

*Bilag*  
*Retspsykiatri i H:S*  
*– en spørgeskemaundersøgelse*

H:S Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri  
Retspsykiatrisk arbejdsgruppe

*Analyser og redegørelse ved Peter Kramp og  
cand.stat. Gorm Gabrielsen*

*Maj 2001*

# **Retspsykiatri i H:S**

## **- en spørgeskemaundersøgelse**

*Rapport udarbejdet af Retspsykiatrisk arbejdsgruppe, H:S Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri.*

*Analyser og redegørelse ved Peter Kramp og cand.stat. Gorm Gabrielsen*

# INDHOLDSFORTEGNELSE

---

<b>1. SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN</b> .....	<b>4</b>
1.1 Indledning .....	4
1.2 Begreber og definitioner.....	4
1.2.1 Varetægtsarrestanter .....	4
1.2.2 Mentalundersøgelse.....	4
1.2.3 Straffelovens bestemmelser om psykisk afvigende lovovertrædere.....	5
1.2.4 De psykiatriske særforanstaltninger.....	5
1.2.5 Psykiatrisk behandling af strafafsonere.....	6
1.3 Materiale og metode .....	6
1.4 Fortolkningsmæssige aspekter .....	7
<b>2. DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER</b> .....	<b>10</b>
2.1 Køn og alder .....	10
2.2 Diagnoser og retlig status .....	10
2.2.1 Retspsykiatriske patienter uden tilsyn af kriminalforsorgen .....	12
2.2.2 Retspsykiatriske patienter undergivet straffuldbydelse .....	12
2.3 Retspsykiatriske patienter i H:S, 1987 .....	12
2.4 Diagnoser og retspsykiatrisk klassifikation .....	13
2.5 Andelen af retspsykiatriske patienter blandt skizofrene mænd .....	15
2.6 Sammenfatning og konklusion .....	16
<b>3. KRIMINALITET</b> .....	<b>19</b>
3.1 Retlig status og retspsykiatrisk klassifikation .....	19
3.2 Foranstaltningsdømte og strafafsonere .....	21
3.2.1 Brandstiftelse .....	22
3.3 Diagnoser.....	23
3.4 Kønsfordeling.....	23
3.5 Sammenfatning og konklusion .....	24
<b>4. MISBRUG</b> .....	<b>26</b>
4.1 Misbrugets omfang og art .....	26
4.2 Diagnoser og kriminalitet .....	27
4.3 Metadonbehandling.....	28
4.4 Sammenfatning og konklusion .....	29
<b>5. ETNICITET</b> .....	<b>30</b>
5.1 Retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund .....	30
5.2 Diagnoser og kriminalitet .....	31
5.3 Misbrug 32	
5.4 Sammenfatning og konklusion .....	33
<b>6. SOCIALE FORHOLD</b> .....	<b>35</b>
6.1 Eksistensgrundlag.....	35
6.2 Boligforhold .....	36
6.2.1 Boligforhold og indlæggelsesbehov .....	38
6.3 Behandling og sociale parametre .....	39
6.4 Civilstand.....	39

6.5	Indstillet til social-psykiatriske bcentre .....	40
6.6	Sammenfatning og konklusion .....	41
<b>7.</b>	<b>VARIGHED.....</b>	<b>43</b>
7.1	De idømte foranstaltninger.....	43
7.1.1	De langvarige foranstaltninger.....	43
7.2	Indlæggelse og indlæggelsestider .....	46
7.2.1	Dømte inden for det seneste år .....	46
7.2.2	Indlagte hele året .....	46
7.3	Sammenfatning og konklusion .....	48
<b>8.</b>	<b>SÆRLIGE GRUPPER.....</b>	<b>51</b>
8.1	De drabsdømte .....	51
8.1.1	Sammenfatning og konklusion .....	52
8.2	De varetægtsfængslede.....	53
8.2.1	Sammenfatning og konklusion .....	53
8.3	De social-psykiatriske bcentre.....	53
8.3.1	Sammenfatning og konklusion .....	54
<b>9.</b>	<b>BEHANDLINGENS ORGANISATION OG VARETAGELSE .....</b>	<b>55</b>
9.1	Ventetid fra dom til behandlingen påbegyndes .....	55
9.1.1	Sammenfatning og konklusion .....	55
9.2	Behandlingsansvarlig afdeling og patientkategorier.....	55
9.2.1	Retslig status .....	56
9.2.2	Diagnoser og kriminalitet.....	57
9.2.3	Misbrug.....	58
9.2.4	Etnicitet.....	59
9.2.5	Sammenfatning og konklusion .....	59
9.3	Behandlingsansvar og indlæggelse .....	60
9.3.1	Aktuelt indlagte patienter .....	61
9.3.2	Ventetider.....	61
9.3.3	Sammenfatning og konklusion .....	61
9.4	Antal ambulante lægekonsultationer .....	62
9.4.1	Sammenfatning og konklusion .....	64
<b>10.</b>	<b>RESUMÉ OG KONKLUSION .....</b>	<b>65</b>
<b>11.</b>	<b>LITTERATUR.....</b>	<b>72</b>
<b>BILAG 1:</b>	<b>GENEREL VEJLEDNING .....</b>	<b>75</b>
<b>BILAG 2:</b>	<b>SPØRGESKEMA .....</b>	<b>77</b>
<b>BILAG 3:</b>	<b>MANUAL .....</b>	<b>80</b>
<b>BILAG 4:</b>	<b>REPRÆSENTATIVITET .....</b>	<b>89</b>

# 1. SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

---

## 1.1 Indledning

Retspsykiatrisk arbejdsgruppe, som er nedsat af H:S sundhedsfagligt råd for psykiatri, har som et led i sit arbejde fundet det nødvendigt at lade foretage en undersøgelse med det formål at kortlægge en række forhold vedrørende retspsykiatriske patienter i H:S. Undersøgelsen er gennemført som en tværsnitsundersøgelse den 6. november 2000, hvor samtlige psykiatriske afdelinger samt distriktspsykiatriske centre (herefter under ét benævnt afdelinger) udfyldte et spørgeskema for hver retspsykiatrisk patient, afdelingen havde det behandlingsmæssige ansvar for. Forud for tværsnitsdagen blev der 23. oktober 2000 afholdt et informationsmøde, hvor de speciallæger, der var udpeget til at udfylde spørgeskemaerne, blev informeret om undersøgelsens formål og metode, ligesom en række praktiske forhold blev drøftet.

Undersøgelsen er gennemført helt anonymt som en registerundersøgelse, og den falder derfor ikke indenfor de videnskabsetiske komiteers område. Undersøgelsen har dog været forelagt "De Videnskabsetiske Komiteer for København og Frederiksberg Kommuner", der i skrivelse af 6. november 2000 (j.nr. (KF) 07-00-026/00) har anført, at undersøgelsen ikke er... "en sådan biomedicinsk forskning, som falder inden for komiteens område." Det er videre anført, at komiteen intet har at indvende imod, at projektet gennemføres.

Spørgeskemaet med ledsagende vejledninger (bilag 1, 2 og 3) er udarbejdet af adm. overlæge Peter Kramp, Retspsykiatrisk Klinik, og lektor, cand. stat. Gorm Gabrielsen, Handelshøjskolen i København, i samarbejde med arbejdsgruppen. Peter Kramp og Gorm Gabrielsen har bearbejdet materialet, foretaget de statistiske analyser og udarbejdet rapporten. De konklusioner, der kan drages af undersøgelsen, er drøftet i og tiltrådt af arbejdsgruppen. Arbejdsgruppens akademiske sekretær, afdelingslæge Lars Kessing takkes for at have bidraget med materiale til rapporten, læge, ph.d.-studerende, Runa Munkner for værdifuld kritik og kommentarer, og assistent Charlotte Oehlenschläger takkes for med stor akkuratess og tålmodighed at have skrevet tabeller og rapport.

## 1.2 Begreber og definitioner

Indledningsvis skal kort redegøres for de vigtigste retspsykiatriske begreber, bestemmelser mv., som anvendes i undersøgelsen.

### 1.2.1 Varetægtsarrestanter

Varetægtsarrestanter kan under forskellige betingelser overflyttes til psykiatrisk afdeling, enten for en kortere periode eller indtil dom. (Retsplejelovens §§ 765, 770, stk. 2, 2. pkt. og 777). Bestemmelserne anvendes især overfor varetægtsarrestanter, hvor der er en mistanke om, at de er psykotiske. Indlagte varetægtsarrestanter skal som absolut hovedregel have ophold på lukket afdeling.

### 1.2.2 Mentalundersøgelse

Retsplejelovens § 809 indeholder bestemmelserne om mentalundersøgelse, hvor det hedder, at mentalundersøgelse af en sigtet skal finde sted, "når dette findes at være af betydning for sagens afgørelse". En mentalundersøgelse er en grundig psykiatrisk

undersøgelse, der har til formål at yde vejledning til retten om en sigtet er sindssyg eller på anden måde psykisk afvigende, samt eventuelt at fremsætte et lægeligt begrundet sanktionsforslag. Denne undersøgelse omfatter alene mentalobservander indlagt på en H:S-afdeling.

I praksis mentalundersøges følgende tilfældegrupper:

1. Sigtede, hvor der er mistanke om, at de pågældende er svært psykisk afvigende (psykotiske eller mentalt retarderede);
2. Personer, der er sigtet for meget alvorlig kriminalitet, for eksempel drab eller drabsforsøg, alvorlig ildspåsættelse, grov sædelighedskriminalitet eller lignende;
3. Meget unge, det vil sige 15-17-årige, der har foretaget alvorlig kriminalitet samt ældre (dvs. over 60 år), der tidligere er ustraffede;
4. En lille - men vanskelig - gruppe udgøres af de personer, der antages at frembyde en nærliggende fare for andre, og hvor (tidsubestemt) forvaring kan komme på tale.

### **1.2.3 Straffelovens bestemmelser om psykisk afvigende lovovertrædere**

Af straffelovens § 16 fremgår, at personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige på grund af sindssygdom, ikke straffes. De pågældende bliver altså fundet skyldige, men straffri. Den retspsykiatriske opgave består alene i at vurdere, hvorvidt en sigtet er sindssyg (var sindssyg på gerningstidspunktet), det er domstolene, som tager stilling til, hvorvidt den pågældende også er utilregnelig. Lovens ord "sindssygdom" omhandler den psykiatriske definition af disse tilstande - "sindssygdom" i § 16 omfatter således, hvad psykiatrien definerer som "psykotisk" - der findes altså ikke noget "juridisk sindssygdomsbegreb". Også personer, der på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand, der må "ligestilles" med sindssygdom (og som af retten findes utilregnelige) er straffri. Denne del af bestemmelsen anvendes kun yderst sjældent.

Straffelovens § 69 omhandler sigtede, der befinder sig i en tilstand af "mangelfuld udvikling, svækkelse og forstyrrelse i de psykiske funktioner, og som ikke er af den i § 16 nævnte beskaffenhed". Denne paragraf omhandler med andre ord alle andre psykiatriske diagnoser. Såfremt det findes mere formålstjenligt end straf til forebyggelse af kriminelt recidiv, kan personer, omfattet af straffelovens § 69, idømmes en psykiatrisk særforanstaltning.

Når der i denne undersøgelse anvendes betegnelsen "§ 16" betyder det altså, at personen er sindssyg (eller var sindssyg på gerningstidspunktet). Betegnelsen "§ 69" omhandler personer, der har en alvorlig psykisk forstyrrelse, men som ikke er (eller på gerningstidspunktet var) sindssyge.

### **1.2.4 De psykiatriske særforanstaltninger**

De psykiatriske særforanstaltninger omfatter følgende hovedgrupper:

**Dom til anbringelse i hospital for sindslidende** betyder, at den dømte indlægges på en psykiatrisk afdeling, hvorefter den pågældende ikke kan udskrives, før retten giver tilladelse til det.

Dom til **psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende** indebærer, at den dømte indlægges på psykiatrisk afdeling, men herefter er det afdelingen (overlægen), som selvstændigt tilrettelægger det videre behandlingsforløb, herunder bestemmer, hvornår patienten kan udskrives. Patienten (og afdelingen) er forpligtet til at bevare en ambulanskontakt, indtil retten afsiger kendelse om foranstaltningens ophævelse. Denne foranstaltningsform er som hovedregel ledsaget af tilsyn af kriminalforsorgen, hvor den psykiatriske afdeling varetager den psykiatriske behandling, kriminalforsorgen varetager social støtte mv.

Endelig kan der anvendes **dom til ambulansbehandling** (evt. med mulighed for indlæggelse). Denne foranstaltningsform er ligeledes hyppigt kombineret med tilsyn af kriminalforsorgen.

### 1.2.5 Psykiatrisk behandling af strafafsonere

Indsatte i fængsler kan som andre borgere henvises til ambulanspsykiatrisk behandling eller indlægges på psykiatrisk afdeling. Efter endt behandling vil de blive udskrevet, eventuelt til fortsat afsoning og ambulansbehandling. Straffelovens § 49, stk. 2 (fra 1. juli 2001 straffuldbyrdslovens § 78), med ledsagende cirkulæreskrivelse omhandler de tilfælde, hvor en indsat skønnes at have behov for en læn- gerevarende indlæggelse, ofte for resten af straffiden, typisk fordi den indsatte har udviklet en kronisk psykotisk tilstand. En indsat, der indlægges på en psykiatrisk afdeling i medfør af § 49, stk. 2, får status som "anbringelsesdømt". Som det vil fremgå af det følgende, er to patienter indlagt på Sct. Hans Hospital i medfør af § 49, stk. 2.

Straffelovens §§ 57 og 59 indeholder bestemmelser om tilsyn af kriminalforsorgen med vilkår, herunder vilkår om psykiatrisk behandling, i forbindelse med prøveløsladelse, betingede domme mv. Tilsynet varetages af kriminalforsorgen, den psykiatriske behandling skal varetages af det almindelige psykiatriske behandlingssystem.

## 1.3 Materiale og metode

En retslig patient defineres som en person, hvis aktuelle stilling som psykiatrisk patient har sit grundlag i en afgørelse truffet af en domstol eller anden offentlig myndighed om etablering af et læge-patient-forhold. I praksis drejer det sig om varetægtsarrestanter, personer, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning – herefter betegnet foranstaltningdømte – samt om personer, der er undergivet straffuldbyrdelse, og som i forbindelse hermed undergives psykiatrisk behandling. Som det nærmere er beskrevet i bilag 1 ("generel vejledning"), blev der ved undersøgelsen etableret en ordning, der dels skulle sikre, at alle retslige patienter blev registreret, dels sikre at der ikke skete dobbeltregistrering. Da undersøgelsen er gennemført anonymt, lader det sig ikke afgøre, om der alligevel skulle være sket dobbeltregistrering, og det er heller ikke muligt at vurdere, hvorvidt samtlige retspsykiatriske patienter er blevet registreret. Baseret på andre opgørelser over antallet af retspsykiatriske patienter i H:S (bilag 4) kan det imidlertid med betydelig sikkerhed antages, at materialet er stort set fuldstændigt, således at de konklusioner, der drages af undersøgelsen, er dækkende og korrekte. Undersøgelsen er planlagt og analyseret som beskrivende (deskriptivt), og det er derfor kun i begrænset omfang muligt (videnskabeligt) at "forklare" årsagen til de fundne resultater, men som ved andre deskriptive

undersøgelser vil mulige forklaringer (hypoteser), som kan danne udgangspunkt for mere analytiske undersøgelser, jævnligt blive anført.

Spørgeskemaet med ledsagende manual (dvs. kodevejledning med definition af de enkelte spørgsmål) er vedlagt som bilag 2 og 3. Som det fremgår, er alle diagnoser, herunder også misbrugsdiagnoser, stillet i henhold til ICD-10's diagnostiske kriterier. Som eksempel på, hvorledes undersøgelsen er gennemført i praksis, kan nævnes spørgeskemaet punkt 7 "retslig status". I manualen er de forskellige former for retslig status, en retspsykiatrisk patient kan have, anført. Det drejer sig for eksempel om varetægtsarrestanter indlagt i medfør af forskellige bestemmelser i retsplejeloven, de forskellige typer psykiatriske særforanstaltninger med videre – der er i alt 14 forskellige former for retslig status. Hertil defineres forskellige blandingsformer - for eksempel foranstaltningsdømte patienter, der på tværsnitsdagen var indlagt som varetægtsarrestanter. Hver type af retslig status har en talkode, som påføres registreringskemaet. Dette – at enhver oplysning registreres med en talkode – går igen i hele spørgeskemaet. Hele dette materiale i form af talkoder er tastet ind på edb to gange for at undgå indtastningsfejl. Materialet er herefter gennemgået for tilfældige registreringsfejl, som er blevet rettet, hvorefter der er foretaget en statistisk bearbejdelse med anvendelse af blandt andet logistisk regressionsanalyse, variansanalyse og uafhængighedstest (Chi<sup>2</sup>-test). (Ved små celletal er signifikantværdierne udregnet med Fishers eksakttest med simulation).

Den tekniske del af den statistiske analyse, som i det omfang, det er muligt, også har omfattet en vurdering af, hvor korrekt spørgeskemaerne er udfyldt ("validitet" og "reliabilitet"), vil ikke blive nærmere omtalt. For enkelte spørgsmål er usikkerheden i besvarelsene så stor, formentlig fordi spørgsmålene er misforståede, således at besvarelsene ikke kan anvendes ved en egentlig statistisk analyse, hvilket vil fremgå af det følgende. Den statistiske analyse præges i øvrigt af, at materialet inden for en række områder er ensartet, for eksempel lider langt de fleste patienter af skizofreni, er mænd, er dømt/sigtet for personfarlig kriminalitet, lever af overførselsindkomster osv. De øvrige grupper - for eksempel patienter med andre diagnoser, patienter dømt for ikke-personfarlig kriminalitet og så videre - er små og uensartede, hvorfor eventuelle ligheder eller forskelle mellem de forskellige grupper af patienter kan være vanskelige at påvise statistisk.

I nogle tilfælde er et spørgsmål som forventeligt besvaret med et "ved ikke". Hertil kommer, at de statistiske analyser jævnligt kun omfatter en del af hele materialet. Samlet medfører dette, at det antal personer, der indgår i de forskellige analyser – betegnet "i alt" i tabellerne – er vekslende. Endelig skal nævnes, at alle procentangivelserne er afrundet til hele tal, hvilket medfører, at en sum ikke altid er nøjagtig 100.

Fremstillingen er forsøgt gjort ret bred uden anvendelse af for mange faglige og tekniske udtryk, samtidig med at der er medtaget et stort antal tabeller. Det er håbet, at dette vil lette forståelsen af undertiden komplicerede problemer.

## 1.4 Fortolkningsmæssige aspekter

Undersøgelse og vurdering af et materiale som det foreliggende rejser en række fortolkningsmæssige problemer, idet retspsykiatriske patienter er en højselekeret gruppe, som er udvalgt efter såvel juridiske som psykiatriske kriterier. Som omtalt i afsnit 1.1.2. vil stort set alle personer, som er sigtet for drab og anden form for meget alvorlig kriminalitet, blive mentalundersøgt. I modsætning hertil vil personer,



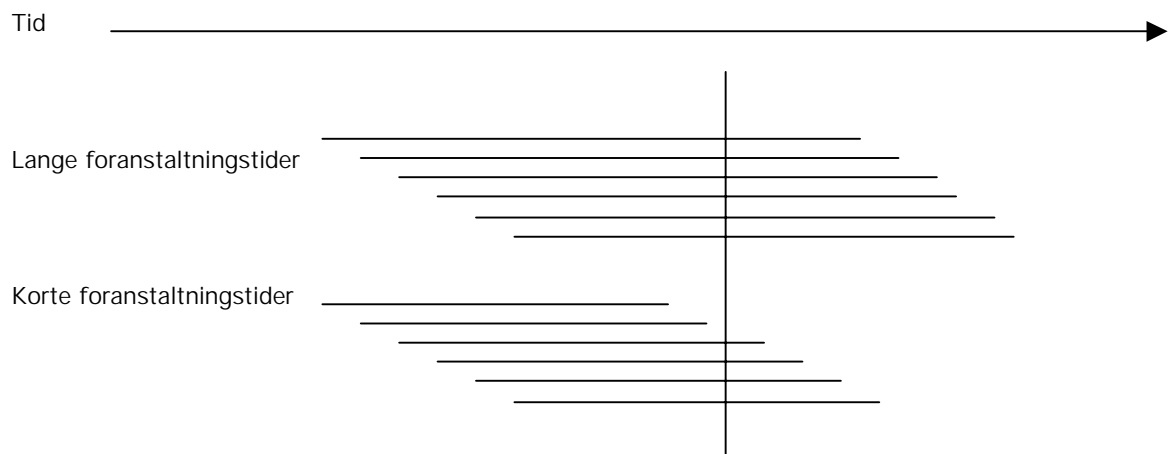
sigtet for mindre alvorlig kriminalitet, for eksempel tyveri, kun blive mentalobserveret, såfremt der er mistanke om, at de er psykisk syge. Det kan også være, at den pågældende ikke bliver mentalundersøgt. Anklagemyndigheden vil undertiden undlade at rejse tiltale, såfremt en psykisk syg, sigtet for mindre alvorlig kriminalitet, er i nogenlunde regelmæssig kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, og den forventede sanktion, for eksempel dom til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse, ikke adskiller sig fra den behandling, patienten i forvejen modtager. Personer, sigtet for kriminalitet, hvor bødestraf er praksis, vil slet ikke blive mentalundersøgt, selv om de anses for psykisk syge – i disse tilfældegrupper følges almindelig praksis, og den syge bliver altså idømt en bøde. Disse udvælgelsesmekanismer medfører for eksempel, at alle psykisk syge, der har begået alvorlig kriminalitet, vil blive idømt en særforanstaltning, medens dette ikke nødvendigvis er tilfældet for psykisk syge, der begår mindre alvorlig kriminalitet.

Der kan også være væsentlige vanskeligheder med at sammenligne kriminalitetstyper. Betegnelsen "vold" i denne undersøgelse dækker således over et bredt spektrum fra den meget grove vold, som måske påfører ofret livsvarig invaliditet, til de mindre alvorlige former, for eksempel i form af trusler eller et enkelt slag, som ikke medfører mén. I tilfælde af meget grov vold vil den sigtede som hovedregel blive mentalundersøgt, hvorimod en person, der er sigtet for mindre alvorlig vold, som udgangspunkt alene vil blive mentalundersøgt, såfremt der er mistanke om, at den pågældende er psykisk syg. Den gruppe, der i denne undersøgelse er samlet i kategorien dømt/sigtet for "vold", er således, hvad angår kriminalitet, heterogent sammensat.

Et andet forhold af betydning er, at indlæggelsesvarigheden for personer fundet omfattet af § 69, som udgangspunkt er højst et år. Dette har som konsekvens, at personer, der findes skyldig i meget grov kriminalitet, normalt vil blive idømt en almindelig frihedsstraf, selv om de er omfattet af § 69, og selv om en mentalundersøgelse eventuelt måtte have anbefalet en psykiatrisk særforanstaltning (1). Det betyder i praksis, at der i et retspsykiatrisk materiale som det foreliggende vil være relativt flere personer omfattet af § 16 end omfattet af § 69 blandt de personer, der har begået meget alvorlig kriminalitet.

Endelig vil en tværsnitsundersøgelse indeholde flere personer med lange foranstaltningstider end patienter med korte foranstaltningstider, hvilket er illustreret i figur 1. Det ses, at seks personer med lange foranstaltningstider alle vil blive registreret ved en tænkt tværsnitsundersøgelse, hvorimod to af de seks personer med korte foranstaltningstider, dømt på samme tidspunkt som personerne med de lange foranstaltningstider, ikke vil blive registreret ved den tænkte tværsnitsundersøgelse. Forbrydelsens grovhed vil som udgangspunkt påvirke varigheden af en idømt foranstaltning (proportionalitetsprincippet), således at der ved denne undersøgelse vil registreres flere personer dømt for alvorlig kriminalitet, for eksempel drab med videre, og færre dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, som for eksempel tyveri og lignende, end der er personer, der dømmes for disse former for kriminalitet.

**Figur 1: En tværsnitsundersøgelse**



Disse metodemæssige faktorer og faldgrupper indgår i overvejelserne om de konklusioner, der kan drages af undersøgelsen, også selv om det ikke direkte er anført.

## 2. DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER

---

### 2.1 Køn og alder

På tværsnitsdatoen var der 330 retspsykiatriske patienter i H:S, hvoraf 288 eller 87 % var mænd, medens 42, 13 %, var kvinder. Det relativt store antal kvinder i dette materiale er væsentlig højere end antallet af ikke-psykisk syge kvindelige kriminelle. I den danske fængselspopulation udgør kvinder således kun cirka 5 %. Som udgangspunkt er materialet ikke kønsopdelt, men på de punkter, hvor de kvindelige retspsykiatriske patienter adskiller sig fra de mandlige, er det nævnt i de følgende afsnit.

Tabel 1 (øverste linje) belyser patientgruppens alder. Det ses, at den yngste patient er 18 år gammel, den ældste er 71 år. 10 % af patienterne er yngre end 25 år, 25 % af patienterne er yngre end 29 år. Halvdelen af patienterne er 36 år eller ældre, 25 % af patienterne er 44 år eller ældre, og de ældste 10 % af patienterne er i alderen fra 51 til 71 år.

**Tabel 1: Alder, år. Retspsykiatriske patienter (n= 330), strafafsonere (n= 2679)**

	Percentiler						Max.
	Min.	10 %	25 %	50 %	75 %	90 %	
Retspsykiatriske patienter	18	25	29	36	44	51	71
Strafafsonere	15	21	25	30	35	44	?

Denne aldersfordeling adskiller sig klart fra aldersfordelingen blandt indsatte i fængsel (strafafsonere), hvor 25 % af de indsatte er yngre end cirka 25 år, halvdelen er cirka 30 år eller ældre, og 25 % er i alderen fra 35 år og ældre. De ældste cirka 10 % i en fængselspopulation er omkring 44 år og ældre (2).

De kvindelige foranstaltningedømte er gennemsnitlig tre år ældre end de mandlige ( $p = 0.042$ ), medens kvindelige strafafsonere kun er cirka halvandet år ældre end mandlige strafafsonere (2).

Allerede fordelingen af køn og alder – som ikke adskiller sig væsentlig fra, hvad der er fundet i andre (danske) retspsykiatriske materialer (3,4,5) - viser, at psykisk syge kriminelle adskiller sig fra gruppen af andre kriminelle. Forklaringen er formentlig det meget store antal skizofrene blandt patienterne (jf. afsnit 2.3.), idet skizofreni anses for en selvstændig kriminogen faktor.

### 2.2 Diagnoser og retlig status

Diagnoserne for de 330 patienter fremgår af tabel 2. Det ses umiddelbart, at skizofreni er den helt dominerende diagnose, idet 241 af de 330 patienter lider af denne sygdom. Hertil er ganske mange diagnosticeret med lidelser relateret til skizofreni ("F20-spektret", dvs. fra F20 til F29). Modsat er der kun fem patienter med en affektiv forstyrrelse, hvilket er exceptionelt lavt. Diagnosen "specifik personlighedsforstyrrelse" er stillet i 25 tilfælde, nogle få er diagnosticeret som lidende af andre former for personlighedsforstyrrelse. En lang række andre diagnoser optræder med et enkelt eller ganske få tilfælde. Nogle af disse psykiske lidelser, for eksempel Tou-

rettes Syndrom, er ligeledes sjældent forekommende i befolkningen. Der er ingen forskel i den diagnostiske fordeling mellem mænd og kvinder.

**Tabel 2: Diagnoser vs. retslig status**

Diagnose	Retslig status								I alt
	Varetægts-arrestant	Mental-observand	Strafsoner	§ 49, stk. 2	§ 57	Anbringelse	Behandling	Ambulant behandling	
F06 "Anden psykisk lidelse", org.		1					3	2	6
F07 "Personlighedsforstyrrelse", org.							2	1	3
F09 "Uspec. psykisk lidelse", org.							1		1
F10 Alkoholmisbrug								1	1
F12 Hashmisbrug								1	1
F19 Blandet misbrug							1	1	2
F20 Skizofreni	9	3	1	2		13	156	57	241
F21 Skizotypisk sindslidelse						1	2	6	9
F22 Kronisk paranoid psykose	1	1				2	5	6	15
F23 Akut psykose	1		1			1	1	2	6
F25 Skizoaffektiv psykose							4	1	5
F31 Bipolar affektiv sindslidelse							1	2	3
F32 Depressiv enkeltepisode						1			1
F34 Kronisk affektiv tilstand							1		1
F43 Tilpasningsreaktion (PTSD)							1	1	2
F60 Specifik personlighedsforstyrrelse		1			1		14	9	25
F61 Blandet personlighedsforstyrrelse	1								1
F62 Non-org. Personlighedsændring						1			1
F65 Seksuel afvigelse							1		1
F71 Mental retardering							1		1
F84 Gennemgribende udv.forstyrrelser							1		1
F95 Tics (Tourettes syndrom)								1	1
F99 Ukendt psykisk lidelse							2		2
I alt	12	6	2	2	1	19	197	91	330

Der er sket en vis gruppering, det vil sige sammenlægning, af patientgrupper, hvad angår den retslige status. Varetægtsarrestanter kan således være indlagt på en psykiatrisk afdeling i medfør af retsplejelovens § 765, § 770, stk. 2, 2. pkt. og § 777. Seks patienter var indlagt i medfør af § 765, andre seks i medfør af § 770, stk. 2, 2. pkt., medens ingen var indlagt i medfør af retsplejelovens § 777. Da denne forskel i retslig status er uden betydning for denne undersøgelse, er de varetægtsfængslede, psykiatrisk indlagte patienter samlet i én gruppe.

Der er kun tre patienter, som alene var dømt til ambulant behandling, disse tre patienter er lagt sammen med patienter dømt til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse. Endelig er der 18 foranstaltningssdømte patienter i materialet *uden* tilsyn af kriminalforsorgen. De 18 patienter uden tilsyn udgør kun små 6 % af det samlede antal foranstaltningssdømte, men da der ikke eksisterer nogen beskrivelse af denne særlige gruppe, er det fundet af interesse at foretage en særlig analyse af disse patienter.

### 2.2.1 Retspsykiatriske patienter uden tilsyn af kriminalforsorgen

De 18 patienter, der ikke har tilsyn af kriminalforsorgen, omfatter fem af de 197 behandlingsdømte, 11 af 88 med dom til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse samt to af de tre patienter, der alene er dømt til ambulant behandling. Det antages almindeligvis, at der ikke er grundlag for at fastsætte tilsyn af kriminalforsorgen for retspsykiatriske patienter, hvis sociale situation er stabil, og som antages at være behandlingsmotiverede. Til belysning heraf er de 18 patienter uden tilsyn sammenlignet med resten af de foranstaltningsdømte, hvad angår en række sociale parametre – civilstand, boligforhold, indtægtsforhold – uden at der er påvist statistisk signifikante forskelle. Patienter med og uden tilsyn adskiller sig heller ikke, hvad angår køn, kriminalitet eller etnicitet, ligesom der ikke er forskel i antallet dømt i medfør af § 16 og antallet dømt i medfør af § 69. Den eneste forskel, der kan påvises, er, at retspsykiatriske patienter *uden* tilsyn gennemsnitligt er ældre (42 år) end patienter *med* tilsyn (37 år) ( $p = 0.06$ ).

Materialet er lille, hvilket øger usikkerheden, men det er alligevel bemærkelsesværdigt, at der stort set ikke er forskel på foranstaltningsdømte med og uden tilsyn af kriminalforsorgen. Årsagen er formentlig, at domstolene anlægger en meget konkret vurdering, som ikke kan registreres i en undersøgelse som denne, ved afgørelsen af, om der skal fastsættes tilsyn. Det er muligt, at det højere aldersgennemsnit for patienter uden tilsyn kan ses som et udtryk for en med alderen stigende behandlingsmotivation.

Da patienter uden tilsyn således stort set ikke adskiller sig fra patienter med tilsyn, er patienter *uden* tilsyn af kriminalforsorgen slået sammen med patienter idømt en tilsvarende foranstaltning *med* tilsyn af kriminalforsorgen.

### 2.2.2 Retspsykiatriske patienter undergivet straffuldbyrdelse

Der er kun fem patienter, der er undergivet straffuldbyrdelse (jf. afsnit 1.2.5.), heraf er to indlagt på Sct. Hans Hospital i medført af straffelovens § 49, stk. 2. Det er bemærkelsesværdigt, at kun én person med vilkår om psykiatrisk behandling (i forbindelse med betinget dom eller prøveløsladelse) modtager psykiatrisk behandling. Denne patient behandles i ambulatoriet, Retspsykiatrisk Klinik. Der findes ingen tilgængelig opgørelse over antallet af betinget dømte/prøveløsladte i H:S, der har vilkår om psykiatrisk behandling, men en optælling viser, at der i Københavns Kommune i marts 2001 var 15 betinget dømte (heraf fem kvinder) og fem prøveløsladte, i alt 20 personer, med vilkår om psykiatrisk behandling. Psykiatrien i H:S er forpligtiget til at varetage behandling af også disse patienter. Det lader sig ikke afgøre, hvorvidt patienterne har været henvist til de regionale distriktspsykiatriske centre og er blevet afvist, eller hvorvidt de aldrig er blevet henvist.

## 2.3 Retspsykiatriske patienter i H:S, 1987

Ved en tværsnitsundersøgelse foretaget 1. juni 1987 blev der i H:S (opgjort som Københavns og Frederiksberg Kommune) registreret 135 retspsykiatriske patienter (6) – 15 anbringelsesdømte, 86 behandlingsdømte og 20 patienter med dom til ambulant behandling. Hertil var fire patienter indlagt til mentalobservation, fire var anbragt i medfør af straffelovens § 49, stk. 2, og seks patienter blev behandlet i medfør af et vilkår (§ 57). Det fremgår ikke, om varetægtsarrestanter blev registreret ved undersøgelsen. Det er åbenbart, at den voldsomme stigning i antallet af retspsykiatriske patienter fra 1987 til 2000 skyldes et øget antal foranstaltningsdømte,

medens de øvrige grupper nærmest er faldet. Den kraftige stigning skyldes et øget antal patienter med dom til behandling (86 i 1987, 197 i 2000) og dom til ambulantly behandling (20 i 1987, 91 i 2000). Det kun let øgede antal anbringelsesdømte (15 i 1987, 19 i 2000) kan eventuelt skyldes, at der ikke er sket nogen væsentlig øgning i antallet af psykisk syge, som begår de mest alvorlige former for kriminalitet (for eksempel drab mv.), det vil sige kriminalitetsformer som typisk medfører – og også dengang medførte - en anbringelsesdom. Det skal tilføjes, at antallet af anmeldte straffelovsovertrædelser i perioden 1987 til 2000 har været uændret eller let faldende, og at lovgivning og administrativ praksis vedrørende psykisk syge kriminelle har været uændret.

På landsplan fandtes ved 1987-undersøgelsen cirka 50 % af patienterne at lide af skizofreni og 20 % var dømt efter § 69. Der er intet anført om, at H:S adskilte sig fra resten af landet, og lægges denne antagelse til grund, må væksten af retspsykiatriske patienter i H:S helt overvejende skyldes, at stadig flere skizofrene dømmes for kriminalitet.

## 2.4 Diagnoser og retspsykiatrisk klassifikation

I tabel 3 er de psykiatriske diagnoser relateret til, hvorvidt en patient er idømt en psykiatrisk særforanstaltning i medfør af straffelovens § 16 eller § 69. Kolonnen "Andet" omfatter de 23 patienter, som enten er varetægtsarrestanter, herunder mentalobservander eller undergivet straffuldbyrdelse. Overordnet ses, at kun 35 patienter, svarende til cirka 11 % af de foranstaltningsdømte, er fundet omfattet af § 69, det vil sige vurderet som ikke sindssyge på gerningstidspunktet. Imidlertid fremgår det, at otte patienter, der af den behandlingsansvarlige afdeling er diagnosticeret som lidende af skizofreni, og to, diagnosticeret med en kronisk paranoid psykose, er dømt efter § 69. En mulig forklaring kan være, at de pågældende ti patienter ved mentalundersøgelsen befandt sig i indledningsfasen til en kronisk psykotisk tilstand, således at det ikke var muligt at diagnosticere dem som sindssyge (omfattet af § 16) på daværende tidspunkt. Nok så bemærkelsesværdigt er det imidlertid, at halvdelen af de patienter, der af den behandlingsansvarlige afdeling er diagnosticeret som lidende af en personlighedsforstyrrelse (F60), er dømt efter § 16, de har altså været sindssyge på gerningstidspunktet. Tilsvarende ses, at de fire patienter, der har misbrug som hoveddiagnose (F10 + F12 + F19), ligeledes er dømt efter § 16. Endelig kan nævnes, at to patienter har diagnosen "tilpasningsreaktion" (F43), en patient har diagnosen "non-organisk personlighedsændring" (F62), det vil sige ikke-psykosediagnoser. To af disse tre patienter er imidlertid også dømt efter § 16.

Tabel 3: Diagnoser vs. retspsykiatrisk klassifikation

Diagnose	Retspsykiatrisk klassifikation			I alt
	§ 16 *)	§ 69	Andet	
F06 "Anden psykisk lidelse", org.	3	2	1	6
F07 "Personlighedsforstyrrelse", org.	1	2		3
F09 "Uspec. Psykisk lidelse", org.	1			1
F10 Alkoholmisbrug	1			1
F12 Hashmisbrug	1			1
F19 Blandingsmisbrug	2			2
F20 Skizofreni	218	8	15	241
F21 Skizotypisk sindslidelse	5	4		9
F22 Kronisk paranoid psykose	11	2	2	15
F23 Akut psykose	4		2	6
F25 Skizoaffektiv psykose	5			5
F31 Bipolar affektiv sindslidelse	2	1		3
F32 Depressiv enkeltepisode	1			1
F34 Kronisk affektiv tilstand		1		1
F43 Tilpasningsreaktion (PTSD)	1	1		2
F60 Specifik personlighedsforstyrrelse	11	12	2	25
F61 Blandet personlighedsforstyrrelse			1	1
F62 Non-org. personlighedsændring	1			1
F65 Seksuel afvigelse		1		1
F71 Mental retardering	1			1
F84 Gennemgribende udv.forstyrrelser	1			1
F95 Tics (Tourettes syndrom)		1		1
F99 Ukendt psykisk lidelse	2			2
I alt	272	35	23	330

\*) Inklusive en patient med diagnosen skizofreni, der er anbragt i medfør af straffelovens § 73, jf. § 16.

Undersøgelsen tillader ikke nogen vurdering af, hvorvidt den diagnose, der blev stillet ved mentalobservationen, og som har dannet grundlag for klassifikationen § 16 eller § 69, er korrekt, eller hvorvidt den diagnose, der er stillet af den behandlingsansvarlige afdeling, er korrekt. Det skal dog nævnes, at cirka 60 % af alle mentalerklæringer – herunder sager med diagnostisk tvivl – forelægges Retslægerådet, der af det juridiske system betegnes som "den højeste sagkundskab" (7). Rådet foretager en vurdering af, hvorvidt den psykiatriske undersøgelse er gennemført tilstrækkelig grundigt og omhyggeligt og vurderer herunder, om der er behov for supplerende undersøgelser som for eksempel psykologisk testning eller hjerneskanning. Retslægerådet foretager endelig en selvstændig diagnostisk vurdering med efterfølgende retspsykiatrisk klassifikation.

Det må antages, at de patienter, der aktuelt er diagnosticeret som havende en ikke-psykotisk lidelse, men som blev fundet psykotiske på gerningstidspunktet, er præget af mere alvorlig psykopatologi end svarende til den aktuelle diagnose. En mulig forklaring herpå kan være, at misbrug eller en karakterafvigende adfærd umiddelbart dominerer tilstanden, således at mere diskrete psykotiske symptomer overses.

**Tabel 4: Diagnoser grupperet vs. retspsykiatrisk klassifikation**

Diagnose	Retspsykiatrisk klassifikation			I alt	(%)
	§ 16	§ 69	"Andet"		
Organiske forstyrrelser	5	4	1	10	(3)
Misbrug	4	0	0	4	(1)
Skizofreni-spektret	243	14	19	276	(84)
Stemningsforstyrrelser	3	2	0	5	(2)
Personlighedsforstyrrelser	12	13	3	28	(9)
"Andet" *)	5	2	0	7	(2)
I alt	272	35	23	330	(100)

\*) "Andet" = F43 + F71 + F84 + F95 + F99

Af hensyn til den statistiske analyse af materialet er det nødvendigt at gruppere (sammenlægge) de mange diagnoser til nogle færre hovedgrupper. Tabel 4 viser, hvorledes diagnoserne er grupperet. Denne gruppering af diagnoser vil blive anvendt i det følgende. Gruppen "andet" (syv patienter) er meget inhomogen, og den vil derfor ikke blive medtaget i en række analyser. Som det ses, dominerer tilstande inden for skizofreni-spektret, idet 84 % af de retspsykiatriske patienter tilhører denne diagnosekategori. Dette er væsentligt mere end tidligere danske undersøgelser af retspsykiatriske patienter har vist. Modsat er antallet af patienter med personlighedsforstyrrelser meget lavt (9 %), lavere end hvad tidligere er fundet her i landet (3, 4, 5, 6). Vurderes materialet efter retspsykiatrisk klassifikation ses, at kun 35, cirka 11 %, er dømt efter straffelovens § 69 – og heraf er i hvert fald ti altså kronisk sindssyge. De nyeste danske landsdækkende undersøgelser af retspsykiatriske patienter har fundet mellem 18 % (8) og 23 % (9) omfattet af § 69. Antallet af § 69-patienter i H:S er således væsentlig lavere end på landsplan.

## 2.5 Andelen af retspsykiatriske patienter blandt skizofrene mænd

Alle patienter med kontakt til det psykiatriske behandlingssystem indberettes til Det Psykiatriske Centralregister (den praktiske procedure beskrives ikke nærmere). På grundlag af tal fra registret er det muligt at beregne andelen af retspsykiatriske patienter blandt skizofrene mænd i H:S. Da der er så relativt få kvindelige retspsykiatriske patienter, er det ikke fundet relevant at foretage en særskilt analyse af de skizofrene kvinder.

Af oplysninger fra Det Psykiatriske Centralregister fremgår, at der i hele 2000 var 2588 mænd i alderen 15-80 år, der fik stillet diagnosen skizofreni i H:S. Langt de fleste var selvsagt i forvejen velkendte i behandlingssystemet, og de 2588 er således det samlede antal diagnosticerede skizofrene mænd i H:S i 2000. På tværsnittsdagen 6. november fandtes 192 foranstaltningssdømte mænd med diagnosen skizofreni, jf. tabel 3, det vil sige, at godt 7 % af alle skizofrene mænd med kontakt til det psykiatriske behandlingssystem i H:S er registreret som retspsykiatriske patienter. Der er en lille usikkerhed i beregningen, idet nydiagnosticerede skizofrene mænd efter 6. november burde være undladt i opgørelsen af antal diagnosticerede skizofrene mænd, enkelte kan være døde, uden at de pågældende endnu er slettet fra registret, en stillet skizofrenidiagnose kan efterfølgende være ændret til en anden diagnose og så videre. På den anden side kan nogle skizofrene patienter alene behandles hos alment praktiserende læger eller praktiserende speciallæger, og disse patienter indberettes ikke til Det Psykiatriske Centralregister. Disse forhold skønnes imidlertid at være af minimal betydning for beregningerne.



Antallet af skizofrene retspsykiatriske patienter i de ældre aldersgrupper er lavere end de cirka 7 % - mellem 1 % og 5 %. Tabel 5 viser andelen af retspsykiatriske patienter blandt skizofrene mænd i alderen 20-45 år inddelt i 5-års intervaller.

**Tabel 5: Andelen af retspsykiatriske patienter blandt skizofrene mænd i alderen 20–44 år**

Alder	Skizofreni				I alt	
	Ikke foranstaltningsdømte		Foranstaltningsdømte		n	(%)
	n	(%)	n	(%)		
20-24 år	158	(91)	16	(9)	174	(100)
25-29 år	285	(91)	29	(9)	314	(100)
30-34 år	383	(92)	35	(8)	418	(100)
35-39 år	368	(90)	41	(10)	409	(100)
40-44 år	322	(90)	35	(10)	357	(100)
I alt	1516	(91)	156	(9)	1672	(100)

p = 0.939 (eksakt test)

Som det ses, er andelen – 9 % -10 % - fuldstændig den samme helt frem til 45 års alderen, det vil sige den alder, hvor de fleste ikke syge kriminelle er ophørt med at begå kriminalitet.

Det er formentlig ikke muligt ud fra demografiske, diagnostiske, sociale eller andre kriterier at afgrænse nogen anden befolkningsgruppe, hvor så høj en andel på en tværsnitsdag er registreret som kriminelle – selv under hensyn til varigheden af de psykiatriske særforanstaltninger, jævnfør afsnit 7.1. og det i afsnit 1.4. anførte om fortolkning af data.

## 2.6 Sammenfatning og konklusion

Samlet kan således konkluderes, at i hvert fald omkring 300 af de 330 retspsykiatriske patienter i H:S er eller har været sindssyge – det vil sige, gruppen er præget af alvorlig psykopatologi.

Den helt dominerende diagnostiske gruppe er skizofreni og hermed relaterede sygdomme. Sammenlignet med undersøgelser fra Københavns Amt (3,4) og fra Fyns Amt (5) findes flere skizofrene retspsykiatriske patienter i H:S og færre med stemningsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser. Der findes ingen tidligere undersøgelser af diagnoser mv. blandt retspsykiatriske patienter i H:S, og det er derfor uvist, om den diagnostiske fordeling blandt retspsykiatriske patienter også tidligere har adskilt sig fra andre dele af landet. Det stigende antal retspsykiatriske patienter i H:S skyldes især, at et øget antal skizofrene dømmes for kriminalitet, hvad også andre undersøgelser viser (10), hvilket er i overensstemmelse med, hvad der er fundet på landsplan (11).

I dag er således 9 % -10 % af alle diagnosticerede skizofrene mænd i H:S i alderen 20-45 år retspsykiatriske patienter. Det er næppe muligt at afgrænse nogen anden befolkningsgruppe, hvor så høj en andel på en tværsnitsdag er registreret som kriminelle.

De retspsykiatriske patienter er ældre end strafafsonere, ligesom der er væsentligt flere kvinder blandt retspsykiatriske patienter end blandt strafafsonere. Årsagen her- til er formentlig det store antal retspsykiatriske patienter, der lider af skizofreni, idet skizofreni anses for en selvstændig kriminogen faktor (12). Skizofreni debuterer ty- pisk i 20-30 års alderen - det vil sige efter det tidspunkt, hvor mange er debuteret med kriminel adfærd (13) - og de skizofrene debuterer typisk kriminelt efter sygdom- mens debut (14). Dette kan måske forklare, hvorfor kvindelige retspsykiatriske pati- enter er tre år ældre end mandlige – skizofreni debuterer i gennemsnit tre år senere hos kvinder end hos mænd (15). Hertil kommer, at sygdommen medfører kriminel adfærd også i ældre aldersgrupper, det vil sige aldersgruppen, hvor langt hovedpar- ten af de ikke-syge er ophørt med kriminalitet.

I overensstemmelse med den diagnostiske fordeling er antallet af patienter dømt ef- ter straffelovens § 69 lavt og lavere end fundet i andre danske undersøgelser (3,5). Set over en længere årrække er der sket et voldsomt fald, i 1980 var således 37 % af de retspsykiatriske patienter på landsplan omfattet af § 69 (16). Undersøgelsen belyser ikke, hvorfor langt færre personer omfattet af § 69 nu idømmes en psykiat- risk særforanstaltning sammenlignet med tidligere, idet det skal bemærkes, at der ikke er sket ændringer af regler eller administrativ praksis de sidste 25 år. Det kan heller ikke belyses, om der blandt de personer, omfattet af § 69, der i dag i mod- sætning til tidligere idømmes en almindelig frihedsstraf, er nogle, som har et sådant psykiatrisk behandlingsbehov, at anvendelse af en særforanstaltning ville have været mere formålstjenlig end straf. Undersøgelser (2) viser imidlertid, at ikke helt få straf- afsonere har ikke ubetydelige psykiske problemer.

En del af de patienter i H:S, der ved mentalundersøgelsen blev fundet omfattet af straffelovens § 69, er aktuelt diagnosticeret som psykotiske, de fleste med skizo- freni. Forklaringen herpå kan være, at det på tidspunktet for mentalundersøgelsen ikke med tilstrækkelig sikkerhed var muligt at diagnosticere en psykotisk tilstand. Denne antagelse er i overensstemmelse med resultaterne af en undersøgelse af pa- tienter omfattet af § 69, behandlet ved afdeling R, Sct. Hans Hospital (17), hvoraf blandt andet også fremgår, at stort set alle disse patienter var i behandling med an- tipsykotisk virkende medicin. Modsat findes, at over halvdelen af de patienter, der ved mentalundersøgelsen blev fundet omfattet af § 16, aktuelt er diagnosticeret som ikke-psykotiske, hvorved skal bemærkes, at cirka 60 % af alle mentaler- klæringer forelægges Retslægerådet, der blandt andet foretager en diagnostisk vur- dering og retspsykiatrisk klassifikation. Retslægerådet opfattes normalt som "den højeste sagkundskab". En mulig forklaring på den påviste forskel er, at patienterne under behandling bedres, således at misbrug eller karakterafvigende adfærd umid- delbart dominerer tilstanden, hvorfor mere diskrete psykotiske symptomer overses. En sådan antagelse er i overensstemmelse med Hasle & Eplov (3), der fandt diagno- ser stillet ved en mentalobservation - typisk i retning af mere "tunge" (psy- kose)diagnoser - bedre i overensstemmelse med patienternes psykopatologiske til- stand end tidligere stillede kliniske diagnoser. Under alle omstændigheder må den påviste "gråzone" mellem kliniske diagnoser og retspsykiatrisk klassifikation give an- ledning til nærmere overvejelser, idet en korrekt diagnose selvsagt er grundlaget for den bedst mulige behandling, som netop for denne patientgruppe kan antages at være kriminalitetsforebyggende.

Blandt patienter med dom til behandling og ambulat behandling er der en lille grup- pe, 18 i alt, som ikke har tilsyn af kriminalforsorgen. Disse patienter adskiller sig ik- ke fra patienter med tilsyn af kriminalforsorgen bortset fra, at de er lidt ældre.

Der er kun én retspsykiatrisk patient i H:S, der behandles som led i et vilkår om psykiatrisk behandling i forbindelse med en betinget dom eller prøveløsladelse (og den pågældende behandles i ambulatoriet, Retspsykiatrisk Klinik). Dette skal sammenholdes med, at der er cirka 20 prøveløsladte/betinget dømte i Københavns Kommune med vilkår om psykiatrisk behandling – en behandling H:S er forpligtet til at varetage. Det skal derfor anbefales, at de distriktspsykiatriske centre i H:S – som typisk skal varetage behandlingen af denne patientgruppe – og kriminalforsorgens afdelinger etablerer et samarbejde om behandling af dømte med vilkår om psykiatrisk behandling.

Overordnet ses, at retspsykiatri i H:S næsten er synonymt med "psykose-psykiatri", hvilket også kan være forklaringen på, at personer med vilkår om psykiatrisk behandling stort set ikke behandles i H:S, idet de pågældende som hovedregel vil være præget af ikke psykotiske lidelser. Der behandles færre § 69-patienter i H:S end i resten af landet, hvilket ikke umiddelbart kan forklares. Forskelle i de retspsykiatriske vurderinger ved mentalundersøgelserne kan ikke antages at være årsagen, idet Retslægerådet som en del af sin opgave har at anlægge en ensartet praksis for hele landet for anbefaling af en psykiatrisk særforanstaltning. Der er således behov for undersøgelser, der blandt andet belyser, hvorvidt den påsigtede kriminalitet blandt dem, der henvises til mentalundersøgelse i H:S, er grovere end i resten af landet, jf. afsnit 1.4., om domstolspraksis er forskellig med videre.

### 3. KRIMINALITET

---

#### 3.1 Retlig status og retspsykiatrisk klassifikation

Den kriminalitet, de retspsykiatriske patienter i H:S er dømt for/sigtet for, fremgår af tabel 6.

Tabel 6: Kriminalitet vs. retslig status

Kriminalitet	Retlig status							I alt	
	Varetægt	Mentalobservation	Strafsoner	§ 49, stk. 2	§ 57	Anbringelse	Behandling		Ambulant behandling
Drab mv.	1	1				13	15	1	31
Vold	4	2				3	88	52	149
Ild		2					32	6	40
Anden personfarlig				1			1		2
Voldtægt						1	6	1	8
Anden sædelighed						1	3	2	6
Grov narko	2		1				8	4	15
Euforiserende stoffer			1			1	5	6	13
Røveri				1			20	5	26
Tyveri	3						15	10	28
Anden berigelse		1					1	1	3
Hærværk							1	1	2
Færdsel								1	1
Straffeloven i øvrigt					1		1	1	3
Særlovgivning	2						1		3
I alt	12	6	2	2	1	19	197	91	330

Som det ses, er så mange som 31 patienter eller cirka 10 % af hele materialet, dømt for/sigtet for drab, drabsforsøg eller vold med døden til følge. Disse patienter er blevet særskilt analyseret (se afsnit 8.1.). Som nærmere beskrevet i afsnit 1.4. vil der i en tværsnitsundersøgelse som denne være en overvægt af personer dømt for drab med videre.

Den helt dominerende kriminalitetstype er vold, som lidt under halvdelen (149) af patienterne er dømt for /sigtet for. Hertil er der et stort antal tilfælde af ildspåsættelse.

Tabel 7 viser kriminalitet opdelt i personer dømt efter § 16 og § 69 samt andet (dvs. varetægtsarrestanter mv.).

**Tabel 7: Kriminalitet vs. retspsykiatrisk klassifikation**

Kriminalitet	Retspsykiatrisk klassifikation			I alt
	§ 16	§ 69	Andet	
Drab mv.	28	1	2	31
Vold	125	18	6	149
Ild	34	4	2	40
Anden personfarlig	1	0	1	2
Voldtægt	8	0	0	8
Anden sædelighed	4	2	0	6
Grov narko	11	1	3	15
Euforiserende stoffer	11	1	1	13
Røveri	22	3	1	26
Tyveri	20	5	3	28
Anden berigelse	2	0	1	3
Hærværk	2	0	0	2
Færdsel	1	0	0	1
Straffeloven i øvrigt	2	0	1	3
Særlovgivning	1	0	2	3
I alt	272	35	23	330

Med henblik på den videre analyse er det nødvendigt at gruppere kriminaliteten.

**Tabel 8: Kriminalitet grupperet vs. foranstaltningstype**

Kriminalitet	Foranstaltningstype			I alt
	Anbringelse n (%)	Behandling n (%)	Ambulant behandling n (%)	
Vold	16 (84)	124 (63)	58 (64)	198 (65)
Ild	0 (0)	32 (16)	6 (7)	38 (12)
Sædelighed	2 (11)	9 (5)	3 (3)	14 (5)
Grov narko	0 (0)	8 (4)	4 (4)	12 (4)
Ikke-personfarlig	1 (5)	24 (12)	20 (22)	45 (15)
I alt	18 (100)	197 (100)	91 (100)	307 (100)

$p = 0.014$  (asymptotisk, den eksakte  $p$ -værdi kan ikke beregnes)

Tabel 8 viser de kriminalitetsgrupper, der vil blive anvendt i det følgende. "Vold" omfatter drab med videre, vold, anden personfarlig kriminalitet samt røveri. Ildspåsættelse er ikke grupperet med andet. Sædelighedskriminalitet omfatter voldtægt og anden sædelighedskriminalitet, medens grov narkotikakriminalitet ikke er grupperet med anden form for kriminalitet. Betegnelsen "ikke-personfarlig kriminalitet" omfatter overtrædelse af lov om euforiserende stoffer, tyveri, anden berigelse, hærværk, færdselslovsovertrædelser, straffeloven i øvrigt samt særlovgivningen. Den ikke-personfarlige kriminalitet omfatter kun 15 % af den idømte kriminalitet blandt de foranstaltningsdømte, det vil sige, at så mange som femsjettedele af de retspsykiatriske patienter i H:S er dømt for personfarlig kriminalitet. Sammenlignet med andre danske undersøgelser af retspsykiatriske patienter (3,5) ses en hyppigere forekomst af personfarlig kriminalitet i materialet fra H:S.

Som forventeligt er de anbringelsesdømte helt overvejende dømt for vold, idet denne foranstaltningstype som udgangspunkt anvendes ved alvorlig kriminalitet, me-

dens der – ligeledes forventeligt – er relativt flere med dom til ambulant behandling, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet.

**Tabel 9: Kriminalitet grupperet vs. retspsykiatrisk klassifikation**

Kriminalitet	Retspsykiatrisk klassifikation					
	§ 16		§ 69		I alt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Vold	176	(65)	22	(63)	198	(65)
Ild	34	(13)	4	(11)	38	(12)
Sædelighed	12	(4)	2	(16)	14	(5)
Grov narko	11	(4)	1	(3)	12	(4)
Ikke-personfarlig	39	(14)	6	(17)	45	(15)
I alt	272	(100)	35	(100)	307	(100)

p = 0.77 (eksakt test).

Som det fremgår af tabel 9, er der ingen forskel i fordelingen af kriminalitet mellem personer dømt efter § 16 og personer dømt efter § 69.

### 3.2 Foranstaltningsdømte og strafafsonere

Det er i et vist omfang muligt at sammenligne kriminalitetsmønstret blandt de psykisk syge med kriminalitetsmønstret blandt personer idømt frihedsstraffe (strafafsonere). Direktoratet for Kriminalforsorgen fik 23. februar 1999 foretaget en tværsnitsundersøgelse af strafafsonere i hele landet (2). Undersøgelsen omfatter blandt andet en registrering af den kriminalitet, de indsatte var dømt for, og det er muligt at gruppere disse data på samme måde, som oplysninger om kriminalitet er grupperet i denne undersøgelse. Metodemæssigt er de to undersøgelser således direkte sammenlignelige, men den måde, de to materialer er "udvalgt" (af det juridiske system), gør en direkte sammenligning vanskelig (selektionsbias). Halvdelen af strafafsonerne er idømt frihedsstraffe mellem seks måneder og et års fængsel, medens foranstaltningsdømmen for 50 % af de foranstaltningsdømte er to år, jævnfør afsnit 7.1. Varigheden af en idømt frihedsstraf kan ikke umiddelbart sammenlignes med varigheden af en idømt psykiatrisk særforanstaltning, men overordnet peger det store antal kortvarige frihedsstraffe på, at personer, dømt for mindre alvorlig kriminalitet (og derfor idømt korterevarende frihedsstraffe), vil være relativt underrepræsenteret i et fængselsmateriale sammenlignet med et materiale af foranstaltningsdømte (jf. afsnit 1.3.). Et andet forhold af betydning er, at ikke-psykisk syge, der findes skyldig i mindre alvorlig, ikke-personfarlig kriminalitet, ofte bliver idømt betingede domme, medens de psykisk syge bliver idømt en psykiatrisk særforanstaltning, typisk dom til ambulant behandling. De betingede dømte indgår ikke i opgørelsen af strafafsonere, hvilket forhold igen peger på, at den relative andel af personer, dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, i fængselsmaterialet vil være underrepræsenteret sammenlignet med det psykiatriske materiale.

De 10 % længste fængselsdomme ligger på mellem fem og syv år, hvor de 10 % af de psykiatriske særforanstaltninger, der har varet længst, har varet syv år eller mere. Denne forskel er relativ ubetydelig, men kan dog betyde, at der vil være relativt lidt flere, dømt for alvorlig kriminalitet, blandt de foranstaltningsdømte sammenlignet med de fængselsdømte. Samlet vil der dog utvivlsomt være relativt få personer,

dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, i materialet vedrørende strafafsonere sammenlignet med dette materiale af retspsykiatriske patienter.

Selv om de to materialer således ikke direkte kan sammenlignes, idet antallet af personer i fængselsmaterialet, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, vil være relativt for lavt sammenlignet med materialet af foranstaltningsdømte, og antallet af personer dømt for personfarlig kriminalitet i fængselsmaterialet derfor relativt for højt, er de to materialer på andre måder så ensartet, at det findes relevant at sammenstille de to undersøgelser (tabel 10).

**Tabel 10: Kriminalitetsmønster foranstaltningsdømte i H:S vs. strafafsonere hele landet**

Kriminalitet	Foranstaltningsdømte		Strafafsonere	
	n	(%)	n	(%)
Vold	198	(65)	1079	(40)
Ild	38	(12)	29	(1)
Sædelighed	14	(5)	80	(3)
Grov narko	12	(4)	420	(16)
Ikke-personfarlig	45	(15)	1073	(40)
I alt	307	(100)	2681	(100)

$p < 0.000$

Der ses meget udtalte forskelle mellem de to grupper – mest markant er, at antallet af personer dømt for ildspåsættelse er højere blandt de 307 H:S-patienter end blandt landets i alt 2681 strafafsonere, 38 (12 %) mod 29 (1 %). Vold er ligeledes væsentlig hyppigere blandt de foranstaltningsdømte sammenlignet med de fængselsdømte, hvorimod ikke-personfarlig kriminalitet er væsentlig mindre hyppig. Som anført er den procentuelle andel af personer dømt for ikke-personfarlig kriminalitet i fængselsmaterialet utvivlsomt relativt for lavt sammenlignet med H:S-materialet. Det kan således uden forbehold konstateres, at de retspsykiatriske patienter er dømt for væsentlig mere alvorlig kriminalitet sammenlignet med de fængselsdømte.

### 3.2.1 Brandstiftelse

H:S dækker et befolkningsgrundlag på cirka 550.000 mennesker, det vil sige knapt 10 % af landets befolkning. Som det fremgår af tabel 10, er der numerisk flere personer dømt for brandstiftelse blandt foranstaltningsdømte i H:S, end der er indsatte dømt for brandstiftelse i landets fængsler. De retspsykiatriske patienter dømt for ildspåsættelse har lange foranstaltningsperioder (se afsnit 7.1.1.), og det er således muligt, at de relativt vil optræde med større hyppighed, end hvad ses i en fængselspopulation. Der er cirka 1200-1300 retspsykiatriske patienter i hele landet, og såfremt det forsigtigt skønnes, at halvdelen af de psykisk syge i hele landet, der er dømt for ildspåsættelse, behandles i H:S, betyder det, at der på landsplan skulle være omkring 70-75 psykisk syge ildspåsættere og som anført cirka 30 ikke-psykisk syge, i alt cirka 100, hvoraf – igen forsigtigt skønnet under hensyn til det om foranstaltningsperioden anførte - mellem totredjedele og trefjerdedele altså er psykisk syge. Såfremt mere grundige undersøgelser bekræfter disse tal, tegner der sig et billede af store samfundsmæssige konsekvenser, idet påsatte og "antageligt påsatte" "millionbrande" i første halvår af 2000 kostede forsikringssekslerne godt 113 millioner kr. (18).

### 3.3 Diagnoser

Tabel 11 viser den grupperede kriminalitet sammenholdt med de grupperede diagnoser. Der ses ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem diagnoser og kriminalitetstype.

Tabel 11: Diagnoser grupperet vs. kriminalitet grupperet

Diagnose	Kriminalitet, grupperet					I alt n (%)
	Vold n (%)	Ild n (%)	Sædelighed n (%)	Grov narko n (%)	Ikke personfarlig n (%)	
Organiske forstyrrelser	5 (3)	2 (5)	1 (7)	0 (0)	1 (2)	9 (3)
Misbrug	3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	4 (1)
Skizofreni-spektret	168 (85)	30 (79)	10 (71)	9 (75)	40 (89)	257 (84)
Stemningsforstyrrelse	4 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	5 (2)
Personlighedsforstyrrelse	15 (8)	4 (11)	3 (21)	1 (8)	2 (4)	25 (8)
"Andet"	3 (1)	2 (5)	0 (0)	2 (17)	0 (0)	7 (2)
I alt	198 (100)	38 (100)	14 (100)	12 (100)	45 (100)	307 (100)

Ikke signifikant (p-værdien kan ikke beregnes nøjagtigt).

Da sygdomme inden for skizofreni-spektret er så hyppigt forekommende i materialet, er det også undersøgt, om der kunne være forskelle i kriminalitetsmønstret, såfremt de 257 patienter inden for skizofreni-spektret sammenholdes med de 50 andre.

Tabel 12: Kriminalitet grupperet vs. skizofreni-spektret

Kriminalitet	Skizofreni-spektret		I alt n (%)
	- skizofreni-spektret n (%)	+ skizofreni-spektret n (%)	
Vold	30 (60)	168 (65)	198 (64)
Ild	8 (16)	30 (12)	38 (12)
Sædelighed	4 (8)	10 (4)	14 (5)
Grov narko	3 (6)	9 (4)	12 (4)
Ikke-personfarlig	5 (10)	40 (16)	45 (15)
I alt	50 (100)	257 (100)	307 (100)

p = 0.340 (eksakt test).

Som det fremgår af tabel 12, kan der heller ikke ved denne gruppering påvises signifikante sammenhænge. Baggrunden kan være, at vold og skizofreni er så dominerende, at andre kriminalitetsformer og andre diagnoser optræder med særdeles ringe hyppighed, således at det ikke er muligt at påvise eventuelle forskelle i et materiale på - statistisk set – kun 307 patienter.

### 3.4 Kønsfordeling

Kriminalitetsmønstret er forskelligt for mænd og kvinder, således som det fremgår af tabel 13.



**Tabel 13: Kriminalitet grupperet vs. køn**

Kriminalitet	Køn		I alt	
	Mænd n (%)	Kvinder n (%)	n (%)	(%)
Vold	189 (66)	19 (45)	208	(63)
Ild	24 (8)	16 (38)	40	(12)
Sædelighed	14 (5)	0 (0)	14	(4)
Grov narko	13 (5)	2 (5)	15	(5)
Ikke-personfarlig	48 (17)	5 (12)	53	(16)
I alt	288 (100)	42 (100)	330	(100)

p < 0.000

Forskellen skyldes, at kvinder væsentligt hyppigere end mænd er dømt for/sigtet for ildspåsættelse, dvs. forskellen ses inden for gruppen af personfarlig kriminalitet. Ses alene på personfarlig vs. ikke-personfarlig kriminalitet er der ingen forskel mellem de to køn.

### 3.5 Sammenfatning og konklusion

De retspsykiatriske patienter i H:S er helt overvejende dømt for personfarlig kriminalitet, her defineret som vold, ildspåsættelse, sædelighedskriminalitet og alvorlig narkotikakriminalitet. Kun 15 % af patienterne er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, overvejende tyverier. Omfanget af personfarlig kriminalitet i dette materiale er større, end det tidligere er påvist blandt retspsykiatriske patienter (også selv om grov narkotikakriminalitet eventuelt ikke medregnes til personfarlig kriminalitet) (3,5). Sammenlignes med personer idømt almindelige frihedsstraffe er forskellen endnu mere markant, idet som minimum 40 % af straffasonere er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet mod altså 15 % blandt de foranstaltningdømte. Modsat ses, at 65 % af de foranstaltningdømte er dømt for vold mod 40 % blandt straffasonere. Metodemæssige forhold, jf. afsnit 1.4., bevirker, at de reelle forskelle mellem straffasonere og retspsykiatriske patienter utvivlsomt er større. Årsagen til de påviste forskelle er det meget store antal skizofrene patienter blandt de foranstaltningdømte i H:S, idet der i dag – i modsætning til tidligere – kan påvises en statistisk sikker øget risiko for, at skizofrene, herunder også skizofrene kvinder, begår voldskriminalitet sammenlignet med ikke-skizofrene (19,20), hvilket også er påvist i Danmark (21).

Den mest markante forskel mellem de retspsykiatriske patienter og straffasonere er imidlertid hyppigheden af brandstiftelse, hvor der alene i H:S er flere foranstaltningdømte dømt for brandstiftelse, end der er afsonere dømt for brandstiftelse i hele landets fængsler. Andre danske undersøgelser (3,5) har ligeledes fundet et stort antal brandstiftere blandt psykisk syge. Udenlandske undersøgelser har ret ensartet fundet, at omkring 33 % af brandstiftere er psykisk syge (22), medens andelen i Danmark baseret på de foreliggende materialer kan skønnes at ligge på formentlig mellem totredjedele og trefjerdedele. Der er ingen umiddelbar forklaring på det tilsyneladende meget store antal psykisk syge brandstiftere i de danske materialer. Der er således behov for yderligere forskning inden for dette område, også set i lyset af, at påsatte "millionbrande" alene i forsikringsgodtgørelse koster samfundet et beløb af størrelsesordenen et par hundrede millioner kroner pr. år.

Der er relativt flere kvindelige end mandlige brandstiftere blandt de foranstaltning-dømte, men herudover adskiller kriminalitetsmønstret sig ikke mellem de to køn.

Da vold og skizofreni er så dominerende i materialet, er det ikke muligt at påvise eventuelle sammenhænge mellem andre former for kriminalitet og andre diagnoser.

## 4. MISBRUG

---

### 4.1 Misbrugets omfang og art

Der er et stort antal misbrugere blandt de retspsykiatriske patienter, idet 172, eller 52 %, af patienterne misbruger et eller flere rusmidler. Ved undersøgelsen er registreret første og eventuelt andet misbrugsstof, medens misbrug af tre eller flere rusmidler er registreret som blandingsmisbrug.

Tabel 14: Misbrug

<b>Alkohol</b>	
Alkohol alene	30
Alkohol + opioider	2
Alkohol + hash *)	14
Alkohol + medicin	1
Alkohol + centralstimulantia	1
Alkohol i alt	48
<b>Opioider</b>	
Opioider alene	7
Opioider + hash	4
Opioider + kokain	1
Opioider i alt	12
<b>Hash</b>	
Hash alene	37
Hash + hallucinogener **)	2
Hash i alt	39
<b>Centralstimulantia</b>	
Centralstimulantia alene	3
Centralstimulantia + hallucinogener	1
Centralstimulantia i alt	4
<b>Blandingsmisbrug</b>	
Blandingsmisbrug i alt	69
Misbrugere i alt	172

\*) I et tilfælde er hash anført som første misbrugsstof, alkohol som andet.

\*\*\*) I et tilfælde er hallucinogener anført som første misbrugsstof, hash som andet.

Tabel 14 viser fordelingen af misbruget. Som det ses, er blandingsmisbrug den hyppigste form. Såfremt misbrug af to rusmidler henregnes til blandingsmisbrug, vil der blandt de 172 misbrugere kun være 77 misbrugere, som misbruger ét rusmiddel. Alkohol og hash er de helt dominerende rusmidler, idet i alt 81, eller cirka 25 % af samtlige patienter, misbruger alkohol og/eller hash. Da blandingsmisbrug er så hyppigt, er det i øvrigt ikke muligt at karakterisere misbrugsmønstret nærmere. Der er forskel i antallet af misbrugere mellem mænd og kvinder, idet kun 38 % af kvinderne mod 54 % af mændene er misbrugere ( $p = 0.051$ ). Der synes at være lidt flere misbrugere i dette materiale sammenlignet med et materiale indsamlet for 10 år siden i Københavns Kommune blandt psykotiske (ikke specielt retspsykiatriske) patienter, medens kønsfordelingen er den samme (23). Det let øgede antal misbrugere i dette materiale kan blot være udtryk for et generelt øget misbrug blandt psykotiske patienter, og der er på basis af denne undersøgelse ikke grundlag for at antage, at

retspsykiatriske patienter i H:S er markant mere misbrugende end andre psykotiske patienter.

## 4.2 Diagnoser og kriminalitet

Tabel 15: Misbrug grupperet vs. diagnoser grupperet

Diagnose	Misbrug grupperet							
	Alkohol		Euforiserende stoffer		– Misbrug		I alt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Organiske forstyrrelser	0	(0)	3	(33)	6	(67)	9	(100)
Misbrug	0	(0)	2	(50)	2	(50)	4	(100)
Skizofreni-spektret	33	(13)	99	(39)	125	(49)	257	(100)
Stemningsforstyrrelser	1	(20)	2	(40)	2	(40)	5	(100)
Personlighedsforstyrrelser	8	(32)	9	(36)	8	(32)	25	(100)
”Andet”	0	(0)	1	(14)	6	(86)	7	(100)
I alt	42	(14)	116	(38)	149	(49)	307	(100)

p = 0.208 (eksakt test)

Tabel 15 viser misbruget grupperet i alkohol og euforiserende stoffer sammenholdt med de grupperede diagnoser. Der er ingen signifikant forskel i misbrugshyppighed mellem de forskellige diagnosegrupper, men det skal dog bemærkes, at den statistiske analyse viser, at der er relativt mange alkoholmisbrugere blandt patienter diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse. To af de patienter, der som hoveddiagnose har misbrug, er registreret som ikke-misbrugende. Der skal erindres om, at alle fire med misbrug som hoveddiagnose var fundet omfattet af straffelovens § 16. Det er naturligvis muligt, at de to med misbrug som hoveddiagnose nu er helt ophørt med misbrug, men under alle omstændigheder støtter dette fund antagelsen af, at den persongruppe, der ved undersøgelsen er blevet diagnosticeret med ikke psykotiske tilstande, men som ved mentalundersøgelsen fandtes omfattet af § 16, er præget af mere alvorlig psykopatologi end svarende til den aktuelle diagnose.

Der er ingen signifikant forskel mellem misbrugere og ikke-misbrugere blandt de foranstaltningedømte i retslig status (dvs. dom til anbringelse, til behandling og til ambulans behandling).

Tabel 16 viser misbruget, grupperet i henholdsvis alkohol og euforiserende stoffer, i relation til den grupperede kriminalitet.

Tabel 16: Misbrug grupperet vs. kriminalitet grupperet

Kriminalitet	Misbrug grupperet							
	Alkohol		Euforiserende stoffer		– Misbrug		I alt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Vold	27	(14)	72	(36)	99	(50)	198	(100)
Ild	8	(21)	7	(18)	23	(61)	38	(100)
Sædelighed	1	(7)	3	(21)	10	(71)	14	(100)
Grov narko	1	(8)	7	(58)	4	(33)	12	(100)
Ikke-personfarlig	5	(11)	27	(60)	13	(29)	45	(100)
I alt	42	(14)	116	(38)	149	(49)	307	(100)

p = 0.006 (eksakt test)

Af tabellen ses, at der procentuelt er mange stofmisbrugere blandt patienter, dømt for ikke-personfarlig kriminalitet. Omvendt er der procentuelt meget få stofmisbrugere blandt personer dømt for ildspåsættelse, ligesom der generelt er få misbrugere blandt de sædelighedskriminelle. Blandt personer dømt for grov narkotikakriminalitet (dvs. indsmugling og lignende) har en tredjedel intet misbrug. Det samme ses blandt strafafsonere – langt fra alle dømt for grov narkotikakriminalitet er selv misbrugere.

Art og omfang af misbrug blandt de retspsykiatriske patienter svarer stort set til misbruget blandt strafafsonere (2). I begge grupper er cirka 50 % vurderet som misbrugere, og i begge grupper misbruger cirka 25 % alkohol og/eller hash. Et igangværende misbrug øger utvivlsomt risikoen for kriminalitet, især tyveri og lignende, med henblik på at finansiere misbruget, men det ensartede billede mellem strafafsonere og de retspsykiatriske patienter taler afgørende imod den almindelige antagelse, at misbrug blandt psykisk syge er en væsentlig årsag til, at netop denne gruppe begår kriminalitet (24). Denne konklusion er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser (23).

### 4.3 Metadonbehandling

39 patienter var i metadonbehandling. De metadonbehandlede patienter ses inden for alle diagnosegrupper uden signifikante forskelle mellem de forskellige grupper. Selv om der er færre kvindelige end mandlige misbrugere, er kvinderne hyppigere i metadonbehandling (21 %) end mændene (11 %) ( $p = 0.066$ ). Det er ikke umiddelbart muligt at forklare denne forskel, hvorved blandt andet bemærkes, at der procentuelt er lige mange mandlige og kvindelige alkoholmisbrugere, men en medvirkende årsag kunne være, at "tærsklen" for at iværksætte metadonbehandling er lavere for kvinder end for mænd.

Der ses en statistisk signifikant sammenhæng mellem kriminalitet og metadonbehandling (tabel 17).

**Tabel 17: Metadonbehandling vs. kriminalitet grupperet**

Kriminalitet	Metadonbehandling		I alt
	+ Metadonbehandling n (%)	- Metadonbehandling n (%)	
Vold	20 (52)	186 (65)	206
Ild	3 (7)	37 (13)	50
Sædelighed	0 (0)	14 (5)	14
Grov narko	3 (7)	12 (4)	15
Ikke-personfarlig	13 (33)	39 (14)	52
I alt	39 (100)	288 (100)	327

$p = 0.016$  (eksakt test).

Den væsentligste årsag til dette er, at der er en relativ stor andel af personer, dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, som er i metadonbehandling. En nærmere analyse viser, at det især er stofmisbrugere, dømt for tyveri, som er i metadonbehandling. Dette fund er for så vidt, hvad der kunne forventes, idet stofmisbrugere foretager kriminalitet (dvs. tyverier) for at finansiere misbruget. Kan misbruget dæmpes – eller eventuelt helt stoppes – ved iværksættelse af metadonbehandling, vil en sådan behandling kunne mindske risikoen for kriminelt recidiv.

## 4.4 Sammenfatning og konklusion

Omkring halvdelen af de foranstaltningsdømte patienter har en misbrugsdiagnose, herunder misbruger omkring 25 % alkohol og/eller hash. Cirka 20 % af samtlige retspsykiatriske patienter har et blandingsmisbrug, her defineret som et misbrug af tre eller flere rusmidler. Patienter diagnosticeret med personlighedsforstyrrelser misbruger hyppigere alkohol end patienter med andre diagnoser, men herunder er der ingen påviselig sammenhæng mellem diagnoser og misbrug eller mellem misbrug og retspsykiatrisk status. Derimod ses en sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet, idet personer dømt for ildspåsættelse og personer dømt for sædelighedskriminalitet mindre hyppigt er misbrugende sammenlignet med personer dømt for andre former for kriminalitet. Hertil ses, at procentuelt mange patienter dømt for ikke-personfarlig kriminalitet – især tyverier – er stofmisbrugere. I overensstemmelse hermed er denne gruppe hyppigere end andre i metadonbehandling, hvilket er forventeligt, idet stofmisbrugere foretager tyverier for at finansiere misbruget. Metadonbehandling vil alt andet lige formentlig kunne nedsætte risikoen for kriminelt recidiv hos netop denne gruppe.

En umiddelbar diskrepans mellem klinisk diagnose og retspsykiatrisk klassifikation for nogle få patienter med misbrug som hoveddiagnose støtter antagelsen af, at de patienter, der ved mentalundersøgelsen er fundet omfattet af § 16, er præget af en mere alvorlig psykopatologi end svarende til deres aktuelle kliniske diagnose, jævnfør afsnit 2.4.

Færre kvinder end mænd er misbrugere, men til gengæld er procentuelt flere kvinder i metadonbehandling sammenlignet med mænd. Der er ingen umiddelbar forklaring på dette fund, men en mulighed er, at "tærsklen" for at iværksætte metadonbehandling er lavere for kvinder end for mænd.

Det er værd at understrege, at omfang og art af misbrug blandt de foranstaltningsdømte ikke adskiller sig fra, hvad der ses hos strafafsonere. Misbrug øger risikoen for, at en person begår kriminalitet, men baseret på denne undersøgelse er der intet holdepunkt for at antage, at alkohol- eller stofmisbrug blandt psykisk syge er en specifik årsag til, at netop denne gruppe begår kriminalitet. Dette synspunkt understøttes af, at der ikke er væsentlige forskelle i omfanget af misbrug mellem retspsykiatriske patienter og psykotiske patienter generelt i H:S (23). Kort kan det fremstilles på den måde, at halvdelen af de kriminelle er misbrugere, halvdelen af de psykisk syge er misbrugere, og halvdelen af de psykisk syge kriminelle er misbrugere.

## 5. ETNICITET

### 5.1 Retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund

Retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund udgør 115, det vil sige 35 %, af samtlige 330 patienter. Der findes ingen undersøgelser af den psykiatriske sygelighed blandt personer med fremmedkulturel baggrund, men denne patientgruppe udgør 12 % af det samlede antal patienter, der behandles ved de distriktspsykiatriske centre i H:S (25).

Tabel 18: Etnicitet

	Etnicitet											
	Danmark	Eksjugoslavien	Østeuropa	Tyrkiet	Mellemøsten	Iran	Fjernøsten	Nordafrika	Afrika, resten	Vesteuropa, USA	Ved ikke	I alt
n	215	8	15	9	13	24	15	12	9	9	1	330
(%)	(65)	(2)	(5)	(3)	(4)	(7)	(5)	(4)	(3)	(3)	(0)	(100)

Tabel 18 viser patienternes oprindelsesland. Samlet udgør "indvandrere" og "efterkommere" fra geografiske områder uden for Danmark højst 10 % af befolkningen i H:S. Det ses således, at det antal patienter med fremmedkulturel baggrund, der behandles ved de distriktspsykiatriske centre, stort set svarer til andelen i befolkningen, og selv om tallene ikke umiddelbart er sammenlignelige, kan det konkluderes, at der er en betydelig overrepræsentation blandt retspsykiatriske patienter af personer med fremmedkulturel baggrund.

Stort set alle patienter med fremmedkulturel baggrund har forældre, hvor begge er født i udlandet (n= 105), eller hvor den ene er født i udlandet (n= 8), ligesom patienterne selv stort set alle er født i udlandet (n= 104). På den anden side har 74 patienter opholdt sig i Danmark over 10 år, 22 har opholdt sig i Danmark mellem fem og 10 år, og kun 15 af patienterne med fremmedkulturel baggrund har opholdt sig i Danmark i mindre end fem år. I overensstemmelse hermed er stort set alle disse patienter danske statsborgere eller har opholdstilladelse, der er kun en enkelt asylansøger og tre patienter, der har illegalt ophold her i landet. (Disse tal er behæftet med en vis usikkerhed, idet antallet af "ved ikke" er 26). Køns- og aldersfordeling for disse patienter er ikke statistisk signifikant forskellig fra, hvad der ses hos patienter med dansk baggrund. Specielt hvad angår kønsfordelingen skal nævnes, at da antallet af patienter fra forskellige geografiske områder er begrænset, er det ikke muligt at analysere de forskellige nationaliteter hver for sig. Men samlet ses som anført ingen forskel i kønsratio mellem patienter med dansk og med fremmedkulturel baggrund.

Cirka 20 % af de indsatte i landets fængsler og arresthuse har en fremmedkulturel baggrund (24). Der er en tendens til, at andelen er lidt højere i de fængsler, der modtager indsatte fra storbyområdet. På den anden side omfatter de 20 % også

nogle, der er helt uden tilknytning til Danmark, og denne gruppe optræder som anført stort set ikke blandt de foranstaltningedømte. Samlet må det anses for godt-gjort, at blandt personer med fremmedkulturel baggrund begår psykisk syge hyppigere kriminalitet end personer uden psykisk sygdom, jævnfør også afsnit 3.2. om sammenligning mellem strafafsonere og foranstaltningedømte. Der er kun 1,5 % kvinder blandt strafafsonere med fremmedkulturel baggrund, hvor antallet i dette materiale (n= 11) som anført er højere, knapt 4 %.

## 5.2 Diagnoser og kriminalitet

De retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund adskiller sig på væsentlige punkter fra retspsykiatriske patienter med dansk baggrund. Tabel 19 viser således, at der er en signifikant forskel i hoveddiagnoser mellem de to grupper, idet der procentuelt er flere inden for skizofrenispektret og - især - færre med personlighedsforstyrrelse blandt patienter med en fremmedkulturel baggrund sammenlignet med patienter med en dansk baggrund. Supplerende kan nævnes, at begge patienter, anbragt i medfør af straffelovens § 49, stk. 2, har en fremmedkulturel baggrund, og de to strafafsonere, der modtager psykiatrisk behandling – denne ene under diagnosen skizofreni (!) – har ligeledes begge fremmedkulturel baggrund. Der er ingen statistisk forskel i retslig status mellem patienter med fremmedkulturel og med dansk baggrund.

Tabel 19: Diagnoser grupperet vs. etnicitet

Diagnose	Etnicitet				I alt n
	Ikke dansk		Dansk		
	n	(%)	n	(%)	
Organiske forstyrrelser	5	(4)	5	(2)	10
Misbrug	0	(0)	4	(2)	4
Skizofreni-spektret	102	(92)	173	(82)	275
Stemningsforstyrrelser	1	(1)	4	(2)	5
Personlighedsforstyrrelser	3	(3)	25	(12)	28
I alt	111	(100)	211	(100)	322

p = 0.012 (eksakte test).

Der er formentlig flere forklaringer på denne skæve diagnostiske fordeling. Det er således muligt, at nogle skizofrene med fremmedkulturel baggrund ikke søger behandling, enten fordi psykisk sygdom opfattes stigmatiserende, eller fordi de ikke har kendskab til det psykiatriske behandlingssystem, således at deres sygdom forbliver ubehandlet med heraf følgende øget risiko for kriminalitet. En anden mulighed er, at psykiatrien i H:S har vanskeligt ved at diagnosticere og behandle skizofrene med fremmedkulturel baggrund. Det meget lave antal fremmedkulturelle patienter med en personlighedsforstyrrelse kan formentlig især ses som en indikator for, at der henvises for få sigtede med fremmedkulturel baggrund til mentalundersøgelse, måske fordi eventuelle psykiske symptomer eller klager fejlagtigt opfattes som kulturelt betingede. En anden mulighed er, at de behandlingskrævende personlighedsforstyrrelser ikke diagnosticeres ved en mentalobservation. Den ovenfor beskrevne kønsforskelle mellem retspsykiatriske patienter og strafafsonere med fremmedkulturel baggrund kan formentlig forklares med, at skizofreni er en selvstændig kriminogen faktor, jævnfør afsnit 2.6. Når væsentlig flere psykisk syge end ikke-psykisk syge kvinder med fremmedkulturel baggrund begår kriminalitet, skyldes det formentlig, at



psykisk sygdom (skizofreni) er "årsag" til den kriminelle adfærd. (Undersøgelsen be-lyser ikke, hvordan denne "årsag" skal forklares).

Der er ligeledes en statistisk signifikant forskel i kriminalitetsmønstret mellem de to grupper (tabel 20), idet ildspåsættelse er sjælden (7 tilfælde ud af i alt 40) og grov narkotikakriminalitet relativ hyppig (10 tilfælde ud af i alt 15) blandt personer med fremmedkulturel baggrund, medens der ikke ses væsentlige forskelle i de øvrige hovedgrupper af kriminalitet.

**Tabel 20: Kriminalitet grupperet, vs. etnicitet**

Kriminalitet	Etnicitet				I alt	
	Ikke dansk		Dansk			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Vold	74	(63)	134	(63)	208	(63)
Ild	7	(6)	32	(15)	39	(12)
Sædelighed	5	(4)	9	(4)	14	(4)
Grov narko	10	(9)	5	(2)	15	(5)
Ikke-personfarlig	19	(17)	34	(16)	53	(16)
I alt	115	(100)	214	(100)	329	(100)

p = 0.02 (eksakte test)

### 5.3 Misbrug

**Tabel 21: Misbrug vs. etnicitet**

Misbrug	Etnicitet				I alt	
	Ikke dansk		Dansk			
	n	(%)	n	(%)	n	
Alkohol	5	(4)	41	(19)	46	
Opioider	8	(7)	5	(2)	13	
Hash	13	(11)	26	(12)	39	
Centralstimulantia	1	(1)	3	(1)	4	
Hallucinogener	0	(0)	1	(0,5)	1	
Blandingsmisbrug	21	(18)	48	(22)	69	
Intet misbrug	67	(58)	90	(42)	157	
I alt	115	(100)	214	(100)	329	

p = 0.001 (eksakte test)

(Tallene i denne tabel adskiller sig lidt fra tallene i tabel 14, på grund af en anderledes opgørelsesmåde).

Tabel 21 viser fordeling og hyppighed af misbrug blandt retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel og dansk baggrund. Igen ses en statistisk signifikant forskel, som især skyldes, at meget få patienter med fremmedkulturel baggrund misbruger alkohol, hvorimod alkoholisbrug er relativt hyppigt blandt patienter med dansk baggrund. Hertil ses, at kun 42 % af patienter med dansk baggrund ikke har noget misbrug, medens 58 % med fremmedkulturel baggrund ikke er misbrugende, det vil sige, at misbrug er væsentligt hyppigere blandt patienter med dansk baggrund end blandt patienter med fremmedkulturel baggrund. Endelig ses en tendens til, at misbrug af opioider (heroin mv.) er hyppigere blandt patienter med fremmedkulturel baggrund end blandt patienter med dansk baggrund. Overordnet kan det imidlertid konstateres, at misbrug blandt patienter med fremmedkulturel baggrund – som altså stort set alle lider af skizofreni – er mindre udtalt end blandt patienter med dansk

baggrund, og misbrug er således ingen forklaring på det meget store antal retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund. Dette fund støtter i øvrigt antagelsen af, at misbrug ikke er nogen specifik årsag til kriminalitet blandt psykisk syge.

## 5.4 Sammenfatning og konklusion

Retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund udgør cirka en tredjedel af samtlige retspsykiatriske patienter i H:S, det vil sige, at der er tale om en betydelig overrepræsentation set i forhold til antallet af personer med fremmedkulturel baggrund i H:S-området. Procentuelt er der endvidere et større antal foranstaltningssdømte end strafafsonere med fremmedkulturel baggrund, ligesom andelen af kvinder med fremmedkulturel baggrund er væsentlig højere blandt foranstaltningssdømte end blandt strafafsonere (26). Det er ikke noget specielt dansk fænomen, at personer med indvandrerbaggrund hyppigt bliver retspsykiatriske patienter. Det samme er set i London, uden at årsagen kan forklares (27, 28).

Patienterne er helt overvejende førstegenerationsindvandrere, som har opholdt sig i mange år i Danmark. Køns- og aldersfordelingen blandt patienter med fremmedkulturel baggrund adskiller sig ikke fra, hvad der ses blandt patienter med dansk baggrund.

Patienterne med fremmedkulturel baggrund lider signifikant hyppigere af skizofreni sammenlignet med patienter med dansk baggrund, hvorimod der blandt patienter med fremmedkulturel baggrund er meget få med personlighedsforstyrrelser. Årsagen til det store antal skizofrene blandt patienter med fremmedkulturel baggrund kan være, at disse patienter ikke har modtaget sufficient behandling, hvad enten dette skyldes, at de pågældende ikke selv har søgt behandling, eller at psykiatrien har haft vanskelighed ved at diagnosticere og behandle patienterne, således at disse patienter begår kriminalitet på grund af manglende behandling. Der er procentuelt færre misbrugere blandt patienter med fremmedkulturel baggrund sammenlignet med patienter med dansk baggrund, hvilket især skyldes, at kun ganske få patienter med fremmedkulturel baggrund misbruger alkohol. Det høje antal skizofrene patienter sammenholdt med det relativt lave antal misbrugere støtter antagelsen af, at misbrug ikke er en specifik årsag til, at psykotiske (skizofrene) patienter begår kriminalitet. Kriminalitetsmæssigt adskiller de to grupper sig ligeledes fra hinanden, idet patienter med fremmedkulturel baggrund kun sjældent dømmes for ildspåsættelse, medens denne patientgruppe til gengæld hyppigere end patienter med dansk baggrund er dømt for (de få tilfælde af) alvorlig narkotikakriminalitet.

Samlet ses således, at retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund på en række væsentlige punkter adskiller sig fra patienter med dansk baggrund. Nogle af disse forskelle forklares formentlig af kulturelle/religiøse faktorer, men der er under alle omstændigheder et betydeligt behov for forskning i "transkulturel retspsykiatri".

Det skal afslutningsvis bemærkes, at unge, psykisk syge andengenerationsindvandrere ikke ses i materialet, formentlig fordi de pågældende ikke har nået den alder, hvor psykisk sygdom, især skizofreni, debuterer. Dette forhold fremhæves, idet det umiddelbart må antages, at enkelte af de (kommende) psykisk syge kriminelle andengenerationsindvandrere kan vise sig at være præget af betydelige adfærdsfor-

styrrelser (29), hvilket kan være af betydning for planlægningen af retspsykiatrien i H:S.

## 6. SOCIALE FORHOLD

De retspsykiatriske patienters sociale forhold er i denne undersøgelse alene vurderet ud fra eksistensgrundlag, boligforhold og civilstand.

### 6.1 Eksistensgrundlag

Tabel 22 viser patienternes eksistensgrundlag.

Tabel 22: Eksistensgrundlag

		Eksistensgrundlag											
	Selvstændig	Lønmodtager	Uddannelsesstøtte	Revalideringsydelse	Pension	Arbejdsløshedsunderstøttelse	Sygedagpenge	Kontanthjælp/aktiveringsydelse	Lommepenge	Ingen indkomst	Andet	Ved ikke	I alt
n	2	9	1	4	207	1	4	70	17	1	4	10	330
(%)	(1)	(3)	(0)	(1)	(63)	(0)	(1)	(21)	(5)	(0)	(1)	(3)	(100)

Der er 11 patienter, eller cirka 4 % af alle, som har en selvstændig indkomst, medens 207, 63 %, modtager pension, og så mange som 70 patienter (21 %) modtager kontanthjælp/aktiveringsydelse. Blandt de foranstaltningssdømte modtager 17 lommepenge (dvs. et beløb, p.t. godt 1.000 kr. per måned, som udbetales af sygehuset, jf. sygehuslovens § 5a, til dækning af personlige fornødenheder til personer uden indkomst), ni anbringelsesdømte, syv med behandlingsdomme og en vare-tægtsarrestant. Med et par undtagelser har disse 17 patienter været indlagt stort set hele året. Der er en tendens til, at flere kvinder end mænd modtager pension (79 % mod 71 %), og færre kontanthjælp (11 % mod 24 %), men forskellen når ikke statistisk signifikans ( $p = 0.10$ ).

Eksistensgrundlaget er grupperet, således at de få patienter, der modtager uddannelsesstøtte, revalideringsydelse, arbejdsløshedsunderstøttelse og sygedagpenge er grupperet sammen med de 11 patienter, der er selvstændige eller har en lønindkomst (herefter benævnt lønindkomst). Pension og kontanthjælp er grupperet for sig. De patienter, der modtager lommepenge, samt de i alt 15 patienter, hvis eksistensgrundlag er mere eller mindre uoplyst, udgår. Det bør dog bemærkes, at den behandlingsansvarlige afdeling ikke har kendskab til noget så elementært som eksistensgrundlaget for 3 % af de retspsykiatriske patienter.

Blandt strafafsonere har 39 % en lønindkomst (som defineret ovenfor, dvs. selvstændige, uddannelsesstøtte mv.), 9 % modtager pension, medens så mange som 48 % får kontanthjælp.

Tabel 23 viser eksistensgrundlag, grupperet, sammenholdt med de idømte foranstaltninger.

**Tabel 23: Eksistensgrundlag grupperet vs. foranstaltningstype**

Foranstaltning	Eksistensgrundlag							
	Lønindkomst		Pension		Kontanthjælp		I alt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Anbringelse	0	(0)	8	(4)	2	(3)	10	(4)
Behandling	6	(33)	143	(71)	35	(57)	184	(66)
Ambulant behandling	12	(67)	51	(25)	24	(39)	87	(31)
I alt	18	(100)	202	(100)	61	(100)	281	(100)

p = 0.004 (eksakt test).

Som forventet er det først og fremmest patienter med dom til ambulant behandling, som har selvstændig indkomst, modtager arbejdsløshedsunderstøttelse med videre, hvilket er den væsentligste årsag til den påviste signifikante forskel. Det ses også, at over halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne er behandlingsdømte. Denne gruppe er derfor analyseret særskilt (tabel 24).

**Tabel 24: Eksistensgrundlag grupperet vs. diagnoser grupperet (kun behandlingsdømte)**

Diagnose	Eksistensgrundlag							
	Lønindkomst		Pension		Kontanthjælp		I alt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Organiske forstyrrelser	0	(0)	4	(3)	1	(3)	5	(3)
Misbrug	0	(0)	0	(0)	1	(3)	1	(1)
Skizofreni-spektret	5	(83)	129	(90)	23	(66)	157	(85)
Stemningsforstyrrelser	0	(0)	0	(0)	1	(3)	1	(1)
Personlighedsforstyrrelser	0	(0)	8	(6)	7	(20)	15	(8)
"Andet"	1	(17)	2	(1)	2	(6)	5	(3)
I alt	6	(100)	143	(100)	35	(100)	184	(100)

p = 0.004 (eksakt test).

Det er ikke overraskende, at 129 (90 %) af samtlige behandlingsdømte førtidspensionister er skizofrene, men det er bemærkelsesværdigt, at hovedparten af kontanthjælpsmodtagerne i gruppen af behandlingsdømte (23 af i alt 35, dvs. 66 %), ligeledes lider af skizofreni.

Der er en statistisk signifikant overvægt af patienter med fremmedkulturel baggrund blandt kontanthjælpsmodtagerne, hvilket formentlig delvis afspejler, at det kræver mange års ophold i Danmark at opnå delvis eller fuld pension, og det vil derfor for nogle blandt de 53 patienter, der har opholdstilladelse - og som altså ikke har opnået dansk statsborgerskab - være økonomisk fordelagtigt at forblive kontanthjælpsmodtagere.

## 6.2 Boligforhold

Tabel 25 viser patienternes boligforhold.

Tabel 25: Boligforhold

		Boligforhold								
		Ejebolig	Lejebolig	Værelse	Familie	Social-psyk.bocenter	Hjemløs/herberg	Asylcenter	Ved ikke	I alt
n		12	161	7	13	35	92	1	9	330
(%)		(4)	(49)	(2)	(4)	(11)	(28)	(0)	(3)	(100)

Det ses, at kun godt halvdelen af patienterne har egen bolig. 35 patienter, cirka 11 %, har ophold i et social-psykiatrisk bocenter, medens 92 patienter, cirka 28 % er hjemløse eller bor på herberg. (Det skal bemærkes, at der er en vis forskel på den definition af hjemløshed, der er anvendt i denne undersøgelse, og den definition, der anvendes af det sociale system. Efter det sociale systems definition vil der være færre hjemløse end angivet i denne undersøgelse). Der er ingen kønsforskelle i patienternes boligforhold. Patienternes boligforhold er grupperet, således at ejer- og lejeboliger er lagt sammen, ligesom gruppen, der bor på værelse, hos familie og den ene, der bor på asylcenter, er sammenlagt. De 9 "ved ikke" udgår, idet det også, hvad angår boligforhold, skal bemærkes, at den behandlingsansvarlige afdeling ikke har kendskab hertil for 3 % af de retspsykiatriske patienters vedkomne.

Blandt strafafsonere er 12 % hjemløse (2) mod altså 28 % blandt retspsykiatriske patienter.

Tabel 26 viser boligforhold, grupperet, sammenholdt med retspsykiatrisk status. Der er en kraftig statistisk signifikant sammenhæng, idet langt flere patienter med dom til ambulant behandling (74 %) end andre foranstaltningsdømte har egen bolig, medens kun ganske få patienter med ambulant behandling er hjemløse. Det er forståeligt, at hovedparten af de anbringelsesdømte patienter er registreret som hjemløse, idet de i en længere periode har haft eller vil få "bolig" på Sct. Hans Hospital. Fem af de 19 anbringelsesdømte patienter har bevaret egen bolig. Dette er forklarligt for to patienters vedkomne, men for de øvrige tre patienter er der ingen umiddelbar forklaring på, at de har bevaret egen bolig. (Af diskretionsmæssige grunde er yderligere oplysninger udeladt).

Tabel 26: Boligforhold grupperet vs. foranstaltningstype

Foranstaltning	Boligforhold				I alt	
	Egen bolig	Værelse, familie	Socialpsyk. bocenter	Hjemløs	n	(%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
Anbringelse	5 (26)	0 (0)	0 (0)	14 (74)	19	(100)
Behandling	90 (47)	11 (6)	26 (14)	64 (34)	191	(100)
Ambulant behandling	67 (74)	8 (9)	9 (10)	6 (7)	90	(100)
I alt	162 (54)	19 (6)	35 (12)	84 (28)	300	(100)

p < 0.000 (eksakt test).

Tabel 27 sammenholder boligforhold med misbrug.

**Tabel 27: Boligforhold grupperet vs. misbrug grupperet**

Misbrug	Boligforhold				I alt
	Egen bolig	Værelse, familie	Socialpsyk. bocenter	Hjemløs	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Alkohol	20 (12)	2 (11)	10 (29)	9 (11)	41 (14)
Euforiserende stoffer	52 (32)	10 (53)	12 (34)	38 (45)	112 (37)
Intet misbrug	92 (56)	7 (37)	13 (37)	37 (44)	147 (49)
I alt	162 (100)	19 (100)	35 (100)	84 (100)	300 (100)

$p = 0.052$  (eksakt test).

Der er som forventeligt en signifikant sammenhæng mellem misbrug og boligforhold især på grund af, at en relativ høj andel (56 %) af patienter med egen bolig ikke har noget misbrug. De hjemløse og de patienter, der bor på værelse eller hos familie, har stort set samme misbrugsmønster, medens relativt mange patienter (29 %) på social-psykiatriske bocentre misbruger alkohol og relativt få (34 %) euforiserende stoffer.

Sammenholdes boligforhold og eksistensgrundlag (jf. afsnit 6.1.) for de behandlingsdømte ses, at relativt mange med bolig hos familie eller på værelse, mod relativt få med bopæl på et social-psykiatrisk bocenter, modtager kontanthjælp, hvilket er forventeligt, idet en forudsætning for at få ophold på et social-psykiatrisk bocenter er, at vedkommende er kvalificeret til at opnå pension. Alle fem behandlingsdømte med en selvstændig indkomst har som forventeligt egen bolig.

### 6.2.1 Boligforhold og indlæggelsesbehov

Endelig er boligforhold sammenholdt med antal indlæggelsesdage det sidste år, idet de 19 anbringelsesdømte er udeladt, da de ikke kan udskrives (tabel 28).

**Tabel 28: Antal indlæggelsesdage**

	Gennemsnit	Standardafvigelse	N
Egen bolig	87	126	162
Værelse, familie	96	137	19
Socialpsyk. bocenter	68	91	35

$p = 0.606$  (eksakt test).

(Tabellen skal tolkes med forsigtighed, da standardafvigelsen er stor, større end gennemsnittet).

Som det fremgår, har de retspsykiatriske patienter med ophold på et socialpsykiatrisk bocenter været indlagt lidt færre dage end patienter med egen bolig eller med ophold hos familie med videre, men uden at forskellen mellem de tre boligformer blot nærmer sig statistisk signifikans. (Som anført er den statistiske analyse behæftet med nogen usikkerhed).

Beregningen er også gennemført med inddragelse af de 70 hjemløse patienter, og de har som ventet været indlagt signifikant længere (283 dage, standardafvigelse 155) end de øvrige tre grupper ( $p = 0.000$ ). Undersøgelsen belyser ikke, om disse pati-

enter er langvarigt indlagt, fordi de er hjemløse, eller om de er hjemløse, fordi de er langvarigt indlagt. Da en lang række indikatorer i undersøgelsen (jf. afsnit 7) peger på, at det i høj grad er patienternes kliniske tilstand, der betinger indlæggelse og indlæggelsesvarighed, er det nærliggende at antage, at de hjemløse patienter først og fremmest er langtidsindlagte, fordi de er svært syge.

Samlet kan således konkluderes, at det ikke ganske kan afvises, at ophold på et social-psykiatrisk bocenter nedsætter indlæggelsesbehovet for retspsykiatriske patienter. Samtidig er det imidlertid åbenbart, at et sådan ophold ikke kan erstatte indlæggelse for disse patienter.

### 6.3 Behandling og sociale parametre

Det kunne antages, at den givne behandling ville forbedre patienternes såvel psykiske som sociale tilstand, således at færre ville være hjemløse og/eller modtage kontanthjælp. Det er derfor undersøgt, hvorvidt varigheden af en dom til behandling og dom til ambulat behandling har sammenhæng med antal hjemløse eller kontanthjælpsmodtagere – det må umiddelbart antages, at des længere foranstaltningstid, des færre hjemløse eller kontanthjælpsmodtagere. Der kan ikke påvises nogen effekt af den givne behandling, hvad angår hjemløse ( $p = 0.394$ ). Hvad angår kontanthjælpsmodtagere er billedet mere kompliceret. Ses på gruppen som helhed findes ingen sikker effekt ( $p = 0.125$ ), men deles gruppen af kontanthjælpsmodtagere i patienter med fremmedkulturel og med dansk baggrund ses en effekt ( $p = 0.004$ ), som skyldes, at patienter med fremmedkulturel baggrund forbliver længere på kontanthjælp end patienter med dansk baggrund. Årsagen hertil kan ikke belyses, men de gældende regler for tildeling af pension til patienter med fremmedkulturel baggrund (jf. afsnit 6.1.) kan være en del af forklaringen, om end ikke den hele, idet minimum 26 patienter med fremmedkulturel baggrund er danske statsborgere. (Der er mange "ved ikke"-svar på dette spørgsmål).

### 6.4 Civilstand

Langt hovedparten af de retspsykiatriske patienter er ugifte, således som det fremgår af tabel 29. Kun 38 patienter, cirka 11 %, er gift eller fast samlevende. Der er en klar etnisk forskel i civilstand, idet 20 patienter med fremmedkulturel baggrund er gift/fast samlevende (61 % af de gifte) mod kun 14 (39 %) patienter med dansk baggrund. Cirka 50 % i hver gruppe er fraskilte, medens 48 patienter med fremmedkulturel baggrund er ugifte (24 % af de ugifte) mod 151 (76 %) i gruppen med dansk baggrund ( $p < 0.000$ ).



Tabel 29

	Civilstand					
	Gift/fast samlevende	Skilt	Enke(mand)	Ugift	/ed ikke	I alt
n	38	66	7	214	5	330
(%)	(11)	(20)	(2)	(65)	(2)	(100)

Blandt strafafsonere er 32 % gifte/fast samboende, 55 % er enlige og 13 % er fraskilte/enke(mænd) (2). De foranstaltningssdømte er altså også, hvad angår civilstand, dårligere stillet end strafafsonere.

Der er tendens til en signifikant forskel mellem mænd og kvinder, hvad angår civilstand, idet der især er færre ugifte kvinder, til gengæld lidt flere fraskilte ( $p = 0.09$ ). Dette svarer til, hvad der ses blandt kvindelige afsonere. Dette må formentlig tolkes som en kønsspecifik forskel, hvor kvinder er mere tilbøjelige end mænd til at blive gift uafhængig af, om de er psykisk syge eller på anden måde marginaliserede, men ægteskaberne holder ikke.

## 6.5 Indstillet til social-psykiatriske bocentre

25 patienter er indstillet til ophold på social-psykiatrisk bocenter. Ventetiden fremgår af tabel 30. Det ses, at halvdelen har stået på venteliste i fire måneder, 25 % har ventet ni måneder eller mere. Den patient, der har ventet længst, har stået på venteliste i 31 måneder. Det er oplyst, at årsagen er, at patientens psykiske tilstand i perioder forværres, således at fortsat indlæggelse har været påkrævet.

Tabel 30: Indstillet til social-psykiatrisk bocenter (n= 25)

Percentiler				
Min.	25 %	50 %	75 %	Max.
6 dage	2 måneder	4 måneder	9 måneder	31 måneder

Som det fremgår, har halvdelen af patienterne kun ventet i fire måneder eller mindre, så generelt er ventetiderne måske ikke helt så lange, som mange forestiller sig. En forklaring på det for en umiddelbar betragtning lave antal indstillede kunne være, at patienterne, herunder især de langtidsindlagte (jf. afsnit 7), er for syge til at kunne have ophold på et socialpsykiatrisk bocenter, jævnfør hermed også den patient, som formelt har stået på venteliste i cirka 2½ år.

De patienter, der er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter, er sammen med de patienter, der har ophold der, behandlet særskilt i afsnit 8.3.

## 6.6 Sammenfatning og konklusion

Overordnet ses, at de sociale forhold for mange retspsykiatriske patienter er dårlige, og generelt ses, at de sociale forhold for retspsykiatriske patienter på stort set alle områder er dårligere, end de sociale forhold er for strafafsonere. Kun 11 af de i alt 330 retspsykiatriske patienter har selvstændig indkomst, 207 patienter modtager pension, medens så mange som 70 patienter (21 %) modtager kontanthjælp. Blandt kontanthjælpsmodtagerne er hovedparten skizofrene. Halvdelen af patienterne har egen bolig, medens 92 (28 %) er hjemløse eller bor på herberg. Nogle af de hjemløse patienter er langtidsindlagte, formentlig fordi deres psykiske tilstand ikke tillader, at de udskrives, jf. afsnit 7.2. Det lader sig ikke afklare, om nogle af disse patienter har opgivet egen bolig. (Det skal bemærkes, at antallet af hjemløse vil være lavere, såfremt de kriterier for hjemløshed, der anvendes af det sociale system, lægges til grund). 35 patienter har ophold på socialpsykiatrisk bocenter. Der ses en klar forskel mellem behandlingsdømte og patienter med dom til ambulantly behandling, idet procentuelt flere med dom til ambulantly behandling har lønindkomst/modtager pension og har egen bolig. Der ses ligeledes som forventeligt en sammenhæng mellem misbrug og boligforhold, idet patienter uden misbrug hyppigere end andre patienter har egen bolig.

De retspsykiatriske patienters dårlige sociale forhold viser sig også ved, at så mange som 65 % er ugifte, kun 11 % er gift/fast samlevende. Her ses en klar etnisk forskel, idet procentuelt væsentligt flere patienter med fremmedkulturel baggrund er gifte sammenlignet med patienter med dansk baggrund, og modsat er der en overvægt af patienter med dansk baggrund, der er ugifte.

Overordnet ses en tendens til, at kvinderne klarer sig socialt lidt bedre end mændene.

De behandlingsansvarlige afdelinger har ikke kendskab til bolig- eller indkomstforhold for 3 % af patienterne. Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke kan påvises nogen sammenhæng mellem varigheden af en idømt foranstaltning og antallet af kontanthjælpsmodtagere og boligløse. Halvdelen af de idømte foranstaltninger har været to år eller længere (jf. afsnit 7.1.), og det kunne antages, at jo længere tid en foranstaltning havde været, jo færre patienter ville være hjemløse eller modtage kontanthjælp, idet der har været god tid til at afhjælpe patienternes såvel psykiske tilstand som sociale problemer. Der kan imidlertid ikke påvises nogen effekt af den givne behandling vurderet på disse grove, men væsentlige sociale faktorer. En del af forklaringen hvad angår kontanthjælp, kan dog være de gældende regler for tildeling af pension til personer med fremmedkulturel baggrund, som medfører, at det kan være økonomisk mere fordelagtigt for nogle af disse patienter at forblive på kontanthjælp frem for at overgå til pension. Disse forhold fremhæves, fordi dårlige sociale forhold generelt øger risikoen for kriminalitet (30), ligesom hjemløshed er en specifik kriminogen faktor (31).

Der er ikke nogen signifikant forskel i antal indlæggelsesdage mellem patienter med egen bolig, patienter med ophold på værelse/hos familie eller patienter med ophold på et socialpsykiatrisk bocenter. Det kan dog ikke ganske afvises, at ophold på et socialpsykiatrisk bocenter nedsætter indlæggelsesbehovet for retspsykiatriske patienter, men det er åbenbart, at et sådant ophold ikke kan erstatte indlæggelse på psykiatrisk afdeling. I øvrigt er kun 25 patienter indstillet til ophold på socialpsykiatrisk bocenter, heraf har halvdelen ventet fire måneder eller derunder. Dette umid-

delbart lave antal indstillede skyldes formentlig, at mange patienter vurderes til at være for syge til at kunne have ophold på et socialpsykiatrisk bocenter.

Dette billede af de sociale forhold for retspsykiatriske patienter i H:S svarer til, hvad en landsdækkende opgørelse af retspsykiatriske patienter foretaget af Direktoratet for Kriminalforsorgen i 1997 viste (32). Der findes ingen sammenlignelige undersøgelser af sociale forhold generelt for psykiatriske patienter (skizofrene) i H:S, men under alle omstændigheder peger resultaterne af denne undersøgelse på, at der påhviler de behandlingsansvarlige afdelinger et betydeligt ansvar for at være opmærksomme på og søge at forbedre de retspsykiatriske patienters sociale forhold, både af hensyn til patienterne selv og af kriminalitetsprofylaktiske grunde.

## 7. VARIGHED

### 7.1 De idømte foranstaltninger

Varigheden af de idømte foranstaltninger fremgår af tabel 31. En patient skal have haft en foranstaltning i 22 år, men der kan være tale om en registreringsfejl, idet den næst længste foranstaltning har været 17 år. I den anden ende af skalaen ses, at den foranstaltning, der har været kortest, blev idømt 12 dage før registreringsdatoen. Tabellen skal i øvrigt fortolkes på den måde, at 10 % af de idømte foranstaltninger har været syv år eller længere, 25 % af foranstaltningerne har været fire år eller længere. Halvdelen af foranstaltningerne har været to år eller kortere tid, 25 % af foranstaltningerne har været et år eller kortere, og 10 % har haft en varighed på fem måneder eller derunder. Der skal mindes om, at undersøgelsen er gennemført som en tværsnitsundersøgelse, hvorfor antallet af lange foranstaltningstider vil være overrepræsenteret, jf. afsnit 1.4.

Tabel 31: Foranstaltningens varighed (n = 307)

Percentiler						
Max.	10 %	25 %	50 %	75 %	90 %	Min.
22 år	7 år	4 år	2 år	1 år	5 måneder	12 dage

Dette mønster for foranstaltningernes varighed svarer stort set til, hvad der er fundet på landsplan (9).

#### 7.1.1 De langvarige foranstaltninger

De 63 (20 %) patienter med den længste foranstaltningstid, det vil sige fem år eller mere, har været genstand for en særlig analyse. Som det ses af tabel 32, har procentuelt flere kvinder end mænd haft en foranstaltningstid på over fem år ( $p = 0.09$ ). Forklaringen på dette umiddelbart overraskende fund vil fremgå af det følgende.

Tabel 32: Foranstaltningens varighed vs. køn

Køn	Foranstaltningens varighed		I alt			
	≤ 5 år	> 5 år	n	(%)		
	n	(%)	n	(%)		
Mand	217	(90)	51	(81)	268	(83)
Kvinde	27	(11)	12	(19)	39	(13)
I alt	244	(100)	63	(100)	307	(100)

$p = 0.09$  (eksakt test).

Såfremt patienterne grupperes efter diagnoser ses ingen forskel mellem patienter med langvarige og korterevarende foranstaltninger. Der ses imidlertid en tendens til, at skizofrene patienter har lange foranstaltningstider, og patienter med skizofrenidiagnose er derfor sammenlignet med alle andre patienter (tabel 33). Grupperet på denne måde ses, at det er de skizofrene patienter, der har de lange foranstaltningstider.

**Tabel 33: Foranstaltningens varighed vs. skizofrenidiagnose**

Diagnoser	Foranstaltningens varighed		I alt	
	≤ 5 år n (%)	> 5 år n (%)	n (%)	(%)
+ Skizofreni	198 (81)	59 (94)	257	(84)
- Skizofreni	46 (19)	4 (6)	50	(16)
I alt	244 (100)	63 (100)	307	(100)

p = 0.009

Tabel 34 viser, at 52 (83 %) af de patienter, der har en foranstaltning, der har været mere end fem år, er idømt en behandlingsdom.

**Tabel 34: Foranstaltningens varighed vs. foranstaltningstype**

Foranstaltningstype	Foranstaltningens varighed		I alt	
	≤ 5 år n (%)	> 5 år n (%)	n (%)	(%)
Anbringelse	18 (7)	1 (2)	19	(6)
Behandling	145 (59)	52 (83)	197	(64)
Ambulant behandling	81 (33)	10 (16)	91	(30)
I alt	244 (100)	63 (100)	307	(100)

p = 0.002 (eksakt test).

Det bør bemærkes, at blandt de 19 anbringelsesdømte patienter har kun en haft én anbringelsesdom i mere end fem år, for de resterende 18 anbringelsesdømte har foranstaltningen været mindre end fem år. De anbringelsesdømte vil som absolut hovedregel være fundet skyldig i de mest alvorlige former for kriminalitet, det vil sige kriminalitetstyper med de højeste strafammer. De mange anbringelsesdømte med relativt kortvarige anbringelsestider må ses som et udtryk for, at det også er lægeli-ge – og altså ikke kun juridiske – vurderinger, der bestemmer anbringelsens varig-hed. Dette synspunkt understøttes af, at 16 % af patienterne med de meget lange foranstaltningstider er dømt til ambulant behandling. Denne foranstaltningsform an-vendes som udgangspunkt over for mindre alvorlig kriminalitet, og når en ikke ube-tydelig gruppe alligevel har langvarige foranstaltningstider, må dette tolkes som ud-tryk for, at deres psykiske tilstand – og ikke kriminalitetens art – er bestemmende for foranstaltningens varighed. 27 patienter har tidligere været idømt en mere ind-gribende foranstaltning, men disse patienter har ikke signifikant længere foranstalt-ningstider end de øvrige patienter.

Tabel 35 viser foranstaltningens varighed set i relation til kriminaliteten. Personer dømt for ildspåsættelse har relativt hyppigt lange foranstaltningstider (p = 0.08), medens der ikke ses nogen forskel i foranstaltningstiderne, hvad angår den domine-rende kriminalitetsgruppe, vold. Resultatet af denne analyse forklarer, hvorfor kvin-der har længere foranstaltningstider end mænd – som det fremgår af afsnit 3.4., er specielt kvinder dømt for ildspåsættelse, og denne kriminalitetsform medfører som det ses hyppigt en lang foranstaltningstid.

**Tabel 35: Foranstaltningens varighed vs. kriminalitet grupperet**

Kriminalitet	Foranstaltningens varighed				I alt	
	≤ 5 år		> 5 år			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Vold	158	(65)	40	(64)	198	(65)
Ild	26	(11)	12	(19)	38	(12)
Sædelighed	9	(4)	5	(8)	14	(5)
Grov narko	11	(5)	1	(2)	12	(4)
Ikke-personfarlig	40	(16)	5	(8)	45	(15)
I alt	244	(100)	63	(100)	307	(100)

p = 0.08 (eksakt test).

Der er ingen sammenhæng mellem foranstaltningstidernes længde og misbrug, hverken når der undersøges for varigheden set i relation til de enkelte rusmidler, eller om der blot ses på, om patienten har et misbrug eller ikke.

Derimod er der signifikant forskel (p = 0.05) i foranstaltningens varighed mellem patienter med fremmedkulturel baggrund og patienter med dansk baggrund, idet relativt flere patienter med fremmedkulturel baggrund har foranstaltningstider under fem år (tabel 36). Årsagen til denne forskel skal formentlig igen ses i kriminalitetsmønstret. Patienter med fremmedkulturel baggrund er kun sjældent dømt for ildspåsættelse, men relativt hyppigt dømt for grov narkokriminalitet (jf. afsnit 5.2.). Som det fremgår af tabel 35, har kun en enkelt af 12 patienter, dømt for grov narkokriminalitet, haft en foranstaltning i mere end fem år, medens personer, dømt for ildspåsættelse, som anført overfor ofte har lange foranstaltningstider. Denne forskel i kriminalitetsmønstret kan således forklare den påviste etniske forskel.

**Tabel 36: Foranstaltningens varighed vs. etnicitet**

Etnicitet	Foranstaltningens varighed				I alt	
	≤ 5 år		> 5 år			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ikke-dansk	88	(36)	14	(23)	102	(33)
Dansk	156	(64)	48	(77)	204	(67)
I alt	244	(100)	62	(100)	306	(100)

p = 0.05 (eksakt test).

Denne analyse af patienter med lange foranstaltningstider peger på, at det i høj grad er patienternes psykopatologiske tilstand – og ikke kun karakteren af den pådømte kriminalitet – som betinger varigheden af den idømte foranstaltning. Det er nærliggende at antage, at psykopatologiens sværhedsgrad, og ikke juridiske betragtninger, også forklarer fundene vedrørende ildspåsættelse og grov narkokriminalitet – begge kriminalitetsformer har en høj straf ramme. Ildspåsættelse er en af de kriminalitetsformer, der hyppigst er associeret til alvorlig psykopatologi. Modsat må det antages, at personer dømt for grov narkokriminalitet er relativt velfungerende, idet denne kriminalitetsform som udgangspunkt kræver en vis evne til planlægning med videre. I en dansk undersøgelse er det da også vist, at (ikke psykotiske) personer sigtet for grov narkokriminalitet gennemsnitlig er bedre begavet end andre kriminelle (33). Lægges det således til grund, at personer dømt for grov narkokriminalitet er relativt velfungerende, uafhængig af deres sygdom, kan det antages, at de vil være relativt lettere at behandle, medens modsat brandstiftere vil være sværere at behandle.

## 7.2 Indlæggelse og indlæggelsestider

Tabel 37 giver en oversigt over, hvor meget de foranstaltningsdømte patienter har været indlagt det seneste år, idet der dog ikke er korrigeret for, at cirka 25 % af patienterne er dømt inden for det seneste år.

**Tabel 37: Antal dage indlagt seneste år (n= 303)**

Percentiler		
30 %	50 %	70 %
Ikke indlagt	64 dage	248 dage

Som det fremgår, har cirka en tredjedel af patienterne ikke været indlagt, medens halvdelen af patienterne, inklusive dem, der ikke har været indlagt, har været indlagt i op til 64 dage. 30 % af patienterne – stadig inklusive dem, som ikke har været indlagt – har været indlagt i over 248 dage. Endelig viser opgørelsen, hvad der ikke fremgår af tabellen, at 75 patienter, svarende til 24 % af samtlige foranstaltningsdømte patienter, har været indlagt hele året, det vil sige 350 dage eller herover. To af disse patienter har dog hele året været dagpatienter.

Såfremt der alene ses på de patienter, som har været indlagt, findes, at halvdelen har været indlagt i op til 183 dage, den anden halvdel af patienterne har så været indlagt i mere end 183 dage. Der er således tale om en patientgruppe med et stort indlæggelsesbehov.

### 7.2.1 Dømte inden for det seneste år

De patienter, der er blevet idømt en særforanstaltning inden for det seneste år, er analyseret særskilt, hvad angår indlæggelse. Syv ud af 42 behandlingsdømte patienter har slet ikke været indlagt, hvilket er overraskende, idet patienter idømt en behandlingsdom som altovervejende hovedregel bør indlægges i forbindelse med dommen. En mulig forklaring er, at de pågældende er blevet mentalundersøgt af den behandlingsansvarlige afdeling, og at patienterne efter mentalundersøgelsen er blevet udskrevet til fortsat ambulantly behandling, som de har passet, således at (gen)indlæggelse efter dom har været upåkrævet. Henset til hvor få patienter, der mentalundersøges i H:S (jf. afsnit 2.2.), kan dette kun være en mindre del af forklaringen. Den væsentligste årsag er formentlig mangel på sengepladser

Blandt de 31 patienter med dom til ambulantly behandling, har de 16 ikke været indlagt, fire har været indlagt i op til 14 dage, medens resten – 11 patienter - har faktisk været langvarigt indlagt, flere helt fra domsafsigelsen. Dette må betyde, at der blandt patienter med dom til ambulantly behandling er adskillige, hvis psykiske tilstand er så dårlig, at de nødvendigvis må være langvarigt indlagt uafhængig af den idømte foranstaltning. Dette kan igen tolkes som, at nogle psykisk syge i H:S diagnosticeres, og deres behandlingsbehov afdækkes, i forbindelse med en mentalundersøgelse i anledning af begået kriminalitet.

### 7.2.2 Indlagte hele året

De 75 patienter, der har været indlagt hele året, er blevet analyseret særskilt.

**Tabel 38: Indlagt hele året vs. køn**

Køn	Indlagt hele året				I alt	
	Nej		Ja		n	(%)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Mand	198	(74)	70	(26)	268	(100)
Kvinde	34	(87)	5	(13)	39	(100)
I alt	232	(76)	75	(24)	307	(100)

$p = 0.055$  (eksakt test).

Som det fremgår af tabel 38, er der en tendens, på grænsen til at være statistisk signifikant, til, at færre kvinder (13 %) har været indlagt hele året sammenlignet med mænd (26 %). Som anført ovenfor er andelen af kvinder, der har lange foranstaltningstider, signifikant højere end andelen af mænd. Samlet må dette betyde, at om end de kvindelige retspsykiatriske patienters psykiske tilstand ikke er så god, at foranstaltningen kan anbefales ophævet, formår de alligevel bedre at klare sig i samfundet sammenlignet med mændene. Aldersmæssigt er der ingen forskel mellem de patienter, der har været indlagt hele året, og de øvrige, begge grupper er i gennemsnit 37 år gamle. Ikke overraskende er der en overvægt af skizofrene (29 % af alle) blandt de langvarigt indlagte, medens kun 2 % af patienterne med diagnosen personlighedsforstyrrelse har været indlagt hele året ( $p = 0.033$ ).

Procentuelt har lige mange misbrugere og ikke-misbrugere været indlagt hele året. En analyse af de enkelte rusmidler, herunder blandingsmisbrug, viser heller ingen sammenhænge mellem at være indlagt hele året og de forskellige rusmidler.

Klassificeres efter retspsykiatriske klassifikation ses, at 73 (27 %) af de i alt 272 patienter, der er dømt efter § 16, har været indlagt hele året mod kun to (6 %) af de i alt 35 dømt efter § 69 ( $p = 0.006$ ). Dette kan måske ses som en indirekte validering af de diagnoser, der er blevet stillet ved mentalundersøgelsen, og under alle omstændigheder viser det, at de § 16-dømte er de mest syge.

De anbringelsesdømte har selvsagt været indlagt hele året (eller siden domsafsigelsen). Det er imidlertid ganske bemærkelsesværdigt, at 57 (cirka 30 %) af patienter med dom til behandling har været indlagt hele året, hvilket også er tilfældet for to patienter med dom til ambulans behandling. Dette kan sammenholdes med, at kun 17 af de patienter, der har været indlagt hele året, er indstillet til socialpsykiatriske bocenter. Konklusionen må være, at når så relativt mange behandlingsdømte patienter er indlagt hele året, men relativt få indstillet til et socialpsykiatriske bocenter, skyldes det i væsentlig grad patienternes psykopatologiske tilstand, jævnfør afsnit 7.1.1.

Etnicitet spiller ingen rolle – 25 % af patienterne med fremmedkulturel baggrund og 25 % af patienterne med dansk baggrund har været indlagt hele året.

Tabel 39 sammenholder den grupperede kriminalitet med de langvarige indlæggelser. Ingen af patienterne dømt for grov narkokriminalitet har været indlagt hele året, hvilket støtter antagelsen af, at denne gruppe er relativt velfungerende (jf. afsnit 7.1.1.). Blandt personer dømt for ikke-personfarlig kriminalitet har kun 16 % været indlagt hele året – på den anden side må det for netop denne gruppe være den psykopatologiske tilstand og ikke kriminalitetens karakter, der betinger den langvarige indlæggelse.



**Tabel 39: Indlagt hele året vs. kriminalitet grupperet**

Kriminalitet	Indlagt hele året				I alt	
	Nej		Ja			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Vold	145	(73)	53	(27)	198	(100)
Ild	30	(79)	8	(21)	38	(100)
Sædelighed	7	(50)	7	(50)	14	(100)
Grov narko	12	(100)	0	(0)	12	(100)
Ikke-personfarlig	38	(84)	7	(16)	45	(100)
I alt	232	(76)	75	(24)	307	(100)

$p = 0.020$  (eksakt test).

25 patienter er indstillet til socialpsykiatrisk bocenter, og som ovenfor anført har de 17 (68 %) været indlagt hele året, jævnfør tabel 40.

**Tabel 40: Indlagt hele året vs. indstillet til socialpsykiatrisk bocenter**

Indstillet	Indlagt hele året				I alt	
	Nej		Ja			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ja	8	(32)	17	(68)	25	(100)
Nej	224	(80)	58	(20)	280	(100)
I alt	232	(76)	75	(24)	307	(100)

$p < 0.000$

Blandt de patienter, der har været indlagt hele året, var kun 23 (31 %) indlagt på lukket afdeling på tværsnitsdagen, medens blandt de øvrige patienter, der var indlagt på tværsnitsdagen, var 21 af de 45 (47 %) indlagt på lukket afdeling ( $p = 0.080$ ). Årsagen til denne forskel er formentlig, at der blandt de patienter, som ikke har været indlagt hele året, er en del, som indlægges akut på grund af forværring af deres psykiske sygdom, og denne gruppe vil ofte blive indlagt på lukket afdeling.

### 7.3 Sammenfatning og konklusion

Halvdelen af de idømte foranstaltninger har været to år eller mindre. De 10 % af foranstaltningerne, der har været længst, har været syv år eller mere, jf. dog afsnit 1.4. Fordelingen af varighed af de idømte foranstaltninger i H:S svarer stort set til, hvad der er påvist på landsplan.

De 63 patienter, der har haft en foranstaltningstid på fem år og derover, er analyseret særskilt. Det drejer sig i det væsentlige om skizofrene patienter med behandlingsdomme. Karakteren af den pådømte kriminalitet synes kun at spille en mindre rolle for varigheden af en idømt foranstaltning i form af, at patienter dømt for brandstiftelse har lange foranstaltningstider, medens patienter dømt for grov narkokriminalitet har relativt korte foranstaltningstider. Hertil ses, at procentuelt flere patienter med fremmedkulturel baggrund end patienter med dansk baggrund har korte foranstaltningstider, hvilket kan hænge sammen med kriminalitetsmønstret, idet denne patientgruppe kun sjældent er dømt for ildspåsættelse, men relativt ofte for grov narkotikakriminalitet.

Analysen viser også, at de anbringelsesdømte som absolut hovedregel har foranstaltningstider (som anbringelsesdømte patienter) på under fem år, medens på den anden side 16 % af patienter med dom til ambulantly behandling har haft lange foranstaltningstider. Misbrug spiller ingen rolle for varigheden af en idømt foranstaltning.

Samlet tyder disse fund på, at det i høj grad (også) er patienternes psykopatologiske tilstand - og ikke alene juridiske vurderinger - der betinger varigheden af en idømt foranstaltning.

Dette synspunkt understøttes af en analyse af indlæggelse og indlæggelsestider. Generelt er gruppen af retspsykiatriske patienter karakteriseret ved et stort indlæggelsesbehov. Blandt samtlige 307 foranstaltningsdømte patienter har kun en tredjedel ikke været indlagt i løbet af et år, medens 75 patienter (24 %) har været indlagt hele året. Blandt de patienter, der har været indlagt, har halvdelen været indlagt i op til 183 dage.

De patienter, der har været indlagt hele året, er analyseret særskilt. Færre kvindelige retspsykiatriske patienter end mandlige har været indlagt hele året, hvilket skal sammenholdes med, at kvinder har længere foranstaltningstider end mænd. Forklaringen på de langvarige foranstaltningstider er formentlig, at mange kvinder er dømt for ildspåsættelse, som generelt er en kriminalitetsform, som er associeret med alvorlig psykopatologi. Når kvinderne på den anden side har været mindre indlagt end mændene, kan dette hænge sammen med, at de kvindelige patienter generelt klarer sig socialt lidt bedre end de mandlige, jævnfør afsnit 6. Som forventeligt har især skizofrene patienter været indlagt hele året. Langt hovedparten af de patienter, der har været indlagt hele året, blev ved mentalundersøgelsen fundet omfattet af § 16.

Blandt patienter med behandlingsdomme har 57 (30 %) været indlagt hele året, hvilket også er tilfældet for to patienter med dom til ambulantly behandling. Det må antages, at det er patienternes psykopatologiske tilstand og ikke karakteren af den idømte kriminalitet, der har betinget de langvarige indlæggelser. Dette synspunkt støttes af, at 16 % af de patienter, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, ligeledes har været indlagt hele året. Andre faktorer som etnisk baggrund og misbrug spiller ingen rolle for varigheden af indlæggelser.

De patienter, der er idømt en særforanstaltning inden for det seneste år, er analyseret særskilt. Det viser sig, at blandt de 31 patienter, der er blevet dømt til ambulantly behandling, har de 11 været langvarigt indlagt, flere helt fra domsafsigelsen. Disse langvarige indlæggelser må alene være begrundet i patienternes psykopatologiske tilstand, hvilket må tolkes som, at nogle psykisk syge i H:S diagnosticeres og deres behandlingsbehov afdækkes i forbindelse med en mentalobservation foretaget på grund af begået kriminalitet.

Blandt 42 behandlingsdømte patienter, som er dømt inden for det seneste år, har syv ikke været indlagt efter domsafsigelsen. Dette er u hensigtsmæssigt og i strid med den gængse fortolkning af de gældende regler, om end ikke direkte ulovmedholdeligt. Forklaringen kunne være, at disse patienter i forlængelse af en mentalundersøgelse er behandlet ambulantly, således at der ikke har været behov for indlæggelse efter domstidspunktet. Henset til hvor få patienter, der mentalundersøges i H:S, kan dette imidlertid kun være en mindre del af forklaringen. En anden og mere nærliggende forklaring er kapacitetsproblemer.

Blandt de patienter, der har været indlagt hele året, var færre på tværsnitsdagen indlagt på lukket afdeling sammenlignet med de øvrige patienter, der var indlagt på tværsnitsdagen. Forklaringen herpå er formentlig, at der blandt de patienter, som ikke har været indlagt hele året, er en del, som er blevet indlagt akut på grund af forværring af deres psykiske sygdom og denne gruppe vil ofte blive indlagt på lukket afdeling.

Blandt de 57 patienter med dom til behandling eller dom til ambulant behandling, som har været indlagt hele året, er kun 17 indstillet til socialpsykiatrisk bocenter. Det er nærliggende at antage, at årsagen til, at ikke flere er indstillet, er, at patienternes psykopatologiske tilstand vurderes som for dårlig til, at de kan have ophold på socialpsykiatrisk bocenter.

## 8. SÆRLIGE GRUPPER

### 8.1 De drabsdømte

Der er foretaget en særskilt analyse af de patienter, der er dømt for drab, drabsforsøg og vold med døden til følge, idet disse 29 patienter er sammenholdt med de 45 patienter, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, jf. afsnit 3.1. Af praktiske grunde vil de to grupper i det følgende ofte blive benævnt "drabsdømte" og "tyveridømte" (idet tyveri er den hyppigste kriminalitetsform i denne gruppe).

Kønsfordelingen i de to grupper er ens – tre kvinder er dømt for drab med videre, tre er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet ( $p = 0.673$ ). Derimod er de drabsdømte patienter ældre, 41 år, end de tyveridømte, 36 år ( $p = 0.03$ ). Diagnostisk er der ingen forskel på de to grupper, idet skizofrenidiagnosen er helt dominerende med 86 % blandt de drabsdømte og 89 % blandt de tyveridømte. Blandt de 29 drabsdømte er kun en dømt i medfør af § 69, stk. 1, medens seks af de 45 tyveridømte er dømt i medfør af § 69, stk. 1, men denne forskel – som er forventelig jævnfør afsnit 1.3. - er dog ikke statistisk signifikant ( $p = 0.2$ ). Derimod ses en statistisk signifikant forskel i misbrugsmønstret, jævnfør tabel 41.

Tabel 41: Kriminalitetstype vs. misbrug

Misbrug	Kriminalitet				I alt	
	Drab mv. n	(%)	Ej personfarlig n	(%)	n	(%)
Alkohol	4	(14)	5	(11)	9	(12)
Opioider	1	(3)	3	(7)	4	(5)
Hash	0	(0)	7	(16)	7	(10)
Blandingsmisbrug	3	(10)	17	(38)	20	(27)
Intet misbrug	21	(72)	13	(29)	34	(46)
I alt	29	(100)	45	(100)	74	(100)

$p = 0.001$  (eksakt test).

Personer, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, er væsentligt hyppigere misbrugere end de drabsdømte. I overensstemmelse hermed er 12 (27 %) af de tyveridømte i metadonbehandling mod kun en (3 %) af de drabsdømte ( $p = 0.008$ ). Dette fund svarer til andre af undersøgelsens resultater.

Der er ingen forskel i etnicitet mellem de to grupper. Som tidligere anført er der en vis usikkerhed i registreringen af flere spørgsmål vedrørende etnicitet, men en nærmere analyse peger på, at der er en overvægt af personer med opholdstilladelse (og altså ikke dansk statsborgerskab) blandt de drabsdømte med fremmedkulturel baggrund sammenlignet med de tyveridømte ( $p = 0.082$ ), ligesom mange af de drabsdømte med fremmedkulturel baggrund er født i udlandet, hvilket langt fra er tilfældet for de tyveridømte med fremmedkulturel baggrund.

Samlet ses således, at en ikke helt ubetydelig gruppe af de psykisk syge drabsdømte er midaldrende mænd, der er født i udlandet, og som har opholdstilladelse her i landet, men som ikke har fået dansk statsborgerskab. Det er muligt, at denne gruppe er dårligere integreret i det danske samfund sammenlignet med for eksempel personer med fremmedkulturel baggrund, som er født i Danmark, og som er danske

statsborgere. Den mangelfulde integration i samfundet kan igen have medført, at de pågældende ikke har modtaget psykiatrisk behandling, selv om de er syge, jf. afsnit 5.2. Det skal tilføjes, at kulturelle faktorer i snæver betydning ikke kan tillægges nogen betydning, idet drab i alle kulturer som udgangspunkt er en alvorlig forbrydelse. Alle kulturer har også bestemmelser om, at straffen for drab under særlige omstændigheder kan nedsættes, eventuelt helt bortfalde (i Danmark straffelovens § 85).

Som forventeligt har signifikant flere drabsdømte tidligere været idømt en mere indgribende foranstaltning sammenlignet med de tyveridømte, 12 af 29 drabsdømte mod 2 af 45 tyveridømte ( $p < 0.000$ ). De drabsdømte har det seneste år været indlagt i gennemsnit 247 dage, de tyveridømte 110 dage ( $p < 0.000$ ), hvilket ligeledes er forventeligt.

**Tabel 42: Kriminalitetstype vs. indlæggelse**

Indlæggelse	Kriminalitetstype				I alt	
	Drab mv. n	(%)	Ej personfarlig n	(%)	n	(%)
Lukket afdeling	4	(14)	5	(11)	9	(12)
Åben afdeling	14	(48)	10	(22)	24	(32)
Ej indlagt	11	(38)	30	(67)	41	(55)
I alt	29	(100)	45	(100)	74	(100)

$p = 0.038$  (eksakt test).

Tabel 42 viser, hvor mange patienter i de to grupper, der er indlagt på henholdsvis lukket og åben afdeling, samt hvor mange, der ikke er indlagt. Der er indlagt flere drabsdømte end tyveridømte, hvilket er forklaringen på den signifikante forskel mellem de to grupper, men som det fremgår, er langt hovedparten indlagt på åben afdeling, medens der er indlagt lige mange fra de to grupper på lukket afdeling. Det er sværhedsgraden af den psykopatologiske tilstand, der afgør, hvorvidt en patient er indlagt på åben eller lukket afdeling, og fortolkningen af tabel 42 må derfor være, at personer, der er dømt for drab med videre ikke frembyder så speciel og/eller alvorlig psykopatologi, at de nødvendigvis skal være på lukket afdeling. Dette fund kan måske støtte antagelsen af, at der har været relativt mange ubehandlede skizofrene blandt de personer med fremmedkulturel baggrund, der er dømt for drab med videre, idet deres tilstand, når de efter dom sættes i behandling, bedres i en sådan grad, at de kan have ophold på åben afdeling.

### 8.1.1 Sammenfatning og konklusion

Psykisk syge, der er dømt for drab med videre, adskiller sig ikke væsentligt fra retspsykiatriske patienter, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, bortset fra, at der blandt de patienter, der er dømt for drab med videre, er færre misbrugere end blandt gruppen, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet. Noget tyder på, at de drabsdømte med fremmedkulturel baggrund er dårligere integreret i det danske samfund end andre retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund, hvilket igen kan have medført, at de ikke har søgt behandling. Efter dom har patienter, dømt for drab med videre været hyppigere og længere indlagt end patienter dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, hvilket formentlig skyldes kriminalitetens alvor, men deres psykopatologiske tilstand er ikke således, at de nødvendigvis skal have ophold på lukket afdeling.

## 8.2 De varetægtsfængslede

Materialet indeholder 18 personer, 12 varetægtsarrestanter og 6 mentalobservander, som er sigtede, men som endnu ikke er dømt. De sigtede adskiller sig ikke fra de foranstaltningdømte, hvad angår for eksempel diagnoser, misbrug, metadonbehandling eller kriminalitet. Disse patienter er overvejende indlagt på de københavnske afdelinger, idet kun fem er indlagt på Sct. Hans Hospital, tre på afdeling R og to på de øvrige Sct. Hans afdelinger (se afsnit 9.2.1., tabel 44). Det er naturligt, at især mentalobservander er indlagt på de københavnske afdelinger. Disse afdelinger er uddannelsesafdelinger, og udfærdigelse af mentalerklæringer indgår i kravet til speciallægeuddannelsen.

Der er en tendens til, at de varetægtsfængslede og mentalobservander er socialt lidt dårligere stillede end de foranstaltningdømte, men forskellen mellem de to grupper når kun statistisk signifikant ( $p = 0.013$ ), hvad angår boligforhold, hvor der er mange hjemløse blandt de sigtede.

### 8.2.1 Sammenfatning og konklusion

De indlagte varetægtsfængslede og mentalobservander er som de foranstaltningdømte helt overvejende skizofrene, og materialet giver ikke grundlag for at antage, at kriminalforsorgen unødigt indlægger varetægtsarrestanter på de psykiatriske afdelinger. Der er en tendens til, at de varetægtsfængslede og mentalobservander socialt er lidt dårligere stillede end de foranstaltningdømte, specielt er der mange hjemløse. Årsagen hertil lader sig ikke belyse, men utilstrækkelig behandling er en mulighed.

## 8.3 De social-psykiatriske bocentre

Blandt de foranstaltningdømte har 35 ophold på socialpsykiatrisk bocenter, 25 er indstillet til et sådant ophold. Disse to grupper er lagt sammen og analyseret i forhold til resten af de behandlingdømte og patienter med dom til ambulansbehandling. De anbringelsesdømte kan ikke udskrives, og de udgår derfor af denne analyse. Hvad angår diagnoser ses, at patienter diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse stort set ikke har ophold på/er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter, idet kun en af 24 patienter med diagnosen personlighedsforstyrrelse er indstillet/har ophold ( $p = 0.079$ ). Hvad angår de øvrige diagnoser, herunder skizofrenidiagnosen, ses ingen forskel. Såfremt materialet deles i personer dømt i medfør af straffelovens § 16 og personer, dømt i medfør af § 69, ses ingen forskel mellem de patienter, der har ophold på/er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter, og de øvrige foranstaltningdømte. Der ses heller ingen forskel mellem de to grupper, hvad for eksempel angår kriminalitet, misbrug eller metadonbehandling. Der er en tendens til, at patienter, der tidligere har været idømt en mere indgribende foranstaltning, hyppigere har ophold på/er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter. Den mest markante forskel er imidlertid, at retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund kun yderst sjældent har ophold på/er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter (tabel 43).

Tabel 43: Socialpsykiatrisk bocenter vs. etnicitet

Etnicitet	Ophold på/indstillet til socialpsyk. bocenter				I alt	
	Ja		Nej			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ikke dansk	11	(19)	83	(36)	94	(33)
Dansk	47	(81)	146	(64)	193	(63)
I alt	58	(100)	229	(100)	287	(100)

p = 0.009 (eksakt test).

### 8.3.1 Sammenfatning og konklusion

Den patientgruppe, der har ophold på eller er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter, omfatter alle diagnostiske grupper, undtaget personer diagnosticeret med personlighedsforstyrrelser. Vurderet på de tilgængelige data er der grupper, der har ophold på /er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter, belastet i samme grad som andre retspsykiatriske patienter. Det mest markante fund er, at patienter med fremmedkulturel baggrund kun sjældent har ophold på/er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter. Dette må blandt andet ses i lyset af, at der er statistisk signifikant flere skizofrene blandt de retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund sammenlignet med patienter med dansk baggrund. Samtidig er der intet, der tyder på, at patienter med fremmedkulturel baggrund skulle frembyde specielle eller særlig udtalte psykopatologiske eller adfærdsmæssige problemer, nærmest tværtimod – for eksempel er der færre misbrugere i denne gruppe end blandt retspsykiatriske patienter med dansk baggrund. (Noget andet er en række praktiske vanskeligheder som for eksempel tolkebistand, forståelse for kulturelle faktorer med videre). En mulig forklaring på den påviste forskel kunne være – hvad noget, som tidligere anført, tyder på – at patienter med fremmedkulturel baggrund før dom i høj grad var ubehandlede. Efter domfældelse og behandling får flere det så godt, at de i højere grad end patienter med dansk baggrund kan klare sig i samfundet. Medvirkende hertil kan være, at relativt mange med fremmedkulturel baggrund er gift, jævnfør afsnit 6.4. Andre forklaringer kunne være, at der ikke eksisterer socialpsykiatriske bocentre for patienter med fremmedkulturel baggrund, eller at disse patienter ikke ønsker at tage ophold på et socialpsykiatrisk bocenter.

## 9. BEHANDLINGENS ORGANISATION OG VARETAGELSE

---

### 9.1 Ventetid fra dom til behandlingen påbegyndes

Spørgeskemaet indeholdt et punkt vedrørende datoen for første lægekontakt efter, at en patient er blevet idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Af svarerne fremgår imidlertid, at nogle har misforstået spørgsmålet og registreret datoen for første lægekontakt til psykiatrien i H:S (eller til den pågældende afdeling) og således overset, at det skulle dreje som om datoen for første lægekontakt efter en idømt foranstaltning. Hertil kommer, at enkelte har bemærket, at en given retspsykiatrisk patient er flyttet inden for H:S-området, hvorfor behandlingsansvaret er flyttet fra en afdeling til en anden, men den nye afdeling har ikke oplysninger om det tidligere behandlingsforløb. Da data vedrørende dette punkt således er usikre, er det ikke muligt nøjagtigt at beregne ventetiden fra en patient er idømt en psykiatrisk særforanstaltning til datoen for den første lægekontakt. Det kan imidlertid med rimelig sikkerhed beregnes, at cirka 25 % af patienterne tidligst taler med en læge 40-50 dage efter domsafsigelsen, og for de 10 %, der venter længst, går der omkring 100 dage eller mere. For ikke-indlagte retspsykiatriske patienter vil der altid være en vis forsinkelse, fra dommen er afsagt, til behandlingen kan påbegyndes. En dom afsagt i første instans kan ankes, og behandlingen kan først iværksættes, når dommen er endelig, det vil sige, når ankefristen på 14 dage er udløbet. Anker patienten, vil behandlingen kunne iværksættes straks, såfremt også anden instans har idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Efter endelig dom skal sagen ekspederes i anklagemyndigheden (som oplyser, at sagsbehandlingstiden normalt er cirka en til to uger), hvorefter sagen via Københavns Politi, afsoningskontoret, videresendes til centralvisitationen, Sct. Hans Hospital.

#### 9.1.1 Sammenfatning og konklusion

For omkring 10 % af de retspsykiatriske patienter går der omkring 100 dage eller mere fra endelig dom til første lægekontakt. Selv om der er en ankefrist på 14 dage, og selv om det juridiske system i værste fald er fire uger om at ekspedere sagen, må det konkluderes, at der for nogle patienter er tale om en uacceptabel lang ventetid fra dom til behandlingens påbegyndelse.

### 9.2 Behandlingsansvarlig afdeling og patientkategorier

Tabel 44 viser fordelingen af de retspsykiatriske patienter på de psykiatriske afdelinger i H:S. De københavnske afdelinger er yderligere opdelt i henholdsvis sengeafsnit og distriktspsykiatriske centre. Udover det i tabellen anførte behandles tre H:S-patienter i ambulatoriet, Retspsykiatrisk Klinik. Groft regnet ses, at cirka en tredjedel af patienterne bliver behandlet på retspsykiatrisk afdeling, Sct. Hans Hospital, en fjerdedel af patienterne behandles ved de øvrige Sct. Hans afdelinger, og resten, godt en tredjedel, behandles af de københavnske afdelinger. En tredjedel af samtlige patienter, 110, behandles på de i alt 13 distriktspsykiatriske centre. Nogle få centre, for eksempel Vesterbro, Ydre Nørrebro og Amager, har behandlingsansvaret for en stor del af disse patienter, medens flere, for eksempel Frederiksberg Øst og Vest samt Indre Nørrebro og Indre Østerbro, har behandlingsansvaret for ganske få.





Tabel 45: Behandlingsansvarlig afdeling vs. retlig status

Afdeling	Retslig status								I alt
	/aretægt	Mentalobservand	Afsoner	§ 49, stk. 2	§ 57	Anbringelse	Behandling	ambulant behandling	
Amager Hospital		2					11	18	31
Bispebjerg Hospital	3	1	1				18	22	45
Frederiksberg Hospital							11		11
Hvidovre Hospital	4		1				10	29	44
Rigshospitalet		1					1	6	8
Sct. Hans Hospital, afd. K, M, P, U	2			1		2	67	9	81
Sct. Hans Hospital, afd. R	3	2		1		17	78	6	107
Retspsykiatrisk Klinik					1		1	1	3
I alt	12	6	2	2	1	19	197	91	330

Som forventet er samtlige anbringelsesdømte indlagt på Sct. Hans Hospital, 17 på afdeling R, 2 på de øvrige afdelinger. De behandlingsdømte fordeler sig nogenlunde jævnt med 51 patienter, hvor de københavnske afdelinger er behandlingsansvarlige, 67 patienter hvor Sct. Hans Hospital, afdeling K, M, P, U, er behandlingsansvarlige, og 78 hvor afdeling R er behandlingsansvarlig. De københavnske afdelinger har helt overvejende behandlingsansvaret for patienter med dom til ambulant behandling, men 15 behandles af Sct. Hans-afdelingerne. En mulig forklaring på dette fund – som ikke er i overensstemmelse med de gældende visitationsregler - kunne være, at disse 15 patienter tidligere har haft en mere indgribende foranstaltning, og at behandlingsansvaret af kontinuitetsmæssige grunde er forblevet på den afdeling, der tidligere har varetaget den mere indgribende foranstaltning. Det viser sig imidlertid, at kun tre af de seks afdeling R-patienter, og ingen af de ni andre Sct. Hans-patienter, tidligere har været idømt en mere indgribende foranstaltning. Afdeling M, Sct. Hans Hospital, behandler kun fire af de ni patienter, så heller ikke en særlig kompliceret misbrugsproblematik kan være årsagen til, at disse patienter behandles på Sct. Hans Hospital. Der kan naturligvis være konkrete kliniske grunde til, at behandlingsansvaret for disse 15 patienter med en dom til ambulant behandling ligger hos afdelinger på Sct. Hans Hospital, men dette kan ikke belyses ved denne undersøgelse.

### 9.2.2 Diagnoser og kriminalitet

Tabel 46 viser, at der ikke er nogen forskel mellem københavnerafdelingerne, afdeling R, Sct. Hans Hospital og de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital hvad angår diagnostisk fordeling – faktisk er den diagnostiske fordeling forbavsende ens.

**Tabel 46: Behandlingsansvarlig afdeling vs. diagnoser grupperet**

Diagnoser	Behandlingsansvarlig afdeling				I alt	
	København afdeling	Sct. Hans hospital Afd. K, M, P, U	Sct. Hans Hospital Afd. R			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Organiske forstyrrelser	4 (13)	2 (3)	2 (2)		8 (3)	
Misbrug	3 (2)	1 (1)	0 (0)		4 (1)	
Skizofreni-spektret	103 (82)	70 (90)	83 (84)		256 (85)	
Stemningsforstyrrelser	2 (2)	0 (0)	3 (3)		5 (2)	
Personlighedsforstyrrelser	10 (8)	5 (6)	10 (10)		25 (8)	
Andet	4 (3)	0 (0)	3 (3)		7 (2)	
I alt	126 (100)	78 (100)	101 (100)		305 (100)	

p = 0.391 (eksakt test).

Tabel 47 viser, at heller ikke hvad angår den kriminalitet, patienterne er dømt for, er der signifikant forskel mellem de tre typer af afdelinger – igen er ligheden forbavsende stor, bortset fra, hvad der ikke fremgår af tabellen, at 19 af de 29 patienter, dømt for drab med videre, behandles på afdeling R, seks på de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital og fire på de københavnske afdelinger.

**Tabel 47: Behandlingsansvarlig afdeling, grupperet vs. kriminalitet grupperet**

Kriminalitet	Behandlingsansvarlig afdeling				I alt	
	København afdeling	Sct. Hans hospital Afd. K, M, P, U	Sct. Hans Hospital Afd. R			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Vold	81 (64)	50 (64)	65 (64)		196 (64)	
Ild	13 (10)	14 (18)	11 (11)		38 (12)	
Sædelighed	4 (3)	3 (4)	7 (7)		14 (5)	
Grov narko	8 (6)	2 (3)	2 (2)		12 (45)	
Ikke-personfarlig	20 (16)	9 (12)	16 (16)		45 (15)	
I alt	126 (100)	78 (100)	101 (100)		305 (100)	

p = 0.43 (eksakt test).

### 9.2.3 Misbrug

Endelig viser tabel 48, at der behandles statistisk signifikant færre misbrugere ved københavnerafdelingerne og på Sct. Hans Hospital, afdeling R, sammenlignet med de øvrige Sct. Hans afdelinger. Årsagen er selvsagt, at Sct. Hans Hospital, afdeling M, som ekspertområde har behandling af psykisk syge misbrugere, og nogle – men langt fra alle – retspsykiatriske patienter med et misbrug henvises til denne afdeling. Det er ikke muligt at vurdere, hvorfor nogle misbrugere henvises til afdeling M, andre ikke.

**Tabel 48: Behandlingsansvarlig afdeling vs. misbrug**

Misbrug	Behandlingsansvarlig afdeling				I alt	
	København afdeling n (%)	Sct. Hans hospital Afd. K, M, P, U n (%)	Sct. Hans Hospital Afd. R n (%)			
Ja	57 (45)	49 (63)	52 (52)		158 (52)	
Nej	69 (55)	29 (37)	49 (48)		147 (48)	
I alt	126 (100)	78 (100)	101 (100)		305 (100)	

p = 0.049

#### 9.2.4 Etnicitet

De retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund behandles med samme relative hyppighed som patienter med dansk baggrund på københavnske afdelinger, på retspsykiatrisk afdeling og på de øvrige Sct. Hans afdelinger. Der ses heller ingen forskel, såfremt der alene sammenlignes mellem de københavnske afdelinger og hele Sct. Hans Hospital.

#### 9.2.5 Sammenfatning og konklusion

Blandt samtlige retspsykiatriske patienter i H:S behandles godt en tredjedel ved retspsykiatrisk afdeling R, Sankt Hans Hospital, cirka en fjerdedel behandles af de øvrige afdelinger på Sankt Hans Hospital og godt en tredjedel behandles af de københavnske afdelinger, hvor de distriktspsykiatriske centre er behandlingsansvarlige for hovedparten af patienterne. Nogle få centre har behandlingsansvaret for størstedelen af de patienter, der behandles i København, hvilket formentlig er udtryk for, at psykisk syge bor i socialt belastede områder.

De anbringelsesdømte patienter behandles på Sct. Hans Hospital, 17 på afdeling R, to på andre afdelinger. Blandt de behandlingsdømte patienter har afdeling R behandlingsansvaret for 78, de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital har ansvaret for 67 patienter, og de københavnske afdelinger har ansvaret for 51 patienter. De københavnske afdelinger varetager behandlingsansvaret for hovedparten af patienterne med dom til ambulantly behandling.

Der er ingen forskel, hvad angår diagnostisk fordeling, etnicitet eller kriminalitet – bortset fra at hovedparten af patienterne dømt for drab med videre behandles på retspsykiatrisk afdeling R – mellem afdeling R, de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital og de københavnske afdelinger. Heller ikke hvad angår misbrug, er der de store forskelle, bortset fra at afdeling M på Sct. Hans Hospital behandler lidt flere misbrugere end de andre afdelinger, hvilket er forventeligt. Alt i alt er ligheden mellem afdeling R, de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital og de københavnske afdelinger forbavsende stor, og det er således ikke muligt at identificere og hermed vurdere de kriterier, der har været anvendt ved visitationen af patienterne, udover at deres retslige status spiller en vis – men altså langt fra enerådende - rolle.

Det skal dog fremhæves, at cirka totredjedele af alle patienter, dømt for drab med videre, behandles af retspsykiatrisk afdeling, og behandling af netop denne patientkategori stiller særlige krav til afdelingen og dens personale (34, 35). Det kan derfor overvejes, om det er hensigtsmæssigt, at ti af de 29 patienter dømt for drab med videre, behandles af andres afdelinger end afdeling R.

### 9.3 Behandlingsansvar og indlæggelse

Den afdeling, der har behandlingsansvaret over for en retspsykiatrisk patient, bør som udgangspunkt også behandle patienten under indlæggelse. I København behandles en række patienter ved de distriktspsykiatriske centre, og bliver indlæggelse nødvendig, indlægges patienten på den sengeafdeling, centret er tilknyttet.

**Tabel 49: Behandlingsansvarlig afdeling grupperet vs. afdeling, hvor patienten overvejende har været indlagt, grupperet**

Afdeling, hvor overvejende indlagt	Behandlingsansvarlig afd.			I alt
	Københavnerafdeling	Sct. Hans Hospital afdeling K, M, P, U	Sct. Hans Hospital afdeling R *)	
Københavnerafdeling	47	4	11	62
Sct. Hans Hospital, afd. K, M, P, U	5	64	0	69
Sct. Hans Hospital, afd. R	1	0	76	77
Ikke indlagt	73	10	13	96
I alt	126	78	100	304

\*) Hertil kommer en patient, der p.t. er overført til Sikringsafdelingen, Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland.

Tabel 49 viser, i hvilket omfang patienter rent faktisk overvejende er indlagt på den behandlingsansvarlige afdeling. Det fremgår, at de københavnske afdelinger har behandlingsansvaret for i alt 126 patienter, 73 patienter har ikke været indlagt i årets løb, 47 patienter har været indlagt på de københavnske afdelinger, medens en patient havde været indlagt på Sct. Hans Hospital, afdeling R, fem patienter på de øvrige Sct. Hans afdelinger, det vil sige afdeling K, M, P og U. Disse fire Sct. Hans-afdelinger har ansvaret for 78 patienter, heraf har kun ti ikke været indlagt, fire har overvejende været indlagt på de københavnske afdelinger, og 64 patienter har været indlagt på de behandlingsansvarlige afdelinger. Endelig ses, at afdeling R har behandlingsansvaret for 101 patienter (inklusive en, som p.t. er overført til Sikringsafdelingen), heraf er 17 anbringelsesdømte og kan ikke udskrives. Tilbage er 84. 13 af disse 84 patienter har ikke været indlagt, 60 patienter har været indlagt på afdeling R, medens 11 patienter, det vil sige cirka 10 % af det totale antal patienter, afdeling R har behandlingsansvaret overfor, overvejende har været indlagt på de københavnske afdelinger. Fratrækkes de anbringelsesdømte, har cirka 13 % af afdeling R's patienter overvejende været indlagt i København. Det fremgår ikke af tabellen, at en patient, som en københavnsk afdeling har behandlingsansvaret for, overvejende har været indlagt på en anden københavnsk afdeling. Samlet ses således, at 22 af de 208 patienter, der har været indlagt, overvejende har været indlagt på en anden afdeling end den afdeling, der har behandlingsansvaret.

I overensstemmelse med de gældende visitationsregler er det klientel, der behandles på Sct. Hans Hospital, mere indlæggelseskrævende end patientgruppen, der behand-

les ved de københavnske afdelinger. Det er ligeledes i overensstemmelse med gældende retningslinjer, at nogle patienter, hvor de københavnske afdelinger har behandlingsansvaret, indlægges på Sct. Hans Hospital, for eksempel fordi patienternes psykiske tilstand forværres, således at længerevarende indlæggelse er påkrævet. Derimod er det uhensigtsmæssigt, at i alt 15 patienter, hvor Sct. Hans Hospital har behandlingsansvaret, overvejende er indlagt på de københavnske afdelinger, herunder ikke mindst at 10 % - eller 13 %, såfremt de anbringelsesdømte ikke medregnes - af afdeling R's patienter overvejende er indlagt på de københavnske afdelinger.

### 9.3.1 Aktuelt indlagte patienter

På tværsnitsdagen var 118 patienter indlagt, 19 i medfør af en anbringelsesdom. Af disse 118 patienter var seks patienter indlagt på en anden afdeling end den behandlingsansvarlige, men der var intet mønster i disse indlæggelser – tre, hvor københavnske afdelinger er behandlingsansvarlige, var indlagt på Sct. Hans Hospital, tre fra Sct. Hans Hospital var indlagt på københavnske afdelinger. Den procentvise fordeling af indlæggelser på åben eller lukket afdeling er den samme for de tre forskellige afdelingsgrupperinger, tabel 50.

Tabel 50: Indlæggelse åben/lukket afdeling vs. afdelinger

Afdeling	Afdelingstype				I alt	
	Åben afdeling		Lukket afdeling			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Københavnerafdeling	7	(16)	7	(12)	14	(13)
Sct. Hans Hospital, afd. K, M, P, U	17	(39)	27	(44)	44	(42)
Sct. Hans Hospital, afd. R *)	20	(46)	27	(44)	47	(45)
I alt	44	(100)	61	(100)	105	(100)

p = 0.750 (eksakt test).

\*) En patient er midlertidig overført til Sikringsafdelingen, Amtshospitalet Nykøbing Sjælland.

Samlet ses, at cirka totredjedele af de indlagte patienter er placeret på lukket afdeling. Den samlede disponible kapacitet på lukkede afdelinger i H:S var 1. november 2000 264 senge, hvoraf de retspsykiatriske patienter således optog cirka 23 %.

### 9.3.2 Ventetider

Blandt de 188 ikke indlagte foranstaltningsdømte patienter var 13 indstillet til indlæggelse. En patient, der formelt har stået på venteliste i tre år, udgår dog, idet patienten har forladt Danmark. Blandt de resterende 12 patienter var to henvist til indlæggelse på psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital, de øvrige var indstillet til indlæggelse på Sct. Hans Hospital, tre til afdeling M, to til afdeling P og fem til afdeling R. Den patient, der har ventet længst på indlæggelse, har stået på venteliste til indlæggelse på afdeling R i 13 måneder. Patienten har i årets løb været indlagt 56 dage på en københavnsk afdeling. Halvdelen af de 12 patienter har ventet fire måneder eller mere på indlæggelse. Den patient, der har ventet kortest, er indstillet til indlæggelse tre dage før undersøgelsens gennemførelse.

### 9.3.3 Sammenfatning og konklusion

En retspsykiatrisk patient, der får behov for indlæggelse, bør som absolut udgangspunkt indlægges på den afdeling, der har behandlingsansvaret. I København behandles en stor del af patienterne ved de distriktspsykiatriske centre, og bliver ind-

læggelse nødvendig, vil patienten blive indlagt på den sengeafdeling, centret er tilknyttet. Denne ordning synes generelt at fungere tilfredsstillende, om end der er en vis ventetid på indlæggelse på psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital. Såfremt en patients psykiske tilstand forværres, således at længerevarende indlæggelse er indiceret, vil patienten blive indstillet til indlæggelse på Sct. Hans Hospital.

Blandt de 208 patienter, der har været indlagt i observationsperioden, har 10 % (22 patienter) overvejende været indlagt på en anden afdeling end den afdeling, der har behandlingsansvaret, hvilket er særdeles uhensigtsmæssigt, blandt andet fordi behandlingskontinuiteten brydes, og der skabes usikkerhed om behandlingsansvaret. Årsagen er især, at 10 % af de patienter, afdeling R har behandlingsansvaret for – eller 13 %, såfremt de anbringelsesdømte fratrækkes (disse patienter kan ikke udskrives) – overvejende har været indlagt på de københavnske afdelinger. Kun en patient, hvor de københavnske afdelinger har behandlingsansvaret, har været indlagt på afdeling R, medens fire patienter har været indlagt på de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital. Samtidig ses lange ventetider på indlæggelse på Sct. Hans Hospital, især afdeling R. Halvdelen af de 12 patienter, der ventede på indlæggelse, havde ventet i fire måneder eller mere. En patient havde stået på venteliste til indlæggelse på afdeling R i 13 måneder. I løbet af observationsperioden på et år havde den pågældende patient været indlagt sammenlagt 56 dage på en københavnsk afdeling.

Samlet peger disse resultater på ikke ubetydelige kapacitetsproblemer på retspsykiatrisk afdeling R.

På tværsnitsdagen var 118 patienter indlagt, heraf var de 74 indlagt på lukket afdeling. De retspsykiatriske patienter optog cirka 23 % af alle sengepladser på lukkede afdelinger i H:S.

#### **9.4 Antal ambulante lægekonsultationer**

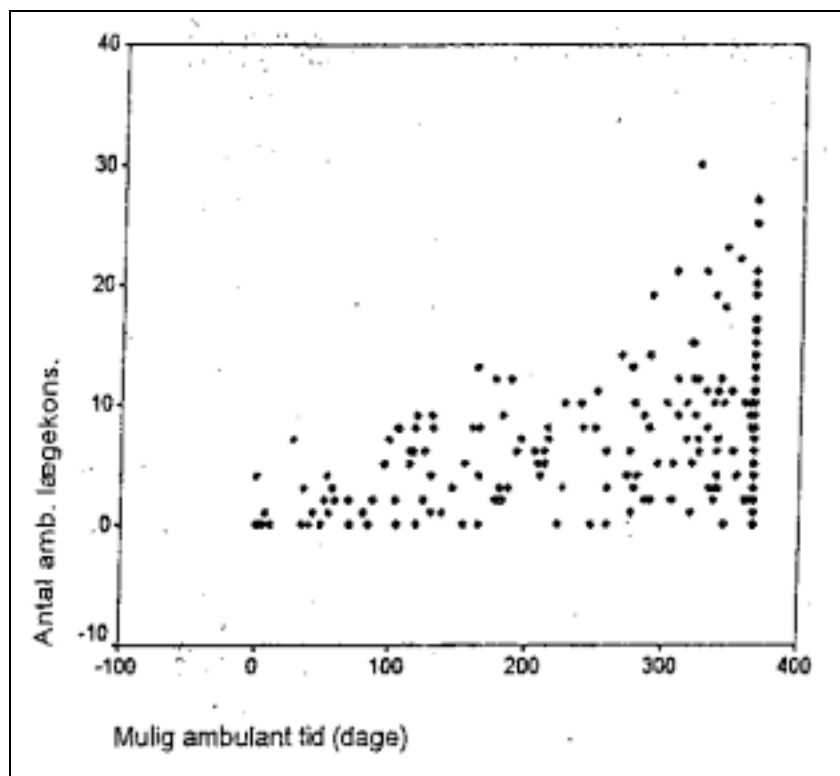
Retspsykiatriske patienter i ambulante behandling – hvad enten det drejer sig om udskrevne behandlingsdømte patienter eller patienter med en dom til ambulante behandling – skal regelmæssigt ses af en læge. Ved behandlingens start bør patienter ses i hvert fald en gang ugentlig, men hyppigheden vil i øvrigt afhænge af patientens kliniske tilstand. Ved et stabilt behandlingsforløb er udgangspunktet mindst en lægekonsultation per måned (36), hvilket i øvrigt også er i overensstemmelse med kriminalforsorgens retningslinjer for tilsyn (37). En mindre hyppig lægekontakt, f.eks. hver sjette uge, bør have undtagelsens karakter og kræver en fylldig begrundelse, som eksplicit skal anføres i journalen (36).

Undersøgelsen har som et af sine formål haft at belyse kontakthypigheden for denne patientgruppe. Antallet af ambulante lægekonsultationer er vurderet i forhold til den tid, en given patient har haft mulighed for at modtage ambulante behandling. Udgangspunktet har været antal lægekonsultationer igennem et år, det vil sige perioden 6. november 1999 til 5. november 2000. En del af patienterne er imidlertid dømt i løbet af dette år, og i disse tilfælde er den tid, der har været til rådighed for ambulante behandling, beregnet fra domstidspunktet frem til 5. november 2000. Yderligere har en del af patienterne været indlagt i kortere eller længere perioder, og for hver enkelt patient er den samlede indlæggelsesperiode fratrukket observationsperioden på et år, eller perioden fra patienten blev dømt. Alle patienter, som har været indlagt hele året (her defineret som indlagt mere end 350 dage) – eller som har været indlagt permanent siden en domsafsigelse i løbet af observationsperioden – er

naturligvis udgået af analysen. Endelig er cirka 20 sager, hvor datoangivelserne er usikre, ligeledes udgået. Dette betyder, at det nedenfor anførte er minimumstal.

Hypigheden af den ambulante kontrol fremgår af figur 2. Som det ses, stiger antallet af lægekonsultationer for nogle patienter jo længere tid, patienten har haft mulighed for ambulant behandling. Det ses imidlertid også, at hovedparten af de retspsykiatriske patienter, som har haft et langt ambulant forløb, for eksempel 200 dage eller mere, har haft under 10 ambulante lægekontakter. Blandt de patienter, som har modtaget ambulant behandling i et helt år, har således under halvdelen haft en ambulant lægekontakt i mere end 10 tilfælde.

Figur 2:



De speciallæger, der har udfyldt spørgeskemaerne, er blevet anmodet om at begrunde, såfremt hypigheden af den ambulante lægekontakt har været mindre end 10 i løbet af et år. Disse begrundelser samler sig i tre hovedgrupper. Den ene er langvarig indlæggelse, hvilket der som anført er taget hensyn til ved udarbejdelsen af figur 2. Hertil kommer, at begrebet "langvarig indlæggelse" synes relativt – der er patienter dømt for mere end et år siden, hvor en samlet indlæggelsesperiode på 60 dage eller derunder i løbet af et år er vurderet som "langvarig".

En anden hovedbegrundelse er, at patienterne kommer i et distriktspsykiatrisk center, hvorfor de har samtaler med kontaktperson eller i øvrigt kontakt med andre personalegrupper. På samme måde er det om nogle patienter anført, at de har ophold på et social-psykiatrisk bocenter og er under tilsyn der, hvorfor der kun har været få ambulante lægekonsultationer. Det skal bemærkes, at det af materialet fremgår, at i nogle tilfælde har samtale med kontaktpersoner med videre næsten helt erstattet lægekonsultationer.



Den tredje hovedgruppe af begrundelser er, at patienterne er vanskelige at behandle. Det nævnes jævnligt, at patienterne udebliver, herunder er om flere anført, at de pågældende patienter ofte er varetægtsfængslet i Vestre Fængsel. Netop disse patienter kan have behov for mere intensiv behandling, måske endog indlæggelse, dels af hensyn til patienterne selv, dels af hensyn til samfundets berettigede forventning om, at forebyggelse af kriminalitet også indgår som et element i varetagelsen af de psykiatriske særforanstaltninger. Hertil er med forskellige begrundelser anført, at patienterne ikke skønnes at have behov for ret hyppig lægekontakt. I enkelte tilfælde er anført, at den behandlingsansvarlige afdeling kun har et begrænset kendskab til forløbet af den ambulante behandling, idet behandlingen varetages af andre afdelinger.

I nogle få tilfælde er oplyst, at patienten er forsvundet, og at hverken afdeling, kriminalforsorg eller politi har kunnet finde den pågældende.

#### **9.4.1 Sammenfatning og konklusion**

Det findes godtgjort, at en stor del af de retspsykiatriske patienter i ambulante behandling ikke følges med tilstrækkelig hyppighed af de behandlingsansvarlige læger. Det lader sig ikke afgøre, om dette overvejende skyldes ressourcemangel, ukendskab til de gældende retningslinier eller andre forhold. Uanset årsagen findes den påviste praksis kritisabel henset til, at utilstrækkelig eller manglende behandling af psykotiske patienter generelt øger risikoen for, at disse patienter begår vold (38), og at retspsykiatriske patienter i H:S helt overvejende omfatter psykotiske (skizofrene) patienter, der allerede har begået personfarlig kriminalitet.

## 10. RESUMÉ OG KONKLUSION

---

Denne undersøgelse af retspsykiatri i H:S er foretaget som en anonym tværsnitsundersøgelse med anvendelse af spørgeskemaer. Da undersøgelsen er gennemført anonymt, kan det ikke kontrolleres, hvorvidt alle retspsykiatriske patienter på tværsnitsdagen er blevet identificeret, eller om der er sket dobbeltregistrering. Baseret på andre opgørelser over retspsykiatriske patienter i H:S kan det dog konkluderes, at materialet må være nogenlunde fuldstændigt. Det kan heller ikke kontrolleres, hvorvidt spørgeskemaerne er korrekt udfyldte. Imidlertid svarer en lang række resultater fra undersøgelsen til, hvad man umiddelbart ville forvente, for eksempel at drabsdømte hyppigt har været idømt en mere indgribende foranstaltning (anbringelsesdom) end tyveridømte, at hovedparten af de patienter, der har været indlagt hele året, lider af skizofreni, eller at det især er stofmisbrugere dømt for tyveri, som er i metadonbehandling. Disse mange forventelige fund må tages til indtægt for, at spørgeskemaerne generelt er udfyldt korrekt. Samlet betyder dette, at de resultater, der kan drages af undersøgelsen, er dækkende for retspsykiatri og retspsykiatriske patienter i H:S.

På tværsnitsdagen blev registreret 330 retspsykiatriske patienter i H:S, 18 varetægtsarrestanter/mentalobservander, fem var undergivet straffuldbyrdelse, heraf var to i medfør af straffelovens § 49, stk. 2, anbragt på Sct. Hans Hospital, og 307 patienter var idømt en psykiatrisk særforanstaltning. De 18 sigtede (dvs. varetægtsarrestanter/mentalobservander) adskiller sig ikke fra de 307 foranstaltningsdømte, hvad for eksempel angår kriminalitet og diagnoser, men deres sociale forhold synes lidt dårligere sammenlignet med de foranstaltningsdømte, hvilket kan skyldes utilstrækkelig behandling.

I 1987 var der 135 retspsykiatriske patienter i H:S, det vil sige, at antallet i 2000 er cirka to en halv gang højere end for 13 år siden. Stigningen skyldes helt overvejende et øget antal skizofrene patienter med dom til behandling og dom til ambulante behandling, medens antallet af mentalobservander og strafafsonere i psykiatrisk behandling viser en faldende tendens.

Ved den aktuelle undersøgelse findes, at 276 af de 330 patienter (84 %) lider af skizofreni eller af lidelser relateret til skizofreni (F20-spektrret). Andre diagnosegrupper er derfor kun svagt repræsenteret, således er kun 28 patienter (9 %) diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse, og der er kun fem patienter (2 %), der lider af en affektiv forstyrrelse. Denne diagnostiske fordeling er anderledes, end hvad der er påvist ved tidligere undersøgelser af retspsykiatriske patienter, idet der er væsentlig flere skizofrene patienter i H:S end i resten af landet. Små 10 % af samtlige skizofrene mænd i H:S i alderen 20 til 45 år er i dag registreret som retspsykiatriske patienter. Der er formentlig ingen anden befolkningsgruppe her i landet, hvor så stor en andel er registreret som kriminelle.

Der er en vis uoverensstemmelse mellem den retspsykiatriske klassifikation i § 16 og § 69 og de kliniske diagnoser, for eksempel er halvdelen af de patienter, der aktuelt er diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse fundet omfattet af § 16 (dvs. sindssyge) ved mentalundersøgelsen. Betydningen af korrekt diagnostik og dermed behandling skal understreges, idet optimal behandling for netop denne patientgruppe må antages at nedsætte risikoen for kriminelt recidiv.

Kun 15 % af de retspsykiatriske patienter er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, det vil for eksempel sige tyverier, overtrædelse af lov om euforiserende stoffer, overtrædelse af færdselsloven og lignende. Så mange som 31 patienter – eller cirka 10 % af alle – er dømt for/sigtet for drab, drabsforsøg og vold med døden til følge. Patienter dømt for drab mv. adskiller sig hverken diagnostisk, socialt eller på anden måde væsentligt fra patienter dømt for ikke-personfarlig kriminalitet. Den måde, undersøgelsen er gennemført på, bevirker, at der vil være en relativ overrepræsentation af personer dømt for alvorlig kriminalitet – og dermed en relativ underrepræsentation af personer dømt for ikke-personfarlig kriminalitet – i dette materiale. Det skal samtidig fremhæves, at uanset dette er 85 % af de retspsykiatriske patienter, H:S aktuelt har ansvaret for, dømt for personfarlig kriminalitet, heraf altså 10 % for drab med videre. Dette fremhæves, fordi retssikkerhedsmæssige aspekter, vekslede fra sag til sag, skal indgå i den samlede opgavevaretagelse ved behandling af retspsykiatriske patienter.

Der ses ingen sammenhænge mellem psykiatriske diagnoser og kriminalitetsformer, hvilket formentlig skyldes, at skizofreni og vold er så dominerende, at det ikke er muligt at påvise eventuelle (statistisk signifikante) sammenhænge mellem andre diagnoser og andre former for kriminalitet.

De retspsykiatriske patienter er ældre end indsatte i fængsler (strafafsonere), der er flere kvindelige retspsykiatriske patienter, end der er kvindelige strafafsonere, de sociale forhold er dårligere for retspsykiatriske patienter end for strafafsonere, og også på en række andre punkter adskiller de retspsykiatriske patienter sig fra indsatte i fængsler. De retspsykiatriske patienter er således ikke en delmængde af gruppen af kriminelle, men må opfattes som primært psykisk syge, som - ofte på grund af deres sygdom - har begået kriminalitet. En række af undersøgelsens delresultater viser da også, i overensstemmelse med hvad andre har påvist, at skizofreni er en selvstændig kriminogen faktor, det vil sige, at sygdommen i sig selv kan medføre kriminel adfærd. Undersøgelsen belyser ikke, hvorfor stadig flere skizofrene begår kriminalitet.

De retspsykiatriske patienter er væsentligt hyppigere dømt for personfarlig kriminalitet – især vold og brandstiftelse – sammenlignet med strafafsonere. Specielt hvad angår brandstiftelse, er det bemærkelsesværdigt, at der numerisk alene i H:S er flere retspsykiatriske patienter dømt for brandstiftelse, end der er indsatte i hele landets fængsler dømt for denne kriminalitetstype. Det skal anbefales, at dette spørgsmål undersøges nærmere, ikke mindst i lyset af, at påsatte og "muligt påsatte" "millionbrande" i 2000 kostede forsikringssselskaberne over 200 millioner kroner i erstatning. Det er således muligt, at psykisk syges kriminalitet har store samfundsøkonomiske konsekvenser ud over de menneskelige konsekvenser, voldskriminalitet medfører.

Cirka halvdelen af de retspsykiatriske patienter i H:S misbruger alkohol eller euforiserende stoffer. Blandingsmisbrug, defineret som misbrug af tre eller flere rusmidler, er udbredt. Der findes ingen særlige sammenhænge mellem misbrug og diagnoser eller misbrug og kriminalitet, bortset fra at patienter med personlighedsforstyrrelser hyppigt misbruger alkohol, og misbrug er sjældent blandt personer dømt for brandstiftelse eller sædelighedskriminalitet. Antallet af misbrugere blandt de retspsykiatriske patienter synes ikke at adskille sig væsentligt fra antallet af misbrugere blandt psykotiske patienter generelt, ligesom art og omfang af misbruget blandt de retspsykiatriske patienter ikke adskiller sig fra, hvad der ses blandt indsatte i fængsler. Undersøgelsen giver således ikke belæg for den almindelige antagelse, at specielt

misbrug er årsag til, at netop psykisk syge begår kriminalitet. Der er 39 patienter i metadonbehandling, og den relativ største del af disse patienter er dømt for tyveri, hvilket er forståeligt, idet metadonbehandling vil kunne nedsætte risikoen for netop denne form for kriminalitet hos en stofmisbruger.

En tredjedel af de retspsykiatriske patienter i H:S har en fremmedkulturel baggrund, hvor andelen af befolkningen i H:S er 10-12 %. Patienter med fremmedkulturel baggrund udgør ligeledes 10-12 % af patienterne ved de distriktspsykiatriske centre i H:S. Relativt flere retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund sammenlignet med patienter med dansk baggrund lider af skizofreni, hvorimod færre er misbrugere, hvilket især skyldes, at mange patienter med fremmedkulturel baggrund ikke misbruger alkohol. Også kriminalitetsmæssigt adskiller disse patienter sig fra patienter med dansk baggrund, blandt andet begår personer med fremmedkulturel baggrund kun sjældent ildspåsættelse. Det er påvist, at etniske minoriteter i storbyer udgør en uforholdsmæssig stor del af de retspsykiatriske patienter, men årsagen er ukendt. En mulig forklaring kunne være, at disse patienter ikke søger psykiatrisk behandling - hvad enten det skyldes ukendskab til det psykiatriske behandlingssystem, eller at psykisk sygdom opleves stigmatiserende – og at de begår kriminalitet, herunder ikke helt sjældent drab med videre, fordi deres sygdom ikke er blevet behandlet. Forskellige delresultater fra undersøgelsen støtter dette synspunkt.

Der er procentuelt flere retspsykiatriske patienter med fremmedkulturel baggrund end der er indsatte i landets fængsler. Hertil ses, at der procentuelt er lige mange kvindelige retspsykiatriske patienter med dansk og med fremmedkulturel baggrund, medens der er væsentlig færre kvindelige indsatte med fremmedkulturel end med dansk baggrund. Disse fund er i overensstemmelse med det anførte om, at retspsykiatriske patienter ikke er en delmængde af kriminelle, men er psykisk syge, som på grund af deres sygdom begår kriminalitet.

Langt hovedparten af patienter med fremmedkulturel baggrund har opholdt sig mange år i Danmark og cirka 25 % er danske statsborgere, cirka 50 % har opholdstilladelse. Der optræder således stort set ingen psykisk syge andengenerationsindvandrere blandt de retspsykiatriske patienter, formentlig fordi disse unge endnu ikke har nået en alder, hvor skizofreni er debuteret. Dette bemærkes, fordi der blandt andengenerationsindvandrere, som bliver retspsykiatriske patienter, kan være enkelte præget af betydelige adfærdsforstyrrelser, hvilket det kan være relevant at tage højde for ved planlægningen af retspsykiatrien i H:S.

De sociale forhold er for mange retspsykiatriske patienter generelt dårlige. Kun ganske få er gift/fast samlevende. Langt hovedparten modtager pension, og så mange som 70 (21 %) modtager kontanthjælp/aktiveringsydelse. Tilsvarende ses, at kun halvdelen af patienterne har egen bolig, 28 % er hjemløse som defineret i denne undersøgelse. Efter den definition, der anvendes af det sociale system, vil færre være hjemløse. 35 patienter eller 12 % har ophold på et socialpsykiatrisk bocenter, og 25 er indstillet til et socialpsykiatrisk bocenter. Det er især skizofrene patienter, som er indstillet til /har ophold på et socialpsykiatrisk bocenter. Disse patienters belastningsgrad adskiller sig i øvrigt ikke fra de øvrige retspsykiatriske patienters udover en tendens til, at patienter indstillet til eller med ophold på et socialpsykiatrisk bocenter oftere misbruger alkohol og mere sjældent euforiserende stoffer end de øvrige patienter. Patienter med fremmedkulturel baggrund har kun sjældent ophold på/er indstillet til at socialpsykiatrisk bocenter. Der er ikke nogen umiddelbar forklaring på dette forhold, men mulige årsager kan blandt andet være, at patienter med frem-

medkulturel baggrund relativt hyppigt har bevaret et socialt netværk, eller at patienter med fremmedkulturel baggrund af en eller anden grund ikke ønsker indstilling.

Blandt de 25 patienter, der er indstillet til ophold på socialpsykiatrisk bocenter, har halvdelen af patienterne ventet fire måneder eller mindre. En række af undersøgelsens delresultater peger på, at en del af forklaringen på, at kun 25 patienter er indstillet til socialpsykiatriske bocentre, kan være, at især de langtidsindlagte patienters psykiske tilstand er så dårlig, at de ikke skønnes at kunne have ophold på et socialpsykiatrisk bocenter.

Der kan ikke påvises statistisk signifikante forskelle i antal indlæggelsesdage mellem patienter med egen bolig, patienter med ophold på værelse/hos familie eller patienter med ophold på et socialpsykiatrisk bocenter. Det kan dog ikke ganske afvises, at ophold på et socialpsykiatrisk bocenter nedsætter indlæggelsesbehovet for retspsykiatriske patienter, men undersøgelsen dokumenterer, at et sådant ophold ikke kan erstatte indlæggelse på psykiatrisk afdeling for denne patientgruppe.

Der er ingen sammenhæng mellem foranstaltningens varighed og antallet af boligløse eller kontanthjælpsmodtagere, hvor man umiddelbart ville have forventet, at jo længere foranstaltningstid, jo færre boligløse og kontanthjælpsmodtagere. Hvad angår den sidste gruppe, kan en del af forklaringen dog være, at det for nogle patienter med fremmedkulturel baggrund kan være økonomisk mere fordelagtigt at forblive på kontanthjælp frem for at overgå til at modtage pension. Det kan bemærkes, at de behandlingsansvarlige afdelinger ikke har kendskab til boligforhold eller eksistensgrundlag for 3 % af patienterne.

Overordnet ses således, at i hvert fald en del af årsagen til, at nogle retspsykiatriske patienter lever under dårlige sociale forhold, er sværhedsgraden af deres sygdom. Kun et begrænset antal retspsykiatriske patienter er indstillet til ophold på et socialpsykiatrisk bocenter, hvilket – hvad forskellige dele af undersøgelsen tyder på – kan skyldes, at patienternes psykiske tilstand anses for at være for dårlig til, at patienterne kan indstilles. Samtidig ses, at ophold på socialpsykiatrisk bocenter ikke kan erstatte indlæggelse for de retspsykiatriske patienter.

Varigheden af de idømte foranstaltninger adskiller sig ikke fra, hvad der ses på landsplan. Halvdelen af de idømte foranstaltninger har været to år eller mindre. De patienter, der har haft en foranstaltningstid på fem år eller derover, er i det væsentlige skizofrene. Karakteren af den pådømte kriminalitet synes kun at spille en mindre rolle for varigheden af en idømt foranstaltning, og de få sammenhænge, der kan påvises, kan formentlig bedre forklares af psykopatologiske end af juridiske faktorer. Kun en enkelt patient blandt de anbringelsesdømte har haft en anbringelsesdom på over fem år. Samlet tyder disse fund på, at det i væsentlig grad er patienternes psykopatologiske tilstand – og ikke alene juridiske vurderinger – der betinger varigheden af en idømt foranstaltning.

Dette synspunkt understøttes af en analyse af indlæggelse og indlæggelsestider. Generelt har de retspsykiatriske patienter et stort indlæggelsesbehov. Blandt 303 foranstaltningssdømte patienter har således kun en tredjedel ikke været indlagt i løbet af et år, medens 75 patienter (24 %) har været indlagt hele året. Blandt de patienter, der har været indlagt, har halvdelen været indlagt i op til 183 dage.

Det er overvejende skizofrene patienter, som har været indlagt hele året, heraf mange med behandlingsdomme, men også nogle få med domme til ambulat behandling. For disse patienter må det antages, at det er deres psykopatologiske tilstand og ikke karakteren af den idømte kriminalitet, der betinger de langvarige indlæggelser. Dette synspunkt støttes af, at 16 % af de patienter, der er dømt for ikke-personfarlig kriminalitet, ligeledes har været indlagt hele året.

Blandt de patienter, der er dømt inden for det seneste år, har cirka en tredjedel af patienterne med dom til ambulat behandling været langvarigt indlagt, eventuelt helt fra domsafsigelsen. Det er indlysende, at de langvarige indlæggelser i disse tilfælde ikke skyldes kriminalitetens karakter, men må skyldes patienternes psykopatologiske tilstand. Dette må igen fortolkes som, at nogle psykisk syge i H:S først diagnosticeres og deres behandlingsbehov afdækkes i forbindelse med en mentalundersøgelse foretaget på grund af begået kriminalitet.

De kvindelige retspsykiatriske patienter adskiller sig ikke diagnostisk fra de mandlige patienter, men kvinderne er lidt ældre end mændene, der er færre kvindelige end mandlige misbrugere, men flere i metadonbehandling, og kvinder er væsentligt hyppigere end mænd dømt for brandstiftelse. Kvinderne har længere foranstaltningstider end de mandlige patienter, men de kvindelige patienter har til gengæld været indlagt i kortere tid end de mandlige patienter. Forklaringen er formentlig, at de kvindelige patienter socialt klarer sig lidt bedre end de mandlige, og om end kvindernes psykiske tilstand ikke er således, at foranstaltningen kan anbefales ophævet, er de på den anden side bedre end mandlige patienter i stand til at klare sig i samfundet.

Blandt 42 behandlingsdømte patienter, som er dømt inden for det seneste år, har 7 ikke været indlagt efter domsafsigelsen. Dette er uhensigtsmæssigt og i strid med den almindelige fortolkning af de gældende regler. Det må antages, at forklaringen på, at disse patienter ikke har været indlagt, i væsentlig grad skyldes kapacitetsproblemer på de psykiatriske afdelinger.

Overordnet ses således, at mange retspsykiatriske patienter må opfattes som svært syge med et langvarigt behandlingsbehov, herunder behov for langvarig indlæggelse. En række forskellige delresultater tyder entydigt på, at det overvejende er patienternes psykopatologiske tilstand og ikke juridiske synspunkter, der betinger foranstaltningernes varighed og varigheden af indlæggelser. Det skal hertil fremhæves, at der bør skaffes kapacitet til, at patienter, der dømmes til psykiatrisk behandling, som absolut udgangspunkt indlægges i forbindelse med dommen. Det skal i den forbindelse igen fremhæves, at langt hovedparten af de retspsykiatriske patienter er dømt for personfarlig kriminalitet, og det er – også af kriminalitetsprofylaktiske grunde – væsentligt, at der foretages en grundig vurdering af disse patienter, blandt andet hvad angår behandlingsmotivering, behandlingsplanlægning og lignende som indledning til et eventuelt ambulat forløb.

Undersøgelsen har vist, at der er en række betydelige problemer i behandlingens organisation og varetagelse. En ikke helt ubetydelig gruppe patienter må vente omkring 100 dage eller mere fra endelig dom til første lægekontakt. En sådan ventetid er uacceptabel, og det skal anbefales, at der i samarbejde med det juridiske system etableres en ordening, hvorefter behandlingen kan starte væsentlig hurtigere efter en afsagt dom.

Kun en enkelt patient med vilkår om psykiatrisk behandling behandles i H:S, hvor en optælling viser, at der i Københavns kommune er omkring 20 betinget dømt/prøveløsladte med vilkår om psykiatrisk behandling. Det anbefales, at der etableres et samarbejde mellem de distriktspsykiatriske centre, som typisk skal varetage behandlingen af denne patientgruppe, og kriminalforsorgen om dette spørgsmål, idet H:S er forpligtet til at varetage behandlingen af disse patienter.

De anbringelsesdømte patienter behandles udelukkende på Sct. Hans Hospital, helt overvejende på retspsykiatrisk afdeling R. Hovedparten – men langt fra alle – af de behandlingsdømte patienter behandles ligeledes af afdelingerne på Sct. Hans Hospital, medens hovedparten – men stadig langt fra alle – af patienter med dom til ambulantly behandling behandles i København, helt overvejende ved de distriktspsykiatriske centre. Der er en betydelig forskel i det antal patienter, de forskellige distriktspsykiatriske centre behandler, hvilket formentlig blot afspejler, at psykisk syge bor i socialt belastede områder. Behandling af retspsykiatriske patienter adskiller sig ikke fra behandling af andre psykisk syge, men behandlingen kræver kendskab til de særlige regler og rammer, som gælder for retspsykiatriske patienter. Det bør derfor overvejes, om det er hensigtsmæssigt, at alle distriktspsykiatriske centre og psykiatriske afdelinger i København varetager behandling af retspsykiatriske patienter, eller om det vil være mere hensigtsmæssigt, at behandlingen koncentrerer på færre enheder, som herved vil få rutine i at løfte denne specielle opgave.

Overordnet ses, at der ikke er væsentlige forskelle hvad for eksempel angår diagnoser, etnicitet, misbrug og kriminalitet mellem de patienter, der behandles på retspsykiatrisk afdeling R, på de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital og på de københavnske afdelinger, inklusive de distriktspsykiatriske centre. Det skal dog bemærkes, at 19 af de 29 patienter, dømt for drab, drabsforsøg og vold med døden til følge behandles ved afdeling R, og behandling af netop denne patientgruppe stiller særlige krav til afdeling og personale. På den anden side kan det også fremhæves, at seks patienter dømt for drab med videre behandles af de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital, og fire patienter behandles på de københavnske afdelinger. Undersøgelsen kan ikke belyse, hvorvidt denne fordeling af patienter, dømt for meget alvorlig kriminalitet, er hensigtsmæssig, eller hvorvidt det ville være bedre, at alle disse patienter for eksempel behandles ved retspsykiatrisk afdeling R. Det skal dog bemærkes, at farlighedsvurderinger – som netop for disse patienter kan være af afgørende betydning – er et retspsykiatrisk ekspertområde, som kræver viden og erfaring.

Alt i alt er ligheden mellem afdeling R, de øvrige afdelinger på Sct. Hans Hospital og de københavnske afdelinger forbausende stor, og det er således ikke muligt at identificere og hermed vurdere de kriterier, der har været anvendt ved visitationen af patienterne, udover at deres retslige status spiller en vis – men altså langt fra ene-rådende – rolle.

Blandt de 307 foranstaltningsdømte patienter, var 118 indlagt på tværsnitsdagen, heraf var 61 patienter indlagt på lukket afdeling. Dette betyder, at cirka 23 % af samtlige senge på lukkede afdelinger i H:S er optaget af retspsykiatriske patienter. Blandt de 188 ikke-indlagte foranstaltningsdømte patienter var 12 indstillet til indlæggelse, heraf havde en patient stået på venteliste til indlæggelse på afdeling R i 13 måneder. Halvdelen af de 12 patienter har ventet fire måneder eller mere på indlæggelse. Hertil ses, at 22 af de 208 patienter, der har været indlagt i løbet af observationsperioden på et år, har været indlagt på en anden afdeling end den afdeling, der har behandlingsansvaret. Årsagen er især, at en relativ stor del af de pati-

enter, retspsykiatrisk afdeling R har behandlingsansvaret for, har været indlagt på de københavnske afdelinger. Endelig er det påvist, at en del af de retspsykiatriske patienter i ambulans behandling ikke følges med tilstrækkelig hyppighed af de behandlingsansvarlige læger.

Det er dokumenteret, at utilstrækkelig eller manglende behandling af psykotiske patienter generelt øger risikoen for, at disse patienter begår vold, og op mod 90 % af de retspsykiatriske patienter i H:S er eller har været psykotiske, 85 % er dømt for personfarlig kriminalitet. Det er indlysende, at retspsykiatriske patienter med dom til behandling og dom til ambulans behandling, der lægeligt forsvarligt kan behandles ambulans, ikke skal være indlagte. På den anden side bør det også sikres, at patienter i ambulans behandling følges tæt og regelmæssigt, og at der skabes kapacitet til, at disse patienter hurtigt kan indlægges på den afdeling, der har behandlingsansvaret, såfremt indlæggelse findes nødvendig.

Retspsykiatri er et område, som i disse år i udtalt grad påkalder sig offentlighedens bevågenhed, hvor der blandt andet fokuseres på det stigende antal psykisk syge kriminelle og på samfundets krav til og forventninger om, at de retspsykiatriske patienter behandles under former, der nedsætter risikoen for kriminelt recidiv. Mange retspsykiatriske patienter kan uden tvivl behandles ambulans, men det findes af afgørende betydning, såvel af hensyn til patienterne selv som af hensyn til samfundets forventninger til det ansvarlige behandlingssystem, at der etableres organisatoriske rammer og behandlingsmæssige rutiner, som sikrer, at de retspsykiatriske patienter følges tæt og kompetent, og at der er mulighed for hurtig indlæggelse, hvis patienternes tilstand eller adfærd giver anledning hertil.



## 11. LITTERATUR

---

1. Kallehauge H. Strafferetlige reaktioner over for psykisk afvigende lovovertrædere, som ikke er utilregnelige.  
Nord. Tidskr Kriminalvidenskab 1989; 76: 17-31
2. Kyvsgaard B. Klientundersøgelsen.  
I: Differentieringsudvalget. Den institutionsmæssige placering af indsatte.  
København: Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000.
3. Hasle N-J, Eplov LE. Retspsykiatriske patienter – diagnose, kriminalitet og sanktion.  
Ugeskr Læger 1994; 156: 4683-9
4. Hasle N-J. Bistandsværgeren – den retspsykiatriske patients patientrådgiver?  
Ugeskr Læger 1994; 156: 7368-72.
5. Hansen PEB, Schmidt JE. En retspsykiatrisk ressourceopgørelse.  
Ugeskr Læger 1999; 161: 1766-9.
6. Lund J. Retspsykiatriske patienter.  
Ugeskr Læger 1988; 150: 1209-12.
7. Betænkning om Retslægerådet, bet. nr. 1196.  
København: Justitsministeriet, 1990.
8. Lund J. Retspsykiatriske patienter 1997, en tværsnitsundersøgelse.  
Personlig meddelelse.
9. Kyvsgaard B. Undersøgelse af foranstaltningsdomme.  
I: Tidsbegrænsning af foranstaltninger efter straffelovens § 68 og § 69. Bet. nr. 1372, afgivet af Straffelovrådet.  
København: Justitsministeriet, 1999.
10. Retspsykiatri i H:S. Redegørelse fra en retspsykiatrisk arbejdsgruppe under H:S Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri. Rapport.  
København: Retspsykiatrisk arbejdsgruppe, 2001.
11. Kramp P, Gabrielsen G. Antallet af psykisk syge kriminelle fordoblet.  
Nyt fra kriminalforsorgen 1996; 9, nr. 5: 4-5.
12. Sestoft D. Skizofrene varetægtsfængslede [ph.d.-afhandling].  
København: Retspsykiatrisk Klinik, 1997.
13. Kyvsgaard B. Den kriminelle karriere [disp.].  
København: Jurist- og Økonomforbundets forlag, 1998.
14. Coid B, Lewis SW, Reveley AM. A Twin Study of Psychosis and Criminality.  
Br J Psychiat 1993; 162: 87-92.

15. Parnas J. Det skizofrene spektrum.  
I: Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N, Kragh-Sørensen P (eds). Klinisk psykiatri, 2. udgave.  
København: Munksgaard, 2000.
16. Lund J. Psykisk afvigende lovovertrædere i Danmark 1970-1983.  
Nord Tidskr Kriminalvidenskab 1987; 74: 46-9.
17. Gottlieb P. Behandling af patienter omfattet af den danske straffelov § 69.  
Nord Rettsmedisin 2000; 6, nr. 1: 10-13.
18. Anonym. Enkelte brande med store skader.  
Tidskr Forsikring 2000; 32, nr. 19: 3-7.
19. Brennan PA, Grekin ER, Vannam EJ. Major Mental Disorders and Crime in the Community.  
I: Hodgins S (ed). Violence among the Mentally Ill. NATO Sciences Series.  
Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000.
20. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and Crime. A Longitudinal Follow-up of 644 Schizophrenics in Stockholm.  
Br J Psychiat 1990; 157: 345-50.
21. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S.  
Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort.  
Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 494-500.
22. Repo E, Virkkunen M, Rawlilng R, Linnoila M. Criminal and Psychiatric histories of Finnish Arsonists.  
Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 318-23.
23. Jessen-Petersen B. Psykiatriske patienter med misbrugsproblemer [ph.d.-afh].  
København: FADL's Forlag, 1994.
24. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. Br J Psychiat 2000; 176: 345-50.
25. Kistrup K. De etniske minoriteter i distriktspsykiatrien.  
I: Psykiatrifonden: Etniske minoriteter i Danmark.  
København: Psykiatrifondens Forlag, 1999.
26. Kyvsgaard B. Etniske minoriteter i kriminalforsorgen. Notat.  
København: Justitsministeriet, Forskningspolitisk Udvalg, 2000.
27. Lelliott P, Audini B, Duffett R. Survey of patients from an inner-London health authority in medium secure psychiatric care.  
Br J Psychiat 2001; 178: 62-6.
28. Maden A. Medium secure care and research in forensic psychiatry.  
Br J Psychiat 2001; 178: 5-6.

29. Ekspertgruppen om ungdomskriminalitet. Rapport om ungdomskriminalitet. Rapport. København: Rigspolitiets Trykkeri, 2001.
30. Hurwitz S, Christiansen KO. Kriminologi. København: Gyldendal, 1971.
31. McCarthy B, Hagan J. Homelessness: A Kriminogen Situation. Br J Criminol 1991; 31, no 4: 393-410.
32. Hansen L. Undersøgelse vedrørende psykisk syge tilsynsklienter i kriminalforsorgens afdelinger og pensioner. Rapport. København: Direktoratet for Kriminalforsorgen, 1997.
33. Andersen HS, Lillebæk T, Sestoft D. Isolationsundersøgelsen. Varetægtsfængsling og psykisk helbred. 2 bind. København: Bispebjerg Hospital og Retspsykiatrisk Klinik, 1994.
34. Gottlieb P, Kramp P. Behandling af retspsykiatriske patienter [Redaktionelt]. Ugeskr Læger 1998; 160: 1139.
35. Gottlieb P. Behandling af retspsykiatriske patienter. I: Poulsen HD, Gottlieb P, Adserballe H. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2000.
36. Kramp P, Lunn V, Waaben K. Retspsykiatri. København GadJura, 1996.
37. Cirkulære om tilsynsvirksomheden inden for kriminalforsorgen (j.nr. 5.k.95-032-64). København; Direktoratet for Kriminalforsorgen, 1996.
38. Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, Wagner R. Violence and Severe Mental Disorder in Clinical and Community Populations: The Effects of Psychotic Symptoms, Co morbidity, and Lack of Treatment. Psychiatry 197; 60, spring: 1-22.

## BILAG 1: GENEREL VEJLEDNING

---

Sundhedsfagligt råd for psykiatri har nedsat en retspsykiatrisk arbejdsgruppe, som blandt andet har til opgave at beskrive, hvorledes behandlingen af de retspsykiatriske patienter varetages i H:S. Arbejdsgruppen ønsker i den forbindelse at foretage en anonym spørgeskemaundersøgelse af de retspsykiatriske patienter i H:S.

Undersøgelsens formål er blandt andet at belyse:

- Nogle få basale, socio-demografiske forhold, herunder etnicitet.
- De retspsykiatriske patienters psykiatriske hoveddiagnose samt eventuelle misbrug.
- Patienternes retslige status og den påsigtede/pådømte kriminalitet.
- I hvilket omfang den behandlingsansvarlige institution faktisk varetager behandlingen, eller om denne på undersøgelsestidspunktet varetages af anden institution.
- Fordelingen af de retspsykiatriske patienter mellem de forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner i H:S.
- Belyse eventuelle barrierer mellem de forskellige behandlingsinstitutioner mv.
- Estimere de retspsykiatriske patienters sengedagsforbrug.

Der er udarbejdet et registreringsskema til brug for undersøgelsen. Endvidere er der udarbejdet en manual, som definerer, hvorledes de enkelte spørgsmål skal besvares. Registreringsskema og manual vedlægges. Gruppen af retspsykiatriske patienter afgrænses, således som det fremgår af manualen, pkt. 7.

Undersøgelsen omfatter samtlige psykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske centre i H:S. Ved psykiatriske afdelinger forstås såvel sengeafdelinger som daghospitalet, ambulatorier mv. De distriktspsykiatriske centre indgår i undersøgelsen som selvstændige enheder.

For nemheds skyld vil de psykiatriske afdelinger og de distriktspsykiatriske centre i det følgende blive betegnet som "afdelinger mv.". Pkt. 1 i manualen oplister de afdelinger mv., der indgår i undersøgelsen.

Hver afdeling mv. udfylder et spørgeskema for hver patient, som afdelingen mv. har det formelle behandlingsansvar for, det vil sige, at patienten er visiteret til den pågældende afdeling mv. Registreringen omfatter også patienter, som afdelingen mv. af den ene eller den anden grund har mistet kontakten til. Betinget dømte, prøveløsladte og andre, som har tilsyn af kriminalforsorgen og vilkår om psykiatrisk behandling, og som i medfør af bopælsforhold behandles ved afdelingen mv., defineres ligeledes som retspsykiatriske patienter, afdelingen mv. har det formelle behandlingsmæssige ansvar for. Det samme er tilfældet for strafafsonere samt mentalobservander, hvad enten behandling/undersøgelse foregår ambulante eller under indlæggelse

Hver psykiatrisk afdeling mv. i H:S udpeger **en** overlæge, der er ansvarlig for registreringen. Afdelinger mv., der behandler mange retspsykiatriske patienter, kan eventuelt udpege flere registreringsansvarlige overlæger. Omvendt kan afdelinger mv. med kun få retspsykiatriske patienter slå sig sammen og i fællesskab udpege en registreringsansvarlig overlæge. Den (de) registreringsansvarlige overlæge(r) udfylder registreringsskemaerne. I nogle tilfælde vil behandlingen på registreringstidspunktet varetages af en anden afdeling mv. end den, der har det formelle ansvar. Det kan

for eksempel dreje sig om en patient, hvor et distriktspsykiatrisk center har det formelle behandlingsansvar, men hvor patienten aktuelt er indlagt, enten på den sengeafdeling centeret er tilknyttet eller på Sct. Hans Hospital. Udgangspunktet vil her være, at det er den registreringsansvarlige overlæge ved den afdeling mv., som har det formelle behandlingsansvar, der udfylder spørgeskemaet, eventuelt efter drøftelse med den afdeling mv., der aktuelt varetager behandlingen af patienten. I visse tilfælde vil det formentlig være mest hensigtsmæssigt, at den afdeling mv., der aktuelt varetager behandlingen af patienten, udfylder spørgeskemaet.

Under alle omstændigheder er det den (de) udpegede registreringsansvarlige overlæge(r) ved den afdeling mv., der har det formelle behandlingsansvar, som også har ansvaret for at spørgeskemaet returneres. Overlægen skal altså påse, at der udfyldes og indsendes registreringsskemaer for alle de patienter, afdelingen mv. har det formelle behandlingsansvar for, og at der modsat ikke indsendes registreringsskemaer fra en afdeling mv., som ikke har det formelle behandlingsansvar. Formålet med denne ressourcekrævende procedure er naturligvis at undgå dobbeltregistrering, og at sikre en ensartet registrering med høj validitet og reliabilitet.

Som det fremgår, er undersøgelsen fuldstændig anonym, og der skal derfor ikke indhentes informeret samtykke. Spørgeskemaet udfyldes alene på grundlag af patientens journal. Der må således ikke rettes henvendelse til patienten eller til pårørende i forbindelse med udfyldelse af spørgeskemaet. Da undersøgelsen er anonym, er det af afgørende betydning, at registreringsskemaerne udfyldes så korrekt og fuldstændigt som muligt, idet der ikke vil være mulighed for at korrigere fejlagtige oplysninger, således som de eventuelt måtte vise sig ved bearbejdningen af materialet. Som det fremgår, er der mulighed for en række formelle fejlregistreringer - har man altså for eksempel kodet "ja" på et spørgsmål, kan man ikke kode "nej" på et andet - og det vil således være muligt at undersøge validiteten af besvarelserne fra de enkelte afdelinger mv.

Undersøgelsen foretages som en tværsnitsundersøgelse

**mandag den 6. november 2000**

Der skal udfyldes et spørgeskema for hver enkelt patient, som afdelingen mv. den 6. november 2000 har det formelle behandlingsansvar for. Undersøgelsen omfatter således **alle** de retspsykiatriske patienter, som afdelingen mv. har det formelle behandlingsansvar for, uanset om afdelingen har haft kontakt med patienten på tværsnitsdagen (6. november 2000).

Praktiske spørgsmål vedrørende undersøgelsen kan rettes til led. overlæge Helle Charlotte Knudsen, Sct. Hans Hospital, afd. R, tlf. 46 33 46 21 eller adm. overlæge Peter Kramp, Retspsykiatrisk Klinik, tlf. 35 36 03 66.

Spørgeskemaerne fremsendes senest den 13. november 2000 til led. overlæge Helle Charlotte Knudsen, Sct. Hans Hospital, afd. R.

## BILAG 2: SPØRGESKEMA

---

### Retspsykiatriske patienter i H:S registreringsskema

1. Behandlingsansvarlig afdeling mv. \_\_\_\_\_
2. Køn \_\_\_\_\_
3. Alder \_\_\_\_\_
4. Hoveddiagnose \_\_\_\_\_ F
5. Evt. misbrugsdiagnose, 1 \_\_\_\_\_ F
6. Evt. misbrugsdiagnose, 2 \_\_\_\_\_ F
7. Retlig status \_\_\_\_\_
8. Foranstaltningsdømt i medfør af \_\_\_\_\_
9. Aktuelle psykiatriske særforanstaltning idømt (dato) \_\_\_\_\_
10. Første lægekontakt i aktuelle sag (dato) \_\_\_\_\_
11. Tidligere mere indgribende foranstaltning \_\_\_\_\_
12. Kriminalitet \_\_\_\_\_
13. Aktuelt indlagt \_\_\_\_\_
14. Antal dage indlagt seneste år (eller siden aktuelle dom/sag startede) \_\_\_\_\_
15. Overvejende indlagt på \_\_\_\_\_
16. Antal ambulante lægekonsultationer \_\_\_\_\_

17. Fremmedkulturel baggrund \_\_\_\_\_

18. Oprindelsesland \_\_\_\_\_

19. Opholdsstatus i DK \_\_\_\_\_

20. Forældres herkomst \_\_\_\_\_

21. Født i DK \_\_\_\_\_

22. Samlet opholdstid i DK \_\_\_\_\_

23. Eksistensgrundlag \_\_\_\_\_

24. Boligforhold \_\_\_\_\_

25. Civilstand \_\_\_\_\_


26. Er patienten indstillet til indlæggelse \_\_\_\_\_

27. Den eventuelle indstilling blev afsendt (dato) \_\_\_\_\_

28. Er patienten indstillet til ophold/bopæl på social-psykiatrisk bocenter \_\_\_\_\_

29. Den eventuelle indstilling blev afsendt (dato) \_\_\_\_\_

30. Metadonbehandling \_\_\_\_\_ 

31. Patienten tidligere behandlet uden for H:S \_\_\_\_\_ 

32. Patienten aktuelt indlagt på lukket afdeling \_\_\_\_\_ 

33. Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spørgeskemaet er udfyldt af overlæge \_\_\_\_\_  
(underskrift og stempel)

Praktiske spørgsmål vedrørende undersøgelsen kan rettes til ledende overlæge, ph.d.  
Helle Charlotte Knudsen, Sct. Hans Hospital, afd. R, tlf. 46 33 46 21 eller adm.  
overlæge Peter Kramp, Retspsykiatrisk Klinik, tlf. 35 36 03 66



## BILAG 3: MANUAL

---

### Ad 1. Behandlingsansvarlige afdeling mv.

Her registreres den afdeling mv., der har det formelle behandlingsmæssige ansvar for patienten.

– Amager Hospital, psykiatrisk afdeling	10
– Distriktspsykiatrisk Center, Indre By	11
– Distriktspsykiatrisk Center, Amager	12
– Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling	20
– Distriktspsykiatrisk Center, Brønshøj-Husum	21
– Distriktspsykiatrisk Center, Bispebjerg	22
– Distriktspsykiatrisk Center, Ydre Nørrebro	23
– Distriktspsykiatrisk Center, Ydre Østerbro	24
– Bispebjerg Hospital, B&U psykiatrisk afd.	29
– Frederiksberg Hospital	30
– Distriktspsykiatrisk Ambulatorium Øst, Frederiksberg	31
– Distriktspsykiatrisk Ambulatorium Vest, Frederiksberg	32
– Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling	40
– Distriktspsykiatrisk Center, Valby	41
– Distriktspsykiatrisk Center, Vanløse	42
– Distriktspsykiatrisk Center, Vesterbro	43
– Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling	50
– Distriktspsykiatrisk Center, Møllegade	51
– Distriktspsykiatrisk Center, Indre Østerbro	52
– Sct. Hans Hospital, afdeling K	61
– Sct. Hans Hospital, afdeling M	62
– Sct. Hans Hospital, afdeling P	63
– Sct. Hans Hospital, afdeling R	64
– Sct. Hans Hospital, afdeling U	65
– Ambulatoriet, Retspsykiatrisk Klinik	80

### Ad 2. Køn

Mand: 1

Kvinde: 2

### Ad 3. Alder

Patientens alder skrives direkte. Er patienter således 27 år skrives "27".

### Ad 4. Hoveddiagnose

Her registreres den grundlæggende psykopatologiske tilstand efter ICD-10's hovedgrupper. Alle former for skizofreni rates for eksempel som "20", de paranoide psykoser som "22", personlighedsforstyrrelser som "60" osv.

Visse mentalobservander kan være diagnostisk uafklarede på tværsnitsdagen. I disse tilfælde anføres den mest sandsynlige diagnose.

### Ad 5 og 6. Evt. misbrugsdiagnose(r)

Her registreres eventuelt misbrug efter ICD-10's hovedgrupper. Alkoholmisbrug registreres altså som "10", misbrug af Ecstasy, svampe, lsd mv. registreres som "16"

osv. Såfremt patienten misbruger mere end to rusmidler rates "19" i spørgsmål 5, og der rates "98" i spørgsmål 6. Har patienten intet misbrug rates "98" i både spørgsmål 5 og spørgsmål 6.

Diagnostisk uafklarede mentalobservander rates som anført i pkt. 4.

#### **Ad 7. Retlig status**

De retspsykiatriske patienter inddeles i følgende grupper:

– Varetægtsfængslede, "surrogatanbragte", jf. retsplejelovens § 765	01
– Varetægtsfængslede, anbragt (af helbredsmæssige grunde), jf. retsplejelovens § 770, stk. 2, 2. pkt.	02
– Varetægtsfængslede, "anticiperede afsoning", jf. retsplejelovens § 777	03
– Mentalobservand, jf. retsplejelovens § 809	04
– Strafafsonere, uformel ambulant behandling eller indlæggelse	05
– Strafafsonere, indlagt i medfør af straffelovens § 49, stk. 2	06
– Tilsynsklient, ambulant behandling eller indlæggelse, jf. straffelovens § 57	07
– Anbringelsesdom	08
– Dom til behandling samt tilsyn af KF	09
– Dom til behandling	10
– Dom til ambulant behandling, tilsyn af KF og indlæggelsesmulighed	11
– Dom til ambulant behandling og indlæggelsesmulighed	12
– Dom til ambulant behandling, tilsyn af KF	13
– Dom til ambulant behandling	14
– Ved ikke	99

En retspsykiatrisk patient, idømt en psykiatrisk særforanstaltning i anledning af ny kriminalitet, kan være indlagt i medfør af bestemmelser i retsplejeloven, for eksempel som surrogatanbragt eller til mentalobservation. Det ses også, at patienter idømt en særforanstaltning, mentalobserveres ambulant. I disse tilfælde rates "retlig status" med den psykiatriske særforanstaltning, patienten allerede er idømt, og hele registreringsskemaet udfyldes svarende hertil. Registreringsskemaet udfyldes altså, som om det drejer sig om en "almindelig" retspsykiatrisk patient, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning. I pkt. 33 – kommentarer – anføres så, at vedkommende er mentalobservand, surrogatanbragt e.l. i anledning af ny sigtelse, ligesom sigtelsens art anføres.

#### **Ad 8. Foranstaltningsdømt i medfør af**

Her rates retspsykiatriske patienter, der er idømt en psykiatrisk særforanstaltning i medfør af:

– Straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt.	1
– Straffelovens § 16, stk. 1, 3. pkt.	2
– Straffelovens § 69, stk. 1	3
– Straffelovens § 73, jf. § 16, stk. 1, eller § 69, stk. 1	4
– Irrelevant (dvs. varetægtsarrestanter, mentalobservanden, strafafsonere mv.)	8
– Ved ikke	9

### Ad 9. Dato, aktuelle særforanstaltning

Her registreres, hvornår den psykiatriske særforanstaltning, patienten **aktuelt** er undergivet, blev idømt. Såfremt patienten tidligere for eksempel har været dømt til anbringelse, men nu er undergivet en behandlingsdom, rates datoen for domsændringen fra anbringelsesdom til behandlingsdom. Datoen skrives med tal for dag, måned og år. Domsdatoen 26. november 1998 skrives altså 261198. Datoen 5. januar 2000 skrives 050100.

- Irrelevant (det vil sige varetægtsarrestanter, mentalobservander, strafafsonere mv.) rates 888888
- Ved ikke rates 999999

### Ad 10. Dato, første lægekontakt

Her registreres dato for den første psykiatriske lægekontakt i H:S, efter at patienten er blevet idømt den **aktuelle** psykiatriske særforanstaltning. Er patienten indlagt på psykiatrisk afdeling på domstidspunktet, registreres domsdatoen som tidspunktet for første lægekontakt. Såfremt patienten indlægges fra f.eks. Vestre Fængsel efter dommen, registreres indlæggelsesdatoen som første lægekontakt. Såfremt den aktuelle foranstaltning tidligere har været varetaget af en psykiatrisk afdeling uden for H:S, registreres tidspunktet for første lægekontakt i H:S. (Se også pkt. 31). Datoen registreres på samme måde som i item 9.

- Irrelevant (det vil sige varetægtsarrestanter, mentalobservander, strafafsonere mv.) rates 888888
- Ved ikke rates 999999

### Ad 11. Tidligere, mere indgribende foranstaltning

Her registreres, hvorvidt patienten forud for aktuelle særforanstaltning - i **samme sag** - har været undergivet en mere indgribende foranstaltning. Det kan for eksempel dreje sig om, at en behandlingsdømt patient tidligere har haft en anbringelsesdom, eller at en patient med dom til ambulantly behandling tidligere har haft en behandlingsdom.

- Ja - tidligere mere indgribende foranstaltning 1
- Nej 2
- Irrelevant (dvs. varetægtsfængslede, mentalobservander, strafafsonere mv.) 8
- Ved ikke 9

### Ad 12. Kriminalitet

Her registreres den påsigtede/pådømte kriminalitet jf. nedenstående liste. Mange retspsykiatriske patienter vil være sigtet for/dømt for flere typer af kriminalitet. Kun den "alvorligste" ("hovedforholdet") registreres. Det skal understreges, at fortegnelsen over kriminalitet i bilag 1 **ikke** er opstillet således, at de øverste er de alvorligste, de nederste er de mindst alvorlige. I et tilfælde kan "09" (røveri) være mere alvorligt end "06" (anden sædelighedskriminalitet), i et andet tilfælde vil det være omvendt. Grundlaget for vurderingen af, hvilken kriminalitetstype, der er den alvorligste, er strafferammen for den pågældende forbrydelse. Er en person for eksempel sigtet/dømt for en lang række tilfælde af tyverier og et røveri, registreres alene røveriet. Er en person sigtet/dømt for en række tilfælde af overtrædelse af lov om euforiserende stoffer (fordi den pågældende talrige gange "er blevet taget" med lidt hash på sig) og et enkelt tyveri, registreres tyveriet ("10").

Følgende former for kriminalitet registreres:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 0 | 1 | Drab (forsætligt), drabsforsøg, vold med døden til følge (straffelovens § 237, evt. jf. § 21, og § 246)  |
| 0 | 2 | Vold i øvrigt (forsætlig) – alle former, herunder trusler, samt ulovlig tvang og frihedsberøvelse (straffelovens § 119, § 123, §§ 244-245, §§ 260 og 261, § 266) |
| 0 | 3 | Ildspåsættelse (straffelovens §§ 180-182)  |
| 0 | 4 | Anden personfarlig kriminalitet (fareforvoldelse mv., straffelovens §§ 183-190, §§ 252-255 mv.)  |
| 0 | 5 | Voldtægt, voldtægtsforsøg (straffelovens § 216, evt. jf. § 21)   |
| 0 | 6 | Anden sædelighedskriminalitet samt incest (straffelovens § 210, §§ 217-235)  |
| 0 | 7 | Grov narkotikakriminalitet (straffelovens § 191)   |
| 0 | 8 | Lov om euforiserende stoffer   |
| 0 | 9 | Røveri (straffelovens § 288)   |
| 1 | 0 | Tyveri og hittegods, hæleri samt brugstyveri (straffelovens §§ 276 og 277, § 284, § 293)   |
| 1 | 1 | Anden berigelseskriminalitet mv., herunder underslæb, bedrageri, grov skattesvig, dokumentfalsk (straffelovens §§ 171-179, §§ 278-283, § 289 mv.)                |
| 1 | 2 | Hærværk (straffelovens § 291)  |
| 1 | 3 | Færdselslovsovertrædelser, herunder med uagtsom legemsbeskadigelse og/eller manddrab (straffelovens §§ 241 og 249)   |
| 1 | 4 | Straffeloven i øvrigt  |

1 5 Særlovgivningen i øvrigt

1 6 Ved ikke

### Ad 13. Aktuelt indlagt

Her registreres, om patienten er indlagt på tværsnitsdatoen. Patienter idømt en særforanstaltning, men indlagt i medfør af bestemmelser i retsplejeloven, jf. pkt. 7, registreres også som indlagte. Såfremt en retspsykiatrisk patient er indlagt på en afdeling, der ikke har det formelle behandlingsansvar, bør den afdeling, hvor patienten er indlagt, kontakte den behandlingsansvarlige afdeling mv. herom. (Se også pkt. 32).

– Patienten er **ikke** indlagt på tværsnitsdatoen 01

Patienten er indlagt på:

– Amager Hospital, psykiatrisk afdeling	10
– Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling	20
– Bispebjerg Hospital, B&U psykiatrisk afdeling	29
– Frederiksberg Hospital, psykiatrisk afdeling	30
– Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling	40
– Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling	50
– Sct. Hans Hospital, afdeling K	61
– Sct. Hans Hospital, afdeling M	62
– Sct. Hans Hospital, afdeling P	63
– Sct. Hans Hospital, afdeling R	64
– Sct. Hans Hospital, afdeling U	65
– Psykiatrisk afdeling uden for H:S	70

### Ad 14. Antal dage indlagt seneste år mv.

Her registreres det samlede antal dage, patienten det seneste år, det vil sige fra og med 7. november 1999 til og med 6. november 2000, har været indlagt på en psykiatrisk afdeling i H:S i forbindelse med den aktuelt påsigtede/pådomte sag. Der medregnes altså for eksempel antal indlæggelsesdage som varetægtsarrestant, som mentalobservand osv. Ved optællingen medregnes såvel indlæggelses- som udskrivningsdag. Såfremt "den aktuelle sag" er startet for mindre end et år siden, medregnes kun antal indlæggelsesdage, fra sagen er startet. Såfremt en retspsykiatrisk patient for eksempel i forbindelse med aktuelle sag inden for de sidste otte måneder har været indlagt X dage som varetægtsarrestant, Y dage som mentalobservand og Z dage i medfør af en idømt foranstaltning rates, at patienten har været indlagt (X+Y+Z) dage. Har en strafafsoner under aktuelle afsoning været indlagt henholdsvis X og Y dage rates (X+Y) dage. Registreringen omfatter det samlede antal indlæggelsesdage på alle psykiatriske afdelinger i H:S. **Alle** indlæggelser - såvel frivillige som i medfør af retskendelse eller i medfør af en idømt foranstaltning - medregnes.

Alle felter skal udfyldes.

– Har en patient for eksempel været indlagt i alt ni dage skrives	"009"
– Har patienten været indlagt 87 dage skrives	"087"
– Har patienten været indlagt hele det seneste år	"365"
– Patienten har ikke været indlagt	"000"

– Ved ikke

"999"

#### **Ad 15. Overvejende indlagt på**

Såfremt patienten har været indlagt det seneste år, registreres her den afdeling, hvor patienten har været indlagt mindst 50 procent af indlæggelsesdagene.

– Amager Hospital, psykiatrisk afdeling	10
– Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling	20
– Bispebjerg Hospital, B&U psykiatrisk afdeling	29
– Frederiksberg Hospital, psykiatrisk afdeling	30
– Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling	40
– Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling	50
– Sct. Hans Hospital, afdeling K	61
– Sct. Hans Hospital, afdeling M	62
– Sct. Hans Hospital, afdeling P	63
– Sct. Hans Hospital, afdeling R	64
– Sct. Hans Hospital, afdeling U	65
– Irrelevant (patienten har ikke været indlagt)	88

#### **Ad 16. Antal ambulante lægekonsultationer**

Her registreres det antal ambulante lægekonsultationer, den behandlingsansvarlige afdeling mv. har haft med patienten det seneste år, eller siden foranstaltningen blev idømt, såfremt dette er mindre end et år siden. Er antallet under 10, anføres årsagen i punkt 33 -kommentarer - for eksempel at patienten overvejende har været indlagt, at behandlingen varetages af anden afdeling mv., at patientens kliniske tilstand tillader en kun sjælden kontakt eller andet. Begge rubrikker skal udfyldes – har patienten overhovedet ikke været til ambulante lægekonsultationer rates "00", er patienten set tre gange rates "03" osv.

#### **Ad 17. Fremmedkulturel baggrund**

Ved "fremmedkulturel baggrund" forstås patienter, som enten selv er født udenfor Danmark, eller hvis forældre, eller blot den ene, er født uden for Danmark. "Tredje generationsindvandrere", det vil sige patienter, hvis bedsteforældre har en fremmedkulturel baggrund, men hvis forældre begge er født i Danmark, registreres ikke som havende en "fremmedkulturel baggrund". Danske statsborgere, som er født af danske forældre i udlandet, registreres heller ikke som havende en "fremmedkulturel baggrund".

– Ja, patienten har en fremmedkulturel baggrund	1
– Nej, patienten har ikke en fremmedkulturel baggrund	2
– Ved ikke	9

Såfremt der rates "nej" (= 2) eller "ved ikke" (= 9) til spørgsmål 17, rates irrelevant i spørgsmål 18-22.

#### **Ad 18. Oprindelsesland:**

– Eksjugoslavien	01
– Østeuropa (inkl. Armenien, Georgien mv.)	02
– Tyrkiet	03

– Mellemøsten (Syrien, Libanon, Jordan, Israel, Palæstina og Irak)	04
– Iran	05
– Fjernøsten (Indien, Pakistan, Afghanistan, Sri Lanka m.fl.)	06
– Nordafrika (Algier, Marokko, Ægypten, Libyen, Tunesien)	07
– Afrika i øvrigt	08
– Vesteuropa inkl. de baltiske stater, USA	09
– Andet	10
– Irrelevant	88
– Ved ikke	99

**Ad 19. Status i Danmark:**

– Asylansøgere	1
– Opholdstilladelse	2
– Dansk statsborger	3
– Illegalt ophold	4
– Andet (Beskriv under pkt. 30)	5
– Irrelevant	8
– Ved ikke	9

**Ad 20. Forældres herkomst:**

– Begge forældre født i udlandet	1
– En af forældrene født i udlandet	2
– Irrelevant	8
– Ved ikke	9

**Ad 21. Født i Danmark:**

– Ja	1
– Nej	2
– Irrelevant	8
– Ved ikke	9

**Ad 22. Samlet opholdstid i Danmark:**

– Ophold i Danmark, under 5 år	1
– Ophold i Danmark, mellem 5 og 10 år	2
– Ophold i Danmark, over 10 år	3
– Irrelevant	8
– Ved ikke	9

**Ad 23. Eksistensgrundlag:**

– Arbejdsindkomst, selvstændig	01
– Arbejdsindkomst, lønmodtager	02
– Statens uddannelsesstøtte	03
– Revalideringsydelse	04
– Førtidspension, folkepension	05
– Arbejdsløshedsunderstøttelse	06
– Sygedagpenge	07

– Kontanthjælp, aktiveringsydelse	08
– Lommepege	09
– Ingen indtægt	10
– Andet (Beskriv pkt. 30)	11
– Ved ikke	99

#### Ad 24. Boligforhold

Det er næppe muligt, at opliste alle de forskellige boligforhold, de retspsykiatriske patienter kan have. I de tilfælde, hvor en patients aktuelle bolig ikke helt passer ind i nedenstående kategorier, vælges den der ligner mest. Nogle retspsykiatriske patienter kan have en formel folkeregisteradresse hos for eksempel et familiemedlem, men patientens reelle boligforhold svarer ikke hertil. Det er patientens reelle boligforhold, således som de er afdelingen mv. bekendt, der skal rates.

– Ejerbolig, andelsbolig	1
– Lejebolig	2
– Lejet værelse inklusive kollegium	3
– Hos forældre/familie	4
– Behandlingshjem/plejefamilie (for personer under 18 år)	5
– Social-psykiatrisk bocenter inklusive bofællesskab/solistbolig og anden boform med personalestøtte	6
– Boligløs, inkl. herberg, forsorgshjem	7
– Flygtningecenter	8
– Ved ikke	9

#### Ad 25. Civilstand:

– Gift/fast samlevende	1
– Fraskilt/separeret/adskilt	2
– Enke (-mand)	3
– Ugift	4
– Reg. partnerskab mv.	5
– Ved ikke	9

#### Ad 26. Indstillet til indlæggelse:

– Patienten er <b>ikke</b> indstillet til indlæggelse	01
---	----

Patienten er indstillet til indlæggelse på:

– Amager Hospital, psykiatrisk afdeling	10
– Bispebjerg Hospital, psykiatrisk afdeling	20
– Bispebjerg Hospital, B&U psykiatrisk afdeling	29
– Frederiksberg Hospital, psykiatrisk afdeling	30
– Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling	40
– Rigshospitalet, psykiatrisk afdeling	50
– Sct. Hans Hospital, afdeling K	61
– Sct. Hans Hospital, afdeling M	62
– Sct. Hans Hospital, afdeling P	63
– Sct. Hans Hospital, afdeling R	64
– Sct. Hans Hospital, afdeling U	65
– Psykiatriske afdelinger uden for H:S	70



**Ad 27. Dato for eventuel indstilling**

Såfremt patienten er indstillet til indlæggelse anføres datoen for denne indstilling. Datoen angives med tal for dag, måned, år, jf. item 9.

- Irrelevant (patienten **ikke** indstillet til indlæggelse) 888888
- Ved ikke 999999

**Ad 28. Indstillet til social-psykiatrisk bocenter**

- Patienten er indstillet til ophold/bopæl på social-psykiatrisk bocenter 1
- Patienten er **ikke** indstillet til ophold/bopæl på social-psykiatrisk bocenter mv. 2

**Ad 29. Dato for eventuel indstilling til bocenter**

Såfremt patienten er indstillet til ophold/bopæl på social-psykiatrisk bocenter anføres datoen for denne indstilling. Datoen angives med tal for dag, måned, år, jf. item 9.

- Irrelevant, (patienten er **ikke** indstillet til ophold/bopæl på social-psykiatrisk bocenter) 888888
- Ved ikke 999999

**Ad 30. Metadonbehandling**

Her registreres, hvorvidt patienten på registreringstidspunktet er i metadonbehandling, enten i form af længerevarende behandling eller i form af nedtrapning.

- Ja, patienten er i metadonbehandling 1
- Nej, patienten er ikke i metadonbehandling 2
- Ved ikke 9

**Ad 31. Patienten tidligere behandlet uden for H:S**

Her registreres, hvorvidt patienten i medfør af den aktuelle særforanstaltning tidligere har været behandlet af psykiatrisk afdeling uden for H:S.

- Ja, patienten har tidligere været behandlet af psykiatrisk afdeling uden for H:S 1
- Nej, patienten har ikke tidligere været behandlet af psykiatrisk afdeling uden for H:S 2

**Ad 32. Patienten aktuelt indlagt på lukket afdeling**

Her registreres, hvorvidt patienten aktuelt er indlagt på lukket afdeling.

- Ja, patienten er indlagt på lukket afdeling 1
- Nej, patienten er ikke indlagt på lukket afdeling 2
- Irrelevant (patienten er ikke indlagt) 8

**Ad 33. Kommentarer**

Et spørgeskema kan aldrig fuldstændigt dække virkeligheden. Specielle forhold vedrørende patienten, som ikke registreres på spørgeskemaet, kan anføres her. Der henvises især til sp. 7 og sp. 16.

## BILAG 4: REPRÆSENTATIVITET

---

Til brug for den redegørelse, Retspsykiatrisk arbejdsgruppe har udarbejdet (se denne), har arbejdsgruppen indhentet forskelligt talmateriale til belysning af antallet af retspsykiatriske patienter i H:S. Dette materiale er resumeret i tabel 1, men det er vigtigt at understrege, at forskellige opgørelsesmetoder medfører, at tallene ikke er helt sammenlignelige.

**Tabel 1:**

Foranstaltning	DPC Hele 1999	DfK december 1999	SA 1. maj 2000	Spørgeskema 6. november 2000
Anbringelse	16	?	15	19
Behandling + ambulat behandling	290	241	256	289
I alt	306	?	271	307

Oplysningerne fra DPC (Det Psykiatriske Centralregister) omfatter samtlige patienter, som i løbet af hele 1999 er indberettet til DPCR med en retspsykiatrisk diagnose. Dette betyder, at patienter, som i løbet af 1999 har fået ophævet en idømt foranstaltning, indgår i materialet. Ved en tværsnitsundersøgelse, for eksempel opgørelsen fra DfK (Direktoratet for Kriminalforsorgen) fra december 1999 eller spørgeskemaundersøgelsen 6. november 2000, opgøres det antal, som netop på denne dag er registreret med en psykiatrisk særforanstaltning. De patienter, som er udgået – dvs. foranstaltningen er ophævet - fra 1. januar til tværsnitsdagen, indgår ikke, ligesom patienter, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning på tværsnitsdagen og resten af året, heller ikke indgår. Da opgørelsen fra DfK ligger sidst på året, kan det konkluderes, at tallene fra DPC, hvad angår antal personer dømt til behandling og dømt til ambulat behandling, vil være højere end de tal, der er registreret af DfK.

Tallene fra DfK omfatter alene de patienter med dom til behandling og dom til ambulat behandling, der samtidig har tilsyn af kriminalforsorgen. Yderligere er tallene kun fra Københavns kommune. Fra spørgeskemaundersøgelsen vides (afsnit 2.2.1.), at 18 af de retspsykiatriske patienter ikke har tilsyn af kriminalforsorgen, og ligeledes fra spørgeskemaundersøgelsen vides, at 11 patienter i Frederiksberg kommune har en dom til behandling eller en dom til ambulat behandling (afsnit 9.2.). Lægges disse i alt 29 patienter til det antal (241), der er registreret i december 1999 (i Københavns kommune) af DfK, fås i alt 270 retspsykiatriske patienter i H:S. Det vides, at den årlige vækstrate er 5-6 % og samlet kan det således estimeres, at de 241 patienter fra Københavns kommune, der havde tilsyn af DfK i december måned 1999, svarer til cirka 285 retspsykiatriske patienter med dom til behandling eller ambulat behandling i H:S i november måned 2000, det vil sige stort set det samme antal, som blev registreret i spørgeskemaundersøgelsen.

Antallet af retspsykiatriske patienter registreret af DPC og antallet fundet ved spørgeskemaundersøgelsen er stort set ens, hvilket kan ses som udtryk for den anførte vækstrate på 5-6 %, idet det antal, der registreres af DPC som anført vil være større end det antal, der findes ved en tværsnitsundersøgelse som spørgeskemaundersøgelsen. Også her er der altså god overensstemmelse mellem de to tal.

Statsadvokaten for København mv. har oplyst, at statsadvokaturen den 1. maj 2000 havde registreret i alt 271 retspsykiatriske patienter i H:S. Statsadvokaturerne registrerer de retspsykiatriske patienter på en anden måde end såvel DfK som hospitalsvæsenet. Statsadvokaturerne registrerer og følger de retspsykiatriske patienter, der er dømt i statsadvokaturens geografiske område. For Statsadvokaten for København mv. betyder det, at patienter dømt i København og på Frederiksberg registreres og følges, hvorimod patienter dømt uden for H:S, som flytter til København samt Frederiksberg, ikke registreres af statsadvokaten i København, men af den statsadvokatur inden for hvis område patienten oprindeligt blev dømt. Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at cirka 20 retspsykiatriske patienter tidligere er blevet behandlet uden for H:S (tallet er behæftet med en vis usikkerhed, og det er ikke anvendt i analysen). Dette betyder, at disse cirka 20 patienter er flyttet til H:S-området, og de skal således lægges til de 271 patienter, Statsadvokaten for København mv. registrerede 1. maj 2000. Det er naturligvis muligt, at enkelte patienter fra H:S er flyttet ud af hovedstadsområdet, de skal i givet fald trækkes fra, men dette antal kendes ikke. Alt i alt må det dog antages, at tilgangen til H:S er større end afgangen. Såfremt det for eksempel antages, at fem patienter er flyttet fra H:S, betyder det, at det antal, Statsadvokaturen for København mv. har opgjort, skal forøges med 15 (20 tilflyttere – 5 fraflyttere), det vil sige, at antallet af patienter med dom til behandling og dom til ambulat behandling stiger til omkring 285 (anbringelsesdømte flytter ikke). Antallet af retspsykiatriske patienter fra statsadvokatens opgørelse til tidspunktet for spørgeskemaundersøgelsen er yderligere steget med 2-3 % (idet den årlige vækstrate er 5-6 %), og herved fås et antal cirka svarende til det antal, der blev registreret ved spørgeskemaundersøgelsen.

Samlet kan således konkluderes, at der er god overensstemmelse mellem de forskellige opgørelser, og at det antal retspsykiatriske patienter, der blev registreret ved spørgeskemaundersøgelsen den 6. november 2000, derfor må anses for korrekt.