørelseskompetencen og forsyningsforpligtelsen for tilbud til psykisk syge efter serviceloven.

3.2.3. Retssystemet/Kriminalforsorgen

Kriminalforsorgen har en tilsynsforpligtelse overfor de personer, som dømmes efter straffelovens §§ 68-69. Det drejer som om langt den største del af den persongruppe, som enten idømmes psykiatrisk behandling på sygehus med mulighed for udskrivning eller som idømmes ambulant psykiatrisk behandling.

Personer, der i henhold til straffelovens §§ 68-69 dømmes til anbringelse på psykiatrisk afdeling, er ikke under tilsyn af Kriminalforsorgen.

Et tilsyn med en behandlingsdømt i Kriminalforsorgen kan typisk forløbe som nedenfor skitseret:

Kriminalforsorgen modtager domsudskriftet, når ankefristen er udløbet. Det er oftest Kriminalforsorgen, som videresender domsudskriftet til behandlende overlæge/afdeling. Har den dømte været varetægtsfængslet under sagen, hvilket som hovedregel vil have været i surrogat, er den pågældende normalt fortsat indlagt ved domsafsigelsen og tiden derefter, og først i forbindelse med en udskrivning involveres Kriminalforsorgen.

Er den dømte på fri fod ved domsafsigelsen, afholdes ofte et møde mellem Kriminalforsorgen, den behandlende afdeling og eventuelle boinstitutioner, misbrugsbehandlingscenter, kontaktpersoner, etc. Der gælder forskellig praksis med hensyn til, hvilke personer der deltager i disse møder. På møderne afdækkes klientens samlede behandlingsmæssige og sociale støttebehov og arbejdsdelingen mellem de forskellige instanser aftales.

Kriminalforsorgens funktioner er meget forskellige alt efter den enkeltes klients situation. Der er klienter, der psykisk er så dårlige og så tæt fulgt i døgnforanstaltninger, at tilsynet føres via kontakt til behandlende læge og botilbudet, idet behandlingssystemet fraråder personlig kontakt til klienten.

For klienter, der har tæt støtte i eget hjem, er der ofte en fortløbende personlig kontakt til klienten fra Kriminalforsorgen, evt. sammen med støttepersoner. Den personlige og sociale støtte ydes her af støttekontaktpersonerne, hvorfor kontakten til Kriminalforsorgen mere er af opfølgende og kontrollerende art.

For klienter, der er i ambulant behandling uden andre støtteforanstaltninger, er Kriminalforsorgens opgaver at yde den nødvendige sociale og personlige støtte. Der er fortløbende tilsynskontakt, typisk en gang om måneden. Tilsynets indhold kan bestå i rådgivning og vejledning i aktuelle daglige problemstillinger, løbende vurdering af, om der er behov for yderligere støtte, og i kontakt til andre myndigheder.

Kriminalforsorgen skal udfærdige en handleplan sammen med klienten, med mindre denne ikke kan forholde sig til dette af helbredsmæssige grunde. Ved behov afstemmes handleplanen med relevante samarbejdspartnere.

Der er i alle situationer et løbende samarbejde med det ansvarlige psykiatriske behandlingssystem.

Over for den gruppe dømte, hvor det psykiatriske behandlingssystem ikke har kunnet tilbyde relevant behandling, er det Kriminalforsorgens opgave at afklare og planlægge et eventuelt andet behandlingstilbud i samarbejde med amt og kommune.

Hvis det ikke lykkes at få etableret et andet behandlingstilbud, er Kriminalforsorgen den eneste instans, der har kontakt til klienten og kan yde denne støtte i hverdagen.

3.3. Regelgrundlaget i de tre sektorer

3.3.1. Sundhedsvæsenet

Ifølge Lov nr. 328 af 26. juni 1975 om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne² (§ 3) påhviler det amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner på disses psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage:

- a) Personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse.
- b) Personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling.
- c) Personer, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus.
- d) Personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.

Det påhviler desuden Vestsjællands Amtskommune at drive den til statshospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsafdeling (§ 3 stk. 2). På afdelingen skal modtages:

- a) Personer, der i henhold til dom eller administrativ beslutning skal anbringes på sikringsafdelingen.
- b) Personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse i hospital for sindslidende, og som af anklagemyndigheden skønnes at burde anbringes i sikringsafdelingen.

Det følger af § 42 i lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (herefter psykiatriloven), at Justitsministeren fastsætter regler om, i hvilket omfang reglerne i psykiatriloven finder tilsvarende anvendelse på personer, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i strafferetsplejens former.

² Forslag til lov om retspsykiatrisk behandling mv. er fremsat den 5. oktober 2005. Loven erstatter bl.a. lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne. § 3 i lov om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne videreføres uændret som § 1 og § 2 i lov om retspsykiatrisk behandling mv. Loven træder i kraft 1. januar 2007.

Justitsministeren har i bekendtgørelse af 14. december 1998³ fastsat, at for personer der er indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i medfør af straffelovens § 68 eller § 69 eller retsplejelovens § 765, § 777 eller § 809, stk. 2 finder bestemmelserne i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og de i medfør af loven udfærdigede forskrifter tilsvarende anvendelse. Det gælder dog ikke psykiatrilovens §§ 5-11 om frihedsberøvelse, tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tilbageførsel og ophør af frihedsberøvelse, og § 21, stk. 2 om ret til efterprøvelse af frihedsberøvelse samt bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Desuden gælder bestemmelserne i psykiatrilovens §§ 24-29 om patientrådgivere kun i tilfælde, hvor den pågældende ikke har en bistandsværge efter straffelovens § 71.

Retspsykiatriske patienter er således, med de nævnte undtagelser, omfattet af psykiatrilovens bestemmelser på linje med andre personer indlagt på psykiatrisk afdeling.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner kan være et vigtigt redskab i forhold til at sikre sammenhæng i behandlingsforløb og samarbejde mellem sundhedsvæsen og socialsektor efter udskrivning. Således følger det af Psykiatrilovens § 3, stk. 4, at overlægen har ansvar 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.

Om koordinationsplaner bestemmer lovens § 3, stk. 5, at hvis en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, 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.

Den psykiatriske afdeling kan jf. § 3, stk. 6 videregive oplysninger om patientens rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med overholdelse af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

³ Bekendtgørelsen af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse.

De specifikke krav til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er fastsat i vejledning nr. 203 af 8. december 1998 om psykiatrilovens revision. Det fremgår heraf bl.a., at målgruppen er patienter med alvorlige sindslidelser, der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Der kan f.eks. være tale om patienter, der lider af skizofreni og samtidigt har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at udskrivningsaftalerne skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud, som vil være relevante for patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, der er fastlagt, og hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes.

Med Sundhedslovens ikrafttrædelse 1. januar 2007 bliver det obligatorisk for kommuner og regioner at indgå sundhedsaftaler om indsatsen for sindslidende. Formålet hermed er at sikre samordning og sammenhæng i patientforløb, som går på tværs af to myndighedsniveauer. Det bliver et obligatorisk element i disse sundhedsaftaler at fastlægge ansvaret for at koordinere indsatsen for patienter, som ved siden af deres sindslidelse har et misbrug.

Som opfølgning på V 72 vedtog Folketinget den 20. oktober 2004 lov nr. 1372 om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet. Denne lov har til formål, at skabe mulighed for gennem videregivelse af oplysninger uden samtykke at undersøge visse udvalgte behandlingsforløb med henblik på at udnytte eksisterende viden til at mindske risikoen for, at psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet. Med loven undersøges op til 10 sager årligt og Sundhedsstyrelsen afgiver årligt en beretning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lovforslaget er tidsbegrænset, således at loven alene har gyldighed i 5 ½ år indtil 30. juni 2010.

3.3.2. Socialektoren

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 personalets 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.

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

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 have mulighed for 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 dømtede 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. Brugere 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 dømtede sindslidende skal også fastsættes i en handleplan.

Herudover blev kommunerne i 1998 forpligtet til at sørge for støttekontaktpersoner til sindslidende. Målgruppen for denne ordning er de mest socialt udsatte og isolerede psykisk syge.

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 (f.eks. 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.

En evaluering af udviklingen i samarbejdet mellem Kriminalforsorgen og det sociale system fra 2003 viste, at der ikke kunne konstateres ændrede og forbedrede samarbejdsrelationer på tværs af offentlige sektorer på baggrund af udsendelsen af de "Vejledende retningslinier for samarbejdet mellem de sociale myndigheder og Kriminalforsorgens institutioner og afdelinger" udsendt i 1998, og at Retningslinjerne endnu ikke var implementeret i praksis i en sådan grad, at der kunne konstateres en generel sammenhæng i indsatsen.

På baggrund af evalueringsrapportens resultater har Socialministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen aftalt, at de vejledende retningslinier ikke skal revideres. I stedet indføres en pligt for kommunerne og Kriminalforsorgens institutioner til at koordinere handleplaner, således at der så tidligt som muligt kan iværksættes en samlet, koordineret indsats.

Socialministeriet har den 9. februar 2006 udstedt bekendtgørelse nr. 81 om kommunernes pligt til at koordinere handleplaner med Kriminalforsorgen for visse persongrupper.

3.3.3. Retssystemet/Kriminalforsorgen

Kriminalforsorgens tilsynsarbejde med behandlingsdømte er bestemt af cirkulære nr. 15 og vejledning nr. 16, begge af 19. februar 2003, om Kriminalforsorgens tilsyn med personer, der er idømt en foranstaltning efter straffelovens § 68 eller § 69.

Det fremgår af disse bestemmelser, at behandlingsdømte ikke er omfattet af straffuldbyrddelsesloven, men at tilsynet alligevel skal føres i henhold til denne lovs §§ 94-99, samt i henhold til bekendtgørelse/cirkulærer og vejledninger om Kriminalforsorgens tilsyn med prøveløsladte, betinget dømte m.v., med de fornødne tilføjelser og tilføjelser som er bestemt i ovennævnte cirkulære og vejledning.

Reglerne for tilsyn (de regler, som er relevante for behandlingsdømte) fastsætter:

At første møde med tilsynsklienten skal ske senest 1 uge efter dommens gyldighed. Den dømte skal ses ugentlig den første måned, derefter hver 14. dag i 2 måneder, hvorefter klienten ses 1 gang månedlig. Tilsynshyppigheden kan nedsættes eller forøges, hvis omstændighederne taler derfor.

Tilsynsmøderne kan afvikles enten på Kriminalforsorgens kontor eller som hjemmebesøg, evt. på et tilbud. Tilsynsmyndigheden skal holde sig orienteret om klientens bopæl og beskæftigelse.

Kriminalforsorgens hovedopgaver i forbindelse med gennemførelse af et tilsyn er dels at tilbyde den dømte vejledning og bistand med hensyn til den pågældendes personlige, sociale og beskæftigelsesmæssige forhold med henblik på at forbedre den pågældendes mulighed for at leve et kriminalitetsfrit liv, dels at iværksætte og kontrollere, at den pågældende overholder fastsatte vilkår i forbindelse med dommen.

Kriminalforsorgen skal i sin egenskab af tilsynsmyndighed formidle kontakt til institutioner, myndigheder og personer, som efter anden lovgivning kan yde bistand.

Kriminalforsorgen har som udgangspunkt ingen tilbud til klienter i tilsyn af bevilgende eller behandlende karakter, udover samtaler og støtte i kontakten til andre myndigheder, samt kontrolfunktionen. Enhver anden form for støtte skal normalsystemet tilbyde.

Særligt med hensyn til personer, der er idømt en foranstaltning efter straffelovens § 68 eller § 69, er det fastsat, at tilsynsmyndigheden skal være opmærksom på, om der er sådanne ændringer i klientens psykiske tilstand, som kan begrunde indlæggelse. Hvis sådanne ændringer observeres, skal tilsynsmyndigheden rette henvendelse til den behandlende overlæge med henblik på, at der træffes afgørelse om, hvorvidt indlæggelse skal iværksættes.

Et egentligt tilsyn omfatter de perioder, hvor den pågældende ikke er indlagt på sygehus, men klienten registreres også som tilsynsklient i perioder, hvor den pågældende er indlagt. Da et akut indgreb, f.eks. sygehusindlæggelse, kan blive aktuelt, er det vigtigt, at der er kontakt mellem tilsynsmyndigheden og de behandlende læger, når klienten er udskrevet. Tilsynet med behandlingsdømte føres derfor normalt i samarbejde med den behandlende overlæge, sammen med hvem tilsynsmyndigheden kan træffe afgørelse om indlæggelse i de tilfælde, hvor dommen giver mulighed herfor.

Tilsynsmyndigheden skal sørge for, at statsadvokaten får meddelelse om indlæggelsen.

Såfremt Kriminalforsorgen bliver bekendt med, at en behandlingsdømt vil foretage en udlandsrejse, skal Kriminalforsorgen overveje at tage initiativ til, at personen indlægges, hvis det af behandlingsmæssige årsager vurderes nødvendigt, at pågældende forbliver i landet.

Kriminalforsorgen skal i tilsynsforløbet være opmærksom på, om der fortsat er behov for foranstaltningen, og hvis der ikke er det eller ikke er behov i samme omfang, skal Kriminalforsorgen efter en drøftelse med overlægen fremsende anmodning til anklagemyndigheden om ophævelse eller lempelse af foranstaltningen.

Kriminalforsorgen har således en central koordinerende rolle i forhold til de behandlingsdømte.

Omstilling i indsatsen for de psykisk syge i Danmark

Psykiatrien har siden amterne overtog statshospitalerne i 1976 undergået store forandringer. Man har gradvist bevæget sig væk fra at have samlet behandlingen af psykisk syge på store statshospitaler (totalinstitutioner) frem til en mere og mere decentral organisering af behandlingstilbudene, med en udbygget distrikts- og socialpsykiatri.

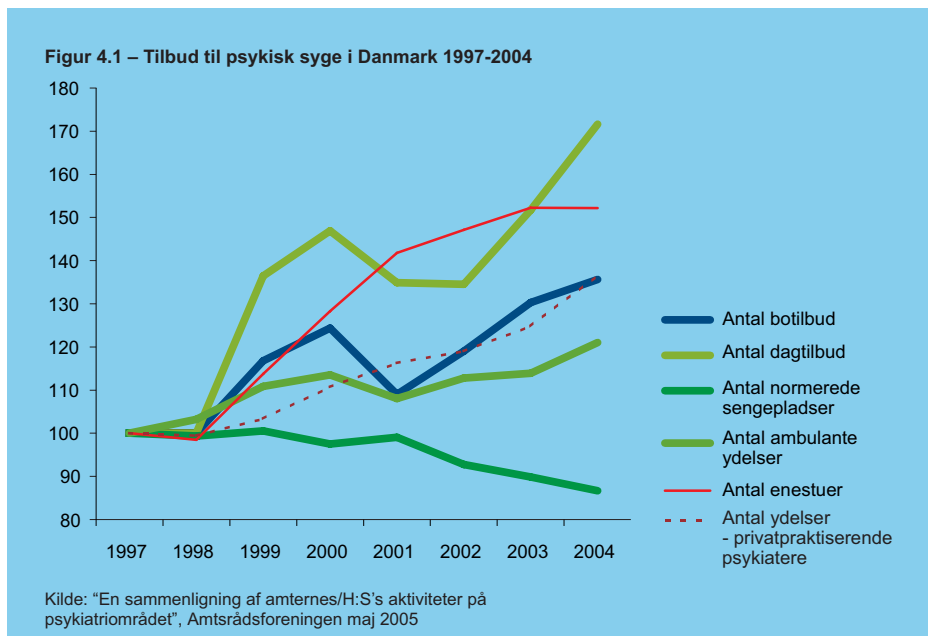
Den gradvise afvikling af totalinstitutionerne kan bl.a. aflæses i udviklingen i antallet af sengepladser i psykiatrien. Fra 1976 til 2003 faldt antallet af sengepladser fra ca. 11.000 til 3.676. I samme periode steg antallet af ambulante besøg fra ca. 138.000 i 1976 til 643.000 i 2003, hvilket bl.a. afspejler en massiv udbygning af distriktspsykiatrien. Hertil kommer, at der især de seneste år er sket en udbygning af bo- og støttetilbud til psykisk syge. Antallet af botilbud steg fra 2.328 i 1997 til 3.158 i 2004, mens antallet af dagtilbud i samme periode steg fra 1.288 til 2.211⁴. Herudover blev kommunerne, som tidligere nævnt, i 1998 forpligtet til at sørge for støtte- kontaktpersoner til sindslidende (servicelovens § 80). Målgruppen for denne ordning er de mest socialt udsatte og isolerede psykisk syge. I dag har ca. 5.500 personer en støtte- og kontaktperson.

Hensigten med den gradvise ændring af psykiatrien var at mindske behovet for indlæggelser ved at udvikle et mere varieret tilbud de psykisk syge i amter og kommuner, med bl.a. flere ambulante behandlingstilbud. Samtidig ville man forebygge nye indlæggelser og mindske tilbagefald ved at yde en mere målrettet social støtte i forhold til den enkelte, og samtidig mindske den tendens til udstødelse af psykisk syge medborgere som let følger af institutionalisering ved langvarige indlæggelser. Denne ændring af indsatsen overfor de psykisk syge afspejler en generel international tendens med den fælles målsætning at komme af med tidligere tiders "asyl" og meget store institutioner og fremme psykisk syges integration i samfundet.

⁴ "En sammenligning af amternes/H:S aktiviteter på psykiatriområdet", Amtsrådsforeningen 2005.

Omstillingen og udviklingen af nye tilbud betød imidlertid også brud i den sammenhæng, som var indeholdt i statshospitalernes tilbud. Det mest åbenlyse problem i omstillingsprocessen var den generelt utilstrækkelige koordinering af nedlæggelsen af senge, inden de nye distrikts- og socialpsykiatriske tilbud var tilstrækkeligt udbygget. Samtidig betød omstillingen, at flere sektorer nu fik ansvar for delopgaver i forhold til psykisk syge.

Blandt andet på den baggrund prioriterede regering, amter og kommuner med psykiatriaftalerne for perioderne 1977-1999, 2000-2002 og senest 2003-2006 en hurtig udbygning af de nye tilbud, ligesom parterne i en række år har arbejdet målrettet for at sikre sammenhæng i de tilbud, der gives til psykisk syge.



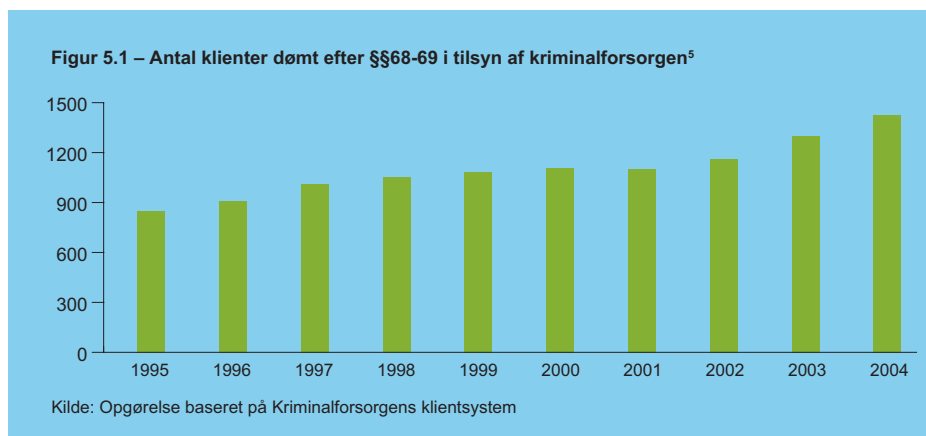
Udviklingen i de forskellige tilbud til de psykisk syge siden den første psykiatriaftale i 1997 frem til 2004 fremgår af figur 4.1. Figuren illustrerer derved den omstilling, der er sket i perioden.

Kriminalitetsudvikling, kriminell karriere og karakteristik af behandlingsdømte

Der skal indledningsvis gøres opmærksom på, at persongruppen der undersøges i dette kapitel varierer. I afsnit 5.1. og 5.5 indgår personer dømt til foranstaltninger efter straffelovens § 68 og dømte, der på grund af den i straffelovens § 69 omtalte tilstand, er pålagt en § 68-foranstaltning. I persongruppen er ikke indeholdt anbringelsesdømte og retarderede. I afsnit 5.2, 5.3 og 5.4 indgår personer, der er psykisk syge (dømt efter straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt.) og således ikke personer dømt efter § 69. I denne persongruppe indgår anbringelsesdømte. Årsagen til denne variation er, at det ikke på baggrund af de datakilder der har været anvendt, har været muligt at afgrænse persongrupperne på samme måde.

5.1. Antal personer idømt foranstaltning efter straffelovens §§ 68-69

Figur 5.1 viser udviklingen i antallet af tilsyn med personer, der er dømt til foranstaltninger efter straffelovens § 68 og herunder er blevet underkastet vilkår om tilsyn, samt dømte, der på grund af den i straffelovens § 69 omtalte tilstand, er pålagt en § 68-foranstaltning. Tallene for de enkelte år er baseret på et gennemsnit af antallet af tilsyn den sidste dag i månederne.



⁵ Tallet indeholder ikke mental retarderede og anbringelsesdømte

Som supplement til ovenstående figur 5.1 blev antallet af behandlingsdømte opgjort den 10. september 2005. På dette tidspunkt var antallet 1.632. Det kan således konstateres, at der i perioden 1995 til 2005 er sket næsten en fordobling i antallet af retspsykiatriske patienter.

For en oversigt over udviklingen i antal personer idømt foranstaltning efter §§68-69 fordelt på amter se tabel 10.3 – Bilag 3.

5.2. Kriminalitetsudviklingen blandt psykisk syge lovovertredere

I det følgende belyses omfanget af kriminalitet begået af psykisk syge lovovertredere i perioden 1995 til 2004. Der ses dels på den generelle udvikling i omfanget af kriminalitet i perioden, dels på udviklingen i alvorligere personfarlig kriminalitet, og endelig på de psykisk syge lovovertrederes andel af den samlede kriminalitet de enkelte år.

Den almene diskussion om psykisk syge lovovertredere tager gerne udgangspunkt i udviklingen i antallet af psykisk syge *lovovertredere*. I dette afsnit er udgangspunktet et andet, idet det er den *kriminalitet*, personerne har begået, der er i fokus. Udviklingen i antallet af lovovertredere, der er idømt en foranstaltningsdom på grund af psykisk sygdom, behøver i princippet ikke at afspejle udviklingen i kriminalitet, begået af psykisk syge lovovertredere, idet de kan være dømt for et varierende antal forhold de forskellige år. En dom kan således omfatte mange forhold.

Ved siden af at se på, hvor megen kriminalitet der ligger bag foranstaltningsdommene, er det også her undersøgt, hvor megen kriminalitet de psykisk syge begår under foranstaltningen. Det vil således typisk være sådan, at såfremt en person, der allerede er underkastet en foranstaltning, begår kriminalitet, kan vedkommende under henvisning hertil ikendes et tiltalefrafald uden vilkår. Såfremt det drejer sig om mindre alvorlig kriminalitet, kan der også – under foranstaltningen – idømmes en bøde.

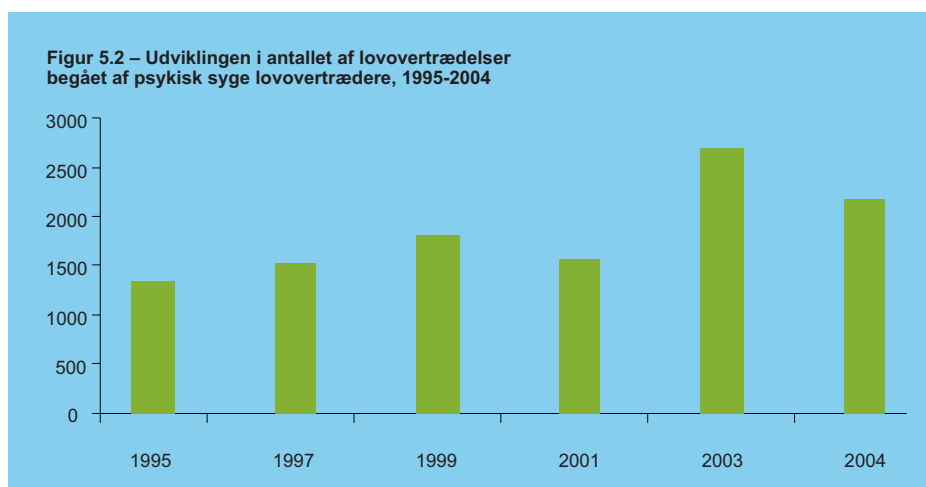
Ved såvel at se på hvor megen og hvilken type kriminalitet, der ligger bag foranstaltningsdommene, som arten og omfang af kriminalitet under foranstaltningen, opnås et ganske fuldstændigt billede af de psykisk syge lovovertrederes kriminalitet.

Oplysninger til brug for denne undersøgelse stammer fra Kriminalregisteret. Der er indhentet oplysninger om personer dømt efter straffelovens §§ 68-69 i årene 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 og 2004. For samme år er der indhentet oplysninger om bøder og tiltalefrafald uden vilkår, som er givet til personer, der var underkastet en foranstaltning. Justitsministeriets Forskningsenhed har bearbejdet data.

Denne undersøgelse omfatter alene lovovertrædelser, begået af personer, der er psykisk syge (dømt efter straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. og ikke personer dømt efter § 69). Der henvises i øvrigt til bilag 2 med hensyn til en nærmere beskrivelse af undersøgelsesmateriale.

5.2.1. Omfang af kriminalitet

Udviklingen i omfanget af kriminalitet, begået af psykisk syge, er vist i figur 5.2. Som det ses, stiger antallet af lovovertrædelser fra 1995 til 1999. Stigningen er på 34 %. Fra 1999 til 2001 sker der et fald i antallet af lovovertrædelser (på 13 %), mens der fra 2001 til 2003 sker en ganske voldsom vækst på hele 72 %. Fra 2003 til 2004 falder kriminaliteten igen, et fald på 19 %.



Udviklingen fra 2001 til 2004 følger ikke helt det mønster, man skulle forvente på baggrund af oplysninger om antallet af retspsykiatriske klienter. Det skyldes, at udviklingen i antallet af lovovertrædelser i høj grad bestemmes af, hvor mange biforhold de enkelte domme omfatter. Som det ses af tabel 5.1, omfattede foranstaltningsdommene i både 2001 og 2004 færre biforhold, end tilfældet var i 2003, hvilket er med til at forklare den kraftige vækst i kriminaliteten fra 2001 til 2003 og faldet fra 2003-2004.

Tabel 5.1- Lovovertrædelser fordelt efter afgørelsens art, år og efter, om den er et hoved- eller biforhold

	Lovovertrædelser bag foranstaltningsdomme			Lovovertrædelser bagbøder og tiltalefrafald		
	Hovedforhold (antal domme)	Bi-forhold	Antal biforhold pr. dom	Hovedforhold (antal afgørelser)	Bi-forhold	Antal biforhold pr. dom
1995	178	781	4,4	174	211	1,2
1997	227	826	3,6	232	230	1,0
1999	243	966	4,0	262	335	1,3
2001	251	778	3,1	265	276	1,0
2003	377	1515	4,0	394	415	1,1
2004	375	921	2,5	456	418	0,9

Væksten i antallet af retspsykiatriske klienter er først og fremmest bestemt af antallet af foranstaltningsdomme, som – jf. figur 5.3 – er vokset mere end antallet af lovovertrædelser. Mens antallet af domme er vokset med 111 % fra 1995 til 2004, er væksten på 35 % for antallet af forhold, dommene omfatter, og på 61 % for alle lovovertrædelser. Det er dog kun i 2004, der er en stor forskel mellem antallet af domme og antallet af lovovertrædelser. Denne forskel synes primært at bero på, at dommene i 2004 omfatter forholdsvis få biforhold.

Figur 5.3 – Udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme, i antallet af lovovertrædelser, dommene omfatter, og i antallet af lovovertrædelser generelt, 1995-2004



I det følgende ses nærmere på foranstaltningsdommene med henblik på at belyse udviklingstendenser heri.

5.2.2. Foranstaltningsdommene

Udviklingen i antallet af domme fremgår af tabel 5.2 og figur 5.3. Af tabel 5.2 ses, at der kun er små variationer med hensyn til dommenes fordeling efter foranstaltningens art de forskellige år, og de variationer der er, viser ikke tydelige udviklingstendenser.

Tabel 5.2 - Foranstaltningsdomme fordelt efter foranstaltningens art og år												
	1995		1997		1999		2001		2003		2004	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse	2	1	5	2	6	2	6	2	4	1	10	3
Ambulant behandling med mulighed for indlæggelse	45	25	79	35	81	33	80	32	107	28	109	29
Behandling med mulighed for indlæggelse	117	66	132	58	143	59	151	60	241	64	242	65
Anbringelse på psykiatrisk afdeling	14	8	11	5	11	5	12	5	22	6	14	4
Anbringelse i sikret afdeling	0	0	1	0	1	0	2	1	3	1	0	0
I alt	178	100	228	100	242	100	251	100	377	100	375	100

For så vidt angår arten af den kriminalitet, de psykisk syge dømmes for, er der, jf. tabel 5.3, derimod sket visse ændringer. Der er således en nedgang i andelen af psykisk syge lovovertrædere, der dømmes for brandstiftelse, mens der omvendt er en stor stigning i andelen, der dømmes for vold og lignende mod personer i offentlig tjeneste. På øvrige områder er der ikke klare udviklingstendenser.

Tabel 5.3 omfatter alene det hovedforhold, sagskomplekset angår. Det vil sige den af de lovovertrædelser, personen sigtes for, som primært bidrager til straffen. Inkluderes også biforhold, er der fortsat en tydelig vækst i andelen, der dømmes for vold mod personer i offentlig tjeneste.

Tabel 5.3 - Foranstaltningsdomme fordelt efter kriminalitetens art og år

		1995	1997	1999	2001	2003	2004
Alvorligeseksu- alforbrydelser*	Abs.	4	1	7	4	7	6
	%	2	0	3	2	2	2
Blufærdigheds- krænkelser og andre seksu- alforbrydelser	Abs.	6	5	5	7	5	7
	%	3	2	2	3	1	2
Vold o.lign mod off. mynd.	Abs.	15	34	34	52	91	103
	%	8	15	14	21	24	27
Drab og forsøg herpå	Abs.	7	11	8	13	10	8
	%	4	5	3	5	3	2
Simpel vold	Abs.	25	38	40	39	48	54
	%	14	17	16	16	13	14
Alvorligere vold	Abs.	15	18	25	21	43	35
	%	8	8	10	8	11	9
Øvrige volds- forbrydelser	Abs.	14	13	21	20	25	21
	%	8	6	9	8	7	6
Brandstiftelse	Abs.	31	32	18	28	32	30
	%	17	14	7	11	8	8
Indbrud	Abs.	5	14	11	6	10	21
	%	3	6	5	2	3	6
Tyveri i øvrigt	Abs.	7	4	13	5	24	12
	%	4	2	5	2	6	3
Brugstyveri	Abs.	4	6	2	3	3	6
	%	2	3	1	1	1	2
Røveri	Abs.	18	31	23	22	33	15
	%	10	13	9	9	9	4
Øvrige ejen- domsforbrydel- ser	Abs.	11	12	14	18	23	23
	%	6	5	6	7	6	6
Narkotika- forbrydelser	Abs.	2	1	4	2	5	6
	%	1	0	2	1	1	2
Øvrige straffe- lovsovertræd.	Abs.	11	5	4	5	11	11
	%	6	2	2	2	3	3
Færdselslov- sovertrædelser	Abs.	2	1	3	2	2	8
	%	1	0	1	1	1	2
Særlovsover- trædelser i øvr.	Abs.	2	4	10	2	5	9
	%	1	2	4	1	1	2
I alt	Abs.	178	230	243	250	377	375
	%	100	100	100	100	100	100

* Alvorlige seksualforbrydelser omfatter incest, voldtægt og seksualforbrydelser mod børn under 12 år.

Med hensyn til brandstiftelse ses derimod ikke længere et klart fald i disse forhold. Denne forskel kan muligvis bero på, at tilbøjeligheden til at politianmelde brandstiftelse er øget i perioden, hvilket vil indebære, at de brandstiftelser, undersøgelsen omfatter, hyppigere har været mindre alvorlige i slutningen end i begyndelsen af den undersøgte periode. Dette kan være grunden til, at de sjældnere klassificeres som hovedforbrydelse i den senere del af perioden. Som sagt bestemmes hovedforholdet ud fra, hvad der er det alvorligste eller groveste af de forhold, personen sigtes for. Det er ikke forbrydelse-nes strafferamme, men forbrydelse-nes konkrete karakter og omfang, der er bestemmende for, hvilken der vurderes til at være hovedforbrydelsen. Hypotesen bekræftes af, at mens 9 % af brandstiftelserne de første tre år i undersøgelsen angår § 180 (kvalificeret brandstiftelse), er andelen på kun 3 % de sidste tre år i undersøgelsen.

I forlængelse af ovenstående viser det sig videre, at andelen af foranstaltningsdomme, der vedrører alvorlig personfarlig kriminalitet, falder markant i løbet af perioden, jf. tabel 5.4. Med alvorlig personfarlig kriminalitet forstås incest, voldtægt, seksualforbrydelser mod børn under 12 år, alvorligere vold (§§ 245-246), drab og forsøg herpå, brandstiftelse og røveri. Som det ses af tabel 5.4, falder andelen af domme for denne form for kriminalitet, fra 42 % i 1995 til 25 % i 2004. Sådan forholder det sig imidlertid ikke, når også biforholdene inddrages i analysen. Dette kan, som tidligere nævnt i relation til brandstiftelser, skyldes, at der i den senere del af den undersøgte periode er en øget tilbøjelighed til at politianmelde mindre alvorlige hændelser, som falder ind under de nævnte former for kriminalitet. Dette vil således kunne forklare, hvorfor disse former for kriminalitet, sjældnere klassificeres som hovedforholdet i den senere del af den undersøgte periode.

Tabel 5.4 - Foranstaltningsdomme fordelt efter år og efter, om hovedforbrydelsen angår alvorlig personfarlig kriminalitet

		1995	1997	1999	2001	2003	2004
Alvorligere personfarlig kriminalitet*	Abs.	74	92	81	88	125	94
	%	42	41	33	35	33	25
Anden kriminalitet	Abs.	104	135	161	163	252	281
	%	58	59	67	65	67	75
I alt	Abs.	178	227	242	251	377	375
	%	100	100	100	100	100	100

* Omfatter incest, voldtægt, seksualforbrydelser mod børn under 12 år, alvorligere vold (§§ 245-246), drab og forsøg herpå, brandstiftelse og røveri.

Med hensyn til aldersfordelingen af de dømte i de forskellige år er der en del udsving. Der ses kun for aldersgruppen under 20 år en mere systematisk udviklingstendens,

som går i retning af stadig flere unge behandlingsdømte. Mens der i perioden 1995-2001 kun var 2 unge under 18 år, der blev idømt en foranstaltningsdom, var der i 2003 og 2004 sammenlagt 8 unge i denne aldersgruppe, der fik en foranstaltningsdom. De tilsvarende tal for aldersgruppen 18-19 år er henholdsvis 13 og 26. (Se tabel 5.10 for oversigt over foranstaltningsdomme til unge mellem 15 og 19 år)

5.2.3. Den generelle udvikling i kriminalitetens art

Tabel 5.5 omfatter alle hoved- og biforhold både for nye foranstaltningsdomme og straf-feretlige afgørelser under en igangværende foranstaltning.⁶

Som det fremgår af tabellen, varierer antallet af alvorlige seksualforbrydelser noget, idet der i årene 1999, 2001 og især 2003 er forholdsvis mange alvorlige seksualforbrydelser. Vedrørende mindre alvorlige seksualforbrydelser er antallet – med undtagelse af 2003 – nogenlunde konstant i perioden. I 2003 er antallet af seksualforbrydelser generelt uforholdsmæssigt stort, hvilket skyldes en enkelt sag med ikke mindre end 106 biforhold for seksualforbrydelser. Biforholdene drejer sig om både anden kønslig omgang med barn under 12 år, blufærdighedskrænkelser, utugtige foto- eller filmoptagelser og besiddelse af børnepornografi.

Med hensyn til vold o. lign. mod personer i offentlig tjeneste vokser *andelen* af disse lovovertrædelser – fra 3 % af samtlige lovovertrædelser i 1995 til 11 % i 2004. I *absolutte* tal er der sket en femdobling i antallet af tilfælde af vold mod personer i offentlig tjeneste. Generelt er det et område, hvor væksten i antallet af anmeldelser har været stor, og det er næppe usandsynligt, at en del af væksten i antallet af tilfælde af vold mod personer i offentlig tjeneste beror på en øget anmeldelsestilbøjelighed (se også afsnit 8.1).

Vedrørende *andelen* af forbrydelser, der angår drab og øvrige voldsforbrydelser, er denne ganske stabil i perioden. Det samme gælder to andre former for alvorlige personfarlige forbrydelser: brandstiftelse og røveri. Der er dog tale om en klar vækst i de *absolutte* tal, for så vidt angår alvorligere vold.

Der er en tendens til, at brugstyveri udgør en faldende *andel* af de forbrydelser, de psykisk syge dømmes for, mens det absolutte *antal* dog er nogenlunde stabilt. Det samme er tilfældet for øvrige ejendomsforbrydelser, som først og fremmest angår dokumentfalsk, bedrageri, hærværk og hæleri. *Andelen* af lovovertrædelser, der vedrører indbrud og øvrige former for tyverier, veksler noget, men der er ikke klare tegn på hverken et fald eller en stigning. Det samlede *antal* tyverier er derimod stigende.

⁶ Når der i det følgende tales om domme og dømte, inkluderes de afgørelser og de personer, der har fået et tiltalefratagelse eller vedtaget en bøde under foranstaltningen. Formelt set er der i disse tilfælde ikke tale om en dom eller en domfældt.

Tabel 5.5 - Samtlige lovovertrædelser fordelt efter kriminalitetens art og år

		1995	1997	1999	2001	2003	2004
Alvorligeseksu- alforbrydelser*	Abs.	5	2	11	10	21	6
	%	0	0	1	1	1	0
Blufærdigheds- krænkelse og andre seksu- alforbrydelser	Abs.	20	29	19	10	124**	21
	%	1	2	1	1	5	1
Vold o. lign. mod off. mynd.	Abs.	40	82	89	132	179	237
	%	3	5	5	8	7	11
Drab og forsøg herpå	Abs.	8	16	8	13	13	9
	%	1	1	0	1	0	0
Simpel vold	Abs.	88	102	88	81	127	124
	%	7	7	5	5	5	6
Alvorligere vold	Abs.	25	32	34	27	60	50
	%	2	2	2	2	2	2
Øvrige voldsfor- brydelser	Abs.	52	66	65	46	144	112
	%	4	4	4	3	5	5
Brandstiftelse	Abs.	49	48	36	55	50	52
	%	4	3	2	4	2	2
Indbrud	Abs.	87	159	125	83	162	153
	%	6	10	7	5	6	7
Tyveri i øvrigt	Abs.	254	209	405	369	525	381
	%	19	14	22	24	19	18
Brugstyveri	Abs.	78	86	89	41	78	78
	%	6	6	5	3	3	4
Røveri	Abs.	31	49	42	50	50	46
	%	2	3	2	3	2	2
Øvrige øjen- domsforbrydel- ser	Abs.	330	289	321	322	508	270
	%	25	19	18	21	19	12
Narkotikaforbry- delser	Abs.	4	2	12	2	9	19
	%	0	0	1	0	0	1
Øvrige straffe- lovovertr.	Abs.	75	73	93	52	153	146
	%	6	5	5	3	6	7
Færdselslovs- overtrædelser	Abs.	54	84	112	90	194	162
	%	4	6	6	6	7	7
Særlovover- trædelser i øvr.	Abs.	145	186	256	186	299	303
	%	11	12	14	12	11	14
I alt	Abs.	1345	1515	1809	1570	2701	2170
	%	100	100	100	100	100	100

* Alvorlige seksualforbrydelser omfatter incest, voldtægt og seksualforbrydelser mod børn under 12 år.

** Det store tal skyldes en enkelt dom med i alt 106 biforhold, jf. teksten.

Med hensyn til narkotikaforbrydelser forekommer de ret sjældent blandt psykisk syge lovovertrædere. Der er dog tendens til et stigende *antal* narkotikaforbrydelser.

Både *andelen* og *antallet* af lovovertrædelser, der vedrører færdselsloven, stiger i løbet af perioden, mens andelen af øvrige særlovsovertrædelser er nogenlunde konstant. Også her stiger dog *antallet*.

Med hensyn til udviklingen i *andelen* af forbrydelser, der kan betegnes som alvorlige og personfarlige, er der, som det fremgår af tabel 5.6, hverken tale om stigning eller fald, hvilket heller ikke var forventet på baggrund af ovennævnte beskrivelse.

Antalsmæssigt er der derimod tale om en vækst, fra 118 alvorlige personfarlige forbrydelser i 1995 til 164 i 2004. Det svarer til en vækst på 39 %. Der er dog ikke tale om en jævn vækst, idet der i den undersøgte periode har været både stigninger og fald i antallet af alvorlige personfarlige forbrydelser.

Tabel 5.6 - Samtlige lovovertrædelser fordelt efter år og efter, om hovedforbrydelsen angår alvorlig personfarlig kriminalitetens art eller ej							
		1995	1997	1999	2001	2003	2004
Alvorligere personfarlig kriminalitet*	Abs.	118	148	131	153	197	164
	%	9	10	7	10	7	8
Anden kriminalitet	Abs.	1227	1367	1674	1417	2504	2006
	%	91	90	93	90	93	92
I alt	Abs.	1345	1515	1805	1570	2701	2170
	%	100	100	100	100	100	100

* Omfatter incest, voldtægt, seksualforbrydelser mod børn under 12 år, alvorligere vold (§§ 245-246), drab og forsøg herpå, brandstiftelse og røveri.

5.2.4. Andelen af den samlede kriminalitet

Af tabel 5.7 fremgår, hvor stor en del af den samlede pådømte kriminalitet, de psykisk syge har stået for de enkelte år og i alle de undersøgte år. Her er inkluderet alle forhold, der er ført til enten en foranstaltningsdom, en frihedsstraf, en bøde eller et tiltalefrafald de pågældende år.

Med hensyn til *udviklingen* viser tabel 5.7, at det – igen med undtagelse af år 2003 – er en nogenlunde konstant andel af seksualforbrydelserne, der er begået af psykisk syge lovovertrædere. For voldtægt er der dog en tendens til vækst i den andel, der er begået af de psykisk syge lovovertrædere.

Andelen af voldsforbrydelser, der er begået af psykisk syge lovovertrædere, er steget fra 2,6 % i 1995 til 4,8 % i 2004. Stigningen er dog – som tilfældet også er for voldtægter – ikke helt jævn. Især andelen af sager vedrørende vold mod personer i offentlig tjeneste er vokset ganske betydeligt, jf. tidligere. Andelen af drab og forsøg herpå, der er begået af psykisk syge lovovertrædere, varierer betydeligt år for år, hvilket også skyldes, at det drejer sig om små tal. Andelen af drab, der er begået af psykisk syge lovovertrædere, stiger dog i løbet af perioden. En tilsvarende, men svagere, tendens gælder alvorligere vold (§§ 245-246) og trusler.

For så vidt angår ejendomsforbrydelser, er det svært at pege på klare udviklingstendenser. Andelen af indbrud, der er begået af psykisk syge lovovertrædere, stiger dog. Det samme gælder gruppen af andre tyverier og hælerier. I øvrigt svinger andelen af forskellige lovovertrædelser begået af psykisk syge lovovertrædere noget år for år.

Det samme gør sig gældende for narkotikaforbrydelser. Til gengæld er der en stigende tendens i andelen af overtrædelser af øvrige straffelovsbestemmelser, begået af psykisk syge lovovertrædere.

Andelen af overtrædelser af færdselsloven begået af psykisk syge lovovertrædere, er ret lav, hvorfor de ændringer, der er, angår promiller.

Tabel 5.7 - De psykisk syge lovovertrædendes andel af samtlige lovovertrædelser fordelt efter kriminalitetens art og år

	1995	1997	1999	2001	2003	2004	Alle år
Seksuualforbrydelser i alt	2,2%	2,9%	3,1%	2,1%	14,2%	2,6%	4,5%
Voldtægt mv.	5,3%	1,3%	5,7%	7,1%	7,8%	8,0%	6,0%
Seksuualforbrydelser mod børn	0,0%	0,5%	3,9%	1,9%	5,8%	0,0%	1,9%
Blufærdighedskrænkelser	2,5%	4,0%	2,7%	1,8%	13,1%*	3,8%	4,4%
Øvrige seksualforbrydelser	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	30,4%*	0,5%	8,5%
Voldsforbrydelser i alt	2,6%	3,7%	3,3%	3,2%	4,8%	4,8%	3,8%
Vold o.l. mod offentlig myndighed	3,8%	7,2%	6,5%	9,3%	9,5%	11,6%	8,4%
Drab	6,3%	6,1%	12,5%	20,6%	12,1%	15,2%	12,2%
Forsøg på manddrab	26,1%	43,8%	27,3%	25,0%	39,1%	25,0%	34,5%
Simpel vold	1,9%	2,3%	1,9%	1,6%	2,3%	2,2%	2,0%
Alvorligere vold	2,8%	3,8%	3,8%	2,6%	5,1%	4,4%	3,8%
Trusler	3,9%	3,6%	4,1%	2,8%	6,3%	5,0%	4,4%
Øvrige voldsforbrydelser	2,6%	5,0%	3,9%	1,8%	6,6%	5,6%	4,4%
Ejendomsforbrydelser i alt	0,8%	0,9%	1,3%	1,3%	2,1%	1,6%	1,3%
Dokumentfalsk	1,2%	1,0%	1,5%	1,1%	1,1%	1,0%	1,2%
Brandstiftelse	15,1%	20,2%	18,4%	21,5%	18,5%	16,0%	18,0%
Indbrud	0,6%	1,3%	1,2%	1,0%	2,0%	2,0%	1,3%
Tyveri fra bil, båd mv.	0,7%	0,7%	1,5%	0,2%	3,1%	1,3%	1,2%
Butikstyverier mv.	0,6%	0,5%	1,2%	1,7%	2,0%	1,4%	1,2%
Andre tyverier	0,7%	0,7%	1,1%	0,8%	1,5%	1,5%	1,0%
Brugstyveri af indregistreret køretøj	0,5%	0,8%	1,1%	0,5%	1,4%	1,0%	0,8%
Andre brugstyverier	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%	0,8%	1,5%	0,8%
Underslæb, bedrageri, mandatsvig	0,5%	0,6%	1,0%	2,5%	4,2%	0,4%	1,4%

Hæleri	0,2%	0,5%	0,8%	0,5%	1,2%	1,2%	0,7%
Røveri	3,5%	4,9%	4,2%	4,4%	3,8%	3,7%	4,1%
Hærværk	2,5%	1,3%	2,0%	1,3%	2,1%	3,3%	2,1%
Øvrige ejendoms- forbrydelser	0,3%	0,7%	0,7%	0,6%	2,1%	0,8%	0,8%
Andre straf- felovsovertræ- delser i alt	1,6%	1,7%	2,3%	1,1%	2,9%	2,7%	2,1%
Narkotikafor- brydelser	0,4%	0,2%	1,3%	0,2%	0,7%	1,4%	0,8%
Øvrige straffelovs- bestemmelser	1,8%	2,1%	2,5%	1,3%	3,4%	3,0%	2,4%
Færdselslovs- overtrædelser i alt	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Spiritus- og promillekørsel, inkl. m. uheld	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
Færdselslov i øvrigt	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Øvrige særlovs- overtrædelser	0,5%	0,7%	1,0%	0,8%	1,2%	1,0%	0,8%
Lov om eufori- serende stoffer	0,5%	0,9%	1,3%	1,0%	1,6%	1,5%	1,1%
Våbenloven	1,0%	1,0%	2,1%	1,7%	2,1%	1,8%	1,6%
Særlove i øvrigt	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
I alt	0,6%	0,6%	0,9%	0,7%	1,3%	0,9%	0,8%

*De store andele i 2003 skyldes en enkelt dom med i alt 106 biforhold, jf. tidligere

Vedrørende øvrige særlovs-overtrædelser er der både med hensyn til lov om euforiserende stoffer og våbenloven en vis stigning i andelen, der er begået af psykisk syge lovovertrædere.

Men hensyn til de psykisk syge lovovertræderes andel af de forskellige former for kriminalitet er der på visse områder en ganske stor overrepræsentation i forhold til den samlede andel på 0,8 % (for alle år). Der er i særlig grad en meget stor andel af forsøg på manddrab, der er begået af psykisk syge lovovertrædere. I gennemsnit angår hver tredje dom for forsøg på manddrab psykisk syge lovovertrædere, mens knap hver femte dom for brandstiftelse gør det. For drab drejer det sig om knap hver ottende dom.

Samlet set angår omkring hver 25. dom for en voldsforbrydelse en psykisk syg lovovertræder. Med hensyn til den samlede alvorlige personfarlige kriminalitet i den undersøgte periode, står de psykisk syge lovovertrædere for 6 % heraf.

Det skal tages i betragtning, at psykisk syge lovovertrædere muligvis har en større opdagelsesrisiko end andre. På grund af den psykiske sygdom kan det antages, at de i mindre grad end andre planlægger og overvejer risici, når de er i færd med at begå en lovovertrædelse. Nogle af de kriminelle gerninger kan også være begået under en indlæggelse, hvilket vil øge opklaringsprocenten. Når især de psykisk syges andel af domme for forsøg på manddrab er stor, skyldes det muligvis, at de psykisk syge har vanskeligere end andre ved at fastholde en forklaring og klare sig under en retssag. Generelt er det således en meget stor del af dem, der i første omgang tiltales for forsøg på manddrab, som ender med at blive dømt for vold, idet det ikke under retssagen kan bevises, at den tiltalte har haft forsæt til at dræbe offeret. Det ville i denne sammenhæng være relevant at have kendskab til, hvor stor en del af de sager, der rejses mod psykisk syge, der er tilståelsessager – et spørgsmål, denne undersøgelse dog ikke kan besvare.

Det skal endvidere tages i betragtning, at sandsynligheden for, at gerningsmanden diagnosticeres som psykisk syg, er større, når det gælder de meget alvorlige personfarlige lovovertrædelser, end når sigtelsen angår andre lovovertrædelser. Det skyldes, at der i de alvorlige sager er større sandsynlighed for, at den sigtede mentalundersøges.

De lovovertrædelser, der er omfattet af tabel 5.7, er som skrevet dem, der har ført til en bøde, et tiltalefraval, en frihedsstraf eller en foranstaltningsdom. Det er ikke her muligt at udskille de lovovertrædelser, der begås af psykisk syge, som ikke (længere) er underkastet en foranstaltningsdom. Såfremt det drejer sig om mindre alvorlig kriminalitet, der har medført bøde el.lign., vil der således ikke blive tale om en foranstaltningsdom. Det vil derfor i princippet være mere korrekt at sammenligne andelen af lovovertrædelser, de psykisk syge har begået, med alene den andel, der har ført til enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningsdom. En analyse, baseret alene på denne del af lovovertrædelserne, viser dog samme mønster, som tabel 5.7, jf. tabel 2 bilag 2 (se også tabel 5.8). Det kan tilføjes, at ses alene på den andel, der har ført til enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningsdom, står de psykisk syge lovovertrædere for omkring 2 % af kriminaliteten.

5.2.5. Andelen af alle lovovertrædere

Der er endelig også, jf. tabel 5.8, set på, hvor stor en andel, de psykisk syge udgør af samtlige personer, der dømmes for en lovovertrædelse. Information om antal personer,

der er idømt en foranstaltning, en frihedsstraf, en bøde eller et tiltalefrafald findes ikke for alle årene. Her ses derfor alene på det seneste år, 2004⁷.

Her inkluderes også en opgørelse over de psykisk syges andel af alene de lovovertrædelser, der har ført til en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltning, jf. diskussionen ovenfor.

Tabel 5.8 - Andel psykisk syge lovovertrædere ud af samtlige dømte fordelt efter arten af kriminalitet, 2004⁸

	Andel af alle dømte		Andel af alle idømt ubetingede frihedsstraffe og foranstaltningsdomme	
	Antal	Procentandel	Antal	Procentandel
Straffelovsovertrædelser	507	1,5 %	357	2,2 %
Seksualforbrydelser	23	3,6 %	21	5,7 %
Voldsforbrydelser	303	4,2 %	250	4,0 %
Ejendomsforbrydelser	269	1,2 %	159	1,9 %
Andre straffelovsovertrædelser	73	2,5 %	52	3,1 %
Færdselslovsovertrædelser	71	0,07 %	21	0,5 %
Øvrige særlovs-overtrædelser	170	1,1 %	78	5,4 %
Alle lovovertrædelser	587	0,4 %	374	1,7 %

Med undtagelse af færdselslovsovertrædelser er de psykisk syge lovovertrædere overrepræsenterede på alle kriminalitetsområder. Det gælder i særlig grad volds- og seksualforbrydelser.

5.2.6. Sammenfatning

Fra 1995 til 2004 er antallet af de lovovertrædelser, psykisk syge straffes for, steget med 61 %. Væksten er ikke jævn, idet der fra 2003 til 2004 – det sidste år i denne undersøgelse – har været et fald i antallet af lovovertrædelser, som psykisk syge dømmes for.

Der har i særlig grad været en stor vækst i antallet af tilfælde af vold mod personer i offentlig tjeneste, idet der er tale om mere end en 5-dobling af disse forbrydelser. Forbrydelser, der kan karakteriseres som alvorlige og personfarlige, er steget med 39 % fra 1995 til 2004.

Med hensyn til udviklingen i andelen af de forskellige former for forbrydelser er det igen vold mod personer i offentlig tjeneste, der primært viser en stigning. Andelen af

⁷ Det kan tilføjes, at tallene for 2003 i høj grad svarer til dem for 2004.

⁸ Hvis en person har begået forskellige former for lovovertrædelser, vil vedkommende indgå flere steder i tabellen, derfor er summen af antallet af personer i de forskellige underkategorier større end det antal psykisk syge lovovertrædere, der overhovedet er dømt for en lovovertrædelse det pågældende år.

forbrydelser, som er alvorlige og personfarlige, er nogenlunde konstant i den undersøgte periode.

I forhold til den samlede kriminalitet udgør den andel, de psykisk syge dømmes for, 0,8 %. Ses alene på den andel af kriminaliteten, der har ført til enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningsdom, står psykisk syge lovovertrædere for omkring 2 % af kriminaliteten.

Uanset hvordan tallet gøres op gælder, at psykisk syge for visse typer af kriminalitet er endog meget overrepræsenterede. Det er således mere end en tredjedel af alle domme for forsøg på manddrab, der angår psykisk syge, mens omkring hver ottende dom for drab gør det. Endvidere er det iøjnefaldende, at næsten hver femte dom for brandstiftelse vedrører psykisk syge lovovertrædere. Med hensyn til den samlede alvorlige personfarlige kriminalitet står de psykisk syge lovovertrædere for 6 %

Dette skal ses i lyset af, at de psykisk syge lovovertrædere udgør 0,4 % af samtlige lovovertrædere.

5.3. Kriminel karriere og tilbagefald til ny kriminalitet blandt psykisk syge

I dette afsnit ses på kriminel karriere blandt psykisk syge. Talmaterialet er baseret på en undersøgelse af alle de personer, der i perioden 1.1.1996 til 30.6.2000 fik ophævet en foranstaltningsdom. Undersøgelsen omfatter alene dem, der er idømt en foranstaltningsdom efter straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt., altså de psykisk syge. Oplysningerne stammer fra Kriminalregisteret og er bearbejdet af Justitsministeriets Forskningsenhed.

Undersøgelsesmaterialet omfatter i alt 605 personer. Såfremt en person har mere end én ophævet foranstaltningsdom inden for ovennævnte periode, indgår personen kun med den første ophævede dom i materialet.

Undersøgelsesmaterialet er modtaget fra Kriminalregisteret i juli 2003. De personer, der er døde inden ca. to år før indhentning af data, er slettet i Kriminalregisteret. Det samme gælder personer, der er fyldt 80 år, og som ikke har aktuelle sager i Kriminalregisteret. Disse personer vil derfor ikke være omfattet af undersøgelsen. Det er estimeret, at den oprindelige population har været 5-7 % større end den, denne undersøgelse er baseret på⁹.

⁹ Se bilag 2, hvor baggrunden for denne estimering omtales.

5.3.1. Nærmere om populationen

Alder og køn

Hovedparten – 85 % – af de dømte er mænd. Andelen af kvinder er, sammenlignet med den andel der idømmes ubetingede frihedsstraffe for straffelovsovertrædelser, forholdsvis stor. I begyndelsen af 1990'erne, hvor en væsentlig del af foranstaltningsdommene i dette materiale blev idømt, var andelen af kvinder blandt dem, der blev idømt en ubetinget frihedsstraf, på 5-6 %. Andelen blandt de foranstaltningsdømte er således omkring 3 gange så stor.

Der er meget få helt unge blandt de foranstaltningsdømte, jf. tabel 5.9 Blandt de dømte dominerer aldersgrupperne 25 til 39 år, som udgør nærvædet 60 % af alle dømte. Den ældste af de dømte var 71 år på domstidspunktet, og i alt var 12 personer 60 år eller mere, da de blev idømt foranstaltningsdommen.

Tabel 5.9 - Personer med foranstaltningsdomme fordelt efter køn og alder på domstidspunktet

	Kvinder		Mænd		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
15-19 år	3	3,4	12	2,3	15	2,5
20-24 år	15	16,9	81	15,7	96	15,9
25-29 år	9	10,1	118	22,9	127	21,0
30-39 år	24	27,0	194	37,6	218	36,0
40-49 år	23	25,8	79	15,3	102	16,9
50 år og derover	15	16,9	32	6,2	47	7,8
I alt	89	100	516	100	605	100

På grund af ovennævnte sletninger i Kriminalregisteret er det dog givet, at de ældre aldersklasser er underrepræsenterede i undersøgelsesmateriale. I øvrigt ses af tabel 5.9, at aldersspredningen for kvinder er større end for mænd.

Til sammenligning kan nævnes, at blandt dem, der idømmes ubetingede frihedsstraffe, dominerer aldersgruppen 20-29 år, og at omkring en tiendedel af de dømte er under 20 år. Til gengæld er der meget få over 50 år.

Som det fremgår af tabel 5.10 ses der for aldersgruppen under 20 år en systematisk udviklingstendens, der går i retning af stadig flere unge behandlingsdømte. Mens der de første fire undersøgelsesår kun var 2 unge under 18 år, der blev idømt en foranstaltnings-

dom, var der i 2003 og 2004 sammenlagt 8 unge i denne aldersgruppe, der fik en foranstaltningsdom. De tilsvarende tal for aldersgruppen 18-19 år er henholdsvis 13 og 26.

Tabel 5.10 - Antal foranstaltningsdomme til unge mellem 15 og 19 år						
	1995	1997	1999	2001	2003	2004
15-17 år	1	0	0	1	3	5
18-19 år	1	3	2	7	13	13
Total	2	3	2	8	16	18

Kriminalitetens art

De lovovertrædelser, der ligger bag foranstaltningsdommene, er først og fremmest volds- og ejendomsforbrydelser, jf. tabel 5.11. Knap 46 % af lovovertrædelserne er ejendomsforbrydelser, og knap 43 % er voldsforbrydelser. Næsten en tredjedel af ejendomsforbrydelserne er brandstiftelser, mens en nogenlunde tilsvarende andel af voldsforbrydelserne er simpel vold (§ 244). Seksualforbrydelser forekommer forholdsvis sjældent (godt 4 % af samtlige). Tilsvarende gælder for narkotikaforbrydelser. Sammenlagt angår 40 % af dommene alvorlig personfarlig kriminalitet, forstået som seksualforbrydelser (med undtagelse af blufærdighedskrænkelser og andre, mindre alvorlige seksualforbrydelser), alvorlig og særlig alvorlig vold, manddrab og forsøg herpå, røveri og brandstiftelse.

Tabel 5.11 - Domme fordelt efter kriminalitetens art		
	Antal	Procent
Seksualforbrydelser	25	4,1
Heraf: Voldtægt	9	1,5
Blufærdighedskrænkelser	11	1,8
Voldsforbrydelser	259	42,8
Heraf: Vold mod off. Myndighed	60	9,9
Simpel vold (§ 244)	83	13,7
Alvorlig og særlig alv. vold (§§ 245-246)	49	8,1
Manddrab og forsøg herpå	17	2,8
Ejendomsforbrydelser	277	45,8
Heraf: Tyveri inkl. Indbrud	75	12,4
Røveri	61	10,1
Brandstiftelse	85	14,0
Andre straffelovsovertrædelser	38	6,3
Heraf: Narkotikaforbrydelser	8	1,3
Andre lovovertrædelser	6	1,0
I alt	605	100

Ved sammenligning med personer, der er idømt ubetingede frihedsstraffe, er der især forskel med hensyn til andelen, der dømmes for alvorlig personfarlig kriminalitet. Denne andel er mere end dobbelt så stor blandt dem, der idømmes foranstaltningsdomme.

Foranstaltnings art

Størstedelen af dommene lyder på behandling med mulighed for indlæggelse, jf. tabel 5.12. Dertil kommer godt en fjerdedel af dommene, som giver mulighed for indlæggelse. Sammenlagt indebærer 86 % af dommene dermed mulighed for indlæggelse. Kun godt hver tyvende dom er til ambulant behandling, mens knap 8 % er anbringelsesdomme, heraf nogle få med anbringelse i sikret afdeling.

Tabel 5.12 - Domme fordelt efter foranstaltnings art		
	Antal	Procent
Tilsyn/ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse	38	6,3
Tilsyn/ambulant behandling med mulighed for indlæggelse	175	28,9
Behandling med mulighed for indlæggelse	345	57,0
Dømte til anbringelse på psykiatrisk afdeling	44	7,3
Dømt til anbringelse i sikret afdeling	3	0,5
I alt	605	100

Foranstaltnings varighed

Foranstaltnings varighed varierer fra godt 4 måneder til knap 23 år. Den korteste dom ophæves dog i forbindelse med, at personen idømmes en ny foranstaltningsdom. I gennemsnit har dommene varet ca. 5½ år.

Tabel 5.13 - Domme fordelt efter foranstaltnings varighed		
	Antal	Procent
Til og med 3 år	188	31,1
> 3 til 5 år	146	24,1
> 5 til 10 år	194	32,1
Over 10 år	77	12,7
I alt	605	100

Som det ses af tabel 5.13, varer knap en tredjedel af dommene højest 3 år, mens knap en fjerdedel er på 3 til 5 år. I ca. hvert tredje tilfælde har foranstaltningen varet i 5 til 10 år, og ca. hver ottende foranstaltning har varet over 10 år.

Tabel 5.14 viser, at der er en klar sammenhæng mellem foranstaltningens art og dens længde. Hovedparten af de domme, der ikke giver mulighed for indlæggelse, varer maksimalt 3 år, mens hovedparten af anbringelsesdommene varer over 10 år.

Tabel 5.14 - Foranstaltningsdomme fordelt efter varighed og art i procent					
	Indtil 3 år	>3 til 5 år	>5 til 10 år	Over 10 år	I alt
Tilsyn/ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse	55,3	21,1	21,1	2,6	100
Tilsyn/ambulant behandling med mulighed for indlæggelse	40,6	26,3	29,7	3,4	100
Behandling med mulighed for indlæggelse	27,5	25,8	33,3	13,3	100
Dømte til anbringelse på psykiatrisk afdeling	2,3	6,8	40,9	50,0	100
Dømt til anbringelse i sikret afdeling	-	-	33,3	66,7	100
I alt (procent)	31,1	24,1	32,1	12,7	100
I alt (N)	188	146	194	77	605

Der er tilsvarende en sammenhæng mellem foranstaltningens varighed og kriminalitetens art. Manddrab er således den forbrydelse med den længste gennemsnitlige varighed af foranstaltningen (godt 11 år). Varigheden af foranstaltninger for de ovennævnte former for alvorligere lovovertrædelser er i gennemsnit på 6½ år mod 4½ år for øvrige lovovertrædelser.

5.3.2. Straffe inden første foranstaltningsdom

Lige knap halvdelen af de dømte er straffet inden, de fik en foranstaltningsdom. Tidligere afgørelser omfatter bøder, tiltalefrafald, betingede og ubetingede frihedsstraffe.

Tabel 5.15 - Alder på tidspunktet for kriminel debut						
	Alle dømte		Tidligere straffede		Tidligere ustraffede	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
15-19 år	122	20,2	105	34,0	17	5,7
20-24 år	147	24,3	90	29,1	57	19,3
25-29 år	117	19,3	56	18,1	61	20,6
30-39 år	129	21,3	37	12,0	92	31,1
40-49 år	62	10,2	16	5,2	46	15,5
50 år og derover	28	4,6	5	1,6	23	7,8
I alt	605	100	309	100	296	100

Af de første søjler i tabel 5.15 fremgår alderen på debuttidspunktet for alle de dømte. Heraf ses, at hovedparten har en debutalder på over 24 år, hvilket er en forholdsvis høj debutalder (gennemsnit: 29 år). Det beror dog primært på de tidligere ustraffede, da de i de fleste tilfælde har været 30 år eller ældre, da de idømtes den første foranstaltningsdom (gennemsnit på 33 år), jf. de sidste søjler i tabellen. Personer, der – første gang de straffes – idømmes en foranstaltningsdom, har således en forholdsvis sen kriminel karriere. De, der er straffet inden foranstaltningsdommen, har en noget lavere debutalder, idet en tredjedel af dem var under 20 år, da de debuterede, og kun knap en femtedel af dem gjorde det efter det fyldte 30. år (gennemsnit på 25 år).

Tabel 5.16 - Arten af første strafferetlige afgørelse		
	Antal	Procent
Ubetinget dom	95	15,7
Betinget dom	173	28,6
Tiltalefrafald	3	0,5
Bøde	38	6,3
Foranstaltningsdom	296	48,9
I alt	605	100

Arten af første dom – for dem der ikke første gang idømmes en foranstaltningsdom – er i de fleste tilfælde en betinget eller en ubetinget frihedsstraf, jf. tabel 5.16. Man kunne have forventet, at flere ville have fået en bøde, idet det er den mest udbredte strafform. Sanktionsfordelingen tyder dermed på, at arten af debutkriminalitet har været forholdsvis alvorlig, jf. også tabel 5.17.

Langt de fleste debuterer med straffelovsovertrædelser, hvoraf en tredjedel er enten seksual- eller voldsforbrydelser. 29 % af lovovertrædelserne må betegnes som alvorlige og personfarlige, jf. ovenstående afgrænsning.

Det kan videre nævnes, at mere end en tredjedel af dem, der tidligere er straffet, kun har én tidligere afgørelse, mens godt en femtedel har to. Godt hver sjette har dog har mere end fem tidligere afgørelser. Den person, der har flest forstraffe, har i alt 25.

Tabel 5.17 - Arten af debutkriminalitet		
	Antal	Procent
Seksuualforbrydelser	14	2,3
Heraf: <i>Voldtægt</i>	6	1,0
<i>Blufærdighedskrænkelser</i>	4	0,7
Voldsforbrydelser	189	31,3
Heraf: <i>Vold mod off. Myndighed</i>	43	7,1
<i>Simpel vold (§ 244)</i>	58	9,6
<i>Alvorlig og særlig alv. vold (§§ 245-246)</i>	38	6,3
Manddrab og forsøg herpå	28	4,6
Ejendomsforbrydelser	321	53,1
Heraf: <i>Tyveri inkl. Indbrud</i>	83	13,7
<i>Røveri</i>	42	7,0
<i>Brandstiftelse</i>	59	9,8
Andre straffelovsovertrædelser	25	4,1
Heraf: <i>Narkotikaforbrydelser</i>	3	0,5
Andre lovovertrædelser	55	9,1
I alt	604*	100

* I et enkelt tilfælde mangler oplysninger om kriminalitetens art.

Sammenlagt har de 309 personer med tidligere straffe 1.012 tidligere strafferetlige afgørelser, altså mere end tre i gennemsnit. Godt halvdelen af disse afgørelser er ubetingede domme, mens godt en tredjedel er betingede. Også det vidner om, at den kriminalitet, de psykisk syge lovovertrædere har begået inden første foranstaltningsdom, gennemgående er af alvorligere art.

5.3.3. Straffe under foranstaltningsdommen

Begår de dømte kriminalitet, mens de er underkastet en foranstaltning, kan de, hvis forholdet er af mindre alvorlig art, idømmes en bøde, eller de kan få et tiltalefrafald under henvisning til, at de allerede er underkastet en foranstaltning. Knap en femtedel – 115 af de 605 dømte – er idømt en eller flere bøder under foranstaltningen, og ligeledes knap en femtedel (111 personer) har fået et eller flere tiltalefrafald. Sammenlagt har 20 % – 177 personer – fået bøde og/eller tiltalefrafald under foranstaltningen.

Tabel 5.18 - Antallet af strafferetlige afgørelser under foranstaltningen

	Antal	Procent
Ingen afgørelse	428	70,7
1 afgørelse	93	15,4
2 afgørelser	28	4,6
3 til 5 afgørelser	39	6,4
6 til 10 afgørelser	14	2,3
Mere end 10 afgørelser	3	0,5
I alt	605	100

Enkelte har fået ganske mange bøder under foranstaltningen – op til 16 – og tilsvarende har enkelte fået mange tiltalefrafald (maksimalt 10). Tabel 5.18 viser, at godt halvdelen af dem, der har fået en strafferetlig afgørelse under foranstaltningen, kun har fået én, mens hver tiende har fået mere end 5.

Tabel 5.19 - Arten af (første) recidivkriminalitet under foranstaltningsdommen

	Antal	Procent
Seksuualforbrydelser	3	1,7
Voldsforbrydelser	21	11,9
Ejendomsforbrydelser	99	55,9
Andre straffelovsovertrædelser	6	3,4
Andre lovovertrædelser	48	27,1
I alt	177	100

Den kriminalitet, der begås under foranstaltningsdommen, og som ikke fører til en ny foranstaltningsdom, er, jf. tabel 5.19, af mindre alvorlig karakter end den kriminalitet, der har ført til foranstaltningsdommen. En beregning viser, at alene 7 % af den kriminalitet, der begås under foranstaltningen, er af alvorlig personfarlig art, mens 40 % af den kriminalitet, der førte til foranstaltningsdommen, er af alvorlig personfarlig art.

5.3.4. Frihedsstraffe mellem foranstaltningsdomme

Hvis en person, der tidligere er idømt en foranstaltningsdom, senere idømmes en frihedsstraf, kan det muligvis tages som udtryk for, at vedkommende er blevet så rask, at en foranstaltningsdom ikke længere anses for at være nødvendig eller adækvat. Såfremt en frihedsstraf derimod falder mellem to foranstaltningsstraffe, kan det indicere, at retssystemet ikke i tilstrækkelig grad har været opmærksomt på, at vedkommende er psykisk syg.

I så henseende viser undersøgelsen, at ud af de i alt 605 personer i undersøgelsen har 181 fået mere end én foranstaltningsdom. Af disse 181 personer er 23 – eller ca. hver ottende – idømt en betinget eller ubetinget dom ind imellem foranstaltningsdommene. For 14 af de 23 er der tale om en ubetinget dom.

5.3.5. Recidiv

Ved recidiv forstås tilbagefald til ny kriminalitet. Almindeligvis måles recidiv over en periode af 2 år efter dom, hvis der er tale om en ikke frihedsberøvende sanktion, og ellers efter løsladelse efter afsoning af en fængselsstraf. Kriterierne for recidiv varierer. I denne undersøgelse anvendes forskellige kriterier også med henblik på at kunne sammenligne recidivprocenten med den, der findes for andre dømte.

Foranstaltningsdomme kan hverken sammenlignes med frihedsberøvende sanktioner eller med ikke frihedsberøvende. Som det er fremgået, dømmes langt de fleste til behandling med mulighed for indlæggelse. I hvilket omfang denne mulighed benyttes, eller hvor længe personen er indlagt, vides ikke. Det er derfor heller ikke muligt at starte recidivmålingen præcis på det tidspunkt, hvor personen løslades og dermed ikke længere er tilbageholdt. Derfor gennemføres en recidivmåling med både domstidspunktet og tidspunktet for dommens ophævelse som udgangspunkt.

Recidiv i løbet af 2 år efter domfældelse

Med hensyn til førstestævnte – recidiv i løbet af de to første år efter domstidspunktet – viser undersøgelsen, at knap hver femte (112 personer svarende til ca. 19 %) får en ny sanktion i løbet af dette tidsrum. De nye sanktioner er i langt de fleste tilfælde givet under foranstaltningen. Af de i alt 215 sanktioner, disse 112 personer har fået i løbet af 2 år efter idømmelse af foranstaltningen, er fire femtedele (172) af sanktionerne idømt/ikendt under foranstaltningen, mens de resterende er idømt/ikendt efter, at foranstaltningen er ophævet.

Tabel 5.20 - Arten af nye strafferetlige afgørelser inden for 2 år efter dom		
	Antal	Procent
Ubetingede domme	11	5,1
Betingede domme	3	1,4
Foranstaltningsdomme	24	11,2
Bøder	81	37,7
Tiltalefrafald	96	44,7
I alt	215	100

Det betyder, at langt de fleste af de strafferetlige afgørelser, der falder inden for 2 år efter idømmelsen af foranstaltningsdommen, er tiltalefrafald og bøder, jf. tabel 5.20. Tabellen indikerer dog også, at den nye kriminalitet undertiden medfører, at den tidligere foranstaltningsdom ophæves, og at en ny foranstaltningsdom idømmes.

Tabel 5.21 - Arten af første nye lovovertrædelse inden for 2 år efter domfældelse

	Antal	Procent
Seksualforbrydelser	1	0,9
Voldsforbrydelser	16	14,3
Ejendomsforbrydelser	70	62,5
Andre straffelovsovertrædelser	7	6,3
Andre lovovertrædelser	18	16,1
I alt	112	100

Hovedparten af de lovovertrædelser, recidivisterne første gang begår efter idømmelse af foranstaltningsdommen, er ejendomsforbrydelser, herunder først og fremmest formueforbrydelser. Sammenlignet med andelen, der idømmes en foranstaltningsdom for voldsforbrydelser, er andelen, der recidiverer til en voldsforbrydelse, ganske ringe. Kun godt 2 % af de forbrydelser, der er omfattet af tabel 5.21, kan karakteriseres som alvorlig personfarlig kriminalitet.

Med hensyn til recidivhastigheden får godt en fjerdedel af dem, der recidiverer, en ny sanktion inden for ½ år efter idømmelsen af foranstaltningsdommen, mens der for yderligere en tredjedel går op til et år. Størstedelen af dem, der recidiverer i løbet af 2 år efter idømmelsen af foranstaltningsdommen, recidiverer altså ganske hurtigt, hvilket svarer til den almene tendens for recidiv.

Der er en meget tydelig sammenhæng mellem foranstaltningens varighed og recidiv, idet recidivprocenten er klart faldende med stigende varighed: fra 51 % for dem, hvis foranstaltning har varet op til 2 år, over 23 % og 10 % for dem, hvis foranstaltning har varet henholdsvis 2 til 4 år og 4 til 6 år, til 1 % for dem, der har været underkastet en foranstaltning i mere end 6 år. Dette hænger dog givet sammen med, at de dømte – og herunder især dem med langvarige foranstaltninger – i et vist omfang er afskåret fra at begå kriminalitet gennem anbringelser og indlæggelser. Det bekræftes af, at sammenhængen mellem foranstaltningens varighed og recidiv ikke er så tydelig, når der ses på recidiv efter foranstaltningens ophør, jf. nedenfor.

Recidiv i løbet af 2 år efter ophævelse af foranstaltning

For så vidt angår recidiv efter ophævelse af dommen viser undersøgelsen, at 163 – eller 27 % – recidiverer inden for 2 år efter ophævelsen af dommen.

Tabel 5.22 - Arten af nye strafferetlige afgørelser inden for 2 år efter domfældelse		
	Antal	Procent
Ubetingede domme	24	7,2
Betingede domme	12	3,6
Foranstaltningsdomme	76	22,7
Bøder	128	38,2
Tiltalefrafald	95	28,4
I alt	335	100

Sammenlagt når de 123 recidivister at få 335 nye sanktioner i løbet af de to første år efter ophævelsen af foranstaltningsdommen. Fordelingen af sanktioner fremgår af tabel 5.22. Bøder og tiltalefrafald dominerer også efter ophævelse af dommen, hvilket kan skyldes, at mere end halvdelen af recidivisterne atter idømmes en foranstaltningsdom. I hvert fald nogle af bøderne og tiltalefrafaldene vil således være idømt/ikendt under en ny, igangværende foranstaltningsdom. Det ses videre af tabel 5.22, at kun få af de nye domme er frihedsstraffe.

Tabel 5.23 - Arten af første nye lovovertrædelse inden for 2 år efter domfældelse		
	Antal	Procent
Seksuualforbrydelser	4	2,5
Voldsforbrydelser	31	19,0
Ejendomsforbrydelser	78	47,9
Andre straffelovsovertrædelser	10	6,1
Andre lovovertrædelser	40	24,5
I alt	163	100

Med hensyn til arten af de lovovertrædelser, recidivister begår (ved første recidiv), angår omkring en fjerdedel andre former for lovovertrædelser end straffelovsovertrædelser, jf. tabel 5.23. En beregning viser, at 16 % af kriminaliteten kan betegnes som alvorlig og personfarlig, hvilket er en noget mindre andel end den, der lå bag idømmelsen af foranstaltningsdommen (40 %).

Med hensyn til recidivhastighed viser undersøgelsen, at ca. hver ottende af recidivisterne er idømt en ny sanktion samme dag, som foranstaltningsdommen er ophævet. I langt de fleste af disse tilfælde idømmes en ny foranstaltningsdom. Sammenlagt får mere end to tredjedele af recidivisterne en ny sanktion i løbet af det første år efter ophævelsen af foranstaltningsdommen.

For så vidt angår sammenhængen mellem foranstaltningens varighed og recidiv ses, at recidivprocenten er på samme niveau for dem, der har været underkastet en foranstaltning på op til 2 år og dem, der har været det i 4 til 6 år: henholdsvis 31 og 29 %. Recidivprocenten er lidt lavere for dem, der har været underkastet en foranstaltning i 2 til 4 år – 22 % – og lavest for dem, der har været det i mere end 6 år – 20 %. Sidstnævnte må antages at skyldes, at de dømte har en ganske høj alder ved foranstaltningens ophævelse. De nævnte forskelle er ikke statistisk sikre.

Recidiv i forhold til kriminalitetens art

Det kan være af særskilt interesse at se på, hvordan det går de personer, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet. Er det en gruppe, der især hyppigt recidiverer? Og – i tilfælde af recidiv – er det da særligt hyppigt tilbagefald til nye personfarlige lovovertrædelser?

Hvis der først ses på recidiv i løbet af 2 år efter foranstaltningsdommens idømmelse, viser det sig, at mens 13 % af dem, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet, recidiverer, gælder det for 22 % af de øvrige dømte. Der er altså klart færre af dem, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet end af de øvrige, som falder tilbage til ny kriminalitet¹⁰. Det skal tilføjes, at dette ikke kan forklares med forskel i alder, idet personer, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet gennemgående er lidt yngre end de øvrige dømte og dermed – som udgangspunkt – i større risiko for at recidivere¹¹.

Af de personer, der recidiverer, er det en fjerdedel af dem, der tidligere har begået alvorlig personfarlig kriminalitet, der igen begår denne form for kriminalitet, mens kun godt hver trettende af de øvrige¹².

For så vidt angår recidiv efter ophævelse af dommen viser undersøgelsen, at 24 % af dem, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet recidiverer, mod 29 % af de øvrige. Forskellen er ikke statistisk signifikant.

¹⁰ Forskellen er statistisk signifikant ($p < 0,05$)

¹¹ Det er undersøgt, om forskellen kan forklares med, at de der er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet, hyppigere får anbringelsesdomme og dermed hyppigere er inkapaciteret. Når der i analysen bortses fra personer, der er dømt til anbringelse, er der imidlertid stadig en stor og signifikant forskel mellem recidivet i de to grupper, idet denne analyse viser, at hhv. 11 % og 22 % recidivere.

¹² Her er alene set på arten af første recidivkriminalitet.

Med hensyn til arten af ny kriminalitet er det godt en tredjedel (37 %) af dem, der er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet, der recidiverer til samme form for kriminalitet, mens godt en tiendedel af de øvrige recidiverer til denne form for kriminalitet.

Samlet set tyder undersøgelsen således på, at personer, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet, er lidt mindre tilbøjelige end de øvrige til at recidivere. Til gengæld er den kriminalitet, de begår i tilfælde af recidiv, hyppigere af alvorligere art.

Sammenligning med andre dømte

I de recidivundersøgelser, Kriminalforsorgen gennemfører, undersøges alene recidiv til højere straf end bøde. Dvs. recidiv, der medfører en ny behandlingsdom eller en betinget eller ubetinget dom. Ved anvendelse af samme kriterium viser denne undersøgelse, at 87 personer – eller 14 % – recidiverer. Til sammenligning kan nævnes, at Kriminalforsorgens seneste recidivundersøgelse viser, at 39 % recidiverer til en højere straf end bøde inden for 2 år efter løsladelse fra en fængselsstraf¹³.

Ved denne sammenligning bør det tages i betragtning, at de, der er idømt en foranstaltningsdom, gennemgående er noget ældre end andre dømte, jf. det tidligere, og at der er relativt mange kvinder blandt de foranstaltningsdømte. Ældre lovovertrædere og kvindelige lovovertrædere har en forholdsvis ringe recidivsandsynlighed.

Når der tages hensyn til forskelle i alders- og kønsfordeling, mindskes forskellen mellem ovennævnte recidivprocenter da også, idet det kan beregnes, at såfremt de foranstaltningsdømtes alders- og kønsfordeling svarer til den, løsladte fra Kriminalforsorgen har, måtte man forvente, at de ville have en recidivprocent på 23 %. Dette er dog stadig markant mindre end den recidivprocent, de fængselsstraffede har (39 %) ¹⁴. Her skal videre tages i betragtning, at en del af de løsladte, der indgår i Kriminalforsorgens recidivstatistik, er dømt for færdselslovsovertrædelser. Antagelig drejer det sig om 10-20 % af de løsladte ¹⁵. Af de foranstaltningsdømte udgør denne gruppe mindre end én procent. Da færdselslovsovertrædere generelt har en noget lavere recidivprocent end straffelovsovertrædere, måtte man derfor som udgangspunkt forvente, at foranstaltningsdømte ville have en højere recidivprocent end de, der løslades fra fængslerne.

På den anden side er der givetvis også nogle af de foranstaltningsdømte, som ville være blevet idømt en betinget fængselsstraf, såfremt de ikke havde været syge. Dette forhold trækker i modsat retning, idet betinget dømte har en lavere recidivprocent end dem, der har afsonet en straf.

¹³ Opgørelsen angår løsladte i 2002.

¹⁴ Forskellen er stærkt statistisk signifikant ($p < 0.0001$).

¹⁵ Vurderet på baggrund af informationer i Danmarks Statistiks Kriminalstatistik 2002. Oplysninger om kriminalitetens art forefindes således ikke i Kriminalforsorgens data om recidiv.

En sammenligning mellem de betinget dømte og de foranstaltningsdømtes recidivprocent viser – efter hensyntagen til forskelle i køns- og alderssammensætning – at de to grupper har nogenlunde samme recidivprocent: 24 % versus 23 %¹⁶.

I betragtning af, at det antagelig kun ville være en ganske lille del af de foranstaltningsdømte, der ville være blevet idømt en betinget dom, såfremt de ikke var syge, kan det konkluderes, at undersøgelsen tyder på, at foranstaltningsdømte sjældnere end andre dømte recidiverer. Dette skal sikkert blandt andet forklares med, at de psykisk syge lovovertrædere er mindre kriminelt belastede end dem, der har afsonet en fængselsstraf. Således har 42 % af de dømte aldrig tidligere været straffet, mens det gælder mindre end 20 % af dem, der er idømt en ubetinget fængselsstraf¹⁷.

Det skal i øvrigt bemærkes, at ved brug af ovennævnte recidivkriterium viser undersøgelsen en statistisk signifikant sammenhæng mellem foranstaltningens varighed og recidiv, idet recidivprocenten er på 20 % for dem med korte foranstaltninger, 10 % for dem med 2-4-årige foranstaltninger, 16 % for dem med foranstaltninger, der har varet i 4 til 6 år, og 5 % for dem med foranstaltninger på over 6 år. Sammenhængen er således ikke entydig og ej heller længere statistisk signifikant, når de med foranstaltninger på over 6 år udelukkes af analysen. Som tidligere nævnt kan variationen i recidivprocenten bl.a. skyldes aldersforskelle i de sammenlignede grupper. Der kan derfor ikke på denne baggrund drages sikre konklusioner om effekten af henholdsvis kortvarige og langvarige foranstaltninger.

5.3.6. Nærmere om dømte kvinder

Det kan være af særskilt interesse at se på, i hvilket omfang og på hvilken måde de kvindelige foranstaltningsdømte afviger fra de mandlige. Følgende viser sig:

De dømte kvinder er gennemgående noget ældre end mændene, idet kvinder i gennemsnit var 38 år, da de idømtes foranstaltningsdommen, mens mændene var knap 34 år. Dette svarer til det almene mønster blandt lovovertrædere, idet der generelt især er forholdsvis få kvinder blandt de yngre lovovertrædere.

Også med hensyn til debutalder er der en tydelig forskel mellem mænd og kvinder. Den gennemsnitlige debutalder for kvinderne er 33 år mod 26 år for mændene.

¹⁶ Sidstnævnte tal er det estimerede tal for de foranstaltningsdømte, der er sammenlignet med dem, der fik en betinget dom i 1998, dels fordi det er samme år, som en stor del af de foranstaltningsdømte i denne undersøgelse fik deres dom ophævet, og dels fordi betinget dømte i de senere år omfatter en meget stor del færdselslovsovertrædere, hvilket gør sammenligning med senere årgange problematisk. Oplysninger om de betinget dømtes alders- og kønsfordeling stammer fra Danmarks Statistiks Kriminalstatistik 1998.

¹⁷ Se Britta Kyvsaaed: Og fængslet ta'r de sidste. Om kriminalitet, straf og levevilkår. København: Dansk Jurist- og Økonomforbunds forlag, 1989. De data, der ligger til grund for denne rapport, er af ældre dato, men der er dog næppe grund til at antage, at de, der i dag idømmes ubetingede fængselsstraffe, sjældnere er tidligere straffede.

Der er – som forventet – klare forskelle mellem den kriminalitet, kvinderne og mændene er dømt for. Måske mindre forventet ses, at kvinderne i betydeligt større udstrækning end mændene er dømt for alvorligere personfarlig kriminalitet: Det gælder 56 % af kvinderne mod 38 % af mændene. Denne forskel beror først og fremmest på, at en betydeligt større andel af kvinderne end af mændene er dømt for brandstiftelse: Hele 30 % af de kvindelige lovovertrædere er dømt for brandstiftelse mod 11 % af mændene. Desuden er 11 % af kvinderne dømt for manddrab eller forsøg herpå mod 5 % af mændene. For så vidt angår vold mod privatperson (§§ 244-246), er andelen af mænd, der er dømt herfor, klart større end andelen af kvinder – henholdsvis 23 % og 13 % – men denne forskel er dog betydeligt mindre, end den er for andre strafferetlige afgørelser. Desuden er det en større andel af kvinderne end af mændene, der er dømt for vold mod tjenestemand: henholdsvis 13 % og 9 %

Med hensyn til foranstaltningens art er der ingen særlige forskelle mellem mænd og kvinder. I gennemsnit varer dog mændenes foranstaltning $\frac{1}{2}$ år længere end kvindernes.

Som forventet, er det en betydeligt mindre andel af kvinderne end af mændene, der er tidligere straffet: 28 % af kvinderne mod 63 % af mændene. Ligeledes er der, som forventet, en meget lavere recidivprocent blandt kvinderne end blandt mændene: I løbet af 2 år efter foranstaltningsdommens ophævelse er det 12 % af kvinderne, der recidiverer, mod 29 % af mændene.

5.3.7. Sammenfatning

Undersøgelsen af de personer, der i perioden 1.1.1996 til 30.6.2000 fik ophævet deres foranstaltningsdom viser:

- At langt de fleste dømmes til tilsyn eller behandling med mulighed for indlæggelse.
- At foranstaltningen i gennemsnit varer $5\frac{1}{2}$ år.
- At forholdsvis mange er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet.
- At forholdsvis mange er kvinder.
- At de dømte er relativt gamle.
- At de har en sen kriminel debut.
- At ganske mange ikke tidligere er straffet.
- At hver femte begår kriminalitet, mens de er underkastet en foranstaltning, men at denne kriminalitet typisk er af mindre alvorlig karakter.
- At man i retssystemet antagelig ikke altid er opmærksomme på, at den sigtede er psykisk syg, idet nogle idømmes en frihedsstraf ind imellem to foranstaltningsdomme.

- At godt hver fjerde recidiverer i løbet af 2 år efter foranstaltningens ophør
- At en betydeligt mindre del af recidivkriminaliteten end af den kriminalitet, der førte til foranstaltningsdommen, er af alvorlig personfarlig art.
- At især de, der er dømt for alvorlig personfarlig kriminalitet, forholdsvis sjældent recidiverer.
- At foranstaltningsdømte generelt set recidiverer mindre end andre, sammenlignelige dømte, og at det antagelig blandt andet beror på, at de psykisk syge lovovertrædere relativt set har en forholdsvis ringe kriminel belastning.

Vurderet ud fra den kriminologiske viden om kriminelle karrierer ville man, på baggrund af den ovenomtalte karriereprofil, forvente, at det ville være en relativt lille andel af de psykisk syge, som begår kriminalitet. Der er således typisk en sammenhæng mellem prævalensen (forekomst), den kriminelle belastning og recidiv, idet persongrupper med en høj prævalens også har en høj grad af kriminel belastning og hyppigt falder tilbage til ny kriminalitet. De psykisk syge lovovertrædere afviger tilsyneladende fra dette mønster, idet deres prævalens er meget høj, mens den kriminelle belastning og recidiv er ringe.

5.4. Etnisk baggrund for psykisk syge lovovertrædere

Det følgende afsnit er baseret på oplysninger om foranstaltningsdomme, der er idømt i perioden 1.1.2001 til 31.12.2004. Samme person kan optræde flere gange i materialet. Opgørelsen omfatter alene dem, der er idømt en foranstaltningsdom efter straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt. Oplysninger om domme stammer fra Kriminalregisteret, mens oplysninger om etnisk baggrund kommer fra CPR-registret. Oplysningerne er bearbejdet af Justitsministeriets Forskningsenhed.

Det ses af tabel 5.24, at andelen af domme, der angår personer med udenlandsk oprindelse, har været nogenlunde konstant i de fire undersøgte år. Hvert år vedrører mellem en femtedel og en fjerdedel af dommene etniske minoriteter. Denne andel af etniske minoriteter svarer nogenlunde til den, der er i de danske fængsler. En opgørelse fra 2000 og fra 2005 viser således, at henholdsvis 20 % og 23 % af de indsatte er af udenlandsk herkomst¹⁸. Da man må gå ud fra, at langt hovedparten af den kriminalitet, der ligger bag foranstaltningsdomme, ville have medført en ubetinget frihedsstraf, såfremt den dømte ikke havde været psykisk syg, tyder opgørelsen således ikke umiddelbart på, at personer med udenlandsk oprindelse er særligt overrepræsenterede blandt de lovovertrædere, der er psykisk syge. Ligesom etniske minoriteter er overrepræsenterede i fængslerne, er de det imidlertid også blandt de foranstaltningsdømte. I perioden

¹⁸ "Undersøgelse og anbefalinger vedrørende etniske minoriteter i kriminalforsorgen 2005", Kriminalforsorgen.

2001 til 2004 var således knap 9 % af befolkningen i aldersgruppen 15-70 år af fremmed etnisk herkomst. En egentlig sammenligning af kriminalitetshyppigheden blandt etniske minoriteter med den for personer af dansk herkomst kræver dog, at der korrigeres for demografiske og sociale forskelle.

Tabel 5.24 - Den procentvise fordeling af psykisk syge lovovertrædere, der i er idømt en foranstaltningsdom i perioden 2001 til 2004

	2001	2002	2003	2004	I alt
Dansk herkomst	78 %	74 %	77 %	77 %	76 %
Indvandrer	17 %	23 %	19 %	21 %	20 %
Efterkommer	4 %	1 %	2 %	2 %	2 %
Udlænding uden tilknytning til Danmark	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %
I alt (%)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
I alt (N)	255	300	377	369	1301

Af tabel 5.25 fremgår, hvor de dømte med udenlandsk baggrund kommer fra. Samlet set kommer godt en tredjedel fra Europa. Andelen, der kommer fra Mellemøsten, er næsten af samme størrelsesorden. Godt en femtedel af de dømte kommer fra Afrika, mens andelen, der kommer fra Nord- og Sydamerika er ganske ringe.

Tabel 5.25 - Personer af udenlandsk herkomst fordelt efter oprindelsesområde

	Antal	Procent
Norden	19	6 %
Vesteuropa i øvrigt	30	10 %
Østeuropa	61	20 %
Mellemøsten	103	34 %
Østen	22	7 %
Afrika	63	21 %
Sydamerika	4	1 %
Nordamerika	2	1 %
Ej kendt	2	1 %
I alt	306	100 %

Der er tendens til, at en mindre andel af de dømte med udenlandsk baggrund end af dem med dansk baggrund får foranstaltninger, der alene indebærer tilsyn eller ambulantly behandling (med eller uden mulighed for indlæggelse), mens det forholder sig omvendt med domme til behandling eller til anbringelse, jf. tabel 5.26.

Tabel 5.26 - Domme fordelt efter foranstaltningens art

	Dansk herkomst	Udenlandsk herkomst	I alt
Tilsyn/ambulant behandling uden mulighed for indlæggelse	3 %	1 %	2 %
Tilsyn/ambulant behandling med mulighed for indlæggelse	29 %	23 %	27 %
Behandling med mulighed for indlæggelse	64 %	70 %	66 %
Dømte til anbringelse på psykiatrisk afdeling	4 %	7 %	4 %
Dømt til anbringelse i sikret afdeling	1 %	0 %	1 %
I alt (%)	100 %	100 %	100 %
I alt (N)	995	306	1301

5.5. Karakteristik af behandlingsdømte

Talmaterialet i dette afsnit er fremkommet ved udtræk fra Kriminalforsorgens klientsystem, hvor oplysningerne er trukket fra de udfærdigede handleplaner. Persongruppen er som udgangspunkt alle dømte, der har været tilknyttet Kriminalforsorgen siden 2001, og for hvem der har været udfærdiget en handleplan. Det er således både personer, der har afsonet ubetinget domme, og personer der har modtaget en betinget dom med vilkår om tilsyn eller en behandlingsdom. Det er i antal ca. 20.000 personer.

Dernæst er de samme oplysninger indhentet for gruppen af behandlingsdømte, hvilket er personer, som er idømt foranstaltninger efter § 68 og § 69. Denne gruppe er i antal ca. 2.000 personer.

5.5.1. Boligforhold

Det fremgår af tabel 5.27, at 27 % af de behandlingsdømte bor i en støttet bolig eller i et botilbud. Over halvdelen har egen selvstændig bolig. Det kan ikke af tabellen ses, om der er tilknyttet støtteforanstaltninger til personerne i selvstændig bolig, men det vil være gældende for en stor del af dem.

Tabel 5.27 - Boligform for hhv. behandlingsdømte og alle dømte		
	% behandlingsdømte	% af alle dømte
Døgninstitution/pension/udslusningsbolig	27,0	3,0
Egen bolig (leje, eje, andel)	54,0	64,0
Herberg	1,4	0,7
Hjemmeboende (hos forældre)	6,0	13,0
Kriminalforsorgens pensioner	0,9	0,5
Lejet værelse hos andre	6,0	6,0
Uden bolig	3,6	11,0
Andet	1,4	1,1

6 % er enten uden bolig eller bor i midlertidige boliger, f. eks. herberg eller Kriminalforsorgens pensioner. Dertil skal lægges, at en del af de 6 %, der bor til leje på værelse hos andre, formentlig bor der som en midlertidig, og af og til lidt tilfældig løsning, grundet manglende selvstændig bolig. Det er således 12 %, der må vurderes at have en ustabil boligsituation. Det høje antal afsonere uden egen bolig skyldes bl.a., at under længere afsoning afvikles boligen.

6 % bor hos forældrene, hvilket i forhold til aldersfordelingen for de behandlingsdømte ikke afviger fra øvrige befolkningsgrupper.

Sammenligner man de behandlingsdømtes boligforhold med øvrige dømtes boligforhold er der markante forskelle på nogle områder.

Der er væsentlige flere behandlingsdømte, der bor i døgninstitutioner. Dette er naturligvis ikke overraskende, når det sammenholdes med de behandlingsdømtes psykiske lidelser og deraf følgende behandlings- og støttebehov. Der er færre, der har egen selvstændig bolig, hvilket er en følge af, at der er så mange, der bor på døgninstitution.

Andelen af personer, der bor hjemme hos forældrene, er væsentlig lavere for behandlingsdømte end for andre dømte, men da det fremgår af aldersfordelingen, at behandlingsdømte er ældre sammenlignet med øvrige dømte, er dette ikke overraskende.

Antallet af behandlingsdømte, som er uden fast bolig, er også lavere end for øvrige dømte. Dette kan have flere årsager. En del af de øvrige dømte er afsonere over lang

tid, som ikke under afsoning har mulighed for at bevare egen bolig. De er derfor ikke akut boligløse, men dog uden egen bolig. Det kan ikke af tallene udrages, hvor mange det drejer sig om.

At flere behandlingsdømte end øvrige dømte har egen bolig, kan også forklares med, at der er tættere opfølgning og flere tilbud om bolig til kriminelle psykisk syge end til andre kriminelle personer.

5.5.2. Grunduddannelsesniveau

Af tabel 5.28 fremgår, at 50 % har afsluttet folkeskolen efter enten 9 eller 10 klasse. 7,5 % har afsluttet en gymnasial uddannelse. Ca. 1/3 af de dømte har ikke afsluttet folkeskolen med en afgangseksamen, hvilket er en stor andel sammenlignet med befolkningen i øvrigt.

Tabel 5.28 - Grunduddannelsesniveau hos hhv. behandlingsdømte og alle dømte

	% behandlingsdømte	% af alle dømte
10. klasse afsluttet/almen voksen uddannelse	21,0	24,0
9. klasse afsluttet/almen voksen uddannelse	29,0	38,0
Anden skoleuddannelse afsluttet	4,3	4,8
Gymnasial uddannelse afsluttet	7,5	5,1
Ikke afsluttet 9. klasse	34,0	25,0
Ved ikke	3,4	2,6

Hvis man sammenligner de behandlingsdømte med andre dømte, er den største forskel, at der er væsentlig flere behandlingsdømte, som ikke får afsluttet folkeskolens 9. klasse. Dette tyder på, at de pågældende psykiske lidelser, for en del af persongrupper, slår igennem på et meget tidligt tidspunkt.

5.5.3. Erhvervsuddannelse

For de behandlingsdømte fremgår, at 70 % hverken har nogen afsluttet erhvervsuddannelse, eller er i gang med en sådan. Dertil kommer de 7 %, som har været i gang med en uddannelse, men som har afbrudt den, dvs. at 77 %, mere end 3/4 ikke har nogen uddannelse efter ungdomsuddannelsen.

 Tabel 5.29 - Erhvervsuddannelse hos hhv. behandlingsdømte og alle dømte		
	% af behandlingsdømte	% af alle dømte
Ingen	69,7	52,0
Erhvervsuddannelse afsluttet	13,6	28,0
Igangværende faglig uddannelse	1,4	3,2
Igangværende videregående uddannelse	0,8	0,7
Videregående uddannelse afsluttet	3,0	2,5
Uafsluttet faglig uddannelse	5,2	6,6
Uafsluttet videregående uddannelse	1,8	1,0
Ved ikke	3,7	2,9
AMU-kursus	3,3	3,3

16,6 % har en afsluttet uddannelse, medens 2,2 % er i gang med en uddannelse og 3,3 % med et AMU-kursus, i alt ca. 22 %.

Hvor det er 77 % af de behandlingsdømte, der ingen erhvervsuddannelse har, er det 60 % af alle dømte under Kriminalforsorgen, som ikke har nogen erhvervsuddannelse. Ca. 38 % af alle dømte har enten en uddannelse eller er i gang med en, mens det for behandlingsdømte er 22 %.

I betragtning af de behandlingsdømtes psykiske lidelser og deres dårligere skolebaggrund er det ikke overraskende, at der er færre behandlingsdømte end andre dømte, som ikke har gennemført en erhvervsuddannelse.

5.5.4. Forsørgelsesgrundlag

Hovedparten af de behandlingsdømte – ca. 90 % – modtager offentlig forsørgelse, hvoraf de 60 % får pension. 3 % får studiestøtte eller har anden indtægt under uddannelse. 4 % har erhvervsindkomst og 1 % har ingen indkomst overhovedet.

Det er en bemærkelsesværdig lille procentdel, som er i beskyttet/støttet beskæftigelse, i alt kun 0,5 % af de dømte.

Den store forskel mellem behandlingsdømte og alle dømte er antallet af personer, der modtager førtidspension, som for de behandlingsdømte er 60 % og for de øvrige dømte kun 7 %. Det er forventeligt, idet den psykiske lidelse, som de behandlingsdømte har, meget ofte medfører varig uarbejdsdygtighed. Der er af samme årsag den samme forskel i antallet af erhvervsaktive (31 % for alle dømte mod 4 % for behandlingsdømte).

Tabel 5.30 - Forsørgelsesgrundlag hos hhv. behandlingsdømte og alle dømte

	% behandlingsdømte	% af alle dømte
Alderspension, efterløn, ægtefællepension, privat pension	0,9	0,7
Alm. lønarbejde el. selvstændig	4,1	31,0
Arbejdsløshedsunderstøttelse	6,0	16,0
Beskyttet arbejdsplads/ produktionsskole/flexjob	0,5	0,3
Førtidspension	60,8	7,0
I døgnbehandling	1,1	0,5
Ingen egenindkomst	1,0	3,7
Kontanthjælp inkl. integrationsydelse	18,4	21,0
Revalidering	0,3	0,3
Studiestøtte	2,0	2,7
Sygedagpenge	1,4	2,2
Under uddannelse	0,8	3,4
Andet	3,7	5,4

5.5.5. Sammenfatning

- 12 % af behandlingsdømte har en ustabil boligsituation.
- Væsentligt flere behandlingsdømte bor i døgninstitutioner end øvrige dømte.
- 34 % af behandlingsdømte har ikke afsluttet folkeskolen med en afgangseksamen. Samme andel for alle dømte er 25 %.
- 77 % af behandlingsdømte har ikke nogen uddannelse efter ungdomsuddannelsen.
- Hovedparten af de behandlingsdømte ca. 90 % modtager offentlig forsørgelse, hvoraf de 60 % får pension.

Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet

Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet er kompleks. Udover selve den psykiske lidelse og dens symptomer er individuelle forhold som f.eks. personlighed og misbrug såvel som den aktuelle kontekst som f.eks. behandling, netværk og en række sociale forhold af væsentlig betydning for den psykisk syges risiko for at begå kriminalitet.

Formålet med dette kapitel er at beskrive den eksisterende viden om sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet med fokus på betydningen af de forskellige behandlingstilbuds kapacitet, ressourcer og tilgængelighed. Herunder hvordan kriminalitet blandt psykisk syge kan forebygges, og hvordan en kriminel karriere bremses, når den psykisk syge er blevet retspsykiatrisk patient.

Beskrivelsen er udarbejdet på baggrund af en gennemgang af udvalgte nyere danske og internationale undersøgelser og redegørelser på området.

6.1. Psykisk sygdom og kriminalitet

Undersøgelser, som belyser omfanget af psykisk sygdom og kriminalitet (dvs. hvor begge aspekter er inkluderet), tager ofte enten udgangspunkt i forekomst af psykisk sygdom blandt kriminelle eller i forekomst af kriminalitet blandt psykisk syge. Disse to former for "hyppigheder" er ikke nødvendigvis udtryk for samme generelle tendenser.

Afhængig af, hvad der ønskes belyst, tager den retspsykiatriske forskning udgangspunkt i forskellige populationer, som f.eks. baggrundsbefolkningen, de kriminelle, de psykisk syge mv. Retspsykiatrisk forskning indeholder aspekter indenfor flere fag og udføres af flere faggrupper. Disse forhold er illustreret i figur. 6.1, ligesom litteraturnemgangen følger denne opbygning.

Figur 6.1 - Illustration af hvilke grupper den retspsykiatriske forskning kan tage udgangspunkt i, samt i hvilke forskellige fagregi den udføres.



6.1.1. Er psykisk syge mere kriminelle?

I en amerikansk oversigtartikel fra 1979 blev det konkluderet, at det dengang var et relativt nyt fænomen, at kriminaliteten blandt psykisk syge var større end i baggrundsbefolkningen¹⁹. Indtil 1965 var kriminaliteten (opgjort som "arrestationsrate") lavere for psykiatriske patienter, og forfatteren tolker stigningen i arrestationsraten gennem 60'erne og 70'erne som et udtryk for, at flere og flere kriminelle sluses over i det psykiatriske system uden at være psykisk syge. En betragtning der deles af Glaser, som definerer begrebet "psychiatrication" som modsætning til "criminalization"²⁰.

Nyere store registerbaserede befolkningsundersøgelser fra bl.a. Danmark og Finland viser dog klart, at psykisk sygdom er forbundet med højere kriminalitet. Dette gælder i særdeleshed voldskriminalitet .

I en oversigtsartikel fra 2002 gennemgås undersøgelser af sammenhæng mellem vold og skizofreni. Samtlige undersøgelser viser, at psykisk sygdom og specielt skizofreni giver en øget risiko for kriminalitet og specielt voldskriminalitet. De fleste studier fokuserer på en øget relativ risiko og ikke på, hvor stor andel den vold, de skizofrene udøver,

¹⁹ Rabkin 1979

²⁰ Glasser & Laster 1990

faktisk udgør af den samlede vold. Forfatterne mener, at det er vigtigt at pointere, at selvom skizofreni øger risikoen for voldskriminalitet, er den enkelte skizofrene persons absolutte risiko lav, og at kriminalitet udøvet af syge kun udgør en lille del af den samlede voldskriminalitet²².

Sammenhængen mellem kriminalitet og skizofreni er også belyst i en stor dansk registerundersøgelse. Undersøgelsen bekræfter en øget risiko for kriminalitet blandt skizofrene. Alle født efter november 1965 er inddraget i undersøgelsen. I materialet indgår 4.619 personer med diagnosen skizofreni, heraf er 51 % af mændene og 18 % af kvinderne dømt. Af disse er 22 % af mændene og 5 % af kvinderne dømt for voldskriminalitet. Af mændene havde 37 % påbegyndt deres kriminelle karriere forud for den første kontakt med det psykiatriske system. Af de domme, som er afsagt efter at diagnosen skizofreni er blevet stillet, er hele 16 % fængselsdomme (8 % ubetingede og 8 % betingede). Dette kan undre, da man måtte forvente, at en person med diagnosen skizofreni ville få en dom til behandling; en psykiatrisk særforanstaltning. Blandt dem, der ikke havde begået kriminalitet forud for første kontakt med behandlingssystemet, var risikoen for kriminalitet øget, hvis vedkommende var en mand, hvis der også var misbrug, og hvis personen var ung²³.

6.1.2. Psykiske forstyrrelser blandt kriminelle

Der er ingen tvivl om, at forekomsten af psykisk sygdom er langt højere blandt kriminelle end i baggrundsbefolkningen. I en oversigtsartikel fra 2002 gennemgås 62 studier med i alt knapt 23.000 undersøgte indsatte. Resultaterne er stærkt varierende, bl.a. afhængig af, om man har undersøgt anholdte, varetægtsfængslede eller afsonere. De viser dog alle en øget forekomst af alvorlig psykisk sygdom blandt såvel varetægtsfængslede som afsonere. De hyppigst påviste psykiatriske lidelser er misbrug, antisocial personlighedsforstyrrelse (psykopati) og andre personlighedsforstyrrelser, samt angst- og depressionstilstande, der alle ses langt hyppigere blandt kriminelle end i befolkningen som helhed. Hvis undersøgelserne vurderes samlet, er knapt 4 % psykotiske, 10 % har depression og 65 % personlighedsforstyrrelse²⁴.

Danske undersøgelser viser samme tendens. En dansk undersøgelse af varetægtsfængslede i Vestre Fængsel, som er Danmarks største varetægtsfængsel, viser, at 7 % af de fængslede led af en psykotisk forstyrrelse og 10 % af affektiv lidelse som f.eks. depression (3 %). Desuden havde en stor del af de indsatte alvorlige misbrugsproblemer, specielt afhængighed af stoffer og mange havde en personlighedsforstyrrelse²⁵.

²¹ Arseneault et al, 2000; Brennan et al, 2000; Hodgins et al, 1996; Tiihonen et al, 1997; Hodgins 1992

²² Walsh et al, 2002

²³ Munkner et al, 2003a; Munkner et al, 2003b; Munkner et al, 2005

²⁴ Fazel and Danesh, 2002

²⁵ Andersen et al, 1996

Også blandt unge varetægtsfængslede er der betydeligt flere psykisk syge end i baggrundsbeholdningen. En nyere dansk undersøgelse af 100 varetægtsfængslede 15-17-årige viser, at hele 69 % har en psykiatrisk diagnose. Også i denne undersøgelse drejer det sig primært om misbrug og personlighedsforstyrrelse, men 4 % havde en lidelse indenfor psykosespektret (2 % skizofreni og 2 % skizotypi), 5 % havde været indlagt på psykiatrisk afdeling sammenlignet med 0,3 % af baggrundsbeholdningen i denne aldersgruppe²⁶.

Samme mønster findes også i en stor amerikansk undersøgelse af 1829 kriminelle 10-18-årige. Her havde ca. 50 % af de indsatte mindst 2 psykiatriske lidelser og 11-14 % havde både en alvorlig psykisk lidelse (psykose, alvorlig depression eller mani) og stofmisbrug²⁷.

Kroniske psykotiske forstyrrelser som skizofreni forekommer således væsentlig hyppigere i kriminelle populationer end i beholdningen generelt med hyppigheder på omkring 2-3 % sammenlignet med ca. 0,5-1,0 % i baggrundsbeholdningen.

6.1.3. Voldskriminalitet som symptom på psykisk sygdom

I en nyligt publiceret stor registerbaseret dansk undersøgelse har man fulgt alle unge, der var i kontakt med Kriminalforsorgen i november 1992 frem til 2001 for at undersøge en eventuel sammenhæng mellem kriminel karriere og udvikling af psykisk sygdom. I alt 811 personer blev fulgt, hvoraf 20,8 % i 2001 havde været indlagt på psykiatrisk afdeling og 3,3 % havde fået diagnosen skizofreni. Undersøgelser viser, at psykiatrisk indlæggelse eller voldsdom før 1992 øgede risikoen for at udvikle skizofreni med henholdsvis en faktor 1,9 og 4,6. Hver 4. som både havde været indlagt før og begået voldskriminalitet udviklede skizofreni. Der ses altså en klar sammenhæng mellem voldskriminalitet og senere udvikling af skizofreni blandt unge kriminelle²⁸.

6.1.4. Psykisk sygdom og drab

En nyligt publiceret svensk undersøgelse fandt mange psykisk syge, specielt psykotiske blandt drabsmænd. 90 % af drabsmændene havde en psykiatrisk diagnose og 20 % var psykotiske²⁹.

Gottlieb et al. har retrospektivt undersøgt drabssigtede mænd i Storkøbenhavn fra perioden 1959-1983³⁰. Undersøgelsesmateriale bestod af de 263 drabssigtede, der var blevet mentalobserveret i perioden. Undersøgelsen fandt en række bemærkelsesværdige resultater. Antallet af skizofrene drabsmænd steg markant i perioden - fra ca. 1 drab

²⁶ Gosden et al, 2003

²⁷ Abram et al, 2003

²⁸ Gosden et al, 2005

²⁹ Fazel and Grann, 2004

³⁰ Gottlieb et al, 1998;Gottlieb et al, 1987a;Gottlieb et al, 1987b

årligt i begyndelsen af 70'erne til 4-5 årligt i begyndelsen af 80'erne. Fremmeddrab (dvs. drab af ukendt person), som var et næsten ukendt fænomen i periodens begyndelse, udgjorde i periodens slutning 35 % af samtlige sager. De drabsbittede havde, sammenlignet med andre indsatte, langt oftere været indlagt på psykiatrisk afdeling.

Overraskende fandtes stofmisbrug kun yderst sjældent at optræde ved drab og da oftest i kombination med alkohol. Alkohol var i sig selv en væsentlig faktor. Således fandtes det, at risikoen for, at en mandlig alkoholmisbruger begår drab, er 17 gange større end risikoen for, at en ikke-misbruger gør det. Det bemærkes, at undersøgelsen afspejler mønsteret i 60'erne og 70'erne. Der er dog næppe tvivl om, at alkoholpåvirkning fortsat er en vigtig faktor ved alvorlig personfarlig kriminalitet.

I Amtsrådsforeningens undersøgelse fra 2003 var i alt 127 personer svarende til 8 % af de retspsykiatriske patienter drabsmænd³¹. I en undersøgelse i H:S var 9,4 % dømt for drab. Selvom alvorlig kriminalitet vil være overrepræsenteret i tværsnitsundersøgelser (da de psykisk syge, som har begået den alvorligste kriminalitet, har de længste behandlingsdomme), er tallene bemærkelsesværdige høje.

At psykisk syge står for en stor andel af de drab, der begås, bekræftes af tallene i tabel 5.7, hvoraf det fremgår, at psykisk syge i perioden 1995 til 2004 stod for 12,2 % af alle drab, svarende til knap hver ottende dom. Hertil kommer, at psykisk syge i samme periode stod for 34,5 % af alle drabsforsøg.

6.1.5. Identificering og behandling af de syge kriminelle

Det vil være muligt at identificere langt flere kriminelle med uopdagede eller nyligt opståede psykiske lidelser ved en simpel systematisk udspørgen om f.eks. tidligere kontakt med det psykiatriske behandlingssystem³².

I den retspsykiatriske litteratur anvendes begrebet "diversion", hvilket i den bredeste forstand betyder, at de psykisk syge, der begår kriminalitet, identificeres tidligt, måske allerede i forbindelse med anholdelse, og sluses uden om den almindelige kriminalforsorg over i en eller anden form for behandlingssystem.

Diversion kan beskrives som en 2 trins procedure, hvor trin 1 består i at identificere de syge i fængselssystemet og trin 2 er den behandling man bliver "diverted" til³³. En anden amerikansk oversigtsartikel redegør for, på hvilke forskellige måder diversion kan udføres i praksis, og heri gennemgås egentlige "diversion" programmer³⁴.

³¹ Retspsykiatri: Status og udfordringer. (eds L. Toft & T. Kjelsgaard), pp. 1-40.: Amtsrådsforeningen.

³² Sestoft, 1997; Munkner, R., Hastrup, S., Joergensen, T., and Kramp, P., 2003

³³ Draine and Solomon, 1999

Begge artikler konkluderer, at "diversion" er et meget vigtig redskab til at nedbringe antallet af psykisk syge i fængslerne, hvor de i henhold til intentionerne i lovgivningen ikke bør befindes sig. Der findes ikke meget forskning i effekten af diversion, hverken den direkte eller afledte effekter, herunder vides ikke om dette kan forebygge yderligere kriminalitet relateret til ubehandlet psykisk sygdom.

Der er dog enkelte undersøgelser, der belyser effekten af diversion³⁵. I disse anbefales screening f.eks. i form af skemaer i forbindelse med anholdelse og varetægt og herunder god adgang til professionel vurdering. Som behandling anbefales tæt opfølgning, mulighed for intensiv behandling og særlige intensive opsøgende psykoseteams.

6.1.6. Sammenfatning

På baggrund af de ovenfor refererede undersøgelser kan følgende tendenser udledes:

- Samtlige nyere undersøgelser af større befolkningsgrupper viser en større relativ risiko for kriminalitet ved psykisk sygdom.
- Den øgede risiko er størst for patienter med diagnosen skizofreni.
- Kriminaliteten hos skizofrene er ofte personfarlig.
- Danske undersøgelser viser samme tendenser.
- Kroniske psykotiske forstyrrelser som skizofreni forekommer generelt væsentlig hyppigere blandt kriminelle (2-3 % sammenlignet med ca. 0,5 - 1 % i baggrundsbefolkningen).
- Blandt unge kriminelle kan voldskriminalitet være et tegn på, at den unge senere vil udvikle skizofreni.
- Undersøgelser viser, at ca. 65 % af kriminelle lider af en personlighedsforstyrrelse.
- Andelen af psykisk syge blandt drabsmænd er væsentlig større end i befolkningen som helhed. Alkoholmisbrug er en vigtig medvirkende faktor.
- Kriminelle bør screenes for psykisk sygdom, både for at sikre at de der er syge får en relevant dom, og for at påbegynde et behandlingsforløb og derved måske bremse en fortsat kriminel karriere. Behandling af behandlingsdømte bør være intensiv og fokuseret.

6.2. Forhold af betydning for kriminalitetsrisiko blandt psykisk syge

6.2.1. Omlægning af psykiatrien – de-institutionalisering og kapacitet

Som det fremgår af kapitel 4 og 5 er antallet af retspsykiatriske patienter steget, samtidig med at antallet af psykiatriske sengepladser på de psykiatriske afdelinger er faldet. I 1976 var der i Danmark ca. 11.000 sengepladser, i 2003 var antallet 3.676. Denne

³⁴ Lamb and Weinberger, 2001

³⁵ Chung et al, 1998;Lamberti et al, 2004;Wilson et al, 1995

reduktion har været en del af en bevidst de-institutionalisering, hvor patienterne i højere grad er blevet behandlet udenfor hospitalerne, primært i distriktspsykiatrien, som samtidig især i løbet af 1990'erne er blevet udbygget – jf. kapitel 4.

Samlet har psykiatrien gennem de sidste år fået flere ressourcer både i form af mere personale, men også i form af bedre fysiske rammer. I samme periode er der også kommet flere amtskommunale botilbud med forskellig grad af støtte og bemanning til de dårligste af de tidligere indlagte psykisk syge. Flere andre vestlige lande har gennemgået en tilsvarende udvikling (se mere om udviklingen i kapaciteten i afsnit 8.3).

Det har både i Danmark og internationalt været debatteret om de-institutionaliseringen har været medvirkende årsag til, at flere psykisk syge er blevet kriminelle, og om kapaciteten i psykiatrien er tilstrækkelig. Som det fremgår af tabel 6.1, er belægningsprocenten på sengene på de psykiatriske afdelinger i Danmark faldet fra 97,9 % i 1997 til 95,4 % i 2003. Dette er dog ikke nødvendigvis et udtryk for, at der er tilstrækkelig sengekapa- citet målrettet behandlingsdømte på de psykiatriske afdelinger, men alene, at presset på sengene i gennemsnit i perioden er aftaget.

Gennemsnitstallene dækker over store regionale forskelle. Således viser en opgørelse af amternes og H:S' belægningsprocent, at belægningen i Københavns Amt og Viborg Amt i 2001 i gennemsnit var på mere end 100 %. Dette styrker antagelsen om, at man regionalt må overveje, om kapaciteten er tilstrækkelig.

Tabel 6.1 - Udviklingen i belægningsprocent på psykiatriske afdelinger, 1997-2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Belægningsprocent	97,9	98,3	98,2	98,9	96,8	95,9	95,4

Kilde: "Sundhedssektoren i tal september 2005", Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Det kan ikke udelukkes, at de-institutionaliseringen til dels har været en udløsende faktor for det øgede antal behandlingsdømte, og at et af midlerne til at vende udviklingen i antallet af behandlingsdømte, kan være en øget adgang til behandling under indlæggelse.

Det øgede antal retslige patienter kan eventuelt være et tegn på manglende indlæggelseskapacitet tidligt i sygdomsforløbet eller manglende mulighed for langvarig stabiliserende indlæggelse, som kan være en forudsætning for et senere godt ambulantly forløb i distriktspsykiatrien³⁶.

³⁶ Lamb and Bachrach, 2001

I en nyere amerikansk undersøgelse har man beskrevet det klientel, som kom i den psykiatriske skadestue over 1 måned i 1997. Ud af de godt 2000, som henvendte sig, var 30 % hjemløse. De hjemløse kom oftere i skadestuen og blev oftere indlagt. Hjemløshed var forbundet med misbrug og alvorlig psykisk sygdom. 8 % af de hjemløse havde udvist voldelig adfærd indenfor de sidste 2 uger. Det konkluderes i undersøgelsen, at hjemløse alvorligt psykisk syge udgør en stor del af dem, som modtager akut psykiatrisk hjælp, og at de i USA ikke får tilstrækkelig og velkoordineret hjælp fra sundhedsvæsenet og socialvæsenet – det er ikke nok ikke at sætte dem i fængsel³⁷.

Psykisk syge er ofte også socialt udsatte som følge af deres sygdom. De sociale faktorer har sandsynligvis en vis selvstændig betydning for kriminalisering af de psykisk syge³⁸, om end betydningen kan have forskellig vægt i forskellige sammenhænge bl.a. afhængig af behandling og behandlingseffekt og af den aktuelle psykopatologi. Problemstillingen er særdeles kompleks³⁹.

De danske retspsykiatriske patienter er ingen undtagelse. De er udover at være psykisk syge, også på en række sociale parametre særdeles udsatte. Dette bekræftes af tallene i afsnit 5.5.

6.2.2. Betydning af køn

I hovedparten af de undersøgelser, der belyser psykisk sygdom og kriminalitet, er de psykisk syge kvinders relative risiko for kriminalitet større end hos almindelige kvinder. Det skyldes sandsynligvis, at kvinders kriminalitetsrisiko er meget lav og meget lavere end mændenes generelt. Dvs. at en effekt af den psykiske sygdom på kriminalitetsrisikoen lettere får en relativ stor betydning for kvinder. Det skal pointeres, at også psykisk syge kvinder har en lavere kriminalitetsrisiko end psykisk syge mænd.

Resultaterne af ovennævnte undersøgelser bekræftes af tallene i afsnit 5.3.1 som viste, at andelen af kvinder der i dømmes en foranstaltningsdom, sammenlignet med den andel der idømmes ubetingede frihedsstraffe for straffelovsovertrædelser, er forholdsvis stor. I begyndelsen af 1990'erne var andelen af kvinder blandt dem, der blev idømt en ubetinget frihedsstraf, på 5-6 %. Andelen blandt de foranstaltningssdømte er ca. 15 % altså omkring 3 gange så stor.

6.2.3. Betydning af alder

De retspsykiatriske patienter er generelt ældre på gerningstidspunktet end andre kriminelle. Af afsnit 5.3.2 fremgår, at hovedparten har en debutalder på over 24 år, hvilket er

³⁷ McNiel and Binder, 2005

³⁸ Draine et al, 2002

³⁹ Severson and Lieberman, 2002;Cohen, 2002;2004;Arboleda-Florez, 1998

en forholdsvis høj debutalder sammenlignet med andre kriminelle. Dette forhold skyldes sandsynligvis, at den psykiske sygdom, som medvirker til kriminaliteten, normalt først udvikles i voksenalderen.

Der er meget lidt dokumentation for udviklingen i antallet af helt unge retspsykiatriske patienter. Dog viser en opgørelse for Østdanmark for perioden 1997-1999 en markant stigning fra 9 til 21 personer⁴⁰. Desuden har (som ovenfor anført) en betydelig andel af unge varetægtsfængslede under 18 år tegn psykisk sygdom. Det er derfor væsentligt at fokusere både på tidlig opsporing og behandling i denne gruppe for at om muligt at forebygge en (fortsat) kriminel karriere.

Af afsnit 5.3.1 fremgår, at der er meget få helt unge blandt de foranstaltningdømte. Blandt de dømte dominerer aldersgrupperne 25 til 39 år, som udgør nærvæd 60 % af alle dømte. Dog ses der i perioden 1995 til 2004 for aldersgruppen under 20 år en systematisk udviklingstendens, der går i retning af stadig flere unge behandlingdømte jf. tabel 5.10.

6.2.4. Betydning af misbrug

Meget tyder på, at misbrug kombineret med psykisk lidelse øger risikoen for voldskriminalitet. Det er vist gentagne gange i både danske og internationale undersøgelser⁴¹. I en stor registerundersøgelse fra Finland finder man, at skizofrene mænd uden misbrug har en 3 gange større risiko for voldskriminalitet i forhold til raske mænd. Har man både skizofreni og alkoholmisbrug øges risikoen op til 25 gange i forhold til raske mænd⁴². Det er vigtigt at fastholde, at misbruget ikke er årsagen til kriminaliteten, da også syge uden misbrug har øget risiko i forhold til baggrundsbefolkningen. Der er snarere tale om en additiv/synergistisk effekt.

En kvalitativ undersøgelse lavet i Vestsjællands Amt i 2004 omkring det koordinerende arbejde med behandlingdømte viser, at ca. 23 % af de dømte har et stofmisbrug udover sindslidelsen⁴³. Der er ingen registrering af, hvor mange der har et alkoholmisbrug, men andelen er ikke ubetydelig.

Spørgeskemaundersøgelsen gennemført af Social Udviklingscenter viser, at omkring 75 % af de retspsykiatriske patienter har et misbrug, idet 25 % misbruger alkohol, 25 % hash og 25 % en blanding af stoffer og alkohol. I interviewene berettes om en direkte sammenhæng mellem psykisk sygdom og kriminalitet, idet der peges på, at misbruget skaber behov for økonomiske midler samtidig med, at det forværrer sindslidelsen.

⁴⁰ Rapport om retspsykiatriske patienter under 18 år. (ed Koordinationgruppen vedrørende børne- og ungdomspsykiatri i Østdanmark 2001

⁴¹ Munkner, R., Haastrup, S., Jørgensen, T., Andreasen, A. H., and Kramp, P., 2003b; Swanson et al., 1996; Wallace et al., 1998

⁴² Rasanen et al., 1998

⁴³ Retspsykiatri: Status og udfordringer. (eds L. Toft & T. Kjelsgaard), pp. 1-40.: Amsrådsforeningen

6.2.5. Betydning af personlighedsforstyrrelse

Hvis den psykisk syge har en personlighedsforstyrrelse, øger det i særlig grad risikoen for vold og alvorlig personfarlig kriminalitet⁴⁴. Hvis der ligeledes er misbrug, øges risikoen yderligere⁴⁵.

6.2.6. Symptomer og kriminalitet

Hvis en patient er psykotisk, er risikoen for voldelig adfærd større. Det gælder specielt, hvis personen har vrangforestillinger af forfølgelseskarakter og/eller oplevelsen af at være "styret udefra"⁴⁶. Der er ikke i alle studier helt overensstemmelse i de forskellige symptomers indbyrdes betydning⁴⁷. Blandt patienter i distriktspsykiatrien er vold ofte forudgået af en opblussen i psykotiske symptomer⁴⁸.

Det er derfor ikke overraskende, at antipsykotisk medicin viser sig særdeles effektivt, når det drejer sig om at reducere vold udøvet af skizofrene⁴⁹. Antipsykotisk medicin bør således være en central del af behandlingen.

6.2.7. Tidspunkt for indlæggelse/udskrivelse og vold blandt psykisk syge

I en stor amerikansk undersøgelse fokuseres på sammenhængen mellem voldelig adfærd rapporteret af patienter og pårørende og sammenhæng med misbrug, indlæggelse og udskrivelse. Det viser sig, at de psykisk syge kun er mere voldelige end andre ikke-syge i samme region i perioden forud for og efter indlæggelse, når der korrigeres for effekt af misbrug. Det konkluderes, at de syge er særligt sårbare omkring indlæggelsen⁵⁰. Det tyder på, at fokus på let og hurtig adgang til behandling, gradvis udslusning og indlæggelsesvarighed samt netværk ved udskrivelsen kan være med til at reducere volden blandt de syge.

6.2.8. Personer i risiko bør identificeres så tidligt som muligt

Man kan til en vis grad identificere personer med en særlig risiko for at begå alvorlig kriminalitet blandt almindelige psykiatriske patienter. Det kan ske ved systematisk udspørgen om f.eks. tidligere kriminalitet og aggressiv adfærd. Vurderingen af, om en psykisk syg person udgør en trussel mod andre, foregår overalt i Danmark ved hjælp af et ikke systematiseret lægeligt skøn, som kun er lidt bedre end tilfældighed. Udenlandske undersøgelser har vist, at dette skøn kan forbedres væsentligt vha. såkaldte strukturerede farlighedsvurderinger resulterende i dels færre voldsepisoder, dels færre

⁴⁴ Asnis et al, 1997; Moran et al, 2003

⁴⁵ Nestor, Putkonen et al, 2004

⁴⁶ Link et al, 1998

⁴⁷ Stompe et al, 2004

⁴⁸ Hodgins et al, 2003

⁴⁹ Swanson et al, 2004

⁵⁰ Steadman et al, 1998

uberettiget tvangstilbageholdte patienter (færre falsk positive og falsk negative skøn)⁵¹. Det canadiske udviklede skema HCR-20 forekommer særligt velegnet til vurdering af farlighed blandt psykiatriske patienter⁵². Det inddrager både "fortid"; f.eks. tidligere adfærdsproblemer, "nutid" f.eks. symptomernes karakter, og behandlingens effekt og "fremtid" f.eks. hvilke planer der er for patienten og deres gennemførlighed, netværk mm. HCR-20 er med økonomisk støtte fra psykiatriaftalerne netop blevet oversat til dansk, og med et ph.d-projekt i H:S vil man, ligeledes med støtte fra psykiatriaftalerne, tilvejebringe de første forskningsresultater om metoden og medvirke til implementering af strukturerede risikovurderinger i Danmark.

I Sverige har man udviklet et risiko-vurderingsinstrument – et struktureret interview/skema SORM-modellen, som også inddrager, at nogle forhold kan være "beskyttende" (protective) i forhold til farlig adfærd. Det er endnu for tidligt at vurdere, om netop dette instrument bør indgå, men det er klart vigtigt at forholde sig til, at nogle stabiliserende forhold som f.eks. netværk kan virke "beskyttende" mod farlig/voldelig adfærd⁵³.

I en stor multicenter-undersøgelse af retspsykiatriske patienter og almenpsykiatriske patienter med skizofreni konkluderes, at der er hårdt brug for en tidlig forebyggende og fokuseret indsats blandt psykiatriske patienter. I undersøgelsen fandt man, at næsten 80 % af de retspsykiatriske patienter havde været i forbindelse med psykiatrien før deres retspsykiatriske dom. Desuden var knap 25 % af de psykiatriske patienter tidligere dømt for kriminalitet. Disse (mænd) var karakteriserede ved tidlige adfærdsproblemer, personlighedsforstyrrelse og misbrug.

Man bør derfor allerede ved første indlæggelse af skizofrene være opmærksom på forhold, som øger risikoen for fremtidig voldskriminalitet. Man bør sætte fokuseret ind overfor denne gruppe. Når de psykotiske symptomer er behandlet, må behandlingen af evt. misbrug og adfærdsproblemer fortsættes. Patienterne bør lære at korrigere uhenigtsmæssig adfærd og støttes i at komme ud af et evt. misbrug. Efter udskrivning skal den intensive behandling fortsætte, og man bør prøve at hindre, at patienterne færdes i miljøer med stof- og alkoholmisbrug og kriminalitet.

Det konkluderes videre, at en effektiv behandling af de skizofrene forudsætter, at der er let adgang til intensiv behandling under indlæggelse. Behandling hjemme er ikke tilstrækkeligt, heller ikke selvom der er mulighed for ambulant tvangsbehandling i den form, som blev benyttet⁵⁴.

⁵¹ Dolan and Doyle, 2000

⁵² Douglas et al, 1999

⁵³ Grann et al, 2005

⁵⁴ Hodgins and Mulle-Isberner, 2004

En stor engelsk undersøgelse har, vist at "case management/ opsøgende teams" dvs. intensiveret distriktspsykiatri, sammenlignet med almindelig distriktspsykiatri ikke i sig selv reducerer voldskriminalitet blandt psykisk syge. Det pointeres, at der bør forskes mere i hvad der faktisk forebygger vold og i effekten af evt. kombinationer, hvor f.eks. risikofaktorer inddrages⁵⁵.

6.2.9. "Udsathed"- når den psykisk syge bliver offer for kriminalitet

I de senere år, i takt med at flere og flere med alvorlig psykisk sygdom ikke længere indlægges, er der publiceret flere undersøgelser med fokus på den syges risiko for at blive udsat for kriminalitet. Det samstemmende billede er, at de syge er særligt udsatte. En stor engelsk undersøgelse viser f.eks., at 16 % af en gruppe engelske distriktspsykiatriske patienter var udsat for vold inden for et år. Patienter med alvorlig psykiatrisk sygdom, misbrug, tidligere voldelig adfærd og hjemløshed var mest udsatte⁵⁶. Samme billede tegner sig i en amerikansk undersøgelse af psykisk syge behandlet i distriktspsykiatrien. Her havde 25 % været udsat for kriminalitet det sidste år svarende til en 11 gange større risiko end resten af befolkningen⁵⁷. Der findes ingen danske undersøgelser på området.

6.2.10. De forskellige forholds betydning for problemstillingens kompleksitet

Som det fremgår, er sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet særdeles kompleks. I en oversigtsartikel konkluderes, at flere faktorer, nogle statiske og nogle dynamiske, har forskellig betydning afhængig af personens baggrund, personlighed og personens aktuelle situation⁵⁸.

Dette kan eksemplificeres i en stor New Zealandsk undersøgelse af 961 21-årige. De unge blev interviewet og undersøgt for at belyse sammenhængen mellem vold og misbrug og mellem vold og skizofreni. Undersøgelsen viste, at unge med misbrug og unge med skizofreni var mere voldelige end jævnaldrene uden disse diagnoser. De unge med en diagnose udgjorde i undersøgelsen 20 % af den samlede gruppe, men stod for halvdelen af den voldskriminalitet der udøves. Desuden viste det sig, at forskellige mulige årsagsfaktorer havde forskellig betydning afhængig af diagnosen. Blandt unge skizofrene var der ofte en oplevelse af at være truet, der førte til volden, ligesom denne gruppe også havde overvægt af tidlige adfærdsforstyrrelser ("conduct disorder"). Alkoholpåvirkning betød som årsagsfaktor specielt noget for gruppen med alkoholmisbrug, og blandt de der havde et hashmisbrug, var der også overvægt af tidlige adfærdsforstyrrelser⁵⁹.

⁵⁵ Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., Creed, F., Murray, R., and Fahy, T., 2001

⁵⁶ Walsh et al, 2003

⁵⁷ Teplin et al, 2005

⁵⁸ Nestor, P.G.,

⁵⁹ Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., and Silva, P.A., 2000

De psykisk syge begår altså kriminalitet af forskellige grunde afhængig af baggrund, personlighed evt. misbrug og aktuelle kontekst, hvilket man må antage tilsvarende også gør sig gældende i Danmark.

6.2.11. Sammenfatning

På baggrund af de ovenfor refererede danske og internationale undersøgelser kan følgende tendenser udledes:

- En langvarig stabiliserende indlæggelse kan være en forudsætning for et godt ambulansforløb.
- Patienter i effektiv behandling er i mindre risiko for at begå kriminalitet. Det er derfor vigtigt at kunne fastholde patienterne i behandling.
- Misbrug (særligt alkoholisering) kombineret med psykisk sygdom øger risikoen for voldskriminalitet.
- Psykisk syge er i særlig risiko for at begå kriminalitet lige før indlæggelse og lige efter udskrivelse, hvorfor let og hurtig adgang til indlæggelse, mulighed for længerevarende indlæggelse og gradvis udslusning over en længere periode er væsentlig for forebyggelse af kriminalitet.
- Psykisk syge er i flere internationale undersøgelser fundet at være i meget større risiko end andre for selv at blive ofre for kriminalitet.
- Sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet/vold er sandsynligvis særdeles kompleks, hvilket også afspejler sig i de eksisterende forsøg på at udvikle egnede instrumenter til bedømmelse af risiko for kriminalitet og i særdeleshed risiko for vold.
- Man bør forsøge at identificere psykisk syge i særlig risiko for at begå kriminalitet.
- Der bør tages højde for risikofaktorer, som f.eks. tidligere adfærdsforstyrrelser og misbrug i tilrettelæggelsen af behandlingen.

6.3 Konklusion

Antallet af behandlingsdømte i Danmark er stigende. Denne stigning gælder specielt de skizofrene patienter. En væsentlig del af den begåede kriminalitet er personfarlig. Antallet af domme for alvorlig personfarlig kriminalitet begået af psykisk syge er steget fra 118 i 1995 til 164 i 2004. Den andel den personfarlige kriminalitet udgør af den samlede kriminalitet begået af psykisk syge, er dog konstant.

De behandlingsdømte udgør en særdeles belastet gruppe, psykiatrisk som socialt. Ydermere har over halvdelen et misbrug, og i mange tilfælde et blandingsmisbrug. Psykiatriske patienter løber desuden en større risiko end andre for selv at blive udsat for kriminalitet.

Mange undersøgelser - udenlandske såvel som danske - peger på de-institutionaliseringen i psykiatrien som en mulig årsag til det øgede antal retspsykiatriske patienter. En sikker årsagssammenhæng kan ikke påvises, men flere udenlandske undersøgelser sandsynliggør, at nedlæggelsen af sengepladser kan være medvirkende til en såkaldt re-institutionalisering med flere psykisk syge i andre dele af systemerne. Nedlæggelse af psykiatriske sengepladser medfører i sig selv, at flere personer befinder sig "ude i samfundet" og derfor har mulighed for at begå kriminalitet. Man må således forvente en stigning i antallet af behandlingsdømte, når flere psykisk syge personer befinder sig udenfor institutionerne. Stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark overgår dog sandsynligvis, hvad der kan forklares alene af denne grund. Som udviklingen er i øjeblikket, stiger de psykisk syges risiko for at begå kriminalitet fortsat på trods af, at antallet af sengepladser de sidste år har ligget nogenlunde konstant. I samme periode er distriktspsykiatrien blevet fuldt udbygget, og psykiatrien har netto fået tilført betydelige ressourcer. Dels er de fysiske rammer forbedret væsentligt, og dels er der sket en nettotilførsel af personale. I afdelingerne er personalenormeringen pr. seng øget. De sociale tilbud til de psykiatriske patienter er også styrket i form af bl.a. flere botilbud, væresteder og støttekontaktpersonsordninger.

Problemstillingen er kompleks. F.eks. tyder en række undersøgelser på, at anden psykisk lidelse i form af misbrug og personlighedsforstyrrelse også er væsentlige faktorer, ligesom forskellige faktorer kan have forskellig betydning afhængig af konteksten. Man bør derfor forsøge, at identificere de personer, som er i særlig risiko for at begå kriminalitet og inddrage potentielle risikofaktorer i behandlingsplanen.

Ubehandlet psykisk sygdom kan medføre kriminalitet, f.eks. psykotisk kriminalitet, hvorfor tidlig opsporing og løbende tæt opfølgning er særdeles vigtig. Efter den kriminelle handling er det ligeledes vigtigt, at de psykisk syge identificeres, så de kan få relevant behandling, og så de kan blive udredt og dømt efter den gældende lovgivning. Det er væsentligt, at behandlingen koordineres mellem de involverede parter, gerne i form af en overordnet behandlingsplan for hele den periode, patienten har dom til behandling. Det er ligeledes vigtigt, at man sikrer relevant behandling under den psykiatriske særforanstaltning, og i forbindelse med særforanstaltningens ophør har redskaber til recidivvurdering og recidivprofylakse. Der er således behov for en koordineret intervention på en række forskellige områder for at bremse udviklingen i antallet af behandlingsdømte.

Kriminalforsorgens institutioner

Det skal indledningsvis understreges, at personer idømt behandlingsdomme efter straffelovens §§ 68-69 ikke fængsles. Behandlingsdømte sidder således principielt ikke i Kriminalforsorgens institutioner.

Indsatte fra fængsler og arresthuse med psykiatrisk/psykologisk behandlingsbehov modtages derimod i Anstalten ved Herstedvester, som har en kapacitet på 142 pladser. Anstalten udvides med 6 pladser per 1. januar 2006. Det er Kriminalforsorgens indtryk, at klientellet som modtages i Anstalten ved Herstedvester i de senere år er blevet væsentligt mere belastet både for så vidt angår psykisk sygdom og sociale forhold.

7.1. Klientellet

Dette indtryk bekræftes af en undersøgelse af et repræsentativt udsnit af anstaltens klientel i den seneste 10 års periode, som er foretaget i efteråret 2004.

Det fremgår af tabel 7.1, at årsagen til at indsatte overføres til Anstalten ved Herstedvester, i stigende grad er "farlighed". Det vil sige, at et fængsel eller et arresthus vurderer, at en indsat, eventuelt på grund af en psykisk forstyrrelse, vurderes som farlig for sig selv eller for andre.

Tabel 7.1 - Farlighed årsag til indsættelse, Anstalten ved Herstedvester						
	1994		2000		2004	
	n	%	n	%	n	%
Ja	11	41	8	47	16	80
Nej	16	59	9	53	4	20
I alt	27	100	17	100	20	100

p=0.018

Som det ses, er der tale om en meget markant og statistisk signifikant udvikling, idet andelen, der overføres til anstalten på grund af ”farlighed”, er fordoblet fra 41 % i 1994 til 80 % i 2004.

Den omstændighed, at stadig flere overflyttes fra arresthus og fængsel på indikationen ”farlighed”, kan tages som udtryk for, at den psykiske tilstand hos de personer, der overføres til anstalten, er dårligere nu end tidligere. Dette fremgår dog ikke umiddelbart af de formelle diagnoser.

Tabel 7.2 viser hoveddiagnoserne hos de personer, der indgik i den ovennævnte undersøgelse, og som blev indsat i Anstalten ved Herstedvester i 1994, 2000 og 2004.

Tabel 7.2 – Hoveddiagnoser						
	1994		2000		2004	
	N	%	N	%	N	%
F10-19 Misbrug *	1	3	3	17	3	13
F20-29 Skizofreni mv. **	5	17	2	11	4	17
F30-39 Stemningsforstyrrelser	-	-	2	11	1	4
F60-69 Personlighedsforstyrrelser	18	62	10	56	13	57
"Intet psykisk abnormt"	5	17	1	5	2	9
I alt	29	100	18	100	23	100
p=0.519 * Misbrug som hoveddiagnose						
** Schizophrenia spectrum disorders						

Det er forventeligt, at hovedparten af de personer, der indsættes i anstalten, diagnosticeres med en personlighedsforstyrrelse. Der kan ikke konstateres nogen ændring i denne gruppes andel over tid. Det skal bemærkes, at ca. 15 % af de personer, der indsættes i Anstalten ved Herstedvester, har en lidelse inden for det skizofrene spektrum, hvorfor de burde have været indlagt på en psykiatrisk afdeling.

Det ses af tabel 7.2, at nogle få har misbrug som hoveddiagnose. Der er imidlertid adskillige, som har misbrug som bidiagnose. De pågældende har således en af de øvrige diagnoser, som er nævnt i tabel 7.2 som hoveddiagnose og hertil et misbrug.

Tabel 7.3 viser antallet af akutte/halvakutte indsættelser i tre undersøgte tidsperioder. Ved en akut indsættelse forstås, at en person (strafafsoner eller varetægtsfængslet) modtages inden for 24 timer efter, at anstalten har modtaget henvisning på den på-

gældende. Ved halvakut indsættelse forstås, at personen modtages inden for to til fem dage efter henvisningen. De akutte og halvakutte indsættelser skyldes som hovedregel, at de indsatte har det psykisk dårligt, således at fængslerne/arresthusene ikke bør tage ansvaret for deres fortsatte ophold i institutionen. Særligt med hensyn til de akutte indsatte gælder, at de pågældende er farlige for sig selv eller andre.

Tabel 7.3 – Indsættelsesmåde						
	1994		2000		2004	
	n	%	N	%	n	%
Akut/halvakut	15	52	10	53	18	78
Venteliste	14	48	9	47	5	22
I alt	29	100	19	100	23	100
p=0.099						

Som det fremgår, var andelen af akutte/halvakutte indsættelser den samme (ca. 50 %) i 1994 og i 2000, mens andelen i 2004 er steget til 78 %. Stigningen er ikke sikker statistisk signifikant (p=0.099), hvilket dog skal ses i lyset af det begrænsede talmateriale.

Vestre Hospital huser jævnligt psykisk syge varetægtsarrestanter – heraf nogle med tidligere behandlingsdomme – som i medfør af retskendelse burde være anbragt i varetægtssurrogat på psykiatrisk sygehus eller lignende. Det kan tillige forekomme, at indsatte, der er idømt en foranstaltning i medfør af straffelovens § 68 (behandlingsdom), opholder sig på Vestre Hospital under Københavns Fængsler i afventen af ledig plads i det psykiatriske behandlingssystem.

I landets øvrige arresthuse samt åbne og lukkede fængsler forekommer det ind i mellem, at der forefindes indsatte med psykiske lidelser. Det kan være varetægtsfængslede med aktuell/tidligere behandlingsdom. Det kan være psykisk syge, som ikke under domsafgørelsen er blevet afdækket som psykisk syge, og som efterfølgende indsættes til afsoning.

En del af disse overflyttes ikke til Herstedvester eller Vestre Hospital, dels af pladsmæssige årsager, dels fordi de ikke umiddelbart udgør en risiko for sig selv eller andre og dermed ikke omfattes af muligheden for akut overførelse. Ligeledes har de måske ikke noget akut behandlingsbehov udover det, som varetages medicinsk i den enkelte institution, eller også ønsker de ikke selv nogen form for behandling.

Hvis de forsøges indlagt, vurderer psykiatriske afdelinger nogle gange, at de ikke har behov for sygehusindlæggelser udover den ambulante behandling. I givet fald indlæg-

ges de ikke. I andre situationer ønsker den indsatte ikke at blive indlagt og opfylder heller ikke kriterierne for tvangsindlæggelse.

Når det drejer sig om sindssyge afsonere, foretager Kriminalforsorgen en vurdering af, om den indsatte enten kan benådes eller afsones alternativt eller overføres til psykiatrisk afdeling, og Kriminalforsorgen vil i givet fald sætte dette i værk.

Der er dog i sjældne tilfælde indsatte med egentlige psykisk sygdom. Kriminalforsorgen har ingen opgørelse over, hvor mange gange problemstillingen opstår i løbet af året, men har netop indhentet et øjebliksbillede fra alle institutionerne. Dette viser, at 14 personer på en given dag medio oktober 2005 afventede plads til indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Det kan som ovenfor beskrevet være varetægtsfængslede med aktuell/ tidligere behandlingsdom. Det kan være psykisk syge, som ikke under domsafgørelsen er blevet afdækket som psykisk syge, og som efterfølgende indsættes til afsoning.

Udover de egentlig psykisk syge er de indsatte i alle Kriminalforsorgens institutioner generelt de senere år blevet mere psykisk afvigende. Det drejer sig f.eks. om lettere retarderede og organisk hjerneskadede samt personer med borderliner, Asperges, ADHD/Damp og stærke personlighedsafvigelser. Denne stigning skal dog også ses i sammenhæng med, at opmærksomheden omkring og kendskabet til disse lidelser gennem de senere år er øget betydeligt, hvorved flere personer med lidelserne identificeres/diagnosticeres.

Der er ofte foretaget mentalundersøgelse af de pågældende. Mentalerklæringerne har i mange tilfælde konkluderet, at den pågældende lider af en psykisk lidelse, uden at der dog kan peges på bedre kriminalitetsforebyggende behandlingsmuligheder end fængsel, hvorfor der i sådanne tilfælde anbefales almindelig straf. Denne persongruppe har lidelser, der hverken kan behandles af det psykiatriske behandlingssystem eller hører hjemme i amternes støttetilbud for psykisk udviklingshæmmede.

Gruppen af indsatte med psykiske afvigelser – men dog uden egentlige psykiske sygdomme – er ofte meget vanskelige at hjælpe under indsættelsen og ved løsladelsen. Der findes ikke et egentligt behandlingstilbud til dem under afsoningen, idet de grundet deres psykiske tilstand som hovedregel ikke kan profitere af behandlingsprogrammerne i Kriminalforsorgen. Omvendt har Kriminalforsorgen ikke den nødvendige ekspertise til at behandle disse personer. Ofte gives heller ikke ved løsladelsen et egnet tilbud for disse personer. Mange af støtteordningerne for personer med egentlige psykisk sygdom omfatter således ikke denne gruppe.

Det er en gruppe, som kan være svær at motivere til at tage imod de nødvendige behandlings- og støttetilbud, og som vanskeligt lader sig fastholde heri på grund af manglende erkendelse af problemerne. De afviser derfor også ofte selv den nødvendige hjælp.

Mange af disse indsatte har tidligere igennem mange år fået tilbudt forskellige støtte- og behandlingstilbud i det kommunale system. Dette har de ikke kunnet profitere af eller fastholdes i, hvorfor de kommunale bevillingsmyndigheder ofte vurderer, at de heller ikke fremover kan profitere af yderligere hjælpeforanstaltninger.

Der kræves derfor en meget omfattende indsats fra Kriminalforsorgens side for at sikre de nødvendige behandlingsmæssige tilbud. Det er desværre også indsatte, som det ofte ikke lykkes at skaffe de nødvendige tilbud til under og efter afsoningen. Dette gør dem til en stærkt recidivtruet gruppe indsatte.

7.2. Ventetidsproblemer

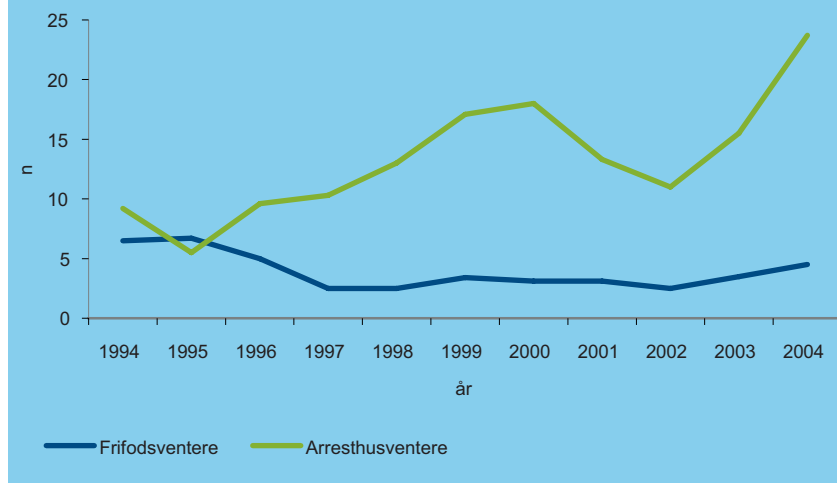
Anstalten ved Herstedvester har i årene 1994-2004 oplevet en øget belastning ikke alene på grund af et mere belastet klientel, men også udtrykt ved en stigning i pladsudnyttelsen og en stigning i antallet af nydomfældte, der afventer indsættelse. Som det fremgår af figur 7.1, er ventelisten til anstalten steget markant, hvilket skyldes en ophobning af nydomfældte, der i arresthusene afventer plads i Anstalten ved Herstedvester. Der er således ikke i Kriminalforsorgen kapacitet til at kunne modtage alle de indsatte, der har behov for ophold i en institution, hvor der er mulighed for psykiatrisk behandling.

Der foreligger ikke oplysninger om antallet af psykisk syge indsatte i Københavns Fængsler.

Direktoratet for Kriminalforsorgen aftalte i efteråret 2005 med Rigsadvokaten at gennemføre en høring af Kriminalforsorgens institutioner med henblik på at undersøge, om der er problemer med overførsel af psykotiske varetægtsfængslede, foranstaltningsdømte eller afsonere, som bliver psykotiske, til det psykiatriske behandlingssystem.

Undersøgelsen viste, at der på en given dag medio oktober 2005 var 14 personer, der afventede plads til indlæggelse på psykiatrisk afdeling, alle i Hovedstadsområdet. De fleste af disse er henvist i løbet af august og september 2005, en enkelt i april 2005.

Figur 7.1 – Antal personer på venteliste – Herstedvester 1994-2004



I den resterende del af landet var der ikke personer, der ventede på indlæggelse, men det var en ofte forekommende oplevelse, at de psykiatriske afdelinger enten ikke ville modtage henviste personer til indlæggelse eller at patienterne meget ofte blev udskrevet igen hurtigere, end det af Kriminalforsorgen vurderes hensigtsmæssigt.

Overlægen på Vestre Hospital har i øvrigt oplyst, at det jævnligt forekommer, at der blandt såvel anholdte som varetægtsarrestanter og strafafsonere er personer, som enten har eller udvikler en psykisk sygdom. Hertil kommer varetægtsarrestanter, som i medfør af retskendelse skal anbringes i varetægtssurrogat eller til mentalobservation. Det er på grund af kapacitetsproblemer i H:S ofte vanskeligt at få disse indlagt inden for en rimelig tid.

Direktoratet for Kriminalforsorgen rettede i 2003 henvendelse til Hovedstadens Sygehusfællesskab og gjorde opmærksom på, at der i længere tid havde været en vis ventetid, før de retspsykiatriske patienter, der opholdt sig på Vestre Hospital, kunne blive indlagt på psykiatrisk afdeling. Efter at være blevet gjort bekendt med H:S' forslag til Psykiatriplanen 2003, som bl.a. indebar en udbygning af retspsykiatrien, besluttede direktoratet foreløbig ikke at foretage videre, men følge udviklingen. På baggrund af oplysninger fra lægerne på Københavns Fængsler er det Direktoratet for Kriminalforsorgens umiddelbare vurdering, at udbygningen ikke er slået igennem.

Kriminalforsorgen har løbende gennem de seneste år haft kontakt til H:S for at gøre opmærksom på problemets omfang. H:S har løbende henvist til, at problemerne med lange ventetider til de retspsykiatriske pladser forventedes løst ved gennemførelsen af Psykiatriplan 2003.

Der er således i H:S etableret 10 ekstra sengepladser i det lukkede retspsykiatriske system i år, og i henhold til planen etableres i 2006 yderligere et retspsykiatrisk opsøgende psykoseteam med en kapacitet til ca. 80 patienter samt yderligere 30 lukkede retspsykiatriske senge på Sct. Hans Hospital. Dette forventes at mindske problemets omfang væsentligt.

7.3. Kriminalforsorgens tilbud til indsatte med psykiske problemer

Anstalten ved Herstedvester er et lukket fængsel. En juridisk uddannet fængselsinspektør har ansvaret for straffuldbyrdelsen og administrationen af fængslet, mens den administrerende overlæge, der er psykiater, har ansvaret for behandlingen. Anstalten er bl.a. normeret med adskillige psykiatere, psykologer og sygeplejersker, og anstalten rummer således et egentligt behandlingsmiljø.

Behandlingen har karakter af psykiatrisk/psykologisk behandling i form af samtaleforløb med psykiater og psykolog efter flere terapeutiske metoder og tilgange. Endvidere sker der behandling i form af miljøterapi og psykoedukation, ligesom der gennemføres reflekterende samtaler.

Psykisk syge indsatte på Vestre Hospital, der afventer indlæggelse på psykiatrisk sygehus, modtager i ventetiden behandling af Vestre Hospitals læger. Vestre Hospital er ikke bemandet med henblik på varetagelse af mere langvarig behandling af psykisk syge patienter. Kriminalforsorgens læger har mulighed for at tilkalde yderligere lægelig ekspertise udefra, hvis lægerne finder, at der er behov for det.

7.4. Behandlingsdømte med behov for særligt behandlings- og støttetilbud

Der findes en mindre gruppe behandlingsdømte (dømt efter straffelovens § 69 dvs. ikke fængslede), som ikke kan profitere af traditionel psykiatrisk behandling. Disse personer er under tilsyn af Kriminalforsorgen under deres behandlingsdom, men har enten ingen eller kun sjældne samtaler med en psykiater, der ikke kan tilbyde egentlig behandling.

Der er ingen tvivl om, at denne gruppe har behandlings- og støttebehov i bred forstand, at de pågældende ikke er strafegnede, og at de med et etableret tilbud, hvor de kunne

fastholdes i behandling og støtte via dommen, ville kunne profitere af en rehabiliterende indsats. Et eventuelt supplerende rehabiliteringstilbud til disse personer kan f.eks. omfatte ophold på egnet socialpædagogisk opholdsted eller massiv intensiv støtte i eget hjem.

Der er som tidligere beskrevet også en gruppe indsatte, ofte med samme diagnostiske baggrund, som i dag er idømt almindelig straf (omfattet af straffelovens § 69). Også en del af denne gruppe ville kunne profitere af et bredere rehabiliteringstilbud med henblik på forebyggelse af ny kriminalitet.

Udviklingen i kapaciteten og sammensætning i tilbudene til behandlingsdømte

I dette kapitel beskrives udviklingen i kapaciteten og sammensætningen af tilbuddene til behandlingsdømte fra 1995 til 2005 i henholdsvis i psykiatrien og den sociale sektor. Dette kapitel 8 og det efterfølgende kapitel 9 baserer sig på en undersøgelse gennemført af Socialt Udviklingscenter til brug for denne rapport⁶⁰.

Socialt Udviklingscenter har 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 valgt at indhente data dels ved en kvantitativ surveyundersøgelse inklusiv opfølgende telefoninterview, dels en kvalitativ interviewundersøgelse med i alt 51 personer fordelt på forskellige sektorer og niveauer samt 5 enkeltinterview med dømte psykisk syge med fokus på barrierer og muligheder for sammenhæng og samarbejde i indsatsen⁶¹.

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 behandlingsdømte i kommunen, hvorfor deres besvarelser omhandler alle psykisk syge i kommunen. Desuden understreges det flere steder, at kommunerne ikke altid bliver oplyst om domsforhold, hvorfor man reelt ikke ved, hvor mange der har begået kriminalitet. Endelig har nogle af kommunerne fundet det svært at besvare spørgeskemaet, fordi de kun har én eller to behandlingsdømte i et tilbud.

Det er trods en kort tidsfrist lykkedes at opnå en besvarelsesprocent i surveyundersøgelsen på 100 % for psykiatrien, 93,3 % for den amtslige socialpsykiatri og 56,6 % for den kommunale socialpsykiatri.

⁶⁰ "Undersøgelse af sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet V72" 2005, Socialt Udviklingscenter SUS.

⁶¹ For en nærmere gennemgang af undersøgelsens metoder, herunder en redegørelse for sammensætningen af deltagere i gruppeinterviewene se "Undersøgelse af sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet V72" 2005, Socialt Udviklingscenter SUS.

8.1. Antal retspsykiatriske patienter

Der eksisterer - bl.a. i medierne - en generel opfattelse af, at antallet af psykisk syge, der begår kriminalitet, er steget de sidste år (Politiken 26/9-05⁶²; Information 23/6-05⁶³). Denne opfattelse er delvist baseret på undersøgelsesresultater fra de sidste år om en stigning i antallet af mennesker med behandlingsdomme. Bl.a. påpeger Amtsrådsfor-
eningens rapport⁶⁴, at antallet af retspsykiatriske patienter i Danmark - baseret på op-
lysninger fra landspatientregisteret - er næsten firedoblet siden 1980 (fra 490 personer i
1980 til 1.800 personer i 2002).

Undersøgelsen fra Socialt Udviklingscenter bekræfter, at der fra 1995 til 2005 er sket
en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter, dømt efter Straffelovens §§ 68-69.
Både psykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri tilken-
degiver at have oplevet en markant stigning. Jf. afsnit 5.1 er der i perioden tale om en
fordobling af antallet af retspsykiatriske patienter, men stigningen i antallet af patienter
der kommer i kontakt med det sociale system, er steget endnu mere, 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 ambulante
regi, samt modtager støtte fra sociale tilbud, frem for at blive indlagt på en psykiatrisk
afdeling.

De kvalitative interview antyder, at det stigende antal dømte har mere komplekse års-
ager end blot, at flere psykisk syge begår kriminalitet, idet interviewpersonerne er enige
om, at man er begyndt at anmelde psykisk syge personer for vold langt mere de sene-
ste år. Disse udsagn støttes af tallene i afsnit 5.2, hvoraf det fremgår, at der er sket en
femdobling i antallet af tilfælde af vold mod nogen i offentlig tjeneste i perioden fra 1995
til 2004. Det konkluderes således i afsnit 5.2, at det er næppe er usandsynligt, at en del
af væksten i antallet af tilfælde af vold mod nogen i offentlig tjeneste beror på en øget
anmeldelsestilbøjelighed.

Enkelte interviewpersoner påpeger desuden, at stigningen ikke skyldes mangel på sen-
gepladser i almenpsykiatrien. I et amt beretter retspsykiatrien således, at omkring en
tredjedel af de dømte aldrig tidligere har været i kontakt med hverken almen-, distrikts-
eller retspsykiatrien – end ikke i form af et enkeltstående besøg på en psykiatrisk ska-
destue eller en enkelt samtale med en psykiater. Interviewpersoner fra rets- og almen-
psykiatrien i dette amt konkluderede på den baggrund, at man formentlig ikke ville have
kunnet forebygge disse menneskers kriminalitet ved at øge antallet af sengepladser i

⁶² Politiken 26/9-2005. Behandlingsdømte må vente i fængsler. 1. sektion s.2. Af Trine Maria Ilsoe og Frank Hvilsom

⁶³ Information 24/10-2005. Antallet af psykisk syge kriminelle stiger. Indland, s. 5.

⁶⁴ Retspsykiatri: Status og udfordringer. (eds L. Toft & T. Kjølsgaard)

almenpsykiatrien. I et andet amt beretter en beslutningstager, at man her har oplevet et faldende pres på åbne sengepladser i almenpsykiatrien indenfor de seneste år. Man er derfor p.t. i færd med at nedlægge 60 åbne sengepladser i almenpsykiatrien (ud af i alt 1.000 åbne sengepladser) og omdefinerer dem til 30 lukkede retspsykiatriske senge. Generelt efterlyses dog dokumentation af årsagerne til det stigende antal psykisk syge, der får en dom.

Disse interviewpersoners oplevelser støttes af det faktum, at belægningsprocenten på de psykiatriske senge fra 1997 til 2003 er faldet fra 97,9 % til 95,4 jf. tabel 6.1.

8.2. Særlig behandling og støtte til retspsykiatriske patienter

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 psykisk syge 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 inddragelse af 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 de adspurgte bred enighed om, at patienter, der har været indlagt på retspsykiatrisk afdeling, bør gennemgå en gradvis udslusning. Patienterne kan f.eks. 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 dømt psykisk syge 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 interviews viser, at de retspsykiatriske brugere i det sociale system ikke er udskilt som en særlig målgruppe med særlige tilbud. Det sociale system har de samme forpligtelser, opgaver, redskaber og bemyndigelser til rådighed i forhold til kriminelle psykisk syge som til øvrige psykisk syge. Det sociale omsorgsarbejde bliver derved ikke kombineret med kontrol. Det sikrer, at evt. kontrolforanstaltninger ikke er til hinder for, at den kriminelle psykisk syge kan knytte tætte relationer til omsorgsmedarbejdere som f.eks. støtte- og kontaktpersoner.

I spørgeskemaundersøgelsen peges dog samtidig på, at både manglende fysisk plads, manglende specialviden, samt de retspsykiatriske patienters særlige adfærd overfor andre patienter kan være hæmmende for, at de retspsykiatriske patienter 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 patienter ofte kan findes blandt de af socialpsykiatriens bruger (med og uden dom), der har de mest komplekse problemstillinger og behov.

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

Derudover peger de adspurgte på mange behov og idéer til særlige tilbud, der tager højde for de karakteristika, der bl.a. kendetegner nogle af de retspsykiatriske patienter

- men også mange andre patienter. Det drejer sig om særlige foranstaltninger til psykisk syge med anden etnisk baggrund end dansk, med misbrug eller med personlighedsforstyrrelse. Disse patienter kræver en særlig specialviden samt et godt og udbygget tværsektorielt samarbejde. Herudover understreges, som tidligere nævnt, behovet for at styrke udslusning og rehabilitering.

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

8.3. Kapaciteten i tilbuddene til retspsykiatriske patienter 1995 – 2005

Som beskrevet i kapitel 4 var der 11.000 sengepladser i psykiatrien, da amterne i 1976 overtog statshospitalerne. Det var amternes opgave at ombygge psykiatrien, så mennesker med psykisk sygdomme kunne leve et liv i samfundet som andre borgere ved hjælp af kortere indlæggelser, ambulant behandling og social støtte. På den baggrund faldt antallet af sengepladser i psykiatrien til 3.676 i 2003. Sideløbende steg antallet af ambulante besøg fra ca. 138.000 i 1976 til 643.000 i 2003.

Samtidig med nedlæggelsen af sengepladser blev der opbygget bo- og støttetilbud til mennesker med sindslidelse. Antallet af botilbud til psykisk syge steg således fra 2.328 i 1997 til 3.158 i 2004 og antallet af dagtilbud fra 1.288 i 1997 til 2.211 i 2004. Hertil kom indførelsen af støtte-kontaktpersonordningen i 1998. Psykiatrien er således blevet mindre institutionel og flere psykisk syge bor i almenboliger frem for på institutioner og sygehuse. Spørgsmålet er, hvilken betydning denne udvikling har for behandlingen af behandlingsdømte. I medierne eksisterer der en generel opfattelse af, at nedskæringen af sengepladser i psykiatrien har haft en direkte betydning for det stigende antal psykisk syge med behandlingsdom.

I det efterfølgende præsenteres opdateret information om udviklingen i tilbudskapaciteten baseret på oplysninger indhentet fra amter og kommuner v.h.j.a. ovennævnte surveyundersøgelse og interviews.

Socialt Udviklingscenter havde i undersøgelsen vanskeligt ved at indhente oplysninger om den eksakte udvikling i kapaciteten i tilbud til retspsykiatriske patienter. Det har således ikke været muligt for de adspurgte at fremskaffe data om kapaciteten fra 1995 og 2000. De følgende undersøgelsesresultater om tilbuddenes kapacitet er derfor baseret på forholdsvis få svar for 1995 og 2000, men flere for 2005. Når et stort amt f.eks. 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, definerer heller ikke altid hverken kapacitet eller målgruppe ens. Nogle har f.eks. oplyst antal tilbud, andre antal patienter, antal besøg, afdelinger eller sengepladser.

Oplysningerne 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.

8.3.1. Tilbud i psykiatrien

Undersøgelsen viser, at der tilsyneladende hverken er sket store stigninger eller markante fald i antallet af behandlingstilbud til de retspsykiatriske patienter i psykiatrien de seneste 10 år. Antallet af tilbud til målgruppen svinger en smule frem og tilbage fra år til år. Mest markant er en ændring i antal tilbud om ambulante behandling, som steg fra gennemsnitligt 2 tilbud pr. amt i 1995 til gennemsnitligt 3,4 tilbud pr. amt i 2005. Et enkelt amt kunne således maksimalt have 5 ambulante tilbud i 1995, mens et enkelt amt kunne have helt op til 14 ambulante tilbud i 2005. Dette stemmer godt overens med Amtsrådsforeningens undersøgelse, 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) ⁶⁵.

Psykiatrien 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 2000 og 2005 forekom det i psykiatrien 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 2,3 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.

8.3.2. Distriktspsykiatrien

Der er fra 1995 til 2005 sket en lille stigning i antallet af amter, hvor distriktspsykiatrien behandler retspsykiatriske patienter. I 1995 havde distriktspsykiatrien i 10 amter rets-

⁶⁵ Retspsykiatri: Status og udfordringer. (eds L. Toft & Kjelsgaard), pp. 1-40.: Amtsrådsforeningen 2004.

psykiatriske patienter, i 2000 var det 11 amter og i 2005 13 amter. Dette indikerer igen, at flere retspsykiatriske patienter i dag modtager behandling i ambulant regi.

8.3.3. Tilbud i den amtslige socialpsykiatri

Undersøgelsen viser, at der i den amtslige socialpsykiatri er sket en markant stigning i køb af retspsykiatriske pladser uden for hjemamtet fra år 1995 til 2005. Således købte man slet ikke retspsykiatriske pladser udenfor hjemamtet i 1995, mens et enkelt amt købte helt op til 18 retspsykiatriske pladser udenfor amtet i 2005 (gennemsnitligt købes 5,3 retspsykiatriske pladser udenfor hjemamtet pr. amt i 2005). Det kunne tyde på, at flere amter mangler kapacitet til de retspsykiatriske patienter eller, at man køber sig til særlige tilbud, man ikke selv har.

Udviklingen i antallet af tilbud til retspsykiatriske patienter i den amtslige socialpsykiatri fra 1995 til 2005 viser også, at den i 1995 placering af retspsykiatriske patient i psykiatriske plejehjem og amtslige døgninstitutioner i 2005 er blevet afløst af botilbud primært efter Servicelovens § 92.

Desuden er der fra år 1995 til 2000 sket en markant stigning i det opsøgende og udgående arbejde i den amtslige socialpsykiatri. Således var det gennemsnitlige antal tilbud af opsøgende og udgående arbejde 0,5 pr. amt i 1995, mens det i år 2000 var oppe på 3 pr. amt. Dette kan formentlig ses som en følge af servicelovens krav om indførelse af støtte- og kontaktpersonordninger i alle kommuner fra juli 1998. Brugen af opsøgende og udgående arbejde faldt dog igen til gennemsnitligt 1,3 tilbud pr. amt fra 2000 til 2005.

Endelig er der sket en stigning i brugen af bostøtte efter § 73 de sidste 10 år. Mens ingen amter anvendte bostøtte i 1995, var der i år 2000 gennemsnitligt 2 tilbud i form af bostøtte pr. amt og i år 2005 gennemsnitligt 1,4 bostøtte-tilbud pr. amt.

Tilbud som herberger og forsorgshjem, dagtilbud/beskyttede værksteder og enkeltmandsprojekter har ligget nogenlunde stabilt de sidste 10 år.

8.3.4. Tilbud i den kommunale socialpsykiatri

For den kommunale socialpsykiatri gælder, at det gennemsnitlige antal tilbud til retspsykiatriske patienter pr. kommune generelt er steget fra år 1995 til 2005. Det gælder tilbuddene: midlertidige boformer, opgangsfællesskaber, køb af retspsykiatriske pladser udenfor hjemkommunen, bostøtte, dagtilbud/beskyttede værksteder, varmestuer, aktivitets- og væresteder og meget markant det opsøgende og udgående arbejde.

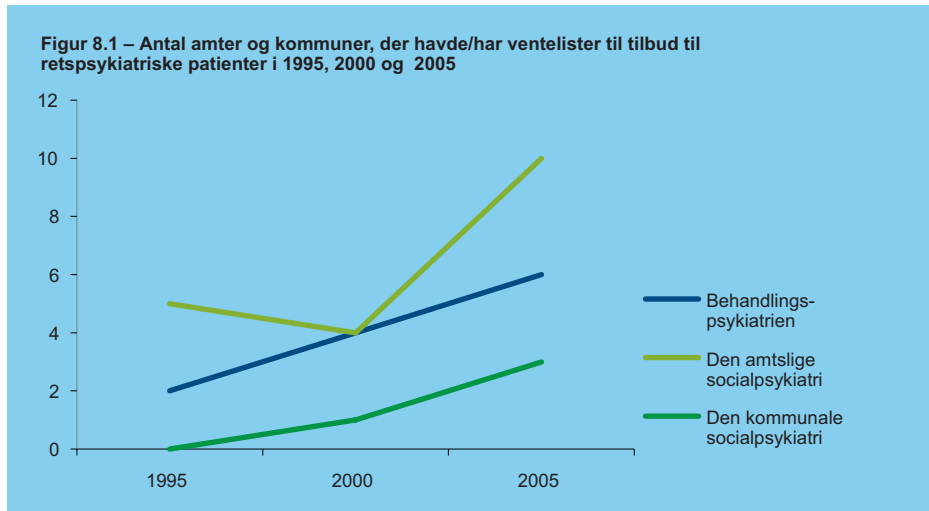
Sidstnævnte stigning i det opsøgende og udgående arbejde skal – ligesom i den amtslige socialpsykiatri – ses i lyset af, at støtte- og kontaktpersonordningen (SKP) efter servicelovens § 80 blev krævet indført i samtlige kommuner i 1998. Det skal bemærkes, at næsten alle kommuner har fået etableret en SKP-ordning⁶⁶.

Den eneste form for tilbud, der har oplevet en indsnævring fra 1995 til 2005 i den kommunale socialpsykiatri er de selvejende institutioner og pensionater, som er faldet lidt fra gennemsnitligt 0,4 tilbud pr. kommune i 1995 til gennemsnitligt 0,1 tilbud pr. kommune i 2005. Men generelt tyder tallene på en forøgelse af kommunale socialpsykiatriske tilbud til retspsykiatriske brugere.

8.4. Ventelister

For mennesker, som både har en psykisk sygdom 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.

Generelt viser besvarelsene 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. Kriminalforsorgens afdelinger har i forbindelse med bidrag til rapporten oplyst, at de ligeledes opfatter det som et problem, at der er ventelister til behandling af behandlingsdømte.



⁶⁶ Se evaluering om støtte- og kontaktpersonordningen i mindre kommuner, Socialt Udviklingscenter SUS 2004.

Som det fremgår af figur 8.1, har der de sidste 10 år, 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):

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 jf. kapitel 7.

Tværasektorielt 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.

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 ambulans behandling.

I det tværasektorielle samarbejde omkring retspsykiatriske patienter 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 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. 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 behandlings- og støtteforløb skal være, og hvem, der skal tage sig af hver del i forløbet.

9.1. Erfaringer med samarbejdet

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

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

Koordinerende planlægningsmøder ved overdragelse til socialpsykiatrien

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.

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.

Interviewene afdækker, at der kan være mange gode samarbejdsmodeller i forbindelse med overdragelse af retspsykiatriske patienter. Det er nemlig ikke afgørende, hvor ak-

tørerne 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, koordinatore 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/bruger⁶⁷. 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.

Jf. tidligere afsnit 3.3.1 har den udskrivende overlæge ifølge psykiatrilovens § 3 ansvar for, at der indgås en udskrivningsaftale eller koordinationsplan omkring en del af de psykiatriske patienter. I forbindelse med undersøgelsen pegede de adspurgte på, at man de pågældende steder ikke anvender udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i forhold til retspsykiatriske patienter. Begrundelsen herfor var, at behandlingsplanen allerede er beskrevet i dommen. Denne begrundelse er overraskende, eftersom de obligatoriske krav til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er langt mere omfattende end kravene til en behandlingsplan.

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 psykiatrien og socialpsykiatrien havde forskellige holdninger til koordinationsplanerne. I psykiatrien mente mange, at man fra psykiatriens side altid havde koordineret udskrivningen – og at det ikke gjorde nogen forskel, om man kaldte dette arbejde en udskrivningsaftalen eller en koordinationsplan.

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

Til perspektivering af brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner viser undersøgelsen fra Vestsjællands Amt, at de forskellige systemer i 2002-2004 havde forskellig praksis for udarbejdelse af handleplaner omkring retspsykiatriske patienter. Hvert system udarbejdede deres lovbestemte handleplan. På den måde blev der anvendt res-

⁶⁷ (Pia Witten Hansen, 2004 s. 164)

sourcer 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 f.eks. principielt ikke må udarbejde den lovpligtige § 111 handleplan uden at inddrage brugeren.

Det vil altid være psykiatriens opgave at indlede samarbejdet omkring overdragelser - det er her, man ved, hvornår en patient er på vej ud. For psykiatrien letter det samarbejdet betragteligt, jo færre personer man skal samarbejde med. En mulighed er at have en koordinerende person i kommunen eller amtet, som psykiatrien kan kontakte, hvorefter denne person indkalder de relevante aktører fra socialpsykiatrien i den enkelte sag. En anden mulighed er at have et koordinationsråd, som man for nyligt har etableret i et amt.

Løbende samarbejde omkring ambulante patienter

Det andet tværfaglige samarbejdsfelt omkring retspsykiatriske patienter er det løbende samarbejde omkring de ambulante patienter, der har dom til behandling. Disse retspsykiatriske patienter har som minimum kontakt til to sektorer – og nogle har kontakt til alle tre.

- Alle modtager ambulante behandling i distriktspsykiatrien eller eventuelt i et psykiatrisk ambulatorium (nogle genindlægges desuden en eller flere gange i psykiatrien).
- Absolut hovedparten har løbende kontakt med en tilsynsførende fra Kriminalforsorgen.
- Nogle får tilbud om botilbud, bostøtte eller dagtilbud i socialpsykiatrien.

Samarbejdet mellem de tre sektorer kan handle om at udveksle generelle erfaringer, f.eks. om dobbeltdiagnosepatienter eller om hjemløse retspsykiatriske patienter. 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.

Fastlagte møder

Det generelle indtryk fra interviewene er, at det løbende samarbejde fungerer bedst, hvis der er faste regelmæssige møder på kryds og tværs mellem psykiatrien (herunder distriktpspsykiatrien og misbrugsbehandlingen), den amtslige socialpsykiatri (f.eks. botilbud), den kommunale socialpsykiatri (f.eks. 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 som udgangspunkt kræver den pågældende persons samtykke og dette samtykke forudsætter stor grad af tillid mellem de samarbejdende parter.

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.

Eksempel på samarbejde - PSP-samarbejdet på Frederiksberg

På Frederiksberg har man i efteråret 2004 indført et struktureret samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatrien – PSP-projektet. Formålet med projektet er at sikre en optimal koordinering af de involverede myndigheders ressourcer med det sigte at hjælpe personer, der på grund af misbrugsproblemer, psykiske lidelser eller andre former for sociale problemer befinder sig i en situation, hvor de har behov for støtte.

PSP-projektet retter sig primært mod borgere, der har behov for hjælp/støtte, uden at de klart kan henføres under ét myndighedsområde som f.eks. lovovertrædere, patienter i distriktpspsykiatrien eller "rene sociale klienter". I praksis fungerer projektet således, at repræsentanter fra hver myndighed mødes med faste intervaller aktuelt hver måned. Her drøftes sager, hvor flere myndigheder med fordel kunne være involveret, ligesom der udveksles relevant information som f.eks. oplysninger om personer, som kunne have brug for hjælp fra politiets døgnrapport. Dette forum kan desuden sikre en koordineret indsats i sager som, er i gang, og bruges til løbende evaluering og optimering af det øvrige samarbejde, f.eks. i forbindelse med tvangsindlæggelser.

Der er i projektet taget højde for gældende lovgivning omkring udveksling af oplysninger. Der skelnes derfor mellem drøftelse af sager af generel karakter omkring behov for indsats, uden oplysning om navngivne personer, og hvor samtykke ikke er påkrævet, og udveksling af oplysninger omkring navngivne enkeltpersoner, hvor der forud er indhentet den pågældendes samtykke. Endvidere kan der ske udveksling af oplysninger af betydning til støtte for børn og unge, hvis situation i henhold til Lov om social service, nødvendiggør at myndighederne kan påbegynde en sag eller træffe afgørelse uden forældrenes samtykke

Modellen har, efter at have været i gang i 8 mdr., vist sig særdeles anvendelig med et stort løbende antal sager, som med fordel er blevet behandlet i dette forum til gavn for patienterne. I relation til psykisk syge kriminelle er det en model, som kan tænkes både at forebygge kriminalitet begået af psykisk syge, da en giver mulighed for en tidlig behandlingsindsats i sager, hvor sygdommen måske ellers ikke ville være blevet opdaget, og en højere grad af koordination af behandlingen af de retspsykiatriske patienter.

Kilde:"PSP-projektet. Et myndighedssamarbejde der sætter mennesket i centrum. pp. 1-3. Frederiksberg: Frederiksberg Politi.", Rasmussen 2004.

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 afhængigt af, at man let kan komme i kontakt med hinanden over telefonen.

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. Ansvar for at gøre opmærksom på et opstået behov for behandling ligger hos dem, der møder de retspsykiatriske patienter i det daglige: Det kan være distriktspsykiatrien, der ser patienterne/brugerne f.eks. 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.

De adspurgte oplyser i denne forbindelse, at det nogle gange kan være svært for socialpsykiatrien at få psykiatrien eller Kriminalforsorgen til at reagere. 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 psykiatrien, indtil der sker noget. Interviewene giver eksempler på flere kreative måder at klare dette på.

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 til socialpsykiatrien især kan styrkes af en tæt koordinering, hvor alle aktuelle aktører er involveret i planlægningen.

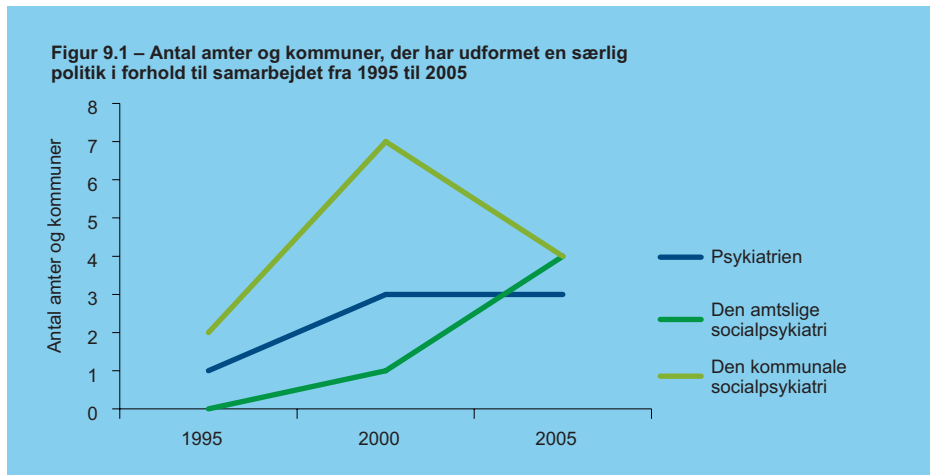
Det løbende samarbejde omkring patienter i ambulant behandling kan især styrkes ved fastlagte møder mellem aktørerne, både om generelle emner og om konkrete sager. Herudover lettes samarbejdet – set med socialpsykiatriens øjne – ved let adgang til aktørerne i, når der opstår akutte behov.

9.2. 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 9.1 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.

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 patienter, før deres problemer bliver meget massive.



Overordnet set er det ikke mange amter og kommuner, der har udformet en særlig samarbejdspolitik omkring retspsykiatriske patienter. 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 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.

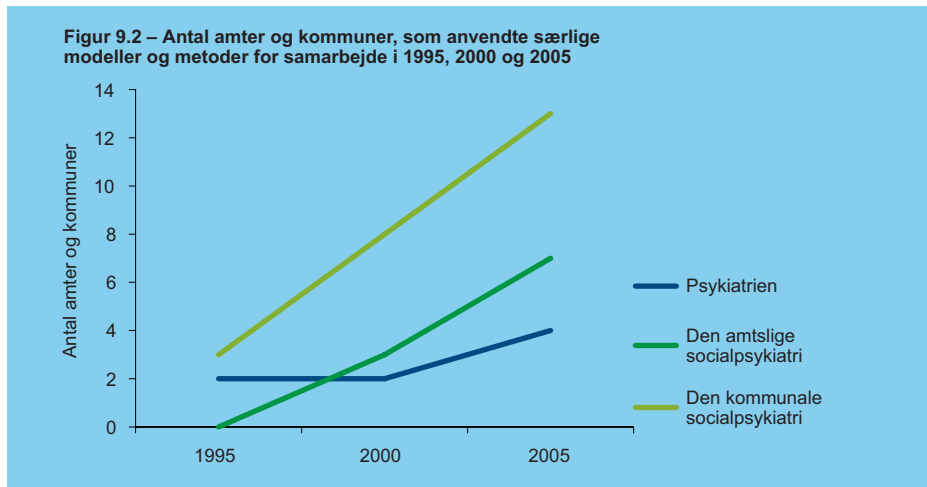
Samarbejdspolitikernes indhold

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.

9.3. Særlige samarbejdsmodeller og -metoder

I spørgeskemaundersøgelsen er alle informanter blevet spurgt, om de anvender særlige modeller og metoder til samarbejde om retspsykiatriske patienter på tværs af sektorer og aktører. Som figur 9.2 nedenfor viser, er der sket en stigning fra 1995 til 2005 i antallet af amter og kommuner, der anvender særlige samarbejdsmodeller – både i psykiatrien, den amtslige socialpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri.

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 de adspurgte har haft svært ved at huske samarbejdsmodeller og metoder fra 1995 og 2000.



Af figur 9.2 fremgår også, at den største stigning er sket i den amtslige socialpsykiatri, hvor der er sket en syvfoldning 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 psykiatrien, der ligeledes benytter samarbejdsmodeller.

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 psykiatrien, 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.

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 indikerer, at der foregår meget samarbejde ad hoc. Generelt oplyses det, at anvendelsen af særlige samarbejdsmodeller og –metoder har givet blødere overgange mellem de forskellige tilbud for patienten.

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

9.4. Hvilke samarbejdsformer benyttes af hvem?

I spørgeskemaundersøgelsen vurderede de adspurgte 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 af de adspurgte i spørgeskemaerne har påpeget, at det ikke er muligt at sige noget generelt om samarbejdet mellem forskellige aktører og sektorer omkring retspsykiatriske patienter. 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 psykiatriens oplysninger om samarbejde med udvalgte aktører – og derefter henholdsvis den amtslige og den kommunale socialpsykiatris oplysninger.

Psykiatrien

Psykiatrien 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. Det er til gengæld kun få steder, at der forekommer sparring, supervision eller undervisning mellem psykiatrien og Kriminalforsorgen.

Psykiatriens 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. Fastlagte møder og sparring, supervision eller undervisning er mere sjældne samarbejdsformer psykiatrien og de kommunale socialforvaltninger imellem.

Ligeledes oplyser de adspurgte fra psykiatrien, at samarbejdet med de socialpsykiatriske botilbud overordnet set er mindre tæt og mere ad hoc præget. De mest anvendte samarbejdsformer mellem psykiatrien 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.

Den amtslige socialpsykiatri

Sammenlignes den amtslige socialpsykiatris egen beskrivelse af samarbejdet med psykiatrien eksklusive distriktpsykiatrien, minder den meget om psykiatriens 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 psykiatrien. Derimod benytter man sig ikke meget af sparring, supervision eller undervisning i samarbejdet.

Hvad angår den amtslige socialpsykiatris samarbejde med distriktpsykiatrien, foregår den primært via ad hoc møder og kontakt af telefonisk eller skriftlig art.

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 psykiatريفorvaltninger. Samarbejdet med psykiatrien er tættere. F.eks. er der mange amter, der slet ikke anvender fastlagte møder mellem den amtslige socialpsykiatri og de kommunale social- og/eller psykiatريفorvaltninger. 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. 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. Psykiatriens samarbejde med Kriminalforsorgen fremstår som værende tættere.

Den kommunale socialpsykiatri

Det er slående, at mange kommuner slet ikke ser ud til at have noget samarbejde mellem den kommunale socialpsykiatri og psykiatrien. 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 psykiatriens 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. 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.

Der er mange kommuner, som slet ikke har noget samarbejde med distriktpsykiatrien. 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.

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.

9.5. 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.

Det blev endvidere påpeget, at et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer og kommunale niveauer ofte forudsætter, at det er muligt at udveksle oplysninger de forskellige myndigheder imellem - herunder også oplysning om en eventuel dom.

Manglende formaliserede samarbejdsfora, manglende kendskab til hinandens arbejdsområder og manglende tydeliggørelse af de forskellige aktørers opgaver og ansvar er blandt barriererne. I interviewene pegede især informanter fra socialpsykiatrien på, hvordan samarbejdet kan påvirkes negativt af uklar rolle- og ansvarsfordeling. 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.

Bilag 1.

– Uddrag fra bekendtgørelse af straffeloven

9. kapitel

Andre retsfølger af den strafbare handling

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

§ 68 a. Medfører en foranstaltning efter § 68 eller § 72, jf. § 68, at den dømte skal anbringes i institution, eller giver foranstaltningen mulighed herfor, fastsættes en længstetid på 5 år for denne foranstaltning. Længstetiden omfatter også foranstaltninger, som senere fastsættes efter § 72, jf. § 68, og som medfører en lempelse af den hidtidige foranstaltning. Under særlige omstændigheder kan retten efter anmodning fra anklagemyndigheden ved kendelse fastsætte en ny længstetid på 2 år.

Stk. 2. I de tilfælde, der er omhandlet i stk. 1, fastsættes dog i almindelighed ingen længstetid, hvis den dømte findes skyldig i drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, trusler af den i § 266 nævnte art, brandstiftelse, voldtægt eller anden alvorlig sædelighedsforbrydelse eller i forsøg på en af de nævnte forbrydelser. Er der ikke fastsat en længstetid, indbringer anklagemyndigheden spørgsmålet om ændring eller endelig ophævelse af foranstaltningen for retten 5 år efter afgørelsen, medmindre spørgsmålet har været forelagt for retten inden for de sidste to år. Derefter forelægges spørgsmålet for retten mindst hvert andet år.

Stk. 3. Ved andre foranstaltninger end de i stk. 1 nævnte fastsættes en længstetid for foranstaltningen, der ikke kan overstige 3 år. Under særlige omstændigheder kan retten efter anmodning fra anklagemyndigheden ved kendelse forlænge længstetiden. Den samlede tid for foranstaltningen kan ikke overstige 5 år.

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

§ 69 a. Medfører en foranstaltning efter § 69, at den dømte skal anbringes i institution, eller giver foranstaltningen mulighed herfor, fastsættes en længstetid på 5 år for denne foranstaltning og en længstetid for opholdet, der i almindelighed ikke kan overstige 1 år. Længstetiden på 5 år omfatter også foranstaltninger, som senere fastsættes efter § 72, jf. § 69 og § 68, 2. pkt., og som medfører en lempelse af den hidtidige foranstaltning. Under særlige omstændigheder kan retten efter anmodning fra anklagemyndigheden ved kendelse fastsætte en ny længstetid på 2 år for foranstaltningen eller en ny længstetid for opholdet.

Stk. 2. I de tilfælde, der er omhandlet i stk. 1, fastsættes dog i almindelighed ingen længstetid for foranstaltningen, hvis den dømte findes skyldig i drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, trusler af den i § 266 nævnte art, brandstiftelse, voldtægt eller anden alvorlig sædelighedsforbrydelse eller i forsøg på en af de nævnte forbrydelser. § 68 a, stk. 2, 2. og 3. pkt., finder tilsvarende anvendelse.

Stk. 3. Ved andre foranstaltninger end de i stk. 1 nævnte fastsættes en længstetid for foranstaltningen, der ikke kan overstige 3 år. Under særlige omstændigheder kan retten efter anmodning fra anklagemyndigheden ved kendelse forlænge længstetiden. Den samlede tid for foranstaltningen kan ikke overstige 5 år.

Bilag 2.

– Supplement til undersøgelsen af kriminalitetsudvikling (afsnit 5.2)

1. Undersøgelsesmaterialet

De datafiler, der er modtaget fra Kriminalregisteret, indeholder oplysninger om både hoved- og biforhold. Fra tekstfiler er der for hver enkelt afgørelse registreret oplysninger om, hvilken foranstaltning personen er underkastet, og hvilken paragraf personen er dømt efter. Dvs. om vedkommende er vurderet til at være psykisk syg (§ 16, stk. 1, 1. pkt.), mentalt retarderet (§ 16, stk. 1, 2. pkt., og § 16, stk. 2) eller mangelfuldt udviklet (§ 69). I undersøgelsen indgår som sagt alene kriminalitet, begået af personer, der er diagnosticeret som psykisk syge (§ 16, stk. 1, 1. pkt.).

Det er valgt kun at inddrage årene 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 og 2004 i analysen. Det skyldes først og fremmest, at den manuelle registrering af ovennævnte oplysninger er ganske tidskrævende. Desuden vil det givet være muligt at beskrive udviklingstenderne ud fra alene oplysninger fra hvert andet år.

Ønsket har været at beskrive udviklingen inden for de seneste 10 år. Det giver imidlertid nogle problemer at gå langt tilbage i tiden, da data slettes i Kriminalregisteret senest to år efter, en person er død. Desuden slettes oplysninger om personer, der er fyldt 80 år, og oplysninger vedrørende personer, der er mellem 70 og 80 år, slettes fem år efter seneste dom. I begge tilfælde gælder, at oplysninger alene slettes, såfremt personen ikke har aktuelle forhold. Endelig sker der efter 10 år sletning af bøder og tiltalefrafald.

På baggrund af bl.a. de årsregistre over foranstaltningsdomme, som Justitsministeriets Forskningsenhed har udarbejdet siden lovændringen i 2000, har det været muligt at estimere antallet af døde de enkelte år, ligesom det på denne baggrund har været muligt at beregne, hvor mange i aldersgrupperne over 70 år, der må antages oprindeligt at være indgået i dataene de forskellige år. De vægte, data de enkelte år på denne baggrund er tillagt, er reduceret under hensyntagen til, at ældre personer begår færre lovovertrædelser end yngre personer.

Et særligt problem udgør oplysninger fra 1995 vedrørende kriminalitet begået under foranstaltningen. De afgørelser, der indgår i materialet slettes således, som nævnt ovenfor, efter 10 år. Datafilen til brug for undersøgelsen blev udarbejdet primo juli 2005. Det betyder, at der ikke foreligger oplysninger om bøder og tiltalefrafald før medio 1995. Dataene fra 1995 er derfor tillagt en særlig vægt, beregnet på baggrund af oplysninger fra det sidste halvår i 1995⁶⁹. De vægtede og uvægtede data fremgår af tabel 1.

Tabel 10.1 – Antallet af lovovertrædelser fordelt efter afgørelsens art og år. Vægtede og uvægtede

	Uvægtede		Vægtede	
	Foranstaltningsdomme	Bøder og tiltalefrafald	Foranstaltningsdomme	Bøder og tiltalefrafald
1995	812	135	960	385
1997	895	406	1053	462
1999	1116	551	1209	597
2001	981	516	1029	541
2003	1892	809	1892	809
2004	1296	874	1296	874
I alt	6992	3291	7439	3668

I den følgende analyse er det alene de vægtede data, der anvendes.

2. Andel af lovovertrædere

Som nævnt tidligere angår de lovovertrædelser, der er inkluderet i tabel 5.8, alle dem, der har ført til en bøde, et tiltalefrafald, en frihedsstraf eller en foranstaltningsdom. I tabel 10.2 inkluderes alene de lovovertrædelser, der har ført til enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningsdom. Hermed kan der med større sikkerhed siges, hvor stor de psykisk syge lovovertræderes andel er, men altså alene af en begrænset del af den samlede kriminalitet.

⁶⁹ Ved vægtningen er der endvidere taget hensyn til de mangler, der var ved den først modtagne datafil.

Tabel 10.2 – De psykisk syge lovovertrædendes andel af samtlige lovovertrædelser fordelt efter kriminalitetens art og år

	1995	1997	1999	2001	2003	2004	Alle år
Seksualforbrydelser i alt	4,7%	5,7%	8,0%	5,6%	29,9%	3,4%	9,2%
Voldtægt mv.	6,0%	1,6%	6,1%	7,6%	8,2%	8,0%	6,4%
Seksualforbrydelser mod børn	0,0%	1,2%	5,8%	1,5%	18,2%	0,7%	4,2%
Blufærdigheds-krænkelser	7,6%	12,1%	12,2%	8,9%	42,5%	5,9%	13,0%
Øvrige seksualforbrydelser	0,0%	0,0%	7,7%	2,4%	38,9%	0,0%	9,7%
Voldsforbrydelser i alt	3,7%	4,8%	4,5%	4,8%	7,3%	4,4%	4,9%
Vold o.l. mod offentlig myndighed	5,4%	9,5%	8,8%	12,5%	13,6%	10,9%	10,6%
Drab	7,3%	7,8%	13,4%	21,4%	12,1%	15,6%	13,1%
Forsøg på manddrab	39,6%	43,2%	31,7%	25,9%	40,9%	25,0%	35,6%
Simpel vold	2,8%	3,4%	2,8%	2,8%	3,8%	1,9%	2,8%
Alvorligere vold	3,2%	3,9%	4,4%	3,4%	6,4%	4,3%	4,3%
Trusler	5,0%	4,0%	4,7%	3,6%	8,6%	4,6%	5,1%
Øvrige voldsforbrydelser	3,8%	6,4%	4,9%	2,9%	8,8%	5,6%	5,7%
Ejendomsforbrydelser i alt	1,6%	1,5%	2,1%	2,5%	3,6%	1,4%	2,0%
Dokumentfalsk	1,3%	1,9%	0,9%	2,1%	0,5%	0,8%	1,3%
Brandstiftelse	20,9%	36,1%	23,3%	29,8%	23,7%	15,4%	23,1%
Indbrud	0,8%	2,0%	1,5%	1,0%	2,4%	1,4%	1,5%
Tyveri fra bil, båd mv.	1,0%	1,0%	2,5%	0,1%	4,7%	0,5%	1,5%
Butikstyverier mv.	2,0%	1,2%	3,5%	5,8%	5,9%	1,7%	3,1%
Andre tyverier	1,3%	1,2%	2,1%	0,9%	2,2%	1,3%	1,5%
Brugstyveri af indregistreret køretøj	0,7%	1,2%	1,3%	0,8%	1,3%	0,5%	0,9%
Underslæb, bedrageri, mandatsvig	1,3%	0,4%	2,2%	5,4%	6,8%	0,3%	2,1%
Hæleri	0,7%	0,9%	1,2%	0,6%	1,8%	0,9%	1,0%
Røveri	3,1%	5,8%	3,6%	5,2%	4,2%	3,3%	4,2%
Hærværk	8,9%	3,2%	6,4%	3,3%	6,2%	5,8%	5,8%
Øvrige ejendomsforbrydelser	1,3%	1,7%	0,9%	0,8%	3,0%	1,5%	1,4%
Andre straffelovsovertrædelser i alt	3,5%	2,1%	3,6%	1,4%	3,9%	2,7%	2,9%

Narkotikaforbrydelser	0,5%	0,3%	1,2%	0,2%	0,5%	1,3%	0,7%
Øvrige straffelovsbestemmelser	4,9%	3,1%	4,9%	2,1%	5,9%	3,3%	4,0%
Færdselslovs-overtrædelser i alt	0,3%	0,4%	0,6%	0,4%	0,9%	0,3%	0,5%
Spiritus- og promillekørsel, inkl. m. uheld	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,8%	0,2%	0,3%
Færdselslov i øvrigt	0,4%	0,5%	0,8%	0,4%	0,9%	0,3%	0,5%
Øvrige særlovsovertrædelser	1,2%	1,3%	2,1%	1,7%	2,7%	3,4%	1,9%
Lov om euforiserende stoffer	0,6%	1,0%	1,6%	1,4%	2,3%	100,0%	1,7%
Våbenloven	2,3%	2,1%	3,5%	2,9%	3,7%	2,3%	2,8%
Særlove i øvrigt	1,6%	1,0%	1,1%	0,8%	1,7%	0,7%	1,1%
I alt	1,6%	1,6%	2,0%	2,2%	3,7%	1,8%	2,1%

Som det ses af tabel 10.2, står de psykisk syge lovovertrædere for omkring 2 % af kriminaliteten. Som det også er set i afsnit 5.2, står de imidlertid for en betydeligt større andel af især forsøg på manddrab, brandstiftelser og manddrab. Desuden ses af tabel 10.2, at de også står for relativt mange blufærdighedskrænkelser. De er til gengæld underrepræsenterede, for så vidt angår de fleste former for ejendomsforbrydelser. Det samme er tilfældet for narkotikaforbrydelser og færdselslovsovertrædelser.

Det kan videre nævnes, at vurderet i forhold til antal lovovertrædere, der i 2004 idømtes enten en ubetinget frihedsstraf eller en foranstaltningsdom, så udgjorde de psykisk syge lovovertrædere 1,7 % - altså en andel af nogenlunde samme størrelse som den andel kriminalitet, de har stået for. Det adskiller sig således ikke fra dem, der er idømt en ubetinget fængselsstraf, med hensyn til omfang af kriminelle forhold, de dømmes for, men alene med hensyn til arten af de forhold, de dømmes for.

Bilag 3.

- Kriminalforsorgens belæg 1990 til 2005

Nedenstående tabe 10.3 viser, hvor mange klienter med en dom efter §§ 68-69 Kriminalforsorgen har haft i tilsyn ved årets udgang i perioden 1989 til 2004. Det må antages at svare stort set til belægget ved begyndelsen af det efterfølgende år.

Tabel 10.3 – Antal klienter, dømt efter §§ 68-69, i tilsyn af Kriminalforsorgen ved årets udgang fordelt efter år og amt ⁷⁰

	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04
Kbh./Frederiksberg	140	156	151	143	170	192	195	213	223	220	241	244	255	299	337	349
Kbh.'s Amt	89	92	101	115	113	116	128	140	146	151	144	145	123	113	123	134
Fred.borg Amt	37	32	37	43	42	41	44	59	67	67	67	59	70	73	88	91
Roskilde Amt	38	37	40	49	57	58	59	57	62	61	64	62	73	70	79	73
Vestsjæll. Amt	29	27	33	34	31	40	50	59	69	70	76	66	69	77	81	85
Storstrøms Amt	21	23	31	36	41	42	51	50	49	52	50	49	39	44	49	55
Bornholms Amt	2	3	6	6	9	12	14	15	16	9	12	10	9	9	9	12
Fyns Amt	49	51	45	51	49	48	43	47	42	46	53	58	60	75	88	107
Sønderjyll. Amt	10	18	19	19	25	20	18	29	35	39	42	38	41	43	39	49
Ribe Amt	11	13	17	24	24	16	28	31	33	39	34	35	36	42	46	50
Vejle Amt	38	34	35	37	50	52	52	57	62	48	47	48	46	60	72	86
Ringkøbing Amt	15	17	20	23	22	22	24	30	27	29	30	28	30	35	41	49
Århus Amt	86	87	80	85	89	95	94	97	120	131	142	147	142	159	176	206
Viborg Amt	12	10	17	21	24	25	31	30	33	35	37	49	48	45	52	60
Nordjylland Amt	32	34	40	32	43	48	52	57	59	66	83	75	63	73	86	96
I alt	609	634	672	718	789	827	883	971	1043	1063	1122	1113	1104	1217	1366	1502

⁷⁰ Kilden for denne tabel er den samme som for tabel 5.1. Den variation i tallene der er mellem de to tabeller skyldes, at den dato hvorpå opgørelsen er foretaget er forskellig. Kriminalforsorgens tilsynsafdelinger, som antallet af klienter er opgjort på baggrund af, følger amtsgrænserne med undtagelse af Københavns Amt. Klienter fra Dragør og Tårnby indgår således i tilsynsafdelinger under Københavns Kommune.

Det ses, at belægget stiger støt frem til 2000, hvorefter det falder en smule. Fra 2002, hvor belægget er fordoblet i forhold til 1989, sker der de efterfølgende år en større stigning. I løbet af hele perioden vokser belægget med knap 150 pct.

Væksten i antallet af tilsynsklienter med psykiske sygdomme m.v. sker i alle amter samt i Københavns/Frederiksberg kommune. Væksten i sidstnævnte kommuner svarer til væksten på landsplan. I Københavns Amt har væksten været noget mindre – på godt 50 pct. over hele perioden. Procentuelt vokser klientgruppen mest i Bornholms Amt, men det drejer sig om en lille stigning i absolutte tal. I Viborg, Sønderjyllands og Ribe Amt vokser klientgruppen også ganske meget – med op til 400 pct. – men også i disse amter har udgangspunktet været et relativt lille antal klienter.

I absolutte tal har stigningen været størst i København og Frederiksberg Kommune – med en tilvækst på mere end 200 klienter i perioden. I Århus Amt, som er dér, hvor den absolutte tilvækst har været næststørst, er klientgruppen vokset med 120. I alle øvrige amter er gruppen vokset med under 100 klienter, og i de fleste med under 50 klienter siden 1990.

