

A person wearing a dark, hooded jacket and blue jeans is walking away from the camera on a wet, paved street. The background is blurred, showing green foliage and a building. The overall mood is somber and reflective.

Et borgerperspektiv på kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom

Didde Cramer Jensen og Nicolai Nybro Hansen

VIVE

Et borgerperspektiv på kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-284-3

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302600

Finansiering: Det Kriminalpræventive Råd

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Borgere, der både kæmper med psykiske og sociale problemer og har været involveret i kriminalitet, kan have brug for tværsektorielle og tværfaglige kriminalitetsforebyggende indsatser for at forebygge en fortsat kriminel løbebane.

Hvordan oplever borgerne selv den kriminalpræventive støtte, de enten har eller ikke har modtaget, på tværs af sektorer? Undersøgelsen belyser et ofte overset borgerperspektiv i forhold til kriminalpræventivt arbejde for at skabe viden, der kan støtte myndighederne i deres samarbejde om at sikre den rette støtte til målgruppen.

Vi skylder en stor tak til alle de borgere, som har bidraget til undersøgelsen, til Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) og til områdekantorene for at forestå rekrutteringen. Vi vil også gerne takke projektets følgegruppe af centrale videnspersoner på området samt to eksterne fagfællebedømmere for deres bidrag til kvalificering af rapporten.

Seniorforsker Didde Cramer Jensen har været projektleder for udarbejdelsen af rapporten i samarbejde med student Nicolai Nybro Hansen.

Undersøgelsen er finansieret af Det Kriminalpræventive Råd.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

Afrapportering	11
----------------	----

1	Indledning	12
1.1	Undersøgelsens formål	12
1.2	Metode og tilgang	13
1.3	Baggrund	15
1.4	Rapportens opbygning	23

2	Barrierer i det kriminalpræventive arbejde	25
2.1	Strukturelle barrierer	25
2.2	Relationelle barrierer	34
2.3	Individuelle barrierer	41

3	Understøttende faktorer i det kriminalpræventive arbejde	50
3.1	Strukturelt støttende faktorer	50
3.2	Relationelt støttende faktorer	54
3.3	Individuelt støttende faktorer	58

4	Ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive arbejde	62
4.1	Tidligere støtte og indsats	62
4.2	Støtte i overgangsfaserne	63
4.3	Aktivering og struktur	65
4.4	Fagpersoner med kriminalitetserfaring eller indsigt	66
4.5	Traumebehandling og psykologsamtaler	67

5	Konklusion	70
5.1	Metode	70

5.2	Respondentkarakteristik	71
5.3	Undersøgelsesspørgsmål	71
5.4	Strukturelle barrierer i det kriminalpræventive arbejde	72
5.5	Relationelle barrierer	76
5.6	Individuelle barrierer	77
5.7	Strukturelt støttende faktorer	79
5.8	Relationelt støttende faktorer	80
5.9	Individuelt støttende faktorer	81
5.10	Borgernes ønsker og anbefalinger	82
5.11	Sammenfatning og opmærksomhedspunkter	84
<hr/>		
	Dokumentation	87
<hr/>		
6	Data og metode	88
6.1	Datagrundlag	88
6.2	Respondentkarakteristik	89
6.3	Rekruttering af interviewpersoner	91
6.4	Narrativ interviewmetode	92
6.5	Databearbejdning og analyse	93
<hr/>		
	Litteratur	94
<hr/>		
	Bilag 1 Interviewguide	104
<hr/>		
	Bilag 2 Informationsmateriale til interviewpersoner	106
<hr/>		
	Bilag 3 Tematiske koder	107

Hovedresultater

Borgere med én eller flere psykiske diagnoser, og som har erfaring med kriminalitet, kan (forud for dom) risikere at havne i et tomrum mellem myndighedernes forskellige ansvarsområder, fordi de ikke altid falder klart ind under et enkelt myndighedsområde som fx lovovertrædere, patienter i psykiatrien eller brugere i socialsektoren. Dette betyder, at potentialet for at forebygge fortsatte kriminelle løbebaner forbliver delvist uudnyttet.

Formålet med rapporten er at undersøge det kriminalpræventive arbejde før, under og efter afsoning fra et brugersperspektiv. Målsætningen er, at projektet igennem interview med målgruppen skal frembringe viden, der kan bistå myndighederne i deres samarbejde om at sikre den rette hjælp til borgere med psykisk sygdom.

Rapporten er baseret på kvalitative interviews med 19 borgere i alderen 21-65 år med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring. Undersøgelsen afdækker borgernes egne oplevelser af kontakten med myndigheder og indsatsområder, fx politi, psykiatri, kriminalforsorgen og kommunale indsatser, og belyser den betydning som borgene tilskriver kontakten.

Rapporten belyser, hvordan forskellige strukturelle, relationelle og individuelle aspekter af mødet med det offentlige system har betydning for borgergruppens oplevelse af muligheden for at få hjælp fra myndigheder og indsatser i det kriminalpræventive arbejde.

Med afsæt i disse aspekter besvarer rapporten følgende tre spørgsmål:

1. Hvilke udfordringer og barrierer oplever borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring i mødet og samarbejdet med myndigheder og indsatsområder?
2. Hvilke indsatser og tiltag oplever borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring som brugbare og understøttende for at forebygge recidiv til kriminalitet?
3. Hvilke ønsker og anbefalinger har borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring til det kriminalpræventive arbejde – og hvilken type hjælp ville de ønske, at de havde adgang til?

De vigtigste fund fra undersøgelsen er beskrevet nedenfor.

Barrierer i det kriminalpræventive arbejde

Borgerne i undersøgelsen beskriver forskellige udfordringer og barrierer i mødet med myndigheder og indsatsområder. Disse omfatter vanskeligheder forbundet med, at skulle navigere i et sektoropdelt hjælpesystem og utilstrækkelig koordination mellem forskellige myndigheder og indsatser. Ofte kan der, ifølge borgerne, også være problemer med at få adgang til relevant behandling og støtte (herunder psykologisk og terapeutisk behandling), hvilket kan forværre borgernes situation og øge risikoen for tilbagefald til kriminalitet.

Strukturelle barrierer

- Flere borgere modtager først den nødvendige støtte og behandling, efter at have fået en psykiatrisk foranstaltningsdom, hvilket giver en oplevelse af, at relevant støtte først tildeles, når det er for sent, og en lovovertrædelse allerede har fundet sted.
- Manglen på akutte behandlingstilbud og sengepladser i behandlingspsykiatrien fører til, at borgerne oplever at skulle kæmpe for en indlæggelse og nogle gange afvises, hvilket kan øge risikoen for kriminalitet.
- Kortvarige indlæggelser i behandlingspsykiatrien, manglende opfølgning og manglende koordinering på tværs af sektorer efterlader borgere uden passende støtte og behandling.
- Sektorspecifik struktur og kompleksitet i hjælpesystemet skaber barrierer for at få adgang til behandling og støtte, især for borgere med komplekse behov og komorbiditet.

Relationelle barrierer

- Nogle borgere oplever, at deres behov er blevet overset af fagprofessionelle, som de har haft kontakt til, hvilket kan føre til, at de ikke modtager den nødvendige støtte.
- Manglende tillid og lydhørhed fra fagprofessionelle kan skabe utryghed og forhindre borgere i at søge hjælp.
- Høj personaleudskiftning kan forhindre opbygning af stabile og tillidsfulde relationer mellem borgerne og fagprofessionelle/behandlere.
- Borgerne kan opleve manglende faglige kompetencer hos fagprofessionelle, hvilket kan føre til tvivl om beslutninger og behandling.

Individuelle barrierer

- Nogle borgere oplever, at diagnosen alene behandles med medicin, mens de ikke tilbydes relevant social behandling for underliggende traumer og psykiske vanskeligheder.
- Nogle diagnoser kan begrænse borgerens (kognitive) evne til at udtrykke ønsker og behov klart over for fagprofessionelle.
- Nogle borgere føler, at de skal udtrykke sig i et systemsprog og tilpasse deres vanskeligheder i forhold til myndighedens tilbud for blive hørt og få hjælp.
- Medicin kan have bivirkninger og være for dyr i forhold til borgernes økonomi. Dette kan føre til selvmedicinering med ulovlige rusmidler som alternativer til medicin.

Støttende faktorer i det kriminalpræventive arbejde

Borgerne i undersøgelsen beskriver forskellige indsatser og tiltag, som de finder gavnlige i forhold til at forebygge tilbagefald til kriminalitet. Disse tiltag og indsatser omfatter helhedsorienterede og fleksible indsatser samt fagprofessionelle, som er støttende og åbne for borgernes perspektiv. Det er afgørende, at indsatserne er koordinerede og tilpasset den enkeltes behov for at være effektive.

Strukturelle støttende faktorer

- Dom til særforanstaltning giver nogle borgere adgang til kontinuerlig behandling og koordineret tværfagligt samarbejde, hvilket hjælper med at forhindre kriminalitet.
- En helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer, herunder psykiatri, tilsyn og kommune, kan give borgere mere struktureret støtte.
- Fleksible og behovstilpassede tilbud, der tager hensyn til borgernes individuelle vanskeligheder, hjælper med at forebygge kriminalitet.

Relationelle støttende faktorer

- Fagprofessionelle, der involverer sig aktivt og er insisterende i kontakten til borgeren, skaber tryghed og stabilitet.
- Fast personale/behandlere, der kender borgeren godt og kan følge op på ændringer i borgernes situation og symptomer, og sikrer hurtig respons på bl.a. risiko for tilbagefald.

- Fagprofessionelle, som mestre at deeskalere konflikter, kan forhindre farlige situationer.

Individuelt støttende faktorer

- Livserfaringer og vendepunkter kan motivere borgere til at søge hjælp og forebygge kriminalitet.
- Diagnosticeringen giver mulighed for behandling og adgang til andre støttetilbud.
- Medicinering, som er relevant og – ikke mindst – tilgængelig, kan hjælpe nogle borgere med at regulere følelser og forbedre deres mentale velbefindende.

Borgernes ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive arbejde

Borgernes ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive arbejde kan variere, men inkluderer ofte behovet for en mere nuanceret forståelse af de underliggende årsager til deres situation. De ønsker også bedre adgang til behandling, eftervænsprogrammer og støtte til at opnå stabilitet særligt i forhold til arbejde og bolig. Desuden ønsker flere borgere hjælp til psykologisk og/eller terapeutisk behandling af traumer og psykiske vanskeligheder som supplement til den medicinske behandling.

Borgernes ønsker og anbefalinger

- Ønske om en tidligere socialfaglig indsats for at undgå kriminalitet.
- Efterspørgsel efter mere aktivering og struktur i hverdagen.
- Behov for relevant psykologisk og/eller terapeutisk behandling som supplement til medicinsk behandling.
- Ønsker om mere og bedre støtte i overgangsfaserne.

Baseret på borgernes erfaringer og anbefalinger har vi identificeret følgende tre overordnede opmærksomhedspunkter:

- **Adgang til hjælp:** Borgernes beskrivelser synliggør et behov for ukompliceret og hurtig adgang til hjælp, især i akutte situationer med forværrede psykiske symptomer. Vanskeligheder med at blive indskrevet i behandlingspsykiatrien før dom og følelsen af at være udskrevet uden tilstrækkelig behandling er, ifølge borgerne, risikofaktorer for kriminalitet. Der er behov for fleksibel og tilpasset ambulans støtte, som er skræddersyet til den enkelte patients behov.

- **Helhedsorienteret indsats:** Borgernes fortællinger fremhæver behovet for en helhedsorienteret indsats med bedre planlægning, koordinering og opfølgning mellem sektorer og fagområder, herunder øget anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien – dette med henblik på at reducere usikkerhed og bekymring i overgangsfaser mellem behandlings- og socialpsykiatri. Der er behov for, at koordinationsansvaret placeres hos en central myndighed, og at der etableres klare aftaler om fremtidig støtte og hjælp til den enkelte borger.
- **Anerkendelse og lydhørhed:** Borgernes behov for at føle sig set, hørt og anerkendt i forhold til behandlingsbehov udgør også et opmærksomhedspunkt. Undersøgelsen viser, at flere borgere har oplevet, at deres symptomer på mistrivsel og behov for hjælp er blevet overset af fagprofessionelle på tværs af myndigheder. De efterlyser fagprofessionelle, der involverer sig, forstår og anerkender deres perspektiver og ønsker til behandling. Der er derfor behov for, at fagprofessionelle samarbejder med borgerne og tager behørigt hensyn til patientens egne erfaringer og præferencer til støtte og behandling.

Disse opmærksomhedspunkter peger på et samlet behov for at forbedre samarbejdet omkring det kriminalpræventive arbejde, således at det præventive samarbejde tager mere højde for borgernes perspektiver og individuelle behov for tidligere og mere tilpasset støtte, bedre koordinering mellem sektorer og en mere helhedsorienteret tilgang til behandling og støtte.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsens datagrundlag består af interviews med 19 borgere 18+år med psykisk sygdom og komplekse støttebehov, som er dømt for kriminalitet og har indgået i eller har potentiale til at indgå i et tværsektorielt samarbejde om kriminalitetsforebyggelse og resocialisering.

Interviewene er gennemført i sommeren 2023 og tager udgangspunkt i en narrativ interviewmetode, der har til hensigt at fremstille borgernes stemme og beskrive deres oplevelse af forskellige kriminalpræventive indsatser i et brugerperspektiv.

Undersøgelsen er finansieret af Det Kriminalpræventive Råd.

> Afrapportering

1 Indledning

I dette kapitel beskriver vi vores tilgang til undersøgelsen af kriminalpræventive indsatser målrettet personer med psykisk sygdom i et borgerperspektiv. Først præsenterer vi undersøgelsens formål, herunder betydningen af borgerperspektivet. Dernæst beskriver vi målgruppen for undersøgelsen, samt hvilke typer af afsoning, tilsyn eller behandling en borger med psykisk sygdom kan idømmes på baggrund af en afgørelse afsagt ved dom. Afslutningsvis skitseres rapportens opbygning.

1.1 Undersøgelsens formål

Formålet med denne undersøgelse er at afdække borgernes perspektiv på forskellige indsatser og ydelser, som er kommet i stand som følge af en kriminalpræventiv indsats målrettet borgere med psykisk sygdom og Kriminalitetserfaring (før, under og efter dom).

Borgere med komplekse psykiske vanskeligheder og støttebehov, som har erfaring med kriminalitet, har ofte kontakt med en bred vifte af sektorer, organisationer og fagprofessionelle. De har behov for en sammenhængende og koordineret indsats på tværs af sektorer og lovgivninger, men falder (før dom) ikke klart ind under et enkelt myndighedsområde som fx lovovertrædere, patienter i psykiatrien eller brugere i socialektoren, og opdelingen kan gøre samarbejdet og koordinationen udfordrende (Rigspolitiet, 2018:35). Borgerne risikerer derfor at havne i et tomrum mellem myndighedernes forskellige ansvarsområder, hvorved potentialet for at forebygge en fortsat kriminel løbebane delvist er uudnyttet (Vitus & Kjær, 2011).

Der eksisterer en række kriminalitetsforebyggende tilbud til målgruppen (uddybes i afsnit 1.3.3), og der er et stigende samfundsmæssigt fokus på, om disse tilbud faktisk hjælper målgruppen, og i givet fald, hvordan tilbuddene skal struktureres. Der har været mindre fokus på et borgerperspektiv, dvs. hvordan målgruppen selv oplever udfordringer med og muligheder for at modtage hjælp gennem de kriminalpræventive indsatser. Borgerens perspektiv kan imidlertid skabe læring, pege på forbedringspotentialer og kvalificere udviklingsprocesser, som kan bidrage til at skabe de bedst mulige rammer for det kriminalpræventive arbejde.

Undersøgelsens formål er derfor at give borgerne en stemme og undersøge, hvordan indsatser og ydelser inden for det kriminalpræventive område opleves fra et borgerperspektiv (før, under og efter dom). Rapporten afdækker

borgernes egne oplevelser af deres kontakt med myndigheder og indsatsområder, fx politi, psykiatri, kriminalforsorgen og kommunen, og belyser den betydning, som borgene tilskriver kontakten. Konkret besvarer undersøgelsen følgende spørgsmål:

- Hvilke udfordringer og barrierer oplever borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring i mødet og samarbejdet med myndigheder og indsatsområder?
- Hvilke indsatser oplever borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring som brugbare og understøttende for at forebygge recidiv til kriminalitet?
- Hvilke ønsker og anbefalinger har borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring til det kriminalpræventive arbejde – og hvilken type hjælp ville de ønske, at de havde adgang til?

Samlet vil undersøgelsen belyse, hvordan forskellige strukturelle og relationelle aspekter af mødet med systemet har betydning for borgergruppens oplevelse af muligheden for at få hjælp fra myndigheder og indsatser i det kriminalpræventive arbejde (før, under og efter dom).

Viden fra projektet skal støtte myndighederne i deres fælles bestræbelser på at sikre den rette hjælp til borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring. Ønsket er herigennem at sikre en målrettet indsats i forhold til at reducere kriminalitet blandt personer med psykisk sygdom.

1.2 Metode og tilgang

Undersøgelsen bygger på 19 narrative interviews med borgere med psykisk sygdom i kombination med andre komplekse støttebehov, som er dømt for kriminalitet og har indgået i eller har potentiale til at indgå i et tværsektorielt samarbejde om kriminalitetsforebyggelse og resocialisering. Den narrative interviewmetode har til hensigt at fremstille interviewpersonens stemme og fremstille mening med forskellige hændelser i personens liv, for herigennem at formidle borgernes erfaring med forskellige kriminalpræventive indsatser (se afsnit 6.4).

Deltagerantallet på 19 borgere skal ses i lyset af, at det generelt kan være svært at rekruttere borgere med psykisk funktionsnedsættelse grundet handicaprelaterede og kontekstmæssige barrierer (Jacobsen & Kristiansen, 1999; Mik-Meyer, 2018). Det er imidlertid efterstræbelsesværdigt at give en stemme til en gruppe af borgere med komplekse sociale og psykiske problemstillinger,

som ofte er underrepræsenterede i forskningsundersøgelser (Bhopal & Deuchar, 2016; Taylor, Pooley & Carragher, 2016) og formidle deres oplevelse af forskellige kriminalpræventive indsatser. Der findes alene få undersøgelser som belyser et borgerperspektiv på sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet (for undtagelser se fx Holst, 2022; Moltke, A. & Lehn-Christiansen, 2020; Moltke, 2022; Møllerhøj m.fl. 2020; Møllerhøj & Stølan, 2018, 2021), og denne undersøgelse kan betragtes som en slags pilotundersøgelse.

Borgerperspektiv vil i denne undersøgelse sige, at vi tager udgangspunkt i borgeres egne oplevelser og beskrivelser. Vi belyser således, hvilke ønsker borgerne har til de kriminalpræventive indsatser, hvilke muligheder og barrierer de oplever i forhold til at få tilbud om hjælp, samt hvilke erfaringer de eventuelt har med behandlingsforløb og/eller afsoning. Det betyder, at det 'kriminalpræventive arbejde' vil blive beskrevet af de borgere, som møder forskellige indsatser i yderste led, og undersøgelsen vil give en indsigt i deres oplevelser. Dette er bl.a. relevant for at kvalitetssikre og udvikle det kriminalpræventive arbejde med udgangspunkt i viden om og fra de borgere, som indsatserne er målrettet (Rømmer & Müller, 2022).

Vi belyser i den sammenhæng henholdsvis strukturelle, relationelle og individuelle barrierer. De *strukturelle aspekter* refererer i rapporten til organisatoriske forhold i systemet (fx lovgivning, retningslinjer og programmer), mens de *relationelle aspekter* relaterer sig til interaktion og kommunikation mellem borger og myndighed (fx borgernes forhold til fagprofessionelle). Endelig har de *individuelle aspekter* at gøre med forhold i borgernes livsforløb og individuelle karakteristika, som har indflydelse på borgerens muligheder for at modtage hjælp (fx diagnose og medicinering).

Kategoriseringen i strukturelle, relationelle og individuelle aspekter er en analytisk distinktion, som vi foretager, snarere end en skelnen, der af sig selv træder ud af det empiriske materiale. Som en analytisk distinktion giver det imidlertid mening at skelne, dels fordi en del barrierer og muligheder er mere entydigt af enten strukturel, relationel eller individuel karakter, og dels fordi de forskellige aspekter kalder på forskellige typer af løsninger, hvis de skal understøttes i fremtidig udvikling af det kriminalpræventive arbejde.

Borgerne i undersøgelsen er rekrutteret med afsæt i, at de har kriminalitetserfaring og psykisk sygdom (se mere om rekruttering af interviewpersoner i afsnit 6.3). Betegnelsen 'psykisk sygdom' skal her forstås bredt og dækker over forskellige psykiske sygdomme og adfærdsmæssige forstyrrelser efter International Classification of Diseases 10 (ICD-10).

Foruden variation i diagnoser er respondentgruppen karakteriseret ved andre former for heterogenitet, som understøtter den multidimensionalitet, der ken-

detegner årsager til og konsekvenser af kriminalitet (DKR, 2015). Foruden psykisk sygdom har flere af interviewpersonerne kombinerede problemstillinger (komorbiditet) som fx alkohol- og/eller stofafhængighed, vanskelige opvækstvilkår, arbejdsløshed, hjemløshed, ensomhed og somatiske sygdomme. Nogle borgere er dømt for én ulovlig handling, mens andre har flere domme. Interviewpersonerne varierer også i forhold til, om de er tilkendt en frihedsstraf eller en anbringelses- eller behandlingsdom (se afsnit 1.3.2 for en begrebsafklaring). Desuden er borgernes ressourcer og funktionsevne også forskellige og varierer over tid.

Forskellene mellem interviewpersonerne gør det muligt at undersøge, om der på trods af disse forskelle kan findes mere generelle mønstre i borgernes oplevelse af de kriminalpræventive indsatser (se afsnit 6.3).

1.3 Baggrund

I dette afsnit redegør vi for sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet. Desuden beskriver vi de vigtigste domstyper, som personer med psykisk sygdom kan underlægges og præsenterer de aktører, som typisk indgår i det kriminalpræventive arbejde i relation til psykisk syge dømte. Formålet med afsnittet er at give læseren en introduktion til straffeloven i forhold til borgere med psykisk sygdom, samt til de overordnede aktører i det kriminalpræventive arbejde, som borgerne refererer til i forbindelse med interviewene.

1.3.1 Psykisk sygdom og kriminalitet

Langt de fleste mennesker med psykisk sygdom begår ikke kriminalitet. Det gør alene et mindretal (Poulsen, 2013:291). Dog er der en større relativ risiko for kriminalitet ved psykisk sygdom, særligt skizofreni (Yee m.fl., 2020). Fra 2014 til 2018 er andelen af voksne med en psykiatrisk diagnose, der er dømt efter straffeloven, imidlertid faldet med mere end en femtedel (PwC, 2020).

Forekomsten af psykisk sygdom er højere blandt personer, der har begået kriminalitet end i baggrundsbefolkningen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006) og mennesker med psykisk sygdom udgør ca. 20 % af Kriminalforsorgens samlede klientel (Danske Regioner, 2009).

Samspelet mellem psykisk sygdom og kriminalitet er imidlertid komplekst (Poulsen m.fl., 2000:124), hvorfor der aldrig bør antages en simpel årsagssammenhæng mellem psykisk sygdom og kriminalitet. Kriminalitet kan sjældent forklares eller forstås i et direkte årsags-/virkningsperspektiv, men må anses som et samspil af multikomplekse og multifaktorelle processer, hvor en

række risikofaktorer og beskyttende faktorer indgår (Stølan m.fl., 2016; se også Jørgensen m.fl., 2012; Olsen m.fl., 2016).

Velbehandlede mennesker med psykisk sygdom begår ikke mere kriminalitet end andre befolkningsgrupper (Danske Regioner, 2009), og personer, der har modtaget en behandlingsdom (se afsnit 1.3.2.1), har en lavere tilbagefaldsrisiko end andre dømte (Danmarks Statistik, 2023¹).

1.3.2 Domstyper

Retten kan beslutte, at en person med psykisk sygdom er for syg til straf og i stedet dømmes til behandling. Til at hjælpe retten med at afklare sanktionsvalget udfærdiges ofte en mentalundersøgelse, som sammenfattes i en mentalerklæring. På baggrund af mentalerklæringen skal retten afgøre, hvorvidt personen var utilregnelig på gerningstidspunktet og derfor ikke er egnet til straf, jf. straffelovens §§ 16 eller 69 (Justitsministeriet, 2020:4; Kompetencecenter for Retspsykiatri, 2021).

1.3.2.1 Psykiatrisk særforanstaltning

En person straffes ikke for en kriminel handling, hvis vedkommende var utilregnelig på gerningstidspunktet på grund af psykisk sygdom eller lignende. I stedet for en straf vil retten tildele vedkommende en dom til behandling – en såkaldt psykiatrisk foranstaltningsdom, jf. straffelovens § 68 (Danske love, 2023). Alle handlinger, der efter straffeloven dømmes kriminelle, kan føre til en psykiatrisk foranstaltningsdom. Det gælder både alvorlige og personfarlige forseelser og mindre alvorlige handlinger såsom trusler mod offentligt ansatte og berigelseskriminalitet (Moltke, 2022).

Det retslige udgangspunkt er, at særforanstaltninger ikke er en straf, men alene gives for at forebygge, at personen på grund af sin psykiske sygdom begår ny kriminalitet. En særforanstaltning kan således idømmes og opretholdes, så længe der er en risiko for, at personen begår ny kriminalitet (Institut for Menneskerettigheder, 2015). Det indebærer, at personen udskrives med afsæt i et behandlingsresultat og ikke ud fra en betragtning om, hvorvidt personens indlæggelsesperiode modsvarer forbrydelsens karakter (Danske Regioner, 2009).

I Danmark idømmes ca. 600-700 personer om året en psykiatrisk særforanstaltning (Kompetencecenter for Retspsykiatri, 2021). Udviklingen i antallet af foranstaltningsdomme steg fra 2001 frem til 2006. Faldet i 2007, men steg igen frem til 2011. I den efterfølgende periode og frem til 2022 er antallet af domme gradvist faldet (Justitsministeriets Forskningskontor, 2022:6).

De psykiatriske foranstaltninger kan inddeles i tre hovedtyper. Nedenfor beskrives hovedtrækkene i de forskellige typer af foranstaltningsdomme.

Typer af psykiatriske foranstaltninger

Dom til ambulant behandling ved psykiatrisk afdeling

Dom til ambulant behandling ved psykiatrisk afdeling idømmes personer dømt for mindre alvorlig kriminalitet, hvor retten har vurderet, at der ikke er behov for indlæggelse, og en mere indgribende foranstaltning ikke er nødvendig i forhold til sikkerheden. Den dømte vil dog kunne indlægges, hvis der konstateres en forværring af den psykiske tilstand eller andre forhold, der vurderes at udgøre en forøget risiko for ny kriminalitet. Desuden vil vedkommende være forpligtet til at møde til ambulant behandling, i det omfang det bestemmes af en overlæge, og vedkommende vil ofte være under tilsyn fra Kriminalforsorgen. Langt de fleste domme er til ambulant behandling.

Dom til behandling på psykiatrisk afdeling (behandlingsdom)

Ved en behandlingsdom bliver den dømte pålagt at komme i behandling på psykiatrisk afdeling. En behandlingsdom er relevant, hvor behandlingsmæssige hensyn træder i forgrunden, og hvor hensynet til sikkerheden ikke er så påtrængende. Når den dømte er i en stabil fase af din sygdom, vil vedkommende kunne udskrives igen efter afgørelse fra en overlæge. Herefter skal personen følge behandlingen ambulant og eventuelt følge et tilsyn ved Kriminalforsorgen. Personen kan genindlægges, hvis der sker en forværring af den psykiatriske tilstand, at vedkommende ikke møder til de ambulante behandlingsaftaler eller på grund af forøget fare for tilbagefald til ny kriminalitet.

En behandlingsdom kan være med eller uden længstetid. Længstetiden er dog typisk 5 år. En behandlingsdom kan forlænges med op til 2 år ad gangen. Dette kræver ikke en ny retssag, men kan beslattes ved en kendelse.

Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling (anbringelsesdom)

Ved meget alvorlig kriminalitet og samtidig alvorlig psykisk sygdom kan den dømte idømmes en anbringelsesdom. Dommen indebærer, at den anbringelsesdømte indlægges på psykiatrisk afdeling. I særligt alvorlige tilfælde, hvor vedkommende er udtalt farlig, kan retten dømme til anbringelse på sikringsafdeling under Afdeling for Retspsykiatri, Region Sjælland. Foranstaltningsdomme i sager med alvorlig kriminalitet er uden længstetid, og det er op til retten at beslutte, hvornår en dom kan ophæves.

Kilder: (Justitsministeriet, 2020; Poulsen, 2013; Kompetencecenter for Retspsykiatri, 2021; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016).

1.3.2.2 Fængselsdom

Der findes personer med psykisk sygdom i kriminalforsorgens institutioner (Adamsen, 2013). Det kan være personer, som ikke under domsafgørelsen er blevet afdækket til at have en psykisk sygdom og efterfølgende indsættes til afsoning. Der kan også være tale om personer, hvor en mentalerklæring har konkluderet, at den pågældende lider af en psykisk sygdom, uden at der dog kan peges på bedre kriminalitetsforebyggende behandlingsmuligheder end fængsel, hvorfor der i sådanne tilfælde anbefales almindelig straf. Dette vil ofte gælde for personer med en lettere grad af mental retardering og organisk hjerneskade samt personer med borderline, Asperger, ADHD og stærke personlighedsafvigelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006:100).

Der findes ingen opgørelse over, hvor mange personer med psykisk sygdom som afsoner en fængselsdom Danmark. Undersøgelser på området finder stor variation hvad angår forekomsten af psykisk sygdom blandt indsatte. En spørgeskemaundersøgelse gennemført af Differentieringsudvalget i 1999 fandt eksempelvis, at ca. en fjerdedel af alle indsatte viste tegn på psykiske problemer (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000). I 2013 viste et studie udført af Direktoratet for Kriminalforsorgen blandt varetægtsfængslede, at andelen af indsatte med psykiske sygdomme¹ og andre psykiatriske lidelser² var 91 %³ (Adamsen, 2013:13,54). Den seneste screening foretaget i 2015 fandt, at 35 % af de indsatte var registreret med mindst én psykiatrisk diagnose. Stofafhængighed var her den dominerende diagnose, som blev registreret hos 20 % af de indsatte. Dernæst følger ADHD, der er angivet som mistænkt eller konstateret diagnose hos i alt 8 % af de indsatte (Bien m.fl., 2015: 9).

Opstår der behov for psykiatrisk behandling under afsoning, kan Kriminalforsorgen sammen med den psykiatriske afdeling, der skal modtage patienten, bestemme, at den indsatte overføres til en psykiatrisk afdeling, enten midlertidigt eller for resten af afsoningstiden (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006:31).

Ved indsættelse i en arrest eller et fængsel gennemføres der desuden en modtagelsesprocedure, hvor den indsatte psykiske helbredstilstand og rusmiddelproblematikker bl.a. afdækkes. Når modtagelsesproceduren er gennemført, oprettes der en handleplan for personens videre forløb (Kriminalforsorgen, 2023¹). Her kan den indsatte fx få tilbudt et kognitivt færdighedsprogram, anger management eller tilbud om voldsforebyggelse (Kriminalforsor-

¹ I studiet defineret som enten en stofpsykose, en diagnose inden for skizofrenispektret, en organisk betinget psykose eller en psykotisk tilstand inden for det affektive spektrum, eventuelt kombineret med et skadeligt brug eller et afhængighedssyndrom af et eller flere stoffer.

² I studiet defineret som forskellige nervøse og stressrelaterede tilstande, affektive lidelser og organiske psykiske lidelser samt adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndoms- og ungdomsårene (herunder ADHD).

³ Det skal bemærkes, at 41 % af de stillede diagnoser er såkaldte 'misbrugsdiagnoser', som fx psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af cannabinoider.

gen, 2023²). Der er desuden behandlingsgaranti for indsatte i fængsler og arrester, der har et stofbrug. Kriminalforsorgen tilbyder i de fleste fængsler alkohol- og stofbehandling, og det skønnes, at op imod 15 % af alle indsatte er i en eller anden form for behandling (Kolind, 2016). Indsatte kan også få tildelt en mentor, som kan støtte under den sidste del af personens afsoning, eksempelvis med bopæl, arbejde eller uddannelse samt kontakt til offentlige myndigheder og sociale netværk (Kriminalforsorgen, 2023³).

Tidligere undersøgelser har imidlertid peget på, at der mangler rehabiliterende tilbud i fængslerne, som i tilstrækkelig grad imødekommer behovene hos indsatte med psykiske vanskeligheder (Berger m.fl., 2017; Berger m.fl., 2020; se også Minke m.fl. 2023).

1.3.3 Aktører i det kriminalpræventive arbejde

Borgere med psykisk sygdom og kriminalitetshistorik har ofte så komplekse problemstillinger, at de har brug for indsatser fra en lang række af aktører på tværs af flere sektorer.

I dette afsnit beskriver vi de aktører, som undersøgelsens interviewpersoner typisk fortæller at have været i kontakt med enten før, under eller efter de har fået en dom. Det vil sige væsentlige aktører relateret til ungdoms- og voksenlivet.

1.3.3.1 Den regionale psykiatri

Regionerne har ansvaret for den behandlende psykiatri, der omfatter stationær og ambulante behandling på psykiatriske sygehuse, centre og afdelinger. Den behandlende psykiatri omfatter åbne og lukkede psykiatriske afdelinger, herunder retspsykiatriske afdelinger. Desuden omfatter ansvaret ambulante tilbud samt opsøgende retspsykiatriske teams (Danske Regioner, 2023¹).

Den regionale psykiatri har i perioden 2011-2020 oplevet en stigning i antallet af kontakter. I 2011 var knap 100.000 voksne i kontakt med den regionale psykiatri. Det tal var i 2020 steget til næsten 120.000, svarende til en stigning på 20 % (Danske regioner, 2023¹). Fra 2010 til 2018 er antallet af sengepladser i psykiatrien faldet med ca. 9 % (fra 3.148 til 2.880), og den gennemsnitlige liggetid pr. indlæggelse er faldet med 21 % (fra ca. 24 til 19 dage) (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Samtidig er antallet af genindlæggelser i behandlingspsykiatrien steget (eSundhed, 2023).

I forbindelse med Aftale om finansloven for 2020 blev regeringen og aftaltpartierne enige om at styrke psykiatrien med 600 mio. kr. årligt fra 2020 og frem.

Den anden årlige opfølgning på udmøntningsaftalen viser bl.a. en positiv udvikling i antallet af fuldtidsbeskæftigede og normerede sengepladser i psykiatrien, mens antallet af akutte genindlæggelser fortsat er stigende (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023).

Med en '10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed' tilføres en økonomisk indsprøjtning (både hvad angår kapacitet og tilbud) i den regionale psykiatri over en kommende årrække (Sundhedsministeriet, 2022).

1.3.3.2 Socialpsykiatrien

Kommunerne har ansvaret for socialpsykiatrien, der varetager en række rehabiliterende og psykosociale tilbud til mennesker med psykisk sygdom. I socialpsykiatrien tilbydes der ydelser som bosteder, væresteder og herberger, aktivitetscentre, støtte- og kontaktpersonordninger, opsporende og forebyggende tiltag samt støtte til beskæftigelse (Danske Regioner, 2023¹).

Flere voksne med en psykiatrisk diagnose modtager sociale indsatser. Tal fra 2018 viser, at mere end fire gange flere voksne med en psykiatrisk diagnose modtager sociale indsatser end i befolkningen generelt, og at mere end 5 % af voksne, der har en psykiatrisk diagnose, modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem. Dette er mere end fem gange så mange som i befolkningen generelt (PwC, 2020:41). Tal fra 2020 viser ligeledes, at borgere med psykisk sygdom har haft kontakt med kommunen i signifikant større omfang end den øvrige befolkning (Amilon m.fl. 2020:82).

1.3.3.3 Rusmiddelbehandling

Rusmiddelafhængighed er udbredt blandt mennesker med psykisk sygdom, ligesom mennesker med rusmiddelafhængighed oftere oplever psykisk sygdom (Thylstrup & Hesse, 2019). Faktisk har mere end halvdelen af mennesker med et problematisk stofforbrug i Danmark også en psykisk sygdom, og meget ofte er de to ting viklet ind i hinanden (Danske Regioner m.fl., 2009). Tal fra 2018 viser, at voksne med en psykiatrisk diagnose oftere modtager behandling for rusmiddelafhængighed, end befolkningen generelt (PwC, 2020:29)

Rusmiddelbehandling er et kommunalt ansvar (men et regionalt ansvar under indlæggelse), og det er op til kommunen at beslutte det konkrete indhold af det behandlingstilbud, en borger med rusmiddelafhængighed skal have (Kohl m.fl., 2016: 43). Behandling kan gives med forskellig intensitet, fx ambulante eller i forbindelse med dag- eller døgnbehandling, og formålet med behandlingen kan både være ophør, reduktion og stabilisering af borgerens forbrug (Amilon m.fl., 2016).

Borgere med rusmiddelsafhængighed kan modtage to overordnede typer af behandling: lægelig rusmiddelbehandling og social rusmiddelbehandling. Lægelig behandling omfatter primært undersøgelse for og behandling af afhængigheden gennem abstinens- eller substitutionsbehandling, mens social stofmisbrugsbehandling omfatter forskellige samtalebaserede interventioner og behandlingsmetoder med et psykosociale perspektiv (Thylstrup, 2012). Social rusmiddelbehandling ydes efter serviceloven, mens lægelig rusmiddelbehandling ydes efter sundhedsloven (Socialstyrelsen, 2020). Rusmiddelbehandling til borgere med dobbeltdiagnose vil overgå til regionerne i 2024 (Danske Regioner, 2023²).

1.3.3.4 Hjælp til beskæftigelse og forsørgelse

Tal fra 2018 viser, at flere voksne med en psykiatrisk diagnose modtager offentlig forsørgelse end i befolkningen generelt på tværs af alle aldersgrupper. Særligt mange midaldrende voksne med en psykiatrisk diagnose modtager offentlig forsørgelse (PwC, 2020:39). Offentlig forsørgelse inkluderer alle former for ledighedsydelse, herunder ydelser som kontanthjælp og integrationsydelse og indsatser som virksomhedspraktik og fleksjob. Et nyt studie fra 2023 viser desuden, at mennesker med psykisk sygdom har et arbejdsliv, der i gennemsnit er 10,5 år kortere end befolkningens generelt. Særligt ramt er mennesker med skizofreni, hvor tabet er 24 år (Plana-Ripoll m.fl., 2023).

Kommunen kan bevilge økonomisk hjælp i form af kontanthjælp eller uddannelseshjælp (til unge under 30 år), hvis en borger ikke har nogen mulighed for at skaffe de nødvendige økonomiske midler til sig selv og eventuel families daglige forsørgelse (Sundhed.dk, 2023). Kommunerne kan også træffe afgørelse om tilkendelse af førtidspension til borgere med en psykisk sygdom (Ankestyrelsen, 2012).

Det er også en kommunal forpligtigelse at hjælpe ledige i job eller uddannelse. Kommunerne kan tilbyde forskellige indsatser, der understøtter borgere i at påbegynde og gennemføre en uddannelse eller få et job. Borgere, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse og modtager kontanthjælp, dagpenge og sygedagpenge mv., har fx ret til en udskrivningsmentor. Udskrivningsmentoren kan hjælpe borgeren med at komme tilbage til en hverdag med job eller uddannelse og hjælpe med at koordinere opgaver omkring økonomi, bolig og netværk (Aarhus Kommune, 2023).

1.3.3.5 Politi

Politiet er i kontakt med personer med psykisk sygdom i forbindelse med en række opgaver. Det drejer sig bl.a. om assistanceopgaver, hvor politiet assisterer andre myndigheder med fx transport mellem institutioner og bosteder og hjælp til håndtering af patienter, der nægter at følge anvisninger mv.

Politiet varetager også bekymringsopgaver, hvor en anmelder udtrykker bekymring for en person med psykisk sygdom, fx omkring manglende kontakt, personer der, ikke er vendt hjem og har depressioner og/eller selvmordstanker, og lægehenvendelser om muligt selvmordstruede personer osv. Desuden varetager politiet opgaver vedrørende uro og uorden, der omfatter generende adfærd over for andre personer, hændelser, hvor en person er gået amok, husspektakler, personer til ulempe i det offentlige rum samt voldsrelaterede hændelser og opgaver, hvor personer med psykisk sygdom er udeblevet fra en behandling, og anbragte personer, der ikke er returneret efter udgang (Rigspolitiet, 2018:22-28).

En spørgeskemaundersøgelse udført af Rigspolitiet i 2017 viser, at næsten hver anden patruljerende betjent (41 %) havde haft en opgave, der involverede en person med en psykisk lidelse på deres seneste vagt (Rigspolitiet, 2018:34).

For at tilbyde borgere med psykisk sygdom den rette støtte har der siden lovændringen i retsplejelovens §§ 114 og 115 i 2009 været etableret såkaldte PSP-samarbejder i samtlige danske politikredse (Rigspolitiet, 2023). PSP-samarbejdet er en koordineret indsats mellem politiet, de sociale myndigheder og psykiatrien og i nogle tilfælde også Kriminalforsorgen i Frihed (KiF). Ideen med PSP-samarbejdet er at skabe et forum, hvor deltagerne kan koordinere indsatsen over for særligt udsatte borgere med psykisk sygdom, der er i risiko for at havne i et tomrum mellem forskellige myndigheders ansvarsområder, og at de dermed ikke får den nødvendige støtte. Helt centralt i samarbejdet er koordinering omkring konkrete enkeltsager, hvor de deltagende myndigheder aftaler, hvem der har ansvaret for borgerens forløb. Derudover skaber PSP grobund for mere erfaringsudveksling og dannelsen af nye, konstruktive samarbejdsrelationer myndighederne imellem (Danske Regioner m.fl., 2009).

I de senere år er forskellige samarbejder på tværs af politi og sundhedsmyndigheder desuden afprøvet på tværs af politikredse, eksempelvis 'Fælles udrykningsteams (FUT)', hvor betjente og en psykiatrisk sygeplejerske i samarbejde rykker ud til hændelser, der involverer personer med psykisk sygdom (Rigspolitiet, 2021). Samt 'Akut Psykiatrisk Udrykningstjeneste (APU)', hvor erfarne psykiatriske sygeplejersker vejleder eller assisterer samarbejdspartnere som arbejder med psykisk syge borgere (Psykiatrien i Region Syddanmark, 2023).

1.3.3.6 Kriminalforsorgen

Kriminalforsorgen står for driften af arresthuse, åbne og lukkede fængsler samt udslusningsfængsler. De lukkede fængsler har en høj grad af sikkerhed og kontrol. I åbne fængsler kan der være mulighed for at arbejde eller tage uddannelse uden for fængslet, mens udslusningsfængslerne anvendes som alternativ til fængsel og som gradvis udslusning fra fængsel til frihed, bl.a. i forhold til at få en bolig og et job. Det er straffens længde og kriminalitetens art, der bestemmer, om en indsat placeres i lukket eller åbent fængsel, mens ophold i et udslusningsfængsel bruges til udslusning fra fængsel til visse dømtede, prøveløsladte og betinget dømtede, som grundet særlige omstændigheder ikke kan være i fængsel eller arresthus (Kriminalforsorgen, 2023⁴, Retsinformation, 2023).

1.3.3.7 Kriminalforsorgen i Frihed (KiF)

Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) fører tilsyn med personer, som er dømt en betinget dom i retten, eventuelt med særbetingelser såsom samfundstjeneste, rusmiddelbehandling, psykiatrisk behandling m.m. samt tilsyn med prøveløsladte. Herudover har KiF også tilsynsforpligtigelse i forhold til personer, som er vurderet uegnede til afsoning i fængsel og derfor er idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom (Kriminalforsorgen, 2023⁵).

Tilsynet består i jævnlige samtaler med en socialrådgiver fra KiF. Samtalerne har både et kontrollerende og støttende formål i forhold til at sikre, at de betingelser, der er tilknyttet tilsynet, bliver overholdt, samtidig med at personen støttes til at leve et liv uden kriminalitet. Hyppigheden af samtalerne bestemmes baseret på en individuel risiko- og behovsvurdering (Kriminalforsorgen, 2023⁶).

Foruden tilsyn indgår KiF også i det kriminalitetsforebyggende arbejde, fx i samarbejdet med skoler og politi. Det er også KiF, der har ansvar for de personundersøgelser, der finder sted i forbindelse med en straffesag (Kriminalforsorgen, 2023⁵).

1.4 Rapportens opbygning

I kapitel 2 præsenterer vi udvalgte barrierer, som borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring oplever i deres møder med myndigheder og indsatsområder i det kriminalpræventive arbejde. I kapitel 3 belyser vi modsat en række støttende foranstaltninger i det kriminalpræventive arbejde, mens vi i kapitel 4 beskriver en række tiltag og indsatser, som i borgernes optik kan være med til at forbedre deres møder med det offentlige system og forebygge

(tilbagefald til) kriminalitet. I kapitel 5 ser vi i et konkluderende kapitel på tværs af borgernes erfaringer med kriminalpræventive indsatser og identificerer centrale aspekter, der i et borgerperspektiv henholdsvis øger eller mindsker sandsynligheden for at begå (ny) kriminalitet. I kapitel 6 er undersøgelses metode, datagrundlag og rekrutteringsstrategi beskrevet sammen med en oversigt over interviewpersonerne i undersøgelsen.

2 Barrierer i det kriminalpræventive arbejde

I dette kapitel præsenterer vi interviewpersonernes oplevelser af barrierer i det kriminalpræventive arbejde. Kapitlet beskæftiger sig først med strukturelle, dernæst relationelle og slutteligt individuelle barrierer.

2.1 Strukturelle barrierer

I dette afsnit belyser vi en række udvalgte strukturelle barrierer, som de er beskrevet af undersøgelsens 19 deltagere. Strukturelle barrierer omfatter forhold, der hænger sammen med systemets strukturer, procedurer og organisering, fx gennem lovgivning, forvaltning og inddeling af specialområder.

2.1.1 Manglende akutte behandlingstilbud og sengepladser i psykiatrien

For mange af interviewpersonerne har de psykiatriske akutmodtagelser (før deres dom) været eneste livline i systemet, når de har stået i en krise: tanker om selvmord, voldsom angst, uhåndterlige tanker og følelser og/eller psykose.

Imidlertid beretter 8 ud af 19 interviewpersoner om, at det har været vanskeligt at få tildelt en sengeplads. Niels på 53 år, som har diagnosen paranoid personlighedsstruktur, udtaler fx: *"Jeg kunne først få [en indlæggelse], da det fandeme var helt derude, hvor det var stukket helt af"*.

Interviewpersonerne fortæller, at de ofte må kæmpe for at blive indlagt ved at tage forskellige strategier i brug. Det kan eksempelvis bestå i at være meget insisterende, overdrive symptomer, tigge og bede om hjælp eller omvendt være udadreagerende og modsætte sig indlæggelse for at forårsage en tvangsindlæggelse. En enkelt borger beretter også om bevidst at have holdt vejret for at fremprovokere en besvimelse (se også Møllerhøj, m.fl. 2020:294).

Det er imidlertid ikke altid, at det lykkes borgerne at få en sengeplads. 3 ud af 19 af undersøgelsens borgere har oplevet at blive afvist i de psykiatriske akutmodtagelser. Som citatet med Gitte nedenfor viser, kan det potentielt forstærke følelsen af, at det kræver en aktiv indsats fra borgeren selv at modtage hjælp.

Gitte: *Så havde jeg nogle indlæggelser, så skulle jeg faktisk kæmpe for at blive indlagt.*

Interviewer: *Kan du sige lidt om det?*

Gitte: *Når jeg kom ned, fordi jeg havde selvmordstanker og... jeg kunne ikke være i det. Jeg kunne ikke bare klare at være derhjemme. Når jeg så kom ned på sygehuset, der på skadestuen, så skulle jeg ligesom tigge og bede for at... "det er alvorligt det her, jeg kan ikke". Og sådan har jeg faktisk oplevet det nærmest hver eneste gang, jeg ville indlægges. Altså, jeg skulle næsten sidde og skære pulsåren over, før de virkelig kunne se, at det var alvorligt.*

Interviewer: *Men du har fået en plads hver gang? Du er ikke blevet sendt hjem på noget tidspunkt?*

Gitte: *Jeg er faktisk også blevet sendt hjem. Og det er den følelse, jeg egentlig altid har gået med, når jeg har skulle bede om hjælp efterfølgende. Hvor det er lige meget, hvor meget jeg har råbt og skreget, så har det været en kamp for at blive indlagt.*

Gitte, 42 år

Diagnosticeret med emotionelt ustabil personlighedsstruktur (borderline type) og depression

2.1.2 Utilstrækkelig professionel behandling

Interviewpersonerne (9 ud af 19) oplever desuden, at indlæggelserne ofte er (for) korte, og at der således sker en for tidlig udskrivning. De står ofte tilbage med en oplevelse af, at behandlingen endnu ikke er fuldendt, og at de efterlades tilbage uden støtte (fx ambulans opfølgning). Resultatet er ofte talrige indlæggelser, som det fremgår af citaterne nedenfor.

Line: *Jeg blev indlagt, og rigtig mange gange blev jeg udskrevet igen dagen efter. Og så er jeg kommet hjem, og så har det været galt igen, og så er jeg blevet indlagt igen. Det er også, fordi man kommer ud til ingenting. Det har været sådan noget 'Nu synes vi, du er velmedicineret og værsgo, du tager bare hjem'.*

Interviewer: *Og klare sig selv?*

Line: *Ja, man bliver uskrevet til nul og niks. 'Du kan godt klare dig selv', og så går det galt, selvfølgelig.*

Line, 44 år

Diagnosticeret med paranoid psykose



Nu kan man bare se på ham, der skød inde i Fields, ikke, han har jo råbt og skreget på hjælp selv, plus hans familie havde også råbt på hjælp, ikke? Men han fik sgu ikke noget hjælp. Og det sker ofte, altså, at de bare udskriver folk hele tiden, så man bliver sådan en svingdørspatient, det gør man sgu.

Kim, 48 år

Diagnosticeret med emotionel ADHD, PTSD og dyssocial personlighedsforstyrrelse

3 ud af 19 af interviewpersonerne mener selv, at den kriminelle handling, de har begået, kunne have været undgået, hvis de havde modtaget den rette behandling gennem behandlingspsykiatrien. Det gælder fx Nick på 28 år, der under en (forbigående) psykose forårsagede en ildspåsættelse på sit botilbud (se også Ahle, 2019; Poulsen m.fl., 2000:129).



Jeg tror, at hvis jeg havde fået noget hjælp, så kunne jeg have undgået min behandlingsdom. Det er min vurdering, og om den er rigtig, ved jeg jo ikke, men jeg tror, at hvis jeg havde fået den rigtige hjælp og den rigtige støtte dengang, så havde jeg kunnet undgå min behandlingsdom. Men jeg kan desværre ikke... bevise det på nogen måder.

Nick, 28 år

Diagnosticeret med emotionel ADHD, PTSD og dyssocial personlighedsforstyrrelse

2.1.3 Først hjælp, når det er for sent

Lidt over en tredjedel (7 ud af 19) af de personer, vi har talt med, oplever, at de først har fået den rette støtte/behandling, efter de er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom (se også Moltke, 2022; Møllerhøj, m.fl., 2020).

6 ud af 19 af interviewpersonerne fortæller, at de oplever, at tingene først skal gå rigtig galt, før systemet tildeler den nødvendige hjælp. Flere drager her en parallel til den såkaldte "Field's sag", hvor en 23-årig mand er blevet dømt for drab og drabsforsøg efter i psykotisk tilstand at have skudt i indkøbscenteret Field's den 3. juli 2022.



Du kan jo også tage ham Field's-manden, der lige har fået sin dom. Altså, når man når til punktet, hvor man faktisk siger til dommer og anklager, at man ikke ønsker at anke ..., fordi man faktisk ønsker hjælpen. At man skal ud og skyde folk, faktisk også gøre det, for at få hjælp i vores system, og så faktisk også være så langt ude, at man siger 'ja, jeg skal sidde her til evig tid med de mest farlige mennesker, men bare jeg får hjælp, så er det fint', så sejler det simpelthen for meget. At folk bliver så desperate, at vi skal tage liv for at få hjælp til vores eget liv, så er det der man som samfund skal tænke 'hvad fanden foregår der?'

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline og PTSD,
aktuelt under udredning for ADHD

2.1.4 Manglende samarbejde og koordination mellem sektorer

19 af de interviewede borgere refererer til udfordringer i det tværsektorielle samarbejde, når de beskriver årsagerne til, at det skulle ende med en dom, før end de modtog en tilstrækkelig professionel behandling. Line på 44 år, som aktuelt har en dom til ambulans behandling, har eksempelvis oplevet, at hun blev kastet mellem politiet og psykiatrien:



Jeg blev kastet rundt i systemet, både af politiet og af psykiatrien. Politiet ville have mig indlagt, og psykiatrien sagde: 'Du fejler ikke noget og ud med dig igen'. Så jeg blev bare lidt sådan en kastebold i systemet, så det gik jo fuldstændig i selvsving det hele. Sådan blev jeg kastet rundt i flere år, indtil at den kriminalitet, jeg så havde lavet, den var så grel, at de sagde: 'Okay, nu er der noget galt'.

Line, 44 år

Diagnosticeret med paranoid psykose

At samarbejdsfladerne mellem politi og behandlingspsykiatrien kan volde udfordringer for begge parter fremgår også af Emilias eksempel nedenfor. Eksemplet viser, hvordan et funktionsopdelt og specialiseret velfærdssystem somme tider kan spænde ben for en virksom indsats (se også KL, 2017).



Den samme betjent, der var kommet dagen før og havde slæbt mig ind på psyk [efter et selvmordsforsøg på en togstation], det var den samme, der fik lov at slæbe mig ud, og han var rødglødende. Så havde han fået en dom, så havde det været den dag, fordi han startede med at sige til dem, at han fandeme håbede for dem, at det var en anden patient, han kom for at hente, fordi hvis det var mig, de var ved at smide ud, efter han havde brugt 4,5 time i går på at overtale mig til, at jeg ikke skulle ud foran et tog, så... kunne det godt være, at de manglede en rigtig god forklaring til ham snart.

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline og PTSD,
aktuelt under udredning for ADHD

Citat viser, hvordan Emilia har oplevet, at det var den samme politibetjent, der ledsagede Emilia både til og fra en akut indlæggelse på en psykiatrisk afdeling i forbindelse med et selvmordsforsøg. At denne slags oplevelse formentlig ikke er forbeholdt Emilia, understreges bl.a. i en rapport fra Rigspolitiet, hvori det noteres, at *”der i forbindelse med beredskabets arbejde med personer med psykisk sygdom ofte opstår uklarheder om ansvarsfordeling og snitflader mellem politiet og de øvrige myndigheder, og at disse udfordringer kan betyde, at personer med psykisk sygdom kommer i kontakt med politiet gentagne gange, uden at dette reelt løser kernen i borgerens problemer”* (Rigspolitiet, 2018).

2.1.5 At falde mellem systemets stole

I interviewene fremgår også en række andre eksempler på strukturelle barrierer for at modtage en tilstrækkelig professionel behandling/støtte i forhold til at undgå at begå kriminalitet. Et af disse forhold er at havne mellem systemets stole.

Borgere med komplekse støttebehov har ofte mange og samtidige kontaktpunkter til forskellige afdelinger og myndigheder (KL, 2017:7). Sektoropdelingen giver sig i nogle tilfælde udslag i, at borgerne falder mellem systemets stole. 8 ud af 19 interviewpersoner angiver denne udfordring som en direkte årsag til ikke at modtage tilstrækkelig behandling (se også Berg & Bach, 2018:107).

I citatet nedenfor fortæller Emilia på 21 år, hvordan hverken den ambulante indsats (omtalt i citatet som distriktspsykiatrien) eller sengeafsnittene reagerer på hendes råb om hjælp. Ingen pådrog sig ansvaret:

Emilia: Jeg havde jo i måneder fortalt dem, at jeg kunne ikke være alene, jeg kunne ikke være i min lejlighed, jeg kunne ikke... være til stede, og jeg kunne faktisk ikke håndtere livet. Og alligevel får jeg at vide, at den må jeg tage med distriktet, når jeg skal der op – og de siger, 'den må du tage med [behandlings-]psykiatrien, hvis du skal indlægges'.

Interviewer: Okay, så du har sagt det både under indlæggelse og i distriktspsykiatrien?

Emilia: Ja og de var begge to informeret om, at jeg havde det rigtig dårligt, og de var klar over, at som det så ud på det tidspunkt, der var min PTSD så slem, at jeg faktisk sov i min kælder, fordi jeg kunne ikke rumme det, og der blev ikke gjort noget.

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline og PTSD,
aktuelt under udredning for ADHD

Andre interviewpersoner (4 ud af 19) fortæller om, at deres støttebehov er så komplekse, at ingen offentlige aktører har magtet/kunnet/ønsket at påtage sig opgaven. Dette kommer eksempelvis til udtryk hos Søren, en mand på 37 år med kombineret hjerneskade, ADHD, PTSD og rusmiddelforbrug, der i nedenstående interviewuddrag fortæller om sine udfordringer med at få foretaget en udredning hos en psykiater. Søren beskriver bl.a., at han holder igen med at dele alle sine mangesidede vanskeligheder for ikke at fremstå 'for komplekse' til et sektoropdelt velfærdssystem:



Min egen læge kæmpede i hvert fald, hvad han kunne dengang [for at få foretaget en udredning]. Alle sagde 'nej tak', og jeg var for kompleks, ikke? Man føler sig jo noget fortabt, og det gør jo heller ikke tingene spor bedre, fordi man bliver jo mere ligeglad... Så det er sådan lidt, at hvis man også er ærlig, så er det ikke altid, at det gavner. Nogle gange bliver man nødt til at lyve eller ikke fortælle alle tingene [for at nedbringe kompleksiteten]. Og det kommer du heller ikke i bund med.

Søren, 37 år

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og hjerneskade

3 ud af 19 interviewpersoner beretter desuden om, hvordan en kompleksitet i diagnoser (komorbiditet) og afledte støttebehov vanskeliggør tilbud om behandling. Nedenfor fortæller Emilia om, hvordan den samtidige tilstedeværelse af borderline og PTSD gør, at hun ikke passer ind i én kasse, der muliggør/udløser et diagnosespecifikt behandlingstilbud:

“

[Emilia gengiver, hvad en systemrepræsentant har udtalt:] 'Ja, men det er fordi, at når du har borderline, kan det være lidt kompliceret'. 'Så det, at jeg har borderline, det annullerer, at jeg har PTSD, eller hvad er det, vi tænker?' 'Nej, men det gør det bare besværligt'. 'Så fordi det er besværligt, så vil I hellere undgå det eller hvad?' 'Nej, men så er det bedre givet ud til andre'. 'Okay, så jeg er nedprioriteret, fordi jeg har andre udfordringer?'

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline og PTSD,
aktuelt under udredning for ADHD

Udfordringen med at falde mellem flere stole er særlig udtalt hos personer med såkaldt dobbeltdiagnose, dvs. borgere, som fx både har en rusmiddelafhængighed og psykiske vanskeligheder. Flere af interviewpersonerne (17 ud af 19) fortæller, at de anvender/eller har anvendt rusmidler, herunder især som en form for selvmedicinering, til håndtere deres psykiske vanskeligheder. Flere oplever, at myndigheder og tilbud har svært ved at tage hånd om begge disse udfordringer samtidig, hvorfor borgeren ofte står tilbage uden en egentlig lindring af sin situation, som det beskrives i citaterne nedenfor (se også afsnit 1.3.3.3 om rusmiddelbehandling):

“

I to-tre dage [var jeg indlagt i behandlingspsykiatrien], ja, og så kom jeg hjem igen. Så blev jeg psykotisk igen. For da jeg blev udskrevet, gik jeg bare hjem og røg mere hash.

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni



Så om dagen, når der kommer en overlæge og snakker med mig, jamen, så fejler jeg jo ikke noget, så har jeg det bedre, og jeg har ingen stoffer i kroppen, fordi det er jo ude. Så siger han så: 'Jamen, du har det jo fint'.

Line, 44 år

Diagnosticeret med paranoid psykose

Brug af rusmidler kan også skabe udfordringer i forhold til eksisterende tilbud, som fx ophører, hvis borgerne indrømmer deres brug. Et sådant eksempel fremgår af citatet nedenfor, hvor David må forlade det forsorgshjem, han bor på, på grund af stofindtag.



Nå, anyways [navn på botilbud fjernet], der var jeg i... Der tog jeg stadigvæk ikke min medicin. Men på den anden side, der var heller ikke rigtig nogen, der holdt øje med, om jeg gjorde det. Jeg snød alligevel, men... anyways. Der var jeg en seks-syv måneder, tror jeg, og så blev jeg smidt ud derfra. Fordi jeg indrømmede, at jeg tog coke en dag. Og det var totalt no go. Så jeg røg ud derfra, og så røg jeg til [navn på botilbud fjernet].

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

2.1.6 Isolerede forløb

Flere af interviewene tegner et behov for mere samarbejde og integration på tværs af tilbud, således at behandlingen gennemføres som et samlet forløb, hvor der sker en koordinering og harmonisering af de enkelte tilbud. Cirka halvdelen af interviewpersonerne (9 ud af 19) beskriver at have modtaget en række isolerede behandlingsindsatser fra både kommuner og regioner uden opfølgning og støtte efter endt forløb. Når regionerne og kommunerne ikke i tilstrækkeligt omfang koordinerer deres indsatser, er der risiko for, at situationen forværres for borgerne, og at de kun får et begrænset udbytte af forløbene (se også Mik-Meyer, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2022:14).

Peter på 47 år beskriver eksempelvis, hvordan han efter en mangeårig afhængighed af amfetamin fik tilbudt 3 måneders psykiatrisk døgnbehandling for dobbeltdiagnose uden efterfølgende relevant socialfaglig støtte og rehabiliteringstilbud:



Der følte man, mens man sad deroppe, at man kunne bruge det til noget, når man hører alle de andre, hvad de sagde, og hvad man fik af muligheder og værktøjer for at holde op med at tage det. Men når man kommer ud til det sædvanlige, der var der jo tomrum igen, så ryger man på den igen lige med det samme.

Peter, 47 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

Som i Peters tilfælde gør udfordringen sig særligt gældende i overgangen fra et tilbud til et andet (og én sektor til en anden), som eksempelvis ved udskrivninger fra behandlingspsykiatrien, ophør af behandlingstilbud og behandlingsdom og/eller løsladelse fra fængslerne. 9 ud af 19 interviewpersoner beskriver disse overgange som særligt sensitive situationer forbundet med en væsentlig grad af usikkerhed og tomrum.

Niels, som har været dømt til anbringelse på ubestemt tid grundet overfald og vold, fortæller eksempelvis, hvordan han oplevede det som sårbart at komme ud og stå på egne ben igen efter mange års indlæggelse på en psykiatrisk afdeling i forbindelse med en behandlingsdom. Mange af undersøgelsens deltagere efterspørger, som Niels gør det i citatet, støtte i disse overgangsperioder, således at man som borger ikke efterlades alene i et vakuum:

Niels: Jamen, når du har været væk seks år, så starter man jo helt fra starten. Hvor vil du bo henne og alt muligt, det skal du jo først til at tænke over; du har ikke kræfter nok til at spekulere over det, så længe du ikke ved, hvornår du kommer ud, når du først har fået den der omskrivning [fra anbringelsesdom til ambulat behandling]. Så skal du bare ud med det samme, altså. Og som jeg også sagde til hende overlægen der: 'Det kunne da godt være, at jeg måske lige kunne bruge et halvt år på sådan et hjem'.

Interviewer: *Hvor du lige var i sådan en overgangsperiode?*

Niels: Ja, lige for at omstille sig. Men nej, 'jeg fungerer sgu for fint til det', så det ville de ikke spille penge på. Så det var bare direkte ud, og når man først har fået lejligheden og den dato, du blev udskrevet fra psyk... der er du dig selv. Der er ingenting... den eneste opfølgning, der er, det er kriminalforsorgen [KiF].

Interviewer: *Okay, og hvor ofte gik du til samtale med [navn fjernet] fra KiF?*

Niels: Det var så en gang om måneden. Så kommer man ud og så går der en hel måned, hvor der sker ingenting.

Niels, 53 år

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og dyssocial personlighedsforstyrrelse

2.1.7 Systemkompleksitet

Endelig peger nogle interviewpersoner (5 ud af 19) på udfordringer ved at skulle navigere i det offentlige hjælpesystem, der består af et væld af myndigheder, aktører og kontorer. Systemkompleksiteten kan synes overvældende for undersøgelsens deltagere, der ofte har komplekse udfordringer, hvorfor mødet med systemet i sig selv kan forværre deres situation, fordi koordinationsopgaven ofte tilfalder borgeren (se også Hjelmar, 2018; Hjelmar m.fl., 2020). Dette eksemplificeres i nedenstående interviewuddrag med Jørgen, der er en 44-årig mand, der er blevet diagnosticeret med ADHD og har haft en (forbigående) psykose:



Altså, du ved. Hele systemet er totalt snotforvirrende, fordi der er afdelinger for alt. Altså, der er jo... Det er ikke bare ét sted, du går hen. Så skal du derhen, og så skal du vente i fire dage eller i en uge eller 14 dage, før at de ligesom har gennemgået din sag sådan, at de kunne gå videre til den næste sag. Så altså, det er jo godt, at vi har det her sikkerhedsnet, det er så fint. Men jeg kan sagtens se, hvorfor folk giver op. Hvis man har et kriminelt mindset og bare går direkte tilbage til at være platugle eller til at lave røverier og sådan nogle ting. Det kan jeg sagtens se. Jeg kan også godt se, hvorfor folk bliver tossede.

Jørgen, 44 år

Diagnosticeret med ADHD og har haft en (forbigående) psykose

2.2 Relationelle barrierer

I dette afsnit vender vi os mod de relationelle barrierer i mødet mellem borgere med psykisk sygdom og aktører i det kriminalpræventive arbejde. De relationelle barrierer skal her forstås som forholdet mellem borgeren og forskellige myndigheder og fagprofessionelle, som ifølge interviewpersonerne kan

udgøre en barriere for, at de modtager den nødvendige kriminalpræventive hjælp.

2.2.1 Manglende opmærksomhed og anerkendelse af behov

Flere af interviewpersonerne (7 ud af 19) fortæller om fagprofessionelle på tværs af myndigheder, institutioner og hjælpesystemer, som har overset deres signaler om (og symptomer på) at have behov for hjælp. Den manglende hjælp har ofte fatale konsekvenser for borgerne, som bliver mere angste, frustrerede eller psykotiske. For nogle af undersøgelsens deltagere har den manglende hjælp resulteret i, at de har begået en kriminel handling i affekt (se også Moltke, 2022; Møllerhøj & Stølan, 2021: 88).

I nedenstående citat fortæller Jørgen eksempelvis, hvordan han under en stofpsykose blev anholdt af politiet og placeret i arresten. Her blev han tilset af en læge, men vedkommende overså Jørgens tegn på en psykose og tilskrev dem påvirkningen af rusmidler. Jørgen blev derefter løsladt, hvorefter hans psykotiske adfærd og oplevelsen af forfølgelsesvanvid fortsatte. Jørgen endte med en ambulans behandling på ubestemt tid for brandstiftelse, trusler og biltyveri:



Der kom en læge og spurgte, om jeg havde taget nogen stoffer. Så sagde jeg: 'Ja, jeg er på amfetamin', og så sagde jeg: 'Jeg skal indlægges' til ham lægen der. 'Jeg skal simpelthen ind'. Så spurgte han, om jeg var en del af psykiatrien, så sagde jeg: 'Nej, det var jeg ikke'. Og så sagde lægen så til politiet: 'Han skal ikke indlægges, han skal bare sove den ud'. Det er det, der er problemet. Hvis du er på amfetamin og er så meget oppe og køre, vil jeg så sige, så jeg lå i en den celle der og kunne ikke sove eller finde ro, og jeg lå bare og gemte mig under madrassen og råbte til dem: 'Jeg skal på psyk, jeg skal på psyk, jeg skal på psyk', og så sagde de til mig, at jeg skulle tie stille, at jeg havde snakket med en læge, og at det kom jeg ikke.

Og der vidste jeg godt, at den var helt gal, ikke, men så alligevel, du ved, jeg er i en psykose, ikke? Så hvad er rigtigt og hvad er forkert, men alligevel, så havde jeg et sådan omløb i hovedet til at kunne se: 'Prøv og hør, den er helt gal denne her', og det tog de så ikke alvorligt, vel? Og det resulterede så i, at jeg [blev løsladt og] lavede yderligere ballade og stjal yderligere biler, satte ild

*til en [forretningsnavn fjernet], jamen hold kæft mand.
Jeg gemte mig inde i en [forretningsnavn fjernet], jeg
troede, jeg var jagtet af grønne marsmænd.*

Jørgen, 44 år

Diagnosticeret med ADHD og har haft en
(forbigående) psykose

Nick på 28 år fortæller ligeledes om, at personalet på det botilbud, hvor han boede, overså hans symptomer på stress og mistrivsel. De reagerede ikke på hans tiltagende psykotiske symptomer, hvilket endte fatalt med en ildspåsættelse, og at Nick blev idømt en behandlingsdom:



Fordi der er ingen pædagoger, der har sagt: 'Jamen det er helt unormalt'. De har ikke villet indrømme, at der var et problem [med Nicks tiltagende psykotiske adfærd]. Så det er ligesom det, der har skabt det, eller hvad man siger.

Nick, 28 år

Diagnosticeret med ADHD og har haft en
forbigående psykose

Andre interviewpersoner (8 ud af 19) fortæller, at de trods meget eksplicitte ønsker om hjælp alligevel ikke føler, at de bliver lyttet til af de relevante fagpersoner. Følelsen af ikke at blive lyttet til og blive taget alvorligt kan, ligesom med de oversete behov, som vi beskrev ovenfor, resultere i, at borgeren begår kriminalitet i afmagt (se også Møllerhøj, m.fl., 2020; Møllerhøj & Stølan, 2021: 62). Dette eksemplificeres i nedenstående interviewuddrag, hvor Mads, en 38-årig mand, der er diagnosticeret med paranoid skizofreni, fortæller, at han på et tidspunkt blev så frustreret over ikke at modtage den hjælp, han efterspurgte, at han endte med at hælde benzin ud over en pædagog:



I to år havde jeg prøvet at råbe min kommune op og sige: 'Her skal jeg ikke være'. Til sidst måtte jeg hælde noget benzin ud over en pædagog. Det lyder lidt ekstremt, men det var heller ikke særlig fedt at være der.

Mads, 38 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

2.2.2 Manglende tillid og lydhørhed

Knapt en tredjedel af undersøgelsens deltagere (6 ud af 19) oplever, at de er blevet mødt med mistillid af forskellige fagpersoner, bl.a. på grund af deres psykiatriske diagnose (se også Møllerhøj & Stølan, 2018). Borgerne oplever, at mistilliden har betydet, at de ikke har kunnet modtage den hjælp, de efterspurgte.

Eksempelvis fortæller Niels, en 53-årig mand, der er blevet stillet diagnosen paranoid personlighedsstruktur, at han efter et overfald bad om hjælp fra sine kolleger i et jobtilbud for arbejdsskadede og psykisk syge, men at ingen troede på, at han var blevet overfaldet og i stedet udlagde Niels' oplevelse som psykotiske vrangforestillinger:

Niels: Det var allerede efter første gang, hvor jeg blev overfaldet, der bad jeg også om hjælp. Men der, hvor jeg var, der troede de ikke på mig.

Interviewer: Så du henvendte dig ude i skadestuen eller hvordan? Eller ringede du til dem?

Niels: Nej, jeg havde sådan en arbejdsplads, det var så sådan et sted for arbejdsskadede og psykisk syge, 'kom og tjen en skilling' og sådan noget, der var jeg så, og der fortalte jeg dem så sådan og sådan, at jeg blev overfaldet og sådan noget. Men det er skægt, jeg tror aldrig, de tog mig alvorligt, fordi jeg var psykisk syg. Men det er den der, når folk bliver stemplet som psykisk syge, så er der desværre ikke rigtig nogen, der tror på dig længere. 'Ham der, han må bare se syner eller høre stemmer'. 'Hold nu op, jeg er smadret i hele femøren, og mit hjem er helt smadret!' Men der var bare ikke rigtig noget at hente der alligevel, og så tænker man bare: 'Hvad fanden sker der? Det kan ikke være rigtigt, det her'.

Niels, 53 år

Diagnosticeret med paranoid personlighedsstruktur

Et andet eksempel ser vi hos Hamza, en 35-årig mand, der i dag er diagnosticeret med paranoid skizofreni. Hamza har afsonet flere domme i fængsel, forud for at diagnosen blev stillet. I citatet forklarer han om en situation under afsoning i fængsel, hvor han (før korrekt diagnosticering) ikke modtog den psykiatriske hjælp, han efterspurgte, fordi fængselspersonalet ikke troede på, at han var syg:



Jamen, jeg var ude i to-tre år eller sådan noget, tror jeg. Og så kom jeg så i fængsel igen i tre år, hvor jeg fik det meget dårligere. Og blev paranoid og psykotisk, og det blev jo kun værre med tiden, indtil jeg så til sidst blev isoleret i et år, alene på et værelse, som heller ikke gjorde noget godt for mig. Jeg ved ikke, om du kan forestille dig det, men en mand, der er meget syg, i et værelse alene, det er ikke særlig sjovt. Og der var ingen hjælp at hente i fængslet, desværre. Der var ikke nogen, der troede på mig, de havde set nok med folk, der prøvede at komme ind i psykiatrien på falsk grundlag, så der var ikke rigtig nogen, der troede på mig.

Hamza, 35 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni,
PTSD og angst

Af citatet fremgår det, hvordan Hamzas mentale helbred gradvist blev forværret, mens han afsonede sin fængselsstraf, og at fængselspersonalet ikke hjalp ham, fordi de ikke troede på, at han rent faktisk var syg. Ifølge Hamza selv skyldtes dette, at der er for mange indsatte, der prøver at komme ind i psykiatrien på falsk grundlag, og at fængselspersonalet derfor har opbygget en skepsis overfor indsatte, der klager over problemer med deres mentale helbred. Hamza fortæller andetsteds i interviewet, at han først fik hjælp, da han umotiveret overfaldt en fængselsbetjent, og personalet derefter indså, at han ikke var rask.

Flere af de interviewede borgere fortæller, at konsekvensen af at blive mødt med mistillid og manglende støtte fra de fagprofessionelle, der antageligt skulle være der for én, har medført en tøven eller tilbageholdenhed i forhold til at række ud, bede om hjælp og betro sig til nogen. I citatet nedenfor fortæller Søren eksempelvis, hvordan mistillid kan forplante sig i sindet og give anledning til selvmordstanker:



Og igen, når folk ikke tror på en. For hver gang, du får et 'ah, det er vist løgn', jamen, så lukker du dig selv mere og mere inde. Og man har ikke rigtig lyst til at dele noget, fordi man ved godt, at folk bare tror, at man er underlig... Så man har ikke lyst til at bede om hjælp. Man lukker sig inde til sidst, ikke? Og det ender jo med selvmordstanker, og jeg ved ikke hvad. Det har man jo haft før. At når man går og bliver ked af det, så tænker man, 'jeg gider sgu ikke at være her mere'.

Søren, 37 år

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og hjerneskade

Også Niels fortæller, at manglende tillid fra systemets repræsentanter forårsager en uvilje mod og mismod i forhold til at bede om hjælp:



Når du først én gang har rakt ud... Jo flere gange, man har prøvet, jo mere stopper man med det til sidst, fordi man orker sgu ikke, fordi man åbner sig for den person... 'Nå, der er ikke noget at hente her alligevel'. Eller 'nå, videre til den næste'. Altså, det er opgivende til sidst.

Niels, 53 år

Diagnosticeret med paranoid personlighedsstruktur

2.2.3 Manglende faglige kompetencer

6 ud af 19 interviewpersoner fortæller, at de på et tidspunkt har oplevet, at de fagprofessionelle, de har mødt i systemet, ikke har haft de rette faglige kompetencer eller indsigter i forhold til deres pågældende sygdom til at kunne tilbyde den nødvendige hjælp (se også Møllerhøj & Stølan, 2021: 60).

I nedenstående citat fortæller Emilia eksempelvis, at hun ikke oplever, at hendes sagsbehandler ved tilstrækkeligt om borderline eller PTSD, som Emilia aktuelt er diagnosticeret med. Emilia giver udtryk for, at sagsbehandlerne manglende faglige indsigt i diagnoserne bekymrer hende. For bliver hun egentlig behandlet og vurderet på samme vilkår, som enhver anden person (uden psykisk sygdom)?



Kommunerne får ikke nok rådgivning, fordi psykiatrien giver ikke noget rådgivning, så de ved faktisk ikke, hvad de rækker ud til. Altså, jeg har utallige gange haft samtaler med min sagsbehandler, hvor hun siger 'det ved jeg ikke noget om', hvor jeg er sådan lidt 'du sidder med en psykisk syg borger og skal egentlig styre størstedelen af alle mine livsbeslutninger, men du har faktisk ikke nogen forståelse inden for psykiatrien', hvilket jo er fair, hvis hun ikke får nogen tilbud, men det er bare bekymrende at tænke på, at... Hvad fanden beslutter de ud fra? For hvis de tog min sag og tog udgangspunkt i en almindelig person, så er det sgu da klart, at mine planer ikke virker.

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline og PTSD,
aktuelt under udredning for ADHD

For andre har oplevelsen af ikke at modtage kompetent hjælp gjort, at samarbejdet med psykiatrien er ophørt. Dette fremgår eksempelvis af nedenstående citat fra interviewet med Ronni diagnosticeret med ADD, PTSD og generaliseret angst.



Den dag i dag der har jeg sagt nej tak til psykiatrien, fordi jeg skal ikke have noget med dem at gøre, for når det er sådan, at jeg kommer ned til dem og føler, at jeg sidder over for en eller anden inkompetent rådgiver, som skal udrede mig, og jeg faktisk i sidste ende ved lige så meget og måske endda mere om både medicin og hjernestrukturen i forhold til hormoner og signalstoffer, så bliver jeg sur, og det gør jeg sgu.

Ronni, 38 år

Diagnosticeret med ADD, PTSD og
generaliseret angst

2.2.4 Skiftende personaler

Et sidste udfordrende relationelt aspekt, som nævnes af 4 ud af 19 borgere, er (mange og hyppige) personaleudskiftninger og brugen af vikarer. Dette nævnes særligt i relation til kommunale sagsbehandlere samt personale i behandlings- og socialpsykiatrien, herunder botilbud.



Jeg har haft fem eller seks socialrådgivere og lige oven i hinanden. Der var en stor udskiftning, fordi jeg fik min mentor, og så fik jeg en socialrådgiver, så fik jeg en ny en og så fik jeg en ny en igen... For folk, der har angst, social angst, generaliseret angst, PTSD eller ... er syge på anderledes måder, der kan det godt være lidt provokerende at komme til en ny behandler hver 14. dag.

Ronni, 38 år

Diagnosticeret med ADD, PTSD og generaliseret angst

Som citatet med Ronni beskriver, forårsager de mange personaleændringer skift i relationer og tillidsforhold, som på ny skal bygges op. Det udfordrer den ro og kontinuitet, som mange af interviewpersonerne ellers efterspørger. Steen refererer i citatet nedenfor ligeledes til flere udskiftninger, som han har oplevet i den ambulante psykiatri.



Der har været mange forskellige [fagpersoner]. Det har der været, ja. Det gør, at man ikke når at lære dem at kende, fordi de er for kort tid ansat, eller de ikke er ansat så lang tid ad gangen, synes jeg.

Steen, 65 år

Diagnosticeret med PTSD

2.3 Individuelle barrierer

I dette afsnit fokuserer vi på individuelle forhold i borgernes livs-, kriminalitets- og sygdomsforløb, der udgør barrierer for, at borgerne kan modtage tilstrækkelig psykiatrisk og kriminalpræventiv hjælp. At barriererne er "individuelle" betyder ikke, at det er borgernes egen skyld eller ansvar, at de ikke har modtaget tilstrækkelig hjælp. Snarere forsøger vi med denne analytiske kategorisering at tydeliggøre, hvornår og hvordan borgerne oplever, at deres individuelle livs-, kriminalitets- og sygdomsforløb udgør barrierer *i samspillet med* de indsatser, de er (eller ikke er) blevet tilbudt.

2.3.1 Komplekse livsforløb

Hovedparten af undersøgelsens deltagere (13 ud af 19) har modtaget mere end én dom gennem deres liv, hvoraf 10 af disse borgere har modtaget 3 eller flere domme. Den overordnede tendens i denne gruppe er, at den første kriminalitetserfaring blev gjort tidligt (oftest i teenageårene eller umiddelbart derefter), og at borgerne selv oplever, at kriminalitetserfaringen i de fleste tilfælde har rod i bl.a. svære og usikre familieforhold, utilpassethed i skolen, tidlig rusmiddel-erfaring, negativ sekundær socialisering og en gennemgående følelse af ikke at have modtaget den tilstrækkelige hjælp fra myndigheds- og voksne personer. Faktorer som er kendt som risikofaktorer for kriminalitet i forskningslitteraturen (se fx Olsen m.fl., 2016; Silverman, Sampson & Laub, 1994).

Et eksempel på denne vej ind i kriminalitet ser vi hos Søren, en 37-årig mand, der er diagnosticeret med ADHD, PTSD og har en hjerneskade. Forud for nedenstående citatuddrag har Søren fortalt interviewereren, at han *”røg ind i kriminalitet allerede fra barnsben af”*, og at han i lige så lang tid har oplevet, at han har råbt højt efter hjælp, men ingen hjælp modtaget.

Søren: Kort fortalt... Det er jo en lang historie, når man er så gammel. Fra barnsben af var min mor alkoholiker, og min far havde virksomheder i [udlandet, lande navn fjernet]. Han var aldrig hjemme, og vi var fire børn. Så det vil sige en alkoholiker-mor, der var [nationalitet fjernet] og talte ikke rigtig dansk. Så jeg talte jo ikke rigtig dansk før jeg var syv år gammel, der begyndte jeg at tale dansk, og jeg er født i Danmark. Jeg kunne ikke få hjælp til lektier eller noget, så jeg er blevet mobbet en del i skolen, og det gjorde jo så, at man jo gik derhen, hvor man ikke blev mobbet og følte sig værdsat. Så jeg startede med at sælge stoffer som 13-14-årig, tror jeg. Jeg lavede en masse ballade. Om vinteren fx, der var det jo både mørkt om aftenen og om morgenen klokken syv, så jeg var på skolen klokken syv om aftenen, fordi min mor hun var jo fuld og troede det var morgen. Så jeg blev sendt afsted der klokken syv om aftenen, og så skulle jeg finde et andet sted at sove.

Interviewer: *Hold da op, det var da voldsomt.*

Søren: Ja. Og det har jo også gjort en masse, ikke? Og der prøvede jeg at række ud efter skolen og efter en betjent på gaden, kan jeg huske. Hvor der bare skete simpelthen ingenting. Der var ingen hjælp at hente overhovedet.

Søren, 37 år

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og hjerneskade

På samme måde som Søren fortæller 15 ud af 19 af interviewpersonerne om ustabile opvækstvilkår, fx at deres forældre var fraværende, enten fysisk eller mentalt, at de var udfordret i skolen, både fagligt og socialt, og at de tidligt søgte derhen, hvor de kunne føle sig værdsat, hvilket var i det kriminelle miljø. Flere af interviewpersonerne har således solgt narkotika fra starten af deres teenageår. Forhold der også i forskningslitteraturen er kendt som risikofaktorer for, at børn og unge begår kriminalitet (se fx Østergaard m.fl., 2015; Wikström m.fl., 2012).

17 ud af 19 af interviewpersonerne beretter desuden, at de har eller har haft et forbrug af ulovlige rusmidler, der ofte har fungeret som selvmedicinering eller håndtering af de psykiske vanskeligheder.



Jeg har en historik med ekstremt voldsomt alkoholmisbrug, det har altid været mit mantra og min kurv for min mentale smerte, det har altid været voldsomt alkoholmisbrug.

Morten, 55 år

Diagnosticeret med PTSD

2.3.2 (Forbigående) psykose

Knap en tredjedel af undersøgelsens deltagere (6 ud af 19) har kun modtaget den ene dom, de aktuelt modtager behandling på baggrund af. Den væsentligste fællesnævner i denne gruppe er, at kriminalitetshandlingen er fundet sted i psykotisk tilstand og/eller i forbindelse med en tvangsindlæggelse.

Et eksempel på et borgerforløb i denne gruppe ser vi hos Emilia, en 21-årig kvinde, der er diagnosticeret med borderline, og som løbende har været i kontakt med både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Forud for nedenstående citatuddrag har Emilia netop forklaret interviewerens, at hun aktuelt er dømt til behandling, efter hun i forbindelse med en tvangsindlæggelse, hvor politiet var involveret, forsøgte at tage sit eget liv med en politibetjents pistol. Forud for episoden havde Emilie taget en overdosis af antipsykotisk- og sovemedicin for at tage sit eget liv, havde ikke sovet i 3 døgn og var følgende endt i en psykoselignende tilstand:



Og så har... jeg ved faktisk ikke rigtig, hvordan de er kommet, eller hvor fanden de fandt mig henne, men pludselig var politiet der i hvert fald, og så... Jeg mener, de sagde, at vi var hos vagtlægen, altså at vi kom til vagtlægen, men jeg kan sgu ikke rigtig huske, hvordan vi kom derhen, men de har nok kørt mig, tænker jeg. Og der ville de så tvangsindlægge mig, fordi det mente jeg jo absolut ikke, at jeg skulle, fordi jeg gad ikke derhen, jeg havde besluttet mig for, at jeg skulle dø, og derudover... systemet var nok ikke til nogen hjælp alligevel, så jeg havde besluttet mig for, at jeg skulle dø, og det skulle de faktisk overhovedet ikke blande sig i. Så de ville indlægge mig på tvang, og så blev jeg endnu mere voldsom dårlig og ville så skyde mig selv med deres pistol, fordi de ville ikke lade mig komme ud, så jeg kunne dø. Og det fik jeg så en dom for, fordi du må jo selvfølgelig hverken være i besiddelse af våben, hvis du ikke har et tegn eller tilladelse til det, og derudover vil politiet selvfølgelig heller ikke have, at man prøver at tage deres våben, det er klart.

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline

2.3.3 Diagnose som barriere

Flere af undersøgelsens deltagere (11 ud af 19) oplever, at det at have eller få stillet en psykiatrisk diagnose kan udgøre en barriere for at modtage den nødvendige psykiatriske og kriminalpræventive hjælp. Borgerne oplever bl.a., at diagnosen fører til ensidig medicinsk behandling, og at den psykiske sygdom kan betyde, at borgeren selv modsætter sig at tage imod den hjælp, der ellers blev tilbudt.

2.3.3.1 Diagnose fører til endimensionel, medicinsk behandling

Cirka halvdelen af undersøgelsens deltagere giver eksplicit udtryk for, at de oplever, at der er for stort og for ensidigt et fokus på medicinsk behandling i psykiatrien. Interviewpersonerne oplever bredt set, at der, efter at have fået stillet en psykiatrisk diagnose, bliver ordineret medicin, men at der kun i meget ringe eller slet ingen grad bliver arbejdet med de traumer eller forløb, der har ledt op til, at de blev udredt for og efterfølgende stillet en psykiatrisk diagnose (se også Moltke, 2022).

Eksempelvis oplever David, en 36-årig mand, der er blevet diagnosticeret med paranoid skizofreni, og som i psykotisk tilstand forsøgte at begå et røveri, at det psykiatriske system er meget opsat på at stille en diagnose og derefter tildele medicin, og at der ikke bliver taget hensyn til eller arbejdet med hans livsforløb og traumer:

David: Generelt kunne jeg godt tænke mig, at samtaleterapi var en meget større del af psykiatrien. For jeg føler slet ikke, at... Der er ikke nogen, der har spurgt om min barndom, eller hvad jeg har af traumer, eller hvorfor jeg følte, at jeg havde det, som jeg havde det. Det var lidt meget sådan: 'Nå, okay, du har paranoid skizofreni, du skal have denne her medicin'.

Interviewer: *Og så bare ud igen?*

David: Ja, præcis. Så jeg kunne godt tænke mig at have haft noget mere samtaleterapi, eventuelt med en psykolog. En som jeg kunne stole på, og som ikke afslørede over for nogen, hvad jeg sagde. Jeg tænkte nogle rigtig forfærdelige ting, og det havde jeg ikke lyst til kom videre. Så det skulle være en, jeg kunne stole på.

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

David efterspørger, at der tilbydes samtale- og traumbaseret hjælp, der kan understøtte hans bedringsforløb ved at bearbejde de ar, han har på sjælen bl.a. fra sin barndom. Flere efterspørger som David hjælp til at bearbejde traumatiske oplevelser, som fastholder dem i psykisk mistrivsel og ubalance. Dette perspektiv uddyber vi i kapitel 4, hvori vi præsenterer interviewpersonernes ønsker og anbefalinger til psykiatriske og kriminalpræventive tilbud.

2.3.3.2 Psykisk sygdom som barriere for at acceptere eller modtage hjælp

En mindre gruppe af interviewpersonerne (3 ud af 19) giver eksplicit udtryk for, at deres psykiske sygdom udgør en barriere for, at de har kunnet tage imod den hjælp, de bliver tilbudt. Dette kan eksempelvis handle om, at borgere, der er diagnosticeret med paranoid skizofreni, modsætter sig tilbud om hjælp, fordi de er mistroiske omkring behandlingen. En sådan situation beskrives af David i citatet nedenfor.



Jeg var sindssygt paranoid, så jeg troede, at systemet ville mig det ondt. De prøvede at give mig antipsykotisk medicin, men jeg var meget paranoid, så jeg snød og tog pillerne i munden og lagde dem op under overlæben. Sådan her [illustrerer, hvordan han gjorde]. Og så troede de på, at jeg tog medicinen. Da jeg så blev rigtig, rigtig, rigtig psykotisk, da mistede jeg min lejlighed med det samme, eller blev smidt ud af min lejlighed i [årstal fjernet], da jeg blev syg. Så blev jeg hjemløs og røg på herberger, jeg har boet på tre forskellige herberger... Jeg havde meget lidt kontakt med psykiatrien i den tid, hvorfor jeg også konstant fik det værre. Jeg tog jo ikke medicin eller noget. Der var mig, som meget bevidst og direkte modstod hjælpen. Og så er der det, at du jo kun kan hjælpe en person, der tager imod hjælpen.

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoidskizofreni

Den psykiske sygdom kan også udgøre en barriere for at modtage hjælp, fordi sygdommen gør det vanskeligt for borgerne at udtrykke sig på en måde og i et sprog, som de oplever, at behandlere i behandlingspsykiatrien forstår. Flere borgere oplever, at det forudsættes, at de kan formulere ønsker og behov i et behandlingssprog og definere deres hjælpebehov inden for psykiatriens rammer (se også Møllerhøj, 2021; Møllerhøj & Stølan, 2021: 79). Dette beskrives eksempelvis af Steen, der er 65 år gammel og diagnosticeret med skizofreni:

Steen: Men hvis man kunne tale rigtig godt med dem [det psykiatriske personale], så er der jo masser af hjælp at få, og det er der jo alle steder, men hvis ikke man kan tale så godt med folk – eller i hvert fald være så klart tænkende og sådan noget, jamen, så falder det til jorden, og så får man ikke den hjælp, som man har brug for.

Interviewer: Men det er jo lidt skræmmende, ikke også, altså, at man ikke ...

Steen: Ja, men sådan er det at være svag og psykisk syg [...]. Hvis de skal have én, der er syg, til at sidde og fortælle dem, hvordan det hele skal være, så – det duer jo altså ikke, fordi det – jeg kan ikke finde ud af, hvordan det hele skal være, for jeg har nogle områder, hvor jeg sådan set er hæmmet på grund af psykosen. Så vil man ikke rigtig udtale sig så meget. Når man bliver hæmmet af en psykose.

Steen, 65 år

Diagnosticeret med skizofreni

Samme problemstilling beskrives af Emilia, der er diagnosticeret med borderline. Hun påpeger ironien i, at psykiatrien, i hendes øjne, dels afkræver patienterne sygdomsindsigt, men samtidig også forlanger, at de ikke besidder en sådan, hvis de skal være berettiget til hjælp.



Vi har egentlig et forholdsvis sigende ordsprog i psykiatrien, det er: 'Du skal være syg nok til at vide, at du er syg, men du må ikke være rask nok til at vide, hvor syg du er'. Fordi du skal være syg nok til at fortælle systemet, hvad du fejler, hvorfor du fejler det, og hvornår du fejler det fra, men du må ikke være rask nok til at vide, hvor syg du er, fordi så kan du heller ikke få hjælp, fordi så har du ikke brug for det.

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline

2.3.4 Medicin som barriere

Selvom medicinering i flere af borgernes fortællinger indgår som et afgørende støtteelement på vejen mod at få det bedre psykisk og forhindre recidiv (ud-dybes i afsnit 3.3.2), er der i vores datagrundlag også flere eksempler på, at medicin optræder som et risikoelement i borgernes fortællinger.

Over halvdelen af borgerne (11 ud af 19) beskriver således, at medicinering på en række punkter udgør en barriere for at få det bedre psykisk og undgå recidiv. Borgernes beskrivelser handler bl.a. om, at medicinsk behandling alt for ofte står alene og ikke suppleres af andre behandlingstilbud (jf. afsnit 2.3.3.1), at der er en række fysiske og psykiske udfordringer forbundet med bivirkningerne af medicinen, samt at medicinen kan være så dyr, at borgerne enten stopper med at tage den eller selvmedicinerer med rusmidler i stedet for.

2.3.4.1 Medicinske dilemmaer

Der kan være en række voldsomme fysiske og psykiske bivirkninger forbundet med medicinering. Samtidig kan manglende medicinering også skabe en psykisk forværring, hvilket eksempelvis fremhæves af Morten, en 55-årig krigsveteran, der bl.a. er diagnosticeret med svær PTSD:



Det var bare igen en forlængelse af de første fem års behandlingsdom. Så et ekstremt fravær af kognitiv behandling, ligesom de første fem år. Det var bare magtens værktøjer: 'Vi giver ham noget dope, så bliver han nok rask' [Morten griner sarkastisk]. 'Gu' gjorde han ej, men I fik lært ham virkelig at være hadefuld'. Så den behandlingsdom udløb så i [årstal slettet]. Da den behandlingsdom udløb, der tog jeg en kold tyrker på alt det psyko-farmaka, de havde proppet mig med, fordi nu kunne de ikke tvinge mig mere. Jeg var også fuldstændig ødelagt af bivirkninger, så det ville de også medicinere mig ud af. Så stopper festen jo. Du er så medicineret, at du får det virkelig, virkelig dårligt. Det var både mentalt, men også fysisk. Så i [årstal fjernet], fordi jeg tog den kolde tyrker på det voldsomme psykofarmaka, der havde jeg små tre måneder med daglige abstinenser. Men det gik, og jeg overlevede. Samtidig med at medicinen forlod min krop og mit sind, så flyttede der simpelthen bare et monster ind, det kan jeg godt sige dig. Et aggressivt, galhovedet, hævngherrigt monster, set ud fra det store offentlige, fordi det var dem, der havde trænet og uddannet mig og brugt mig som beskidt værktøj og så krølet mig sammen og smidt mig væk, uden en skid at interessere sig for, hvordan jeg gik og havde det, og uden at give mig en hånd, så jeg kunne komme op af grøften igen. Det var sådan mit sind var blevet skolet af den behandlingsdom. Det havde virkelig fået lov til at lagre, i 10 år, virkelig tage til i kraft og fintænke hævnen. Men jeg blev heldigvis fanget af min daværende kone [inden jeg gjorde noget dumt].

Morten, 55 år

Diagnosticeret med svær PTSD

2.3.4.2 Udgifter til medicinforbrug

Foruden de medicinske bivirkninger beskriver 5 ud af 19 interviewpersoner også, at udgifterne til medicinen kan være så store, at de ikke har råd til at købe den. Dette beskrives eksempelvis af Line, en 44-årig kvinde, der er diagnosticeret med paranoid psykose:

Line: Mens jeg har haft behandlingsdommen, så er medicin til mig gratis, både almindelig medicin og den bivirkningsmedicin, jeg får.

Lige så snart dommen bliver ophævet, så bliver den ikke gratis længere. Der har jeg fundet ud af, at det jeg skal have, hvis jeg stadig skal have det, så koster det mig 2.000 kr. i måneden. De penge har jeg ikke.

Interviewer: *Det stopper bare lige så snart din behandlingsdom stopper, selvom du kommer fast på distriktspsykiatrien og får medicinen der?*

Line: *De har sagt det til mig i distriktspsykiatrien, at lige så snart min dom bliver ophævet, så er der ikke noget der hedder gratis medicin længere. Jeg har googlet mig frem til, at [medicinsk præparat] er polsk, og det koster de der 2.000 kroner for hver gang. Det er en gang i måneden, jeg skal have det. Det er mange penge. Så kommer min bivirkningsmedicin, jeg skal have, oveni, ved siden af, det kan snildt blive 200 kroner, 300 kroner eller sådan noget hver måned. Jeg ved ikke, hvor jeg skal skaffe så mange penge fra, det kan jeg ikke.*

Line, 44 år

Diagnosticeret med paranoid psykose

Af interviewuddraget med Line fremgår det, at den såkaldte vederlagsfri medicin ophører ved ophævelse af særforanstaltning, og at hun herved frygter ikke længere at kunne finansiere sit medicinforbrug i forhold til behandling af sin sygdom. Andre interviewpersoner beskriver, hvordan netop prisen udgør en barriere for at købe den lægeordnede medicin. Bjørn, en mand på 21 år diagnosticeret med ADHD, fortæller eksempelvis: *'Det koster 900 kr. Det er dyrt, så det bruger jeg ikke'.*

I forhold til ADHD-medicin er oplevelsen hos nogle interviewpersoner desuden, at det narkotiske stof amfetamin kan være et billigere alternativ til den dyre ADHD-medicin. Et eksempel på dette fremgår af citatet med Jonathan nedenfor.



Hvorfor skal jeg tage noget medicin, som der er blevet lavet på et eller andet laboratorie, som gør noget man ikke helt kan sætte ord på, men alligevel så er det som om der er lidt mere fokus, men hvorfor skal jeg betale 1.000 kr. for 30 piller, når jeg kan få 30 gram amfetamin, der gør præcis det samme, for 200 kr. Det kan jeg ikke lige sætte mig ind i, hvorfor jeg skal betale i dyre domme for noget, der er præcis det samme.

Jonathan, 34 år

Diagnosticeret med ADHD

3 Understøttende faktorer i det kriminalpræventive arbejde

I dette kapitel introducerer vi udvalgte eksempler fra borgernes fortællinger om de indsatser og tilbud, de oplever som hjælpsomme og understøttende i forhold til at forebygge (tilbagefald til) kriminalitet og forbedre deres mentale helbred.

3.1 Strukturelt støttende faktorer

Vi starter med at præsentere en række eksempler på strukturelt støttende faktorer, som ifølge borgerne kan være medvirkende til at stabilisere deres situation og forebygge (tilbagefald til) kriminalitet.

3.1.1 Særforanstaltning som positivt vendepunkt

Op mod halvdelen af undersøgelsens deltagere (7 ud af 19) fortæller, at de betragter deres dom til særforanstaltning som et væsentligt kriminalpræventivt vendepunkt i deres liv. Først med behandlingsdommen oplever de at modtage den intensive, kontinuerlige og reelle behandling, som de (og deres familier) ofte har efterspurgt i årevis.

I nedenstående citat beretter 28-årige Nick nærmest ironisk om, hvordan behandlingsdommen har sikret ham den nødvendige støtte, som behandlingspsykiatrien og hans botilbud ikke har kunnet tilbyde ham, før han begik noget kriminelt.



Fordi jeg må jo indrømme, at hjælp fra psykiatrien, den har ikke været god, før jeg fik en behandlingsdom. Fordi jeg har flere gange taget på psykiatrisk skadestue, hvor jeg har forsøgt at sige, at der er et eller andet galt, hvor de siger: 'Jamen, vi kan godt se det, men vi mangler noget fra bofællesskabet, og pædagogerne vil ikke rigtig hjælpe'. Og så får man en behandlingsdom, og så får du hjælp af hele systemet.

Nick, 28år

Diagnosticeret med ADHD
og har haft en forbigående psykose

Nick fortæller ligeledes, at han via sin behandlingsdom har fået tilbudt psykologhjælp, der skal hjælpe ham med at bearbejde hændelsen.

På samme måde giver behandlingsdommen for mange af de interviewede borgere, vi har talt med, adgang til en række nye tilbud og støttemuligheder, som de ikke før oplevede at være blevet tilbudt. Det gælder ikke mindst den forståelse, man som patient bliver mødt med, samt det aspekt, at medicinen indgår gratis som en del af borgernes behandling (se også Stølan & Møllerhøj, 2017:50).

David på 36 år, som har en ambulans behandlingsdom, fortæller herom:



Jeg er meget tilfreds med at være i kontakt med retspsykiatrien. Jeg synes, at jeg bliver lyttet til på en anden måde, og de kommer hjem hos mig. Jeg bliver behandlet rigtigt godt. Og så får jeg medicinen gratis. Hvilket er fedt.

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

3.1.1.1 Indlæggelse i henhold til dom

Et tryghedsskabende aspekt, som fremhæves af 4 ud af 19 interviewpersoner, er muligheden for indlæggelse i henhold til dom, hvis der fx sker en forværring af den psykiatriske tilstand, eller der er risiko for recidiv til kriminalitet. Borgere idømt en særforanstaltning kan i disse situationer blive pålagt at modtage psykiatrisk behandling via behandlingspsykiatrien.

Niels på 53 år fortæller, at KiF i samspil med en overlæge har valgt at indlægge i henhold til dom i et tilfælde, hvor han havde det meget dårligt psykisk og i den grad havde behov for hjælp. Niels mener selv, at den hurtige indlæggelse og den direkte vej ind i behandlingspsykiatrien har reddet hans liv. Han beskriver, at han var i en håbløs situation og ikke kunne overskue noget, men så tog KiF affære og fik ham indlagt i henhold til dom.

Også Gitte, der er 42 år gammel og har diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, oplever, at muligheden for indlæggelse i henhold til dom er en positivt støttende faktor i hendes liv. I nedenstående uddrag forklarer Gitte, hvordan hun, hvis hun får det dårligt, kan kontakte behandlingspsykiatrien og bede om en plads på lukket afdeling i psykiatrien:



Som regel plejer jeg at ringe til [personnavn fjernet], min sygeplejerske, og sige: 'Det her er lort', og så siger hun bare: 'Du kører bare derned, de venter på dig, og så skal jeg nok give besked'. Og så kommer jeg bare derned.

Gitte, 42 år

Diagnosticeret med emotionelt ustabil personlighedsstruktur (borderline-type) og depression

Interviewpersonerne fortæller, at de faktisk ikke ønsker, at denne mulighed skal ophøre. Indlæggelse i henhold til dom giver en sikkerhed for at få en sengeplads, samtidig med at borgeren slipper for meget af det administrative bøvvl, de oplever, der ofte er forbundet med en indlæggelse gennem akutmodtagelsen.

3.1.2 Helhedsorienteret indsats (på tværs af sektorer)

Flere af de borgere, som har modtaget en foranstaltningsdom (11 ud af 19), beretter om, hvordan dommen har sat struktur på det tværfaglige samarbejde mellem fagpersoner på tværs af forvaltninger, sektorer og afdelinger, der pludselig koordinerer indsatser i et struktureret forløb.

Hvor det tværsektorielle samarbejde før har syntes mangelfuldt og konfliktfyldt og medført, at borgerne er faldet mellem flere stole, er det, som om at koordinationen mellem myndigheder er sat på formel i forbindelse med en foranstaltningsdom. Hamza, der har en ambulans behandlingsdom, fortæller i nedenstående uddrag, hvordan han oplever, at samarbejdet bare har fungeret fra dag ét, og at det fritager ham for et koordineringsansvar:



Jeg synes, det har været genialt. De har været gode til at tage kontakt til hinanden og give mig den hjælp, jeg har haft brug for... Fra dag ét af, der har det bare spillet, det har simpelthen været så godt, både med kommunen, retspsykiatrien, distriktpsykiatrien og kriminalforsorgen, det har været så nemt. Jeg har faktisk ikke haft behov for at gøre så meget; de har stået for det hele.

Hamza, 35år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni, PTSD og angst

Flere interviewpersoner roser også "udkørende teams" (både ambulante FACT-teams og opsøgende psykiatrisk teams for borgere, der er udkrevet og stadig har en retslig foranstaltning). De udkørende teams kan hjælpe med at binde løkker mellem de hjælpesystemer, som borgerne er en del af. Herom fortæller Gitte fx:



Ligesom det udekørende team, der er blevet oprettet og bliver kontaktet, og de kommer hjem til en og siger: 'Okay, nu skal vi have det her op og køre, hvad har du behov for, og hvem har du behov for, at der skal komme hjem til dig, og hvor mange gange har du behov for det?'

Gitte, 42år

Diagnosticeret med emotionelt ustabil personlighedsstruktur (borderline type) og depression

Citaterne fra Hamza og Gitte vidner om et behov for, at nogen fra systemet tager styringen. At nogen identificerer borgernes behov, kontakter de rette myndigheder og igangsætter de rette støttetiltag. Udgangspunktet skal være borgernes ønsker og behov, men ansvaret for det praktiske koordinationsarbejde skal være placeret hos myndigheden (eller myndighederne).

3.1.3 Fleksible og behovstyrede tilbud

På samme måde som nogle interviewpersoner beretter om, hvordan en særforanstaltning kan udgøre et sikkerhedsnet, hvor fx en genindlæggelse eller håndholdt hjælp kan aktiveres i det øjeblik, borgerne har behov for det, fortæller andre af interviewpersonerne (5 ud af 19) om en række andre tilbud, som de har eller har haft adgang til og kan tage i brug ved akut behov (se også Stølan & Møllerhøj, 2017:75).

Fælles for disse tilbud er, at de er fleksible og behovstyrede og ofte målrettet borgernes specifikke diagnose og støttebehov. Det vil bl.a. sige, at det er borgernes individuelle behov, der bestemmer, hvornår tilbuddet aktiveres. Som citatet med Morten nedenfor illustrerer, så er det imidlertid ikke nok, at muligheden for relevant og tilgængelig støtte er til rådighed; det forudsætter også, at man som individ er villig til at tage imod den.



Jeg ikke var et sekund i tvivl om, at det var veterancenteret, jeg skulle have fat i, fordi det havde jeg lært. Jeg har været en af dem, der aldrig nogensinde vil bede om hjælp, men jeg har lært at bede om den, og jeg har også fundet ud af, hvor jeg skal bede om den henne, heldigvis.

Morten, 55 år

Diagnosticeret med svær PTSD

Gitte, som har diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur, fortæller også om, hvordan det borgerstyrrede element kan relatere sig til længden af tilbuddet, og hvordan et længere forløb har skabt de helt rette rammer for, at hun med sin diagnose har kunne få det fulde udbytte af forløbet:

Gitte: Det er faktisk et terapiforløb ude i psykiatrien, hvor vi havde noget gruppeterapi, og så havde vi individuelle samtaler med vores behandler. Og der begyndte jeg så ude, hvor vi så også fik forskellige redskaber med til at håndtere det der med at have borderline.

Interviewer: *Og det var noget psykiatrien tilbød dig?*

Gitte: Det var noget de tilbød mig, ja. Og det gjorde så også, at jeg ikke havde så mange indlæggelser, fordi der kunne jeg jo så få hjælp, når jeg havde brug for det. Så to gange i ugen var jeg faktisk ude i psykiatrien i en længere periode.

Interviewer: *Og var det så en gang til gruppe og en gang til individuel terapi?*

Gitte: Ja det var det nemlig. Fire år gik jeg der. Det er lang tid, og det var så fordi, jeg skulle have det flere gange, simpelthen fordi min indlæring og sådan noget der, det tog altså lidt længere for mig at skulle lære tingene.

Gitte, 42 år

Diagnosticeret med emotionelt ustabil personlighedsstruktur (borderline-type) og depression

3.2 Relationelt støttende faktorer

Vi retter i dette afsnit fokus på relationer og kommunikation mellem borgerne og de involverede myndigheder og beskriver, hvornår og hvordan borgerne

oplever at disse spiller en positiv rolle med henblik på at modgå, at borgerne begår (ny) kriminalitet.

3.2.1 Fagprofessionelle, der tør involvere sig

To tredjedele af de interviewede borgere (12 ud af 19) fortæller om personaler, som har gjort en særlig forskel for dem og om karaktertræk hos disse, som de finder særligt vigtige og støttende (se også Møllerhøj, 2021).

Som tidligere beskrevet (i afsnit 2.2.1), så er en risikofaktor for kriminalitet og recidiv – ifølge interviewpersonerne, at man som person ikke føler sig set, lyttet til og anerkendt ud fra sine behov. Personalere, der omvendt er anerkendende og lyttende i deres tilgang og formår at få borgeren til at føle sig set og forstået, er derimod værdsatte.

En særlig type af egenskab gør sig desuden gældende på tværs af de interviewede borgere. Denne egenskab knytter sig til fagprofessionelle generelt uanset myndighed/sector, men er særligt udtalt for personaler på botilbud, opholdssteder, væresteder, pensionater mv. Dette er evnen til at (turde) involvere sig.

Som Mads på 38 år fortæller i nedenstående citat, så er der behov for personaler, som følger op på borgeren, har hånd i hanke med, hvordan vedkommende har det og insisterer på at gå i dialog. Mads har boet på flere opholds- og bosteder gennem sit liv og har senest været 15 år på det botilbud, han aktuelt bor på.



Gode personaler er dem, der tør konfrontere nogen. Stille de hårde spørgsmål. 'Hvordan har du det?', og 'Hvorfor har du det sådan der lige nu?'

Mads, 38 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

Det handler om ikke at blive overladt for meget til sig selv; lukke sig inde med sine følelser og lade negative og ikke konstruktive tankemønstre ulme og slå rod. Det kræver imidlertid personaler, som tør konfrontere og følge op, hvis en borger trækker sig og isolerer sig. Om disse egenskaber hos personalet fortæller Nick, som er 28 år og aktuelt bosiddende på et botilbud. Nick har tidligere erfaring fra et botilbud, hvor han ikke trivedes:



Det har noget at gøre med, at hvis jeg siger til personalet her: 'Det har jeg ikke lyst til i dag', jamen så kan du ikke bare få lov til at trække dig. De kommer og siger: 'Skal vi snakke om det?', eller 'skal vi finde noget andet?', eller 'skal vi finde en løsning?'. Har du det skidt, så er det lige før, at de sparker din hoveddør ind og sætter sig ned og snakker med dig. Og det er det, der virker. Du kan ikke bare få lov til at være – du kan godt være dig selv, men du kan også ikke være dig selv. Det er det, der virker for mig.

Nick, 28 år

Diagnosticeret med Forbigående psykose og ADHD

3.2.2 Deeskalerende arbejde

Mennesker kan reagere med en udfordrende adfærd, hvis de mister kontrollen over sig selv og er havnet i en tilstand af kaos (Elvén, 2018). Det er undersøgelsens interviewpersoner meget vel bekendt med. Måske derfor efterspørger, anerkender og fremhæver nogle interviewpersoner (4 ud af 19) også fagprofessionelle, der på trods af borgerens til tider oplevede kaos formår at bevare roen og deeskalere en tilspidset situationen. Borgerne beskriver selv disse situationer som begivenheder, hvor tingene kunne have fået et ganske andet udfald. Ifølge interviewpersonerne er det grundet dygtigt fagprofessionelt arbejde, at situationen ikke tilspidser, men afvikles under kontrol.

Et eksempel herpå ses i nedenstående uddrag fra interviewet med David på 36 år, som på det tidspunkt, interviewuddraget omhandler, var psykotisk. Forud for nedenstående uddrag har David netop beskrevet, hvordan han lå i sin seng med hovedtelefoner på og hørte musik, og derfor ikke hørte politiet, der bankede på døren, efter Davids familie havde anmeldt deres bekymring for ham til politiet:



Og så så jeg, at min dør stod åben, og at der stod et task force, du ved, tre-fire politimænd i kampklædt uniform. Og de havde smadret min dør ned. Og de snakkede meget rolig til mig: 'David, har du ikke lyst til at komme herud?' 'Jo!' 'Okay, kan du ikke vende dig om, og så tage dine hænder op over hovedet og så gå baglæns herud?' Så jeg gik ud, og så tog de mine hænder og gav mig håndjern på og satte mig stille og roligt ned på trappen ved siden af, og så ledte de mig ud i en ambulance, en

psykiatrisk ambulance, hvor der sad en psykiater. Som forklarede mig, at: 'David, nu bliver du indlagt. Og du kan vælge at gøre det frivilligt, eller du kan gøre det på røde papirer'. Og så spurgte jeg: 'Hvad betyder røde papirer?'; og så svarede psykiateren: 'Det er, at du bliver tvangsindlagt'. Og så sagde jeg: 'Jamen, så kører jeg bare med'.

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

Et lignende tilfælde beskrives af Morten, der er 55 år gammel, krigsveteran og diagnosticeret med svær PTSD. Morten beretter om en situation, hvor han er psykotisk og har tvangstanker omkring, at der udbræder krig i Danmark. Samtidig har Mortens daværende kone og samlever kontaktet politiet og bedt om assistance.



Der havde jeg rendt rundt ude i haven og gravet skyttehuller og skrevet til min sambo, at hun skulle sørge for at få hentet børnene og sørge for at komme i sikkerhed, fordi nu var de på vej, og jeg skulle nok passe på, men de skulle bare sørge for at komme i sikkerhed, fordi nu gik det galt. Så hun kontaktede politiet, fordi hun ikke vidste, hvad hun skulle gøre. De var ikke klar over, hvor bevæbnet jeg var, fordi dengang var der en del historier, der florerede om gamle veteraner, der både havde sprunget dem selv og deres familier i luften og var gået amok. Så de tog ikke nogen chancer, de var så fornuftige, nu var det nogle meget voksne betjente, og det var lokalpoliti fra [politikreds fjernet], jeg boede i [bynavn fjernet] på daværende tidspunkt. Så der kom fire brede betjente, og så havde de taget en kvindelig betjent med også, de tiltvang sig så adgang til boligen, hvor jeg næsten havde forskanset mig, og de kom ind uden karambolage overhovedet og fik mig bænket ved spisebordet, og en kvindelig betjent sad og holdte mig i hånden, samtidig med at de sad og ventede på, at lægen skulle komme og sad og snakkede beroligende til mig. Der var ikke noget, hverken kamp eller slåskamp, de vidste godt at jeg var skingrende sindssyg, hold kæft jeg var sindssyg, jeg var stjernepsykotisk.

Morten, 55 år

Diagnosticeret med svær PTSD

3.2.3 Fast kontaktpersonale

Et sidste relationelt aspekt, som 3 ud af 19 interviewpersoner fremhæver som positivt for deres psykiske velbefindende, er faste gennemgående personaler, som interviewpersonerne kan knytte en relation til. Det generer tillid, tryghed og stabilitet for interviewpersonerne.

I nedenstående citatuddrag fortæller Gitte, hvordan det at have etableret en kontakt til den samme fagprofessionelle gør, at man ikke skal starte forfra, igen og igen, fordi personen allerede kender borgerens situation og behov. Gitte beretter her om en situation, hvor hun er inde og ude af et terapiforløb i psykiatrien.

Interviewer: Så det var den samme [fagperson], der var der gennem alle årene?

Gitte: Ja. Og så blev jeg jo sluppet ud, og når jeg så havde brug for hjælp igen, så kom jeg jo tilbage og faktisk fik den samme terapeut. Så hun kendte mig og kendte min situation, så det var rigtig lækkert. Så skal man ikke starte forfra, så kan man ligesom starte, hvor man slap.

Gitte, 42 år

Diagnosticeret med emotionelt ustabil personlighedsstruktur (borderline-type) og depression

3.3 Individuelt støttende faktorer

I dette afsnit fokuserer vi på de individuelle forhold, der har spillet en støttende rolle i borgernes vej mod bedre psykisk helbred og forebyggelse af yderligere kriminalitet. På tværs af borgernes oplevelser er der særligt tre individuelt støttende faktorer, der træder frem: 1) at føle sig klar til at modtage hjælp, 2) diagnosen som positivt vendepunkt og 3) korrekt medicinering som positivt vendepunkt.

3.3.1 At føle sig klar til at modtage hjælp

En mindre gruppe af undersøgelsens deltagere (5 ud af 19) fremhæver, at et afgørende, positivt vendepunkt i deres bedringsforløb har været, at de selv ønskede at forandre deres liv (særligt i forhold til rusmiddelforbrug og kriminalitet), og at de derfor, i kombination med de rette støttetilbud, føler sig på vej i en bedre retning (se også Stølan & Møllerhøj, 2017:108).

Eksempelvis fortæller Sune, en 35-årig mand, der er diagnosticeret med paranoid skizofreni, som har haft et stofmisbrug det meste af sit liv, og som har flere domme for røveri og grov vold, at han nu er i bedring, fordi han for første gang i sit liv har reelt et ønske om at være det:

Sune: Ja, altså for første gang, så er jeg selv indstillet på, at det skal være bedre end det, jeg har gjort før. Og så er det helt sikkert også med til at virke, at det er på [bosted].

Interviewer: Nu hører jeg dig sige det her med, at det er første gang, at du selv er indstillet på det. Hvad har, hvis du overhovedet kan svare på det, hvad har modstanden hos dig været før? Eller hvorfor tror du, at du havde en modstand før?

Sune: Fordi jeg havde ikke et ønske om det. Jeg var ligeglad med dårlige venner og dårlige bekendte. Nu er jeg blevet træt af det. Jeg ved ikke, om jeg er blevet for gammel, eller hvad man skal sige. Men jeg er hvert fald nået til et punkt i mit liv, hvor jeg ikke gider falske mennesker mere. Så det har helt klart gjort, at jeg er gået videre med at leve, ikke? Og så er det også 100 % rarest ikke at ryge hash og ikke tage stoffer. Det er helt sikkert meget federe.

Sune, 35 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

Af citatet fremgår det, at Sune oplever at være nået til et punkt i sit liv, hvor han er blevet træt af sine gamle vaner; træt af at have dårlige venner og bekendte; træt af ryge hash og tage stoffer, og træt af at begå kriminalitet. Trætheden har resulteret i, at Sune nu selv er indstillet på, at der skal ske en forandring. Denne mentalitetsændring er, i kombination med, at Sune er flyttet hen på et nyt bosted, der geografisk er afsondret fra sine tidligere venner og bekendte, med til at gøre, at Sune nu oplever, at han rent faktisk er på vej ud af sin tidligere levevis, hvor stofmisbrug og kriminalitet var faste bestanddele.

3.3.2 Diagnose som positivt vendepunkt

Enkelte af undersøgelsens deltagere (3 ud af 19) har en eksplicit oplevelse af, at diagnosticering har været et positivt vendepunkt i deres liv. Fælles for de tre borgere er, at diagnosticeringen er sket sent i deres forløb, men at diagnosen har åbnet nogle ellers lukkede behandlingsdøre og dermed muliggjort, at de kunne begynde at modtage den psykiatriske behandling, de har brug for.

Dette ses eksempelvis i Hamzas fortælling. Hamza er 35 år gammel og har siddet flere gange i fængsel og begået flere kriminelle handlinger i psykotisk tilstand, inden han fik stillet diagnoserne paranoid skizofreni, PTSD og angst:



De her drabsforsøg, som jeg fortalte om tidligere, dem begår jeg så, og jeg bliver så anholdt igen og kommer i fængsel. Og på et tidspunkt kommer der en læge ind til mig og spørger om jeg har det godt, og jeg siger så: 'Nej, jeg har det faktisk ikke særlig godt, jeg lider af angst og tanker om at tage livet af mig selv og den slags'. Og det er første gang, jeg åbner mig selv op over for en læge, for jeg følte, at nu stod det virkelig skidt til. Så de tog hurtigt fat i psykiatrien, heldigvis. Og jeg kom så ind i psykiatrien, og de begyndte på, at jeg fik noget medicin, der dulmede mine nerver, og det gjorde, at jeg fik lidt mere nattesøvn og kom lidt mere tilbage til mig selv, og så har det ellers bare været godt siden da. Det er gradvist gået bedre og bedre, og med tiden gik det meget bedre. Ja, indtil nu, her hvor jeg er i dag. Og det går rigtig godt.

Hamza, 35 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni, PTSD og angst

Omtrent halvdelen af interviewpersonerne (8 ud af 19) nævner eksplicit, at korrekt medicinering har været en afgørende støttefaktor i deres bedringsproces (se også Møllerhøj, 2021).

Korrekt medicinering skal forstås som medicin, der faktisk opleves at have en positiv virkning på borgerens sygdomssymptomer.

Interviewpersonernes beskrivelser handler bl.a. om, hvordan korrekt medicinering hjælper med at styre følelser, sove ordentligt og sammenhængende og undgå vrangforestillinger (se også Møllerhøj & Stølan, 2018). I de fleste af borgernes fortællinger er det kombinationen af korrekt medicinering og samtidige behandlings- og/eller sociale støttetilbud, der medfører en positiv forandring i forhold til deres tidligere sygdoms- og kriminalitetshistorik.

Dette kommer eksempelvis til udtryk i Davids fortælling. Selvom David også fortæller, at et for ensidigt fokus på medicinsk behandling kan virke hæmmende for en helhedsorienteret bedringsproces, hvilket han har oplevet tidligere i sit forløb (jf. afsnit 2.3.3.1.), oplever David, at den hjælp han får nu, hvor han både har fået en permanent plads på et bosted for personer med psykiske udfordringer og har fået justeret sin medicin, er afgørende for, at han har fået det bedre:



Da jeg kom til [bosted], var jeg meget skeptisk. Og meget... Jeg ville slet ikke makke ret, jeg gad ikke komme ned og spise morgenmad eller noget som helst. Ingenting. Men så fik jeg en lejlighed her, og min medicin blev justeret, så jeg fik det bedre. Og så begyndte jeg også på antidepressiv medicin, hvilket har hjulpet mig rigtig meget. Og jeg får også noget, der hedder [navn på præparat], hvilket er indsovningspiller. Så jeg endte med... Der er sket en fantastisk stor forandring fra jeg begyndte at tage antidepressive og indsovningspiller, for jeg begyndte lige pludselig at sove ordentligt og at kunne sove lang tid nok. Og jeg begyndte at kunne styre mine følelser på en anden måde på grund af antidepressiverne. Så jeg har bare kun fået det bedre, efter jeg er kommet på [bosted].

David, 36 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

Af citatet fremgår det, hvordan kombinationen af korrekt medicinering og den tryghed og sociale støtte, som David får på sit bosted, har været afgørende for, at han har fået det bedre. David fortæller desuden andetsteds i interviewet, at han nu har det så godt, at han har stoppet sit rusmiddelforbrug og samtidig har fået et fleksjob, som han passer 15 timer om ugen.

4 Ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive arbejde

I dette kapitel præsenterer vi borgernes ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive arbejde. I og med, at borgernes ønsker og anbefalinger ofte relaterer sig til de barrierer, de har mødt i deres livs-, sygdoms- og kriminalitetsforløb, er der flere af de følgende afsnit, der overlapper med eller gentager pointer, som vi har præsenteret tidligere i kapitel 2 og 3.

4.1 Tidligere støtte og indsats

Som vi tidligere har beskrevet, oplever omtrent halvdelen af interviewpersonerne, at de først har modtaget den tilstrækkelige psykiatriske og kriminalpræventive hjælp, *efter* at de er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom (jf. afsnit 3.1.1 eller at deres kriminalitetserfaring helt kunne være undgået, hvis de tidligere i deres forløb havde modtaget tilstrækkelig psykiatrisk behandling (jf. afsnit 2.1.2). I naturlig forlængelse heraf fortæller disse borgere også, at de ønsker sig, at den hjælp, de er blevet tildelt, *efter* at de er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom, var blevet dem tildelt meget tidligere i deres sygdoms- og kriminalitetsforløb.

Ud over dette ønske ser vi også, at enkelte af de interviewpersoner, der har haft komplekse livsforløb og gentagne gange har begået kriminalitet (jf. afsnit 6.2), ønsker sig, at de helt fra barnsben af var blevet mødt med andre og bedre muligheder for hjælp og støtte gennem livet. Dette eksemplificeres nedenfor af Søren, en 37-årig mand, der er diagnosticeret med ADHD, PTSD og har en hjerneskade, og som gennem hele sit liv har oplevet udfordringer med at passe ind i de aktiveringstilbud, der har været omkring ham:

Interviewer: Er der andet, du tænker, der kunne have været hjælpsomt? Også tilbage da du var ung, og før alt det her skete. Inden du begyndte... Nu sagde du, at det var allerede som 13-årig, at du begyndte at sælge de her stoffer?

Søren: Når du ikke gider at gå i skole og ikke gider at lave noget, så tjener du penge på at lave alt muligt. Hvis man nu lavede løn for at gå og hjælpe pedellerne eller gøre et eller andet, så man finder noget at lave. For mange, der har ADHD, hvor man ikke lægger mærke til det eller opdager det, jamen, du er nødt til at have noget at lave hele tiden, for at det ikke skal gå galt. Og det er der bare... Der er ikke noget at lave, jo.

Interviewer: *Så det er skolen eller ingenting, og så bliver alternativet for en ung knægt, hvor der er gang i den og ikke rigtig kan sidde stille, at...*

Søren: *Hvis nu jeg var blevet spurgt, om jeg ville gå og lave småreparationer med en pedel oppe på skolen efter skoletid, eller, du ved, et eller andet, og man føler, at der også er en der gider en, plus at man bliver stimuleret. Når ens egne forældre ikke gør det. Jeg tror, det kunne gøre rigtig meget, ikke? Og det ville heller ikke koste en masse penge på samme måde, for der bliver jo også lavet noget. Ja, et eller andet aktiverende på en eller anden måde.*

Søren, 37

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og har en hjerneskade

4.2 Støtte i overgangsfaserne

Som beskrevet i afsnit 2.1.6 giver over halvdelen af interviewpersonerne (9 ud af 19) eksplicit udtryk for, at overgangsfaserne mellem forskellige støtte- eller behandlingsforløb er særligt sårbare, og at der alt for ofte mangler den tilstrækkelige professionelle støtte, de har brug for (se også Møllerhøj & Stølan, 2021: 61).

Som en konsekvens heraf giver interviewpersonerne udtryk for, at de ønsker sig mere og bedre støtte i overgangsfaserne. Dette kommer eksempelvis til udtryk i interviewet med Line, en 44-årig kvinde, der er diagnosticeret med paranoid psykose, og som flere gange har oplevet, at man "kommer ud til ingenting", når man afslutter et indlæggelsesforløb i behandlingspsykiatrien:

Interviewer: *Er der noget, du tænker, der kunne have været rart der, en eller anden form for støtte?*

Line: *Ja, at du blev kontaktet. For eksempel af det udekørende team, der er blevet oprettet, og at du bliver kontaktet, og de kommer hjem til en og siger: 'Okay, nu skal vi have det her op og køre; hvad har du behov for, og hvem har du behov for skal komme hjem til dig, og hvor mange gange har du behov for det'? Der skal være et eller andet støtte, når man bliver udskrevet, så man ikke bare bliver udskrevet til ingenting. Selvom min mand er der for mig, det er ikke det samme. Han står jo også på bar bund og tænker: 'Hvad fanden skal jeg gøre?'; han har også mange gange prøvet at råbe systemet op: 'Hvad fanden vil I have, jeg skal gøre?'.*

Line, 44 år

Diagnosticeret med paranoid psykose

Af citatet fremgår det, hvordan Line ønsker sig, at hun var blevet kontaktet af fagpersoner, eksempelvis det udkørende behandlingsteam, hun tidligere har været i kontakt med i forbindelse med sin indlæggelse i behandlingspsykiatrien. Line oplever nemlig, at der, selvom hendes mand har forsøgt at råde systemet op, ikke er nogen fagpersoner, der koordinerer den støtte, hun har behov for at modtage, efter hun har afsluttet sit behandlingsforløb. Line ønsker sig, at der er mere støtte, koordinering og fokus på hendes behov i overgangsfasen fra indlæggelse til efterfølgende hverdagsliv.

Samme oplevelse fremgår af nedenstående citat fra Jonathan på 34 år. Han fortæller om den usikkerhed, der optræder omkring hans løsladelse fra et udslyningsfængsel, hvor der endnu ikke er indgået aftaler om, hvilke rammer og støtte han kan modtage efter endt løsladelse.



Så kommer vi tæt på der, hvor jeg skal løslades, der er tre måneder til, jeg er snart færdig med skolen, og jeg har fået en læreplads og det hele oppe i [bynavn fjernet], og det hele kører bare. Men så siger jeg til pædagogerne, at jeg har brug for en sikkerhed, jeg skal vide, at jeg kan bo her stadigvæk efter jeg bliver løsladt, der er tre måneder til, og når jeg starter i praktik og læreplads, så ved jeg godt, at når jeg bliver løsladt på gaden i [bynavn fjernet], hvordan fanden skal jeg klare mig, og hvordan skal jeg sove, og hvordan skal jeg stå op på arbejde.

Så jeg siger til dem, kan jeg få lov til at blive her, jeg har brug for at vide det nu: 'Jamen det tager vi senere', jeg bliver stresset. Når jeg siger at jeg har brug for det her, og jeg har brug for at vide om jeg kan få lov til at blive boende her, indtil jeg finder en lejlighed, så siger de: 'Det må vi lige snakke om'. Vi kommer tættere og tættere på, der går en hel måned, den måned begynder jeg at ryge hash, jeg kan ikke være i det. Det der med psykisk sygdom, jeg kan ikke magte utålmodighed, når jeg har brug for at vide en afklaring, jeg skal vide at der er struktur på tingene. Jeg har siddet i fængsel i 1,5 år, jeg er slet ikke klar til at komme ud, hvis jeg skal ud nu, så skal jeg have støtte 100 %.

Jonathan, 34
Diagnosticeret med ADHD

4.3 Aktivering og struktur

I naturlig forlængelse af ovenstående afsnit fremhæver en mindre gruppe af undersøgelsens deltagere (5 ud af 19), at de generelt ønsker sig mere aktivering og struktur i deres hverdagsliv. Interviewpersonerne ønsker sig eksempelvis at kunne få lov at passe et frivilligt arbejde nogle timer om ugen, at have en støttekontaktperson, der aflægger hjemmebesøg, og som man kan snakke og gå en tur med, eller at det bliver lettere at komme i arbejde. Sidstnævnte ønske eksemplificeres i nedenstående interviewuddrag med Ronni, en 38-årig mand, der er diagnosticeret med ADD og generaliseret angst, og som gennem sit liv har været i mange kommunale praktik- og jobprøvningsforløb:

Interviewer: Er der noget, hvor du tænker, at 'her kunne man have gjort noget anderledes?' Jeg tænker mest fra systemet, for det er der, vi skal prøve at sende noget viden tilbage til kommunerne, til psykiatri, til politi, til fængselsvæsen. Er der noget, man kunne have gjort anderledes og have støttet dig bedre? Også måske tidligere i forløbet, da du var helt ung?

Ronni: Puha, det er jo svært at sige. Lige umiddelbart vil jeg måske sige, at de unge mennesker, som kommer ned til jobcenteret og siger, at 'jeg gider altså godt at have en praktikplads'... Skid hul i, om de kan lægge en ren urinprøve. For den sags skyld, hvis det var sådan at chefen han vidste det – hvis du kommer ud som murerlærling, så vil jeg fandeme vædde min gamle hat på, at så længe han ikke vælter blæst rundt og taber sten på egen fod, og kunden ikke siger "der er et eller andet galt med ham, har han drukket eller hvad er der galt?", så tænker jeg, at det er... Der er måske mulighed for, at der er nogen, der kunne komme ud på en arbejdsplads og få noget selvtillid og struktur i deres hverdag, som gjorde, at de ville kaste stofferne ad helvede til. Der er nogen derude, det bare hænger langt ud af halsen, men de tager stofferne, fordi det er det miljø, de er i. Det er de venner, de har, det er de penge, som de tjener ekstra, på et eller andet punkt lidt deres levebrød, også i forhold til, at medicin er så dyr.

Ronni, 38 år

Diagnosticeret med ADD, PTSD og generaliseret angst

Foruden Ronni peger også fire andre borgere på, at job og uddannelse for dem udgør et en beskyttende faktor mod at begå ny kriminalitet. At starte job eller uddannelse er ofte forbundet med en stor glæde og oplevelse af succes (se også NIRAS Konsulenterne, 2012:117). Hakan på 41 år fortæller i nedenstående citat om øjeblikket, den uddannelsesansvarlige i en elektrikervirksomhed tildeler ham en voksenlæreplads, efter seksten tidligere fængselsdomme.



Så kigger hun rundt og så siger hun til mig; 'Ja, det rammer mig faktisk rigtig meget [Hakans livsfortælling], jeg synes du skal have en chance, siger hun'. Lige så snart hun sagde de der ord, så fik jeg tårer i øjnene, jeg fik tårer i øjnene med det samme, så sagde hun: 'Du er også ved at give mig tårer i øjnene'. Hun rejser sig op, åbner skuffen ... og så opretter vi kontrakten. Jeg tænker 'hvad, hvad, hvad'. Hun siger: 'Det her er en 4 års kontrakt, jeg vil sige dig tillykke, du er vores kommende elektriker'. Jeg rejser mig og krammer hende: 'Mener du det?' - jeg hopper op og ned.

Hakan, 41 år
Diagnosticeret med ADHD

4.4 Fagpersoner med kriminalitetserfaring eller indsigt

Relateret til de relationelle barrierer i det kriminalpræventive arbejde, vi beskrev under afsnit 2.2., giver en mindre gruppe af interviewpersonerne udtryk for, at de ønsker sig forbilleder, mentorer eller støttekontaktpersoner, der selv har kriminalitetserfaring og/eller indsigt.

Dette ønske kommer eksempelvis til udtryk i nedenstående interviewuddrag fra interviewet med Kim, en 48-årig mand, der er diagnosticeret med ADHD, PTSD og dyssocial personlighedsforstyrrelse, og som har haft et liv med kontakt til forskellige støtte- og behandlingstilbud:

Interviewer: Nu siger du jo, at du har haft en form for støttekontaktperson i en overgang...

Kim: Jo, men det var en kvinde fra kommunen af. En lille spirrevip, der ikke har været på den anden side af loven på nogen mulig måde. Som aldrig har fået en parkeringsbøde.

Interviewer: Og hvad tænker du, at det betød, at hun ikke selv havde gjort sig nogen erfaring med kriminalitet?

Kim: Jamen altså, hun havde jo bare den der generelle indstilling, at alle kriminelle de skal bare spærres inde og så skal nøglen smides væk, ikke? Og ikke noget indblik ind i, hvorfor folk har gjort, som de har gjort. Og den del kunne man godt have brugt.

Interviewer: *Ja, så du blev mødt med eller anden form for forståelse?*

Kim: *Forståelsen, ja. Så ikke at folk skal synes, det er i orden, det man har gjort, men så de kan forstå en. For selvfølgelig er det ikke i orden, det man har gjort, men sket er sket, og så håber man jo at få en, der bare forstår en lidt.*

Interviewer: *Det forstår jeg godt, Kim. Nu stiller jeg et spørgsmål, som måske er lidt dumt, men vil du prøve at forklare, hvorfor det kunne være rart med noget mere forståelse?*

Kim: *Jamen, netop fordi, at så kan folk bedre sætte sig ind i ens situation og kaste bolden tilbage, så man kan have et samspil på en måde. Det er sgu den letteste måde at forklare det på, tror jeg.*

Kim, 48 år

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og dyssocial personlighedsforstyrrelse

5 ud af undersøgelsens 19 deltagere giver eksplicit udtryk for, at de ønsker sig kontakt med og støtte fra fagpersoner eller mentorer, der selv har kriminalitetserfaring eller en vis indsigt i og forståelse for livet på den anden side af loven. Borgerne forventer nemlig, at kriminalitetserfaringen og/eller indsigt har den støttende konsekvens, at fagpersonen eller mentoren bedre kan vejlede og støtte borgerne til at undgå fremtidig kriminalitet, fordi vedkommende vil have gennemgået – eller har forståelse for – nogle af de samme ting, som borgeren selv, og derfor bedre kan leve sig ind i borgerens situation og fx oplyse om de negative konsekvenser ved en kriminel levevej (se også Holst, 2022; Møllerhøj & Jørgensen, 2022).



‘[Jeg kunne ønske, at] få åbnet mine øjne tidligere. Hvis jeg kunne se, hvad jeg ville ende i, så kunne det måske have ændret mit forløb. Jeg vidste godt, at det var noget lort, men jeg så kun frynsegoderne. Jeg fik et forvrænget billede [af tilværelsen som kriminel]’.

Bjørn, 21 år

Diagnosticeret med ADHD

4.5 Traumebehandling og psykologsamtaler

Som vi bl.a. har beskrevet i afsnit 2.3.3.1, giver cirka halvdelen af undersøgelsens deltagere udtryk for, at den behandling, de har modtaget i regi af psykiatrien, har været for ensidigt fokuseret på medicinsk behandling og kun

i ringe grad eller slet ikke har omfattet traumebehandling, terapi eller psykologsamtaler.

Følgelig giver undersøgelsens deltagere udtryk for, at de ønsker sig, at terapi og psykologsamtaler bliver mere udbredt i psykiatrien, herunder behandling af de traumer, som flere af undersøgelsens deltagere bærer rundt på, og som de oplever forværrer deres psykiske velbefindende. Dette udtrykkes bl.a. af Niels på 53 år, som efterspørger psykologsamtaler i behandlingspsykiatrien.



Der er ikke noget med psykologer eller noget. Jeg har endda spurgt efter det, men det kunne ikke bevilliges. Ja det gjorde jeg, fordi der var jeg simpelthen så langt nede, så det var, ja, det var helt forfærdeligt. Altså hvis du har noget psykisk, så vil de bare prøve at bedøve dig, de kunne da godt måske lige have tilbudt hjælp til at snakke med én, for der er mange, ting der lige bider sig fast, når man har det psykisk årligt, det er en hård oplevelse der.

Niels, 53 år

Diagnosticeret med ADHD, PTSD og dyssocial personlighedsforstyrrelse

Emilia, der er 21 år gammel, fortæller også, at hun ikke kan få den traumebehandling for sin PTSD-diagnose, som hun efterspørger:



Så generelt set traumebehandling har vi bare ikke rigtig her. Det er det samme, jeg har spurgt [hospital] om, hvor jeg hører til nu, hvor jeg siger, om ikke jeg kan få noget behandling for min PTSD, og jeg får at vide, at det er ikke noget, man tilbyder i offentligt regi, for der er ikke ressourcer. Og det ved jeg godt, for det er meget efterspurgt, men der får jeg så at vide, at jeg kan betale for det ambulant, men du ved... Jeg siger 'men for helvede', altså... For det første, det offentlige har sgu også forårsaget det, hvorfor skal jeg betale for, at de har fucket op? Og for det andet, jamen, jeg er på kontanthjælp, jeg er lykkelig, når mine måneder ikke ender i minus. Hvordan helvede tænker de, at jeg lige finder 3.000-5.000 kroner til traumeterapi? Men der er ikke et offentligt svar, mener de.

Emilia, 21 år

Diagnosticeret med borderline og PTSD, aktuelt under udredning for ADHD

Af citatet fremgår det, at Emilia har fået at vide af de offentlige fag- og myndigheds personer, hun har været i kontakt med i forbindelse med sin psykiske sygdom, at hun ikke kan få den traumebehandling, hun efterspørger, fordi der ikke er ressourcer til at finansiere behandlingen gennem det offentlige sundhedssystem. I stedet er det blevet Emilia foreslået, at hun selv finansierer sin traumeterapi, hvilket hun vurderer ikke at have mulighed for, fordi hun står uden for arbejdsmarkedet og derfor har kontakthjælpsydelsen som sin eneste indtægtskilde.

Generelt udtrykker denne gruppe af undersøgelsens deltagere, at de ønsker sig, at der, særligt i regi af psykiatrien, bliver lyttet mere til deres, borgernes, perspektiver. Dette udtrykkes eksempelvis af Peter, en 47-årig mand, der er diagnosticeret med paranoid skizofreni, og som har været i kontakt med psykiatrien ad mange omgange og gennem det meste af sit liv:

Interviewer: Og er det et eller andet, du tænker, jeg ikke har spurgt dig om, som er vigtigt i forhold til at forstå din historie, og hvordan man eventuelt kan støtte andre i lignende situationer?

Peter: Ja, man skal nok lytte mere til patienten, end sygeplejersker og psykiatere gør, for de tager mange gange... konklusioner ud af, hvad de selv kan se på en, hvor de ikke lytter nok til patienten, synes jeg. Hvor de skal gå mere ind i detaljer med at spørge mig om sygdommen, hvad jeg kan høre og alt muligt. Hvor jeg bare siger, at 'jeg hører altså stemmer' og 'jeg hører det og det', og så konkluderer de et eller andet, i stedet for at spørge mig bedre ind til tingene og sådan noget. Det, synes jeg, at de skulle gøre noget bedre, de psykiatere og sygeplejersker... Og være mere lyttende til de syge i stedet for kun at [...] tage deres egen konklusioner.

Peter, 47 år

Diagnosticeret med paranoid skizofreni

I ovenstående interviewuddrag illustrerer Peter, at han oplever, at psykiatrisygeplejersker og psykiatere drager deres egne konklusioner og kun i meget ringe grad går i dybden med hans egne oplevelser og perspektiver på sygdommen. Peter ønsker sig altså, at fagpersonerne i højere grad lytter og indtager ham i de beslutninger, der vedrører hans eget sygdoms- og behandlingsforløb (se også Møllerhøj & Stølan, 2018:596).

5 Konklusion

Borgere med en eller flere psykiske diagnoser, som derfor har erfaring med kriminalitet, modtager ofte flere typer af indsatser og ydelser fra forskellige offentlige myndigheder. Hvert fagområde er typisk reguleret i specialiserede og opdeltede regelsæt med fokus på ét enkelt aspekt af borgernes samlede liv. Borgere kan herved risikere at havne i et tomrum mellem myndighedernes forskellige ansvarsområder, hvorved potentialet for at forebygge fortsatte kriminelle løbebaner delvist er uudnyttet.

Formålet med denne rapport er at give borgerne en stemme og undersøge deres perspektiv på det kriminalpræventive arbejde. Målsætningen er, at projektet skal frembringe viden, der kan hjælpe myndigheder i deres samarbejde om at sikre den rette hjælp på tværs af sociale og helbredsrelaterede problematikker.

5.1 Metode

Undersøgelsens resultater bygger på 19 interviews med borgere med psykiske sygdom og kriminalitetserfaring, som har indgået i eller har potentiale til at indgå i et tværsektorielt samarbejde om kriminalitetsforebyggelse og resocialisering. Betegnelsen 'psykisk sygdom' skal her forstås bredt og dækker over forskellige psykiske sygdomme og adfærdsmæssige forstyrrelser efter International Classification of Diseases 10 (ICD-10).

Interviewene er udført i perioden fra den 5. juni 2023 til den 3. august 2023, hvor Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) og områdekontorer i Kriminalforsorgen har assisteret VIVE med respondentkontakten. Borgere er rekrutteret ud fra princippet om maksimal variation (se afsnit 6.3) med henblik på at opnå størst mulig heterogenitet i respondentgruppen. Målsætningen er at identificere datamønstre med en så stor gyldighed inden for målgruppen (som mulig). Undersøgelsen skal imidlertid betragtes som en pilotundersøgelse, og undersøgelsens resultater kan ikke siges at være repræsentative for gruppen af borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring generelt.

Interviewene tager udgangspunkt i en narrativ interviewmetode, der har til hensigt at fremstille respondentens stemme og fremstille mening med forskellige hændelser i personens liv, både før, under og efter dom (se afsnit 6.4). Den narrative interviewmetode frembringer således viden med afsæt i interviewpersonens egne oplevelser og meningsfortolkninger retrospektivt. Målsætningen er, at borgernes stemmer høres, og at borgerperspektivet på det kriminalpræventive arbejde bliver belyst.

Der er foretaget en tematisk kodning af data i det computerbaserede koderedskab NVivo (se afsnit 6.5). Med henblik på anonymitet optræder alle interviewpersoner under pseudonymer (herunder fiktiv aldersangivelse), og person- eller stednavne er fjernet fra rapporten.

5.2 Respondentkarakteristik

De borgere, som indgår i undersøgelsen, er mellem 21-65 år og hovedsageligt mænd (16 ud af 19). Borgerne er bosat forskellige steder i landet og tilknyttet forskellige områdekontorer under Kriminalforsorgen i Frihed (KiF). Hovedparten af borgerne (13 ud af 19) har modtaget mere end én dom for kriminalitet og har været i kontakt med flere behandlings- og støttetilbud. To borgere afsoner aktuelt en ubetinget fængselsdom, tre er betingede dømte med vilkår om tilsyn ved Kriminalforsorgen i Frihed (KiF), mens 14 borgere har en foranstaltningsdom (8 ambulante, 4 behandlingsdomme og 2 anbringelsesdomme). De ambulante og behandlingsdømte borgere er alle underlagt et tilsyn af KiF som led i deres foranstaltning.

Borgerne er karakteriseret ved at have flere og samtidige vanskeligheder, herunder psykisk sygdom, turbulente familie- og opvækstbaggrunde, længere kriminalitetshistorik, selvmordsforsøg eller -tanker, arbejdsløshed, rusmiddelforbrug, fattigdom og social isolation. Borgerne i undersøgelsen har selv angivet af have følgende diagnoser: ADHD (9), skizofreni (6), PTSD (4), borderline (2) og angst (2).

5.3 Undersøgelsesspørgsmål

Rapporten belyser, hvordan forskellige strukturelle, relationelle og individuelle aspekter af mødet med det offentlige system har betydning for borgergruppens oplevelse af muligheden for at få hjælp fra myndigheder og indsatser i det kriminalpræventive arbejde.

Med afsæt i disse aspekter besvarer rapporten følgende tre spørgsmål:

- Hvilke udfordringer og barrierer oplever borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring i mødet og samarbejdet med myndigheder og indsatsområder?
- Hvilke indsatser og tiltag oplever borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring som brugbare og understøttende for at forebygge recidiv til kriminalitet?

- Hvilke ønsker og anbefalinger har borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring til det kriminalpræventive arbejde – og hvilken type hjælp ville de ønske, at de havde adgang til?

5.4 Strukturelle barrierer i det kriminalpræventive arbejde

Borgerne har peget på syv strukturelle barrierer i det kriminalpræventive arbejde. Strukturelle barrierer omfatter forhold, der hænger sammen med myndighedsområders strukturer, procedurer og organisering, fx gennem lovgivning, forvaltning og inddeling af specialområder.

Lidt over en tredjedel (7 ud af 19) af borgerne i undersøgelsen giver udtryk for, at de først har fået den rette støtte/behandling, efter de er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom (se også Møllerhøj m.fl., 2020; Moltke, 2022). Flere af borgerne (6 ud af 19) oplever, at tingene først skal gå rigtig galt, før man som borger får den nødvendige hjælp. Det resulterer i en oplevelse af, at der ofte **først tildes hjælp, når det er for sent**, og borgeren i værste fald har begået kriminalitet.

En af de forhold, som borgerne peger på som barriere for at få hjælp i tide (forud for dom) er **manglende akutte behandlingstilbud og sengepladser i psykiatrien**. Borgerne beretter, at de psykiatriske akutmodtagelser er en vigtig (og ofte den eneste) livsline i pressede situationer, hvor de har det dårligt psykisk. De fortæller også, at de forud for deres dom har oplevet, at det kan være svært at få tildelt en sengeplads i behandlingspsykiatrien. 8 ud af 19 interviewpersoner fortæller om oplevelser, hvor det har været vanskeligt at få adgang til behandling gennem de psykiatriske akutmodtagelser. Konsekvensen er, at borgere ofte oplever at måtte kæmpe for at få tildelt en sengeplads, fx ved at være insisterende, tigge og bede eller overdrive deres symptomer (se også Møllerhøj m.fl., 2020:294). 3 ud af 19 interviewpersoner har desuden oplevet at være blevet afvist i akutmodtagelsen. En afvisning udgør, ifølge borgerne, en risikofaktor for kriminalitet, fordi de ofte ikke har andre steder at gå hen og søge hjælp i en særlig sårbar situation præget af psykisk ustabilitet.

Flere af borgerne i undersøgelsen (9 ud af 19) beskriver desuden, at indlæggelserne i behandlingspsykiatrien (forud for dom) ofte er for korte, og at de derfor oplever at modtage **utilstrækkelig professionel behandling**. De udskrives, før end de føler sig klar til det og ofte uden en stabilisering af deres tilstand. Flere har ikke fået tildelt et relevant tilbud (fx gennem den ambulante psykiatri, rusmiddelbehandling eller en støttekontaktperson gennem kommunen), og de, der har, finder, at dette ikke i tilstrækkelig grad imødekommer deres behov for støtte og behandling (se også Møllerhøj m.fl., 2020). 9 ud af 19

borgere beskriver at have modtaget en række **isolerede forløb**, som ofte synes for korte og uden opfølgning.

Mange af borgerne ender derfor som såkaldte 'svingdørspatienter' med et højt antal indlæggelser pr. år. Blandt undersøgelsens deltagere angiver 3 ud af 19 interviewpersoner, at den utilstrækkelige behandling, de har fået, er en medvirkende årsag til det kriminelle forhold de er dømt for, og at situationen, i deres øjne, kunne have været undgået, hvis de havde modtaget en tilstrækkelig udredning og hjælp for deres psykiske sygdom. En opgørelse fra Sundhedsministeriet viser, at andelen af akutte genindlæggelser inden for 30 dage i psykiatrien i 2021 var på 24,4 % i hele landet (Sundhedsministeriet, 2022:8). En undersøgelse udført af Indenrigs- og Sundhedsministeriet tilbage i 2006 af sammenhængen mellem kriminalitet og psykisk sygdom peger desuden på, at tidspunktet omkring indlæggelsen og udskrivelsen er særligt sårbart. Rapporten påpeger i den sammenhæng, at let og hurtig adgang til behandling, gradvis udslusning og indlæggelsesvarighed samt støtte omkring udskrivelsen kan være vigtige i det kriminalpræventive arbejde (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006:91). En undersøgelse fra Rigsrevisionen vedrørende 'Borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud' viser imidlertid, at der relativt sjældent – efter et indlæggelsesforløb – udarbejdes udskrivningsaftaler (Statsrevisorerne, 2023). En udskrivningsaftale er en aftale, der indgås mellem borgeren, det psykiatriske center, kommunen og andre relevante aktører, som fx pårørende i patientens behandlingsforløb. Målgruppen for udskrivningsaftaler er borgere, der har brug for behandling på både regionens psykiatriske centre og i kommunernes sociale tilbud, men som ikke vil søge den på egen hånd, hvorfor det er et lægeligt ansvar at sørge for, at aftalen indgås (Patientinddragelsesudvalget, 2021:13).

En anden problemstilling, som flere borgerne i undersøgelsen fremhæver som en barriere for at få den rette hjælp i tide (før dom), er **manglende samarbejde og koordination mellem sektorer**. Mange af undersøgelsens borgere har oplevet samarbejdsproblemer mellem aktører i det kriminalpræventive arbejde. Ofte er der tale om, at forskellige afdelinger eller myndigheder arbejder med indsatser, der ikke er sammensat ud fra et helhedsperspektiv, og som derfor heller ikke understøtter et fælles mål (se også KL, 2017; Sundhedsstyrelsen 2011¹, 2022). 7 ud af 19 af interviewpersoner mener, at disse samarbejdsudfordringer er forbundet med deres kriminelle adfærd og dom (se også Møllerhøj m.fl., 2020).

En udfordring er, at borgere med komplekse støttebehov ofte har mange og samtidige kontaktpunkter til forskellige afdelinger og myndigheder. Sektoropdelingen giver i nogle tilfælde udslag i, at **borgerne falder mellem systemets stole** (se også Berg & Bach, 2018:107). 8 ud af 19 borgere i undersøgelsen mener, at det sektoropdelte velfærdssystem – med manglende sammenhæng på

tværs af sektorer og fagområder – er årsag til, at de ikke har modtaget tilstrækkelig behandling. Det er kendt, at det tværsektorielle samarbejde mellem regioner og kommuner kan være udfordret, og at dette kan gå ud over den hjælp, støtte og behandling, som socialt udsatte borgere får (Sundhedsstyrelsen, 2022:14; Statsrevisorerne, 2023). 3 ud af 19 borgere beskriver desuden, hvordan en kompleksitet i diagnoser (komorbiditet) og afledte støttebehov har vanskeliggjort tilbud om behandling. Problematikken er særlig udtalt ved patienter med dobbeltdiagnose (psykisk sygdom og rusmiddelafhængighed), hvor borgerne oplever, at der sjældent tages højde for interaktionen mellem deres psykiske sygdom og afhængighed (se også Lægeforeningen m.fl., 2018). 4 ud af 19 borgere har desuden oplevet, at deres støttebehov er så komplekse, at ingen offentlige aktører har villet/kunnet optage sig opgaven.

En yderligere barriere for at modtage hjælp (forud for dom) er **systemkompleksitet**. 5 ud af 19 borgere omtaler udfordringer forbundet med at skulle navigere i forhold til det offentlige hjælpesystem. Personer med komplekse problemer bliver ofte mødt af et lige så komplekst velfærdssystem, altså et system med mange tilbud, der ikke altid hænger sammen (se fx VIVE, 2018). Mødet med systemets kompleksitet kan således i sig selv forværre borgerens situation (se også Hjelmar, 2018; Hjelmar m.fl., 2020).

Strukturelle barrierer i det kriminalpræventive samarbejde

Først hjælp, når det er for sent

- 6 ud af 19 af borgere oplever, at tingene først skal gå rigtig galt, før systemet tildeler den nødvendige hjælp.
- 7 ud af 19 borgere oplever, at de først har fået den rette støtte/behandling, efter de er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom.

Manglende akutte behandlingstilbud og sengepladser i psykiatrien

- 8 ud af 19 borgere beretter, at det har været vanskeligt at få tildelt en sengeplads.
- Borgerne fortæller, at de ofte må kæmpe for at blive indlagt, ved at tage forskellige strategier i brug. Det kan fx være at være meget insisterende, overdrive symptomer eller tigge om hjælp.
- 3 ud af 19 af undersøgelsens borgere har oplevet at blive afvist i de psykiatriske akutmodtagelser, hvilket forstærker følelsen af, at det kræver kamp at modtage hjælp.
- En afvisning i behandlingspsykiatrien har ifølge én borger forårsaget et kriminelt forhold.

Utilstrækkelig professionel behandling

- 9 ud af 19 borgere oplever, at indlæggelserne i behandlingspsykiatrien ofte er (for) korte, og at der sker en for tidlig udskrivning. Resultatet er ofte talrige indlæggelser.
- 3 ud af 19 borgere mener selv, at den kriminelle handling, de har begået, kunne have været undgået, hvis de havde modtaget den rette behandling gennem behandlingspsykiatrien.

Manglende samarbejde og koordination mellem sektorer

- 7 ud af 19 borgerne angiver udfordringer i det tværsektorielle samarbejde som indirekte årsager til deres kriminalitet og domsfældelse, eksempelvis at være kasterbold mellem politiet og psykiatrien.

At falde mellem systemets stole

- 8 ud af 19 borgere mener, at det sektoropdelte velfærdssystem er årsag til, at de ikke har modtaget tilstrækkelig behandling.
- 4 ud af 19 borgere har oplevet, at deres støttebehov er så komplekse, at ingen offentlige aktører har villet/kunnet optage sig opgaven.
- 3 ud af 19 borgere beskriver, hvordan en kompleksitet i diagnoser (komorbiditet) og afledte støttebehov har vanskeliggjort tilbud om behandling.

Isolerede forløb

- 9 ud af 19 borgere beskriver at have modtaget en række isolerede behandlingsindsatser fra både kommune og region uden opfølgning og støtte efter endt forløb, hvorfor 'effekten' udebliver.
- Udfordringen viser sig særligt udtalte i overgangen fra et tilbud til et andet, og fra én sektor til en anden, fx ved udskrivelser fra behandlingspsykiatrien, ophør af behandlingstilbud og behandlingsdom og/eller løsladelse fra fængslerne.

Systemkompleksitet

- 5 ud af 19 borgere oplever udfordringer forbundet at skulle navigere i det offentlige hjælpesystem og at stå alene med ansvaret.

5.5 Relationelle barrierer

Borgerne har angivet fire relationelle barrierer, som har at gøre med deres interaktion og kommunikation med forskellige myndigheder (fx borgernes forhold til fagprofessionelle).

I forhold til de relationelle aspekter udgør **oversete behov** en potentiel barriere for, at borgerne kan modtage hjælp (forud for dom). Flere af borgerne (7 ud af 19) fortæller om fagprofessionelle, som ikke har set og/eller reageret på deres signaler på mistro og behov for hjælp. Andre borgere (8 ud af 19) beskriver, at de omvendt har efterspurgt hjælp, men alligevel ikke fået den ønskede støtte. **Manglende anerkendelse af behov** kan ligeledes udgøre en potentiel risikofaktor for recidiv, fordi borgerne efterlades i en hjælpeløs og ofte frustreret situation. Flere borgere fortæller, at deres kriminelle handling skal ses som et nødråb om hjælp og kulminationen på længere tids forsømmelse (se også Moltke, 2022; Møllerhøj m.fl., 2020).

6 ud af 19 borgere har desuden oplevet, at de er blevet mødt med **manglende tillid og lydhørhed** fra forskellige fagprofessionelle, når de (forud for dom) har henvendt sig i forsøget på at få hjælp. Borgerne beskriver eksempler, hvor deres anmodning om hjælp er blevet negligeret af fagprofessionelle, der ikke har troet på deres fortællinger, men affejet dem som vrangforestillinger eller overdrivelse. Ikke at føle sig troet på og mødt i sine støttebehov kan udgøre en risikofaktor for kriminalitet, fordi borgerne bliver utrygge ved relationen og derfor er tilbageholdende med at række ud efter hjælp igen.

Utryghed i relationer kan også forårsages af stor personaleudskiftning og dermed **skiftende personale**. Få borgere (4 ud af 19) omtalte personaleudskiftningen og brugen af vikarer som en risikofaktor for kriminalitet, fordi de mange skift forårsager tab af de relationer, som er bygget op, mens nye relationer tager tid at etablere. Det er vigtigt med tillidsfulde relationer, der skaber den tryghed og nærvær, der skal til, hvis man som borger skal lukke sig op for et andet menneske og dele sine udfordringer. Dette gælder relationer både i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. En spørgeskemaundersøgelse blandt 2.000 FOA-medlemmer viser, at 6 ud af 10 medlemmer oplever, at brugen af vikarer gør det svært at give borgerne den nødvendige stabilitet (FOA, 2021).

Endelig peger nogle borgere (6 ud af 19) på **manglende faglige kompetencer** hos de fagprofessionelle som en barriere/risikofaktor for at modtage en tilstrækkelig hjælp. De oplever ikke, at medarbejderne altid besidder den rette indsigt i deres sygdom eller situation, og det skaber en usikkerhed i forhold til medarbejderens dømmekraft og beslutningskompetence, der potentielt kan få borgeren til at frasige sig kontakt.

Relationelle barrierer i det kriminalpræventive samarbejde

Oversete behov

- 7 ud af 19 borgere fortæller om fagprofessionelle, som har overset deres signaler/symptomer på akut behov for hjælp.

Manglende anerkendelse af behov

- 8 ud af 19 borgere fortæller, at de trods eksplicite ønsker om hjælp er blevet afvist/affejlet af fagprofessionelle.

Manglende tillid til borgeren

- 6 ud af 19 borgere oplever, at de er blevet mødt med mistillid af forskellige fagpersoner, bl.a. på grund af deres psykiatriske diagnose. Borgerne oplever, at mistilliden har betydet, at de ikke har kunnet modtage den rette hjælp.
- Gentagne afvisninger kan afstedkomme modstand mod at bede om hjælp

Manglende faglige kompetencer

- 6 ud af 19 borgere oplever, at fagprofessionelle ikke altid har de rette faglige kompetencer i forhold til borgerens diagnose og støttebehov, hvilket kan have fatale konsekvenser.

Skiftende personaler

- 4 ud af 19 borgere beretter om stor personaleudskiftning og brug af vikarer. Det forårsager mange skift i relationer og tillidsforhold, som på ny skal bygges op.

5.6 Individuelle barrierer

Borgerne i undersøgelsen peger også på tre individuelle barrierer for, at de kan modtage tilstrækkelig psykiatrisk og kriminalpræventiv hjælp.

Nogle af borgerne i undersøgelsen beskriver her **diagnosen som barriere** for at modtage tilstrækkelig hjælp. Cirka halvdelen af borgerne (10 ud af 19) oplever, at den diagnose/psykiske sygdom, de har fået stillet, alene behandles med medicin i psykiatrien. Imens tilbydes de ingen behandling for de traumer og ar på sjælen, som mange af borgerne oplever at bære rundt på og selv vurderer som risikofaktorer i forhold til en forværring af deres psykiske tilstand.

Diagnosen kan også potentielt hæmme borgerens kognitive formåen og dermed mulighed for at udtrykke ønsker og behov klart over for de fagprofessionelle. Enkelte borgere oplever, at deres ønsker og behov skal oversættes til systemsprog (og matche de tilbud myndigheden råder over) – en opgave, som ikke alle borgere formår (se også Järvinen & Mik-Meyer, 2003; Møllerhøj, 2021; Møllerhøj & Stølan, 2021).

3 ud af 19 borgere beskriver også, hvordan diagnosen kan udgøre en barriere for at tage imod hjælp. Oplevelsen gælder særligt for borgere i psykose, som kan opleve en mistro til behandlingspsykiatrien, når de ikke har oplevet en fælles opfattelse af realiteter og problemstillinger. Dette har i nogle tilfælde

resulteret i skepsis over for tilbuddene i behandlingspsykiatrien – herunder den medicinske behandling. Borgerne beskriver her, at de har været udskrevet, uden at psykosen har været behandlet. I enkelte tilfælde har dette afstedkommet en kriminel handling i en psykotisk tilstand (se også Sundhedsstyrelsen, 2007).

Over halvdelen af borgerne (11 ud af 19) beskriver også **medicin som barriere** for at få det bedre psykisk og undgå recidiv. Borgernes beskrivelser handler bl.a. om en række fysiske og psykiske bivirkninger af medicinen, samt at medicinen kan være så dyr, at borgerne enten stopper med at tage den eller selvmedicinerer med rusmidler i stedet for. 17 ud af 19 borgere fortæller om at have eller have haft et **forbrug af ulovlige rusmidler**, der ofte har fungeret som selvmedicinering. Forbrug af rusmidler er ofte beskrevet som et tveægget sværd, som dels opleves stabiliserende for borgernes psykiske velbefindende, men som også samtidig risikerer en forværring på grund af stofmisbruget (se også Kohl m.fl., 2016; Thylstrup & Hesse, 2019).

Det er kendt, at stofafhængighed ofte er forbundet med psykisk sygdom, både som led i selvmedicinering af en allerede bestående eller eventuelt endnu ikke diagnosticeret psykisk sygdom. Afhængighed af visse stoffer vil desuden i sig selv kunne fremprovokere psykisk sygdom hos sårbare borgere (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006).

Individuelle barrierer i det kriminalpræventive samarbejde

Diagnose som barriere

- 10 ud af 19 borgere oplever, at der er for stort og for ensidigt fokus på medicinsk behandling i forhold til deres diagnose og at der kun i meget ringe eller slet ingen grad bliver arbejdet med de traumer og belastninger, de bærer rundt på.
- 3 ud af 19 borgere giver udtryk for, at deres psykiske sygdom udgør en barriere for, at de kan tage imod den hjælp, de er blevet tilbudt, fx fordi vrangforestillinger har gjort dem mistroiske omkring behandlingen.

Afhængighed af rusmidler

- 17 ud af 19 borgere har eller har haft et forbrug af ulovlige rusmidler, der ofte har fungeret som selvmedicinering.

Medicinudgifter

- 11 ud af 19 borgere oplever, at medicinering på en række punkter udgør en barriere for at få det bedre psykisk og undgå recidiv.
- 5 ud af 19 borgere fortæller, at udgifterne til medicinen kan være så store, at de ikke har råd til at købe den.

5.7 Strukturelt støttende faktorer

Borgerne beskriver tre strukturelt støttende faktorer, der vedrører indsatser og tilbud, som borgerne oplever som hjælpsomme og understøttende i forhold til at forebygge (tilbagefald til) kriminalitet og forbedre deres mentale helbred.

7 ud af 19 borgere i undersøgelsen betragter deres dom til **en særforanstaltning som et positivt vendepunkt** og en væsentlig beskyttelsesfaktor i deres liv. Borgerne beretter om, at det først er med deres dom til behandling, at de oplever at modtage den rette hjælp. Dommen sikrer behandlingskontinuitet (ofte med en klar ansvarsfordeling mellem de involverede aktører). Samtidig udgør muligheden for indlæggelse i henhold til dom en livsline/sikkerhed for borgerne, som oplever, at de herigennem er sikret en plads/indlæggelse i behandlingspsykiatrien, hvis deres psykiske tilstand forværres eller de udviser tegn på recidiv (se også Sundhedsstyrelsen, 2007).

11 ud af 19 borgere, som har modtaget en foranstaltningsdom, oplever, at dommen har sat struktur på det tværfaglige samarbejde mellem fagpersoner på tværs af forvaltninger, sektorer og afdelinger. Borgerne modtager regelmæssig behandling i psykiatrien, følges tæt af en tilsynsførende i KiF, og der koordineres med kommunen i forhold til borgernes situation og støttebehov. Dette giver borgerne en oplevelse af, at modtage en mere **helhedsorienteret indsats** (på tværs af sektorer). Det skaber ro for borgerne, som ofte har svært ved at klare selv at stå med det koordinerende ansvar (se også Sundhedsstyrelsen, 2007; VIVE, 2018).

5 ud af 19 borgere beskriver, hvordan **fleksible og behovstyrede tilbud** udgør en beskyttelsesfaktor i deres liv (både før og efter dom). Der skal være adgang til hjælp, når borgerne efterspørger den, og der skal være indbygget en fleksibilitet i tilbuddene, som modsvarer borgernes aktuelle situation (se fx Haugegaard m.fl. 2021). Indsatserne skal således tage afsæt i borgernes individuelle og partikulære vanskeligheder og herudfra skabe individuelle løsninger, der koordineres på tværs af sektorer.

Strukturelt støttende faktorer i det kriminalpræventive samarbejde

Særforanstaltning som positivt vendepunkt

- 7 ud af 19 borgere betragter deres dom til særforanstaltning som et kriminalpræventivt vendepunkt i deres liv.
- 4 ud af 19 borgere beskriver muligheden for genindlæggelse som en tryghedsskabende faktor.

Helhedsorienteret indsats (på tværs af sektorer)

- 11 ud af 19 borgere oplever, at deres sætforanstaltning er med til at sikre et struktureret og koordineret samarbejde mellem instanser.

Fleksible og behovstyrede tilbud

- 5 ud af 19 borgere (beskriver en række tilbud, som de har eller har haft adgang til og kan tage i brug ved akut behov.

5.8 Relationelt støttende faktorer

Borgerne har peget på tre relationelt støttende faktorer, der vedrører kommunikation og relationer mellem borgerne og involverede myndigheder. Det er forhold, hvor borgerne finder, at disse spiller en positiv rolle med henblik på at modgå (ny) kriminalitet.

12 ud af 19 borgere fortæller fx, at de har svært ved løse strukturer, hvor tingene flyder, og de i høj grad overlades til sig selv. Derfor efterspørger de **personaler, som involverer sig** og er insisterende i kontakten til borgeren. Det vil sige personaler, som søger relationen, nærværet og ikke lader borgeren sygne hen (se også Sundhedsstyrelsen, 2007). Disse oplevelser af positive personalekompetencer gælder på tværs af myndighedsområder, men er særligt udtalte for borgere på botilbud.

3 ud af 19 interviewpersoner fremhæver også **fast personale** som en beskyttelsesfaktor, dvs. personale, der er gennemgående og derfor kender borgeren, og kan være opmærksom på skift i borgerens humør og situation. Et personale, som borgeren generelt er tryk ved og oplever, at de kan gå til ved behov. Dette ønske gælder både for kommunale sagsbehandlere, læger og kontaktperson i den stationære og ambulante psykiatri samt personelle på bosteder og døgninstitutioner.

En yderligere støttede relationel faktor, som fremhæves af 4 ud af 19 borgere i undersøgelsen, er situationer, hvor personalet formår at deescalere en tilspidset situation. Borgerne giver her eksempler på situationer, hvor fagprofessionelle har formået at **"tale en situation ned"** og dermed få afværget en aktuel

farlig/risikofyldt situation omkring borgeren. Denne deeskalerende tilgang blandt fagprofessionelle betegnes af flere borgere som en beskyttende faktor i det kriminalpræventive arbejde (både før og efter dom).

Relationelt støttende faktorer i det kriminalpræventive samarbejde

Relationelt støttende faktorer

- 12 ud af 19 borgere fortæller om det gode personale. En beskyttelsesfaktor er her evnen til at (turde) involvere sig, så borgerne ikke er overladt for meget til sig selv.

Deeskalerende tilgang

- 4 ud af 19 borgere peger på fagprofessionelles evne til at bevare roen og deeskalere en tilspidset situation som en beskyttelsesfaktor.

Fast kontaktpersonale

- 3 ud af 19 borgere fremhæver fast gennemgående personale som en beskyttelsesfaktor.

5.9 Individuelt støttende faktorer

Borgerne i undersøgelsen har peget på tre individuelt støttende faktorer, der har spillet en positiv rolle i borgernes vej mod bedre psykisk helbred og forebyggelse af yderligere kriminalitet.

5 ud af 19 borgere beskriver livserfaring som en beskyttende faktor mod kriminalitet. De fortæller, at man skal **føle sig klar til at modtage hjælp**; nå et mætningspunkt, hvor man nærer et ønske om ro og stabilitet (fx gennem familie, job eller uddannelse) og af egen fri vilje har lyst til at vende ryggen til en tilværelse med kriminalitet (se også Johansen, 2021:25). Foruden vigtigheden af den personlige motivation (Paternoster & Bushway, 2009) som den væsentligste forandringsmarkør (Thomas, Nguyen & Jackson, 2023), har forskning også fundet, at en række 'turning points' gennem livet kan få betydning for, om man ophører eller fortsætter en kriminel løbebane. I takt med at man bliver ældre, får job og bliver gift, påvirkes ens sociale bånd til samfundet. Stabilitet i borgerens sociale miljø over tid afføder stabilitet i adfærden, mens ændringer i det sociale miljø (fx skilsmisse, afskedigelse) potentielt producerer ændringer i adfærden (Laub & Sampson, 2003:13).

Enkelte borgere (3 ud af 19) nævner også **diagnosticeringen som et positivt vendepunkt** i deres liv. Diagnosen har givet mulighed for behandling (for nogle både medicinsk og terapeutisk) samt givet mulighed for at blive tildelt øvrige støttetilbud, som har været afgørende i forhold til borgerens stabilitet

og trivsel. I en række anbefalinger bestilt af regionerne omkring kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom, fremgår det ligeledes, at "grundlæggende for al behandling er diagnosen. Uden den rigtige diagnose kan man ikke give den korrekte behandling" (Danske Regioner, 2009).

Endelig beskriver 8 ud af 19 også **medicinering som støttefaktor** i deres bedringsproces. Ofte tager det tid at finde det eller de rigtige præparater og fastsætte den rette dosis af medicin. Interviewpersonernes beskrivelser handler bl.a. om, at medicinering – når den føles korrekt – kan hjælpe med at regulere følelser, sove tilstrækkeligt og fjerne/dæmpe vrangforestillinger (se også Møllerhøj & Stølan, 2018; Møllerhøj, 2021).

Individuelt støttende faktorer i det kriminalpræventive samarbejde

At føle sig klar til at modtage hjælp

- 5 ud af 19 borgere fremhæver, at et afgørende og positivt vendepunkt i deres bedringsforløb har været, at de selv ønskede at forandre deres liv (særligt i forhold til rusmiddelbrug og kriminalitet).

Diagnose som positivt vendepunkt

- 3 ud af 19 borgere betegner diagnosticering som et positivt vendepunkt i deres liv. Diagnosen har muliggjort, at de har modtaget den psykiatriske behandling, de havde brug for.

Korrekt medicinering som positivt vendepunkt

- 8 ud af 19 borgere nævner korrekt medicinering som en afgørende støttefaktor i deres bedringsproces.

5.10 Borgernes ønsker og anbefalinger

Borgerne beskriver i alt fem ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive arbejde.

Omtrent halvdelen af interviewpersonerne efterspørger en **tidligere støtte og indsats**. De oplever, at de først har modtaget den tilstrækkelige psykiatriske og kriminalpræventive hjælp, *efter* de er blevet idømt en psykiatrisk foranstaltningsdom. I naturlig forlængelse heraf fortæller disse borgere, at de ønsker sig, at den hjælp, de er blevet tildelt, *efter* de har modtaget en psykiatrisk foranstaltningsdom, var blevet dem tildelt tidligere i deres sygdoms- og kriminalitetsforløb. De ønsker en lettere adgang til behandlingspsykiatrien, mere intensiv og håndholdt **støtte i overgangsfaserne** efter indlæggelse, herunder tilbud, der matcher borgere, som er for sårbare til at bo i egen bolig, men for selvkørende til et botilbud. Flere borgere efterspørger også et tættere (og

bedre koordineret) samarbejde mellem den ambulante psykiatri og socialpsykiatrien med henblik på at sikre en sammenhængende indsats, der hjælper borgerne med både deres sygdom, praktisk støtte, bolig, økonomi, beskæftigelse mv. Borgerne har brug for, at nogen koordinerer og skræddersyer hjælpen til deres behov. Selv at overskue det offentlige system og dets hjælpetilbud er ofte en uoverkommelig opgave.

Borgerne ønsker sig generelt også mere **aktivering og struktur** i deres hverdagsliv. Interviewpersonerne ønsker sig eksempelvis at kunne få lov at passe et frivilligt arbejde nogle timer om ugen, at have en støttekontaktperson, der aflægger hjemmebesøg, og som man kan snakke og gå en tur med, eller at det bliver lettere at komme i arbejde. En mindre gruppe af borgere efterspørger en **mentor eller støttekontaktperson, der selv har kriminalitetserfaring og/eller -indsigt**. Det skal være én, som borgeren finder troværdig og kan spejle sig i; en rollemodel, der selv har gået vejen eller ved, hvad det vil sige at være på den anden side af loven (se også beretninger fra Kofoedsminde om den 'gode pædagog' i Holst, 2022: 64).

Internationale erfaringer med brug af peer støtte-medarbejdere i almenpsykiatrisk og retspsykiatrisk kontekst viser ligeledes, at peers kan være rollemodeller, indgyde håb og inspirere ved at vise, at det kan lade sig gøre at komme videre i livet. Peers har mulighed for at forstå og spejle patienternes erfaringer på et dybt niveau på grund af egne erfaringer og oplevelser, hvilket giver mulighed for at opnå respektfulde og tillidsfulde relationer. Hvilket også gør, at peers har mulighed for at nå og engagere patienter på en anden måde end andre personaler ved at bruge og dele deres egen historie (Møllerhøj & Jørgensen, 2022).

Blandt borgerne i undersøgelsen findes også et udtalt **behov for psykologisk eller terapeutisk behandling** som supplement til den medicinske behandling. Flere borgere oplever, at de bærer rundt på traumer og ar på sjælen, som de ikke får hjælp til at behandle og håndtere, fordi behandlingen udelukkende er medicinsk. De oplever, at psykiatrien ofte har et fokus på behandling af deres diagnose, men overser de hele individer og de omstændigheder, som borgeren skal navigere under med sin psykiske sygdom. Nogle borgere efterspørger her en større bevidsthed omkring traumer hos personalet i behandlingspsykiatrien (fx via en Traume-Bevidst Tilgang (TBT)), mens andre efterspørger egentlig behandling af deres traumer gennem fx traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi eller eksponeringsterapi (se Det Nationale TBT-Center, 2020).

Ønsker og anbefalinger i det kriminalpræventive samarbejde

Tidligere støtte og indsats

- Ønske om tilgængelig og tilstrækkelig psykiatrisk og kriminalpræventiv hjælp.

Samtale og traumbaseret behandling

- Ønske om et supplement til den ensidige medicinske behandling.

Ønsker om mere og bedre støtte i overgangsfaserne

- Ønske om, at tilbud koordineres mellem instanser, så borgerne ikke tabes, når tilbud op-
hører.

Aktivering og struktur

- Ønsker om mere aktivering og struktur i hverdagslivet, eksempelvis i form af bostøtte
(og hjælp til fritidsliv, frivilligt arbejde eller job).

Fagpersoner, der selv har kriminalitetserfaring

- Ønske om støtte fra fagpersoner, mentorer eller peermedarbejdere, der selv har krimi-
nalitetserfaring og/eller -indsigt.

5.11 Sammenfatning og opmærksomhedspunkter

Deltagerne i undersøgelsen har generøst delt deres erfaringer og beretninger om at modtage indsatser og ydelser fra diverse aktører og instanser i det kriminalpræventive arbejde før, under og efter dom. Målet er at anvende borgernes erfaringer og anbefalinger som støtte til myndighederne i deres samarbejde om at sikre den rette hjælp og støtte til borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring. Formålet er at opnå en målrettet indsats med henblik på at reducere kriminalitet blandt personer med psykisk sygdom.

På baggrund af de gennemførte interview har vi identificeret tre overordnede opmærksomhedspunkter i relation til det kriminalpræventive arbejde. Ønsket er, at borgernes perspektiv og behov bringes i spil, når der fremover tænkes (nye) indsatser og løsninger i det kriminalpræventive arbejde.

Et opmærksomhedspunkt er **let og hurtig adgang til hjælp**, særligt i akutte situationer, når borgerne oplever en forværring i deres psykiske symptomer. Flere borgere peger her på, at det (forud for dom) kan være vanskeligt at få en sengeplads i behandlingspsykiatrien, og mange føler at være blevet udskrevet uden at være færdigbehandlet; situationer, som borgerne betegner som risikofaktorer for kriminalitet, fordi de efterlades ubehandlede og ofte uden yderligere støttetilbud. En analyse, gennemført på initiativ af Psykiatridirektørkred-

sen i Danske Regioner, af 218 patientcases i tiden op til den kriminelle handling peger ligeledes på, at manglende indlæggelse og utilstrækkelig behandling kan udgøre en mulig risikofaktor for kriminalitet (Ahle, 2019:4-5; se også Poulsen m.fl., 2000:129). Tilstrækkelig behandling er også et fokuspunkt i den kommende '10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed' (ØA23), hvor en målsætning bl.a. er at sikre, at patienter ikke udskrives før tid (Sundhedsministeriet 2022: 10).

Et andet opmærksomhedspunkt i borgernes fortællinger er behovet for **en helhedsorienteret indsats**. Borgerne i undersøgelsen beretter om utilstrækkelig planlægning, koordinering og opfølgning mellem sektorer og fagområder og sporadiske og ukoordinerede indsatser og om at falde mellem systemets stole på grund af komplekse støttebehov. Situationer, som ifølge borgerne udgør risikofaktorer for kriminalitet, fordi der opstår en magtesløshed og frustration, som kan forværre deres psykiske tilstand. Borgerne efterspørger i stedet en koordineret og mere kontinuerlig og vedvarende indsats, som tager afsæt i deres individuelle situation og aktuelle støttebehov. Overgangsperioder mellem indsatser og tilbud er her et særligt fokusområde, hvor borgerne kan være særligt sensitive og opleve at stå alene med en væsentlig usikkerhed og bekymring omkring fremtidig støtte og behandlingstilbud. Borgerne efterspørger her, at koordinationsansvaret placeres hos en central myndighed, og at der foreligger klare aftaler omkring fremtidig støtte og hjælp.

Her kan man fx i højere grad end nu (se Statsrevisorerne, 2023) gøre brug af en såkaldt udskrivningsaftale eller koordinationsplan, når en borger udskrives fra et behandlingsforløb i den stationære psykiatri. En udskrivningsaftale er en aftale, der indgås mellem borgeren, det psykiatriske center, kommunen og andre relevante aktører, som fx pårørende, i borgerens behandlingsforløb. Målgruppen for udskrivningsaftaler er borgere, der har brug for behandling på både regionens psykiatriske centre og i kommunernes sociale tilbud, men som ikke vil søge den på egen hånd, hvorfor det er et lægeligt ansvar at sørge for, at aftalen indgås (Patientinddragelsesudvalget, 2021:13). Såfremt patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, skal der opstilles en koordinationsplan, jf. § 13 b i psykiatriloven (Sundhedsstyrelsen, 2011²).

Et sidste opmærksomhedspunkt, som interviewene adresserer, er behovet for som borger at føle sig **set, hørt og anerkendt for sine behov**. Flere borgere i undersøgelsen beretter om oplevelser, hvor deres symptomer på mistrivsel og behov for hjælp er blevet overset eller ikke er blevet taget alvorligt af fagprofessionelle på tværs af myndigheder (se også Moltke & Lehn-Christiansen, 2020; Møllerhøj m.fl., 2020) – situationer, som borgerne selv mener har været årsag til eller medvirkende til deres kriminalitet. Nogle borgere beretter også om at skulle udtrykke sig i et systemsprog for at blive hørt og efterspørger i stedet fagprofessionelle, som involverer sig og tager sig tid til at forstå og anerkende deres perspektiv, og som ser dem som hele mennesker og ikke alene

adresserer deres diagnose (se fx Järvinen & Mik-Meyer, 2003; Møllerhøj, 2021). Oplevelser, som også genkendes fra anden forskning på området (se fx Moltke & Lehn-Christiansen, 2020; Moltke, 2022; Møllerhøj & Stølan, 2021).

Her kan fx hentes inspiration i recovery-orienteret rehabilitering, hvor den fagprofessionelles samarbejde med borgerne om at støtte borgernes egen proces med at realisere håb, ønsker og drømme for fremtiden, skabe mening i sin tilværelse og forme det liv, de selv ønsker (Socialstyrelsen, 2023).



Dokumentation

6 Data og metode

I dette kapitel behandler vi undersøgelsens metodiske tilgang, datagrundlag og databearbejdning. Indledningsvis beskriver vi undersøgelsens datagrundlag, respondentkarakteristik og rekrutteringsstrategi. Efterfølgende beskriver vi den narrative interviewmetode, hvorigennem datamaterialet er genereret. Afslutningsvis præsenterer vi vores strategi for databehandling og analyse.

6.1 Datagrundlag

Undersøgelsens datagrundlag består af 19 narrative interviews⁴ gennemført af VIVE i perioden fra den 5. juni 2023 til den 3. august 2023. Interviewpersonerne er borgere på 18 år eller ældre, der både har en eller flere psykiske diagnoser og er dømt for kriminalitet, og som har indgået i eller har potentiale til at indgå i et tværsektorielt samarbejde om kriminalitetsforebyggelse og resocialisering.

Interviewene er gennemført som enkeltpersoninterviews. To interviewpersoner havde en pædagog eller bostøtte tilstede under interviewet for at skabe et kommunikationsmiljø, hvor fagpersonen kunne bidrage med sine institutionelle erfaringer fra deres fælles hverdagsliv på bostedet (se også Rømer & Müller, 2022).

Vi har ladet det være op til den enkelte borger at bestemme tid og sted for interviewet, herunder om interviewet skulle finde sted i vedkommendes hjem (valgt af 7 personer), på et offentligt sted (valgt af 1 person), over telefon (valgt af 9 personer) eller som online interview (valgt af 2 personer). Interviewene varer mellem 45 minutter og 160 minutter med en typisk varighed på 70-90 minutter.

18 ud af 19 interviews er optaget på diktafon, mens en enkelt borger har frabedt sig dette. Alle interviewpersoner er i forbindelse med interviewet blevet oplyst om undersøgelsens formål, om at vedkommendes deltagelse er frivillig og at udtalelser fra interviewet vil blive optaget og anvendt til forskning i anonymiseret form. Undersøgelsens interviewpersoner er endelig blevet tilbudt et gavekort på 200 kr. til en række dagligvarebutikker som tak for deres tid og som anerkendelse af værdien af deres erfaringer.

⁴ Vi har desuden kontaktoplysninger på to yderligere borgere, som har ytret ønske om at indgå i undersøgelsen, men som vi ikke efterfølgende har kunnet skabe kontakt til.

6.2 Respondentkarakteristik

I dette afsnit præsenterer vi undersøgelsens deltagere ud fra en række udvalgte deskriptive parametre. Det skal indledningsvis understreges, at de deskriptive statistikker, vi præsenterer, ikke skal læses som repræsentative for alle borgere med psykisk sygdom og kriminalitetshistorik. Formålet med dette afsnit er alene at give læseren et indtryk af de borgere, der har deltaget i netop denne undersøgelse.

Borgerne i undersøgelsen er mellem 21-65 år gamle, hvoraf hovedparten af borgerne (13 ud af 19) er mellem 30-49 år gamle⁵. I alt 16 af respondenterne er mænd og 3 er kvinder. Størstedelen af borgerne (13 ud af 19) har modtaget mere end én dom gennem deres liv, hvoraf 10 borgere har modtaget tre eller flere domme. 6 af borgerne har således kun modtaget den ene dom, de aktuelt afsoner eller er dømt til behandling på baggrund af. Borgernes livssituation og fortællinger er således forskellige, og hver borger taler ud fra sit perspektiv, men samlet bidrager fortællingerne med erfaringer fra tiden før, under og efter dom.

Hovedparten af undersøgelsens deltagere er karakteriseret ved at have flere og samtidige problemstillinger, herunder psykisk sygdom, turbulente familie- og opvækstbaggrunde, længere kriminalitetshistorik, selvmordsforsøg eller -tanker, arbejdsløshed, fattigdom og social isolation. Desuden har næsten samtlige af undersøgelsens deltagere (17 ud af 19) et aktuelt eller tidligere problematisk rusmiddelforbrug. Som følge af borgernes ofte komplekse livsforløb har langt størstedelen af borgerne (17 ud af 19) været i kontakt med mere end ét behandlings- og støttetilbud, herunder behandlings- og socialpsykiatrien, rusmiddelbehandling og kommunale støtte- og arbejdsmarkedstilbud.

Tabel 6.1 indeholder en række udvalgte baggrundoplysninger om undersøgelsens deltagere. Oplysningerne i tabellen stammer fra borgeren i interviewsituationen. Tabellen udgør ikke en fuldstændigt udtømmende liste over borgernes baggrundsforhold, herunder diagnose, kriminalitets- og domstype, men præsenterer de hyppigst forekommende træk i respondentgruppen som helhed.

⁵ Denne fordeling stemmer overens med fordelingen blandt borgere i Danmark, som har fået en dom i forbindelse med overtrædelse af straffeloven og særlovene, jf. Danmarks Statistik, 2023².

Tabel 6.1 Endelig fordeling af interviewpersoner på udvalgte baggrundsfaktorer, angivet i antal personer

Baggrundsfaktorer	N
Køn	
Mænd	16
Kvinder	3
Aldersgruppe	
18-29 år	3
30-39 år	7
40-49 år	6
50-59 år	2
60-69 år	1
70+ år	-
N i alt	19
Region	
Nordjylland	2
Midtjylland	-
Syddanmark	6
Sjælland	5
Hovedstaden	6
Aktuel domstype	
Ubetinget fængselsdom	3
Betinget fængselsdom	2
Dom til ambulat behandling ved psykiatrisk afdeling	8
Dom til behandling på psykiatrisk afdeling (behandlingsdom)	4
Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling (anbringelsesdom)	2
N i alt	19
Psykiatrisk diagnose (hyppigst forekommende)	
ADHD (herunder også ADD)	9
Skizofreni	6
PTSD	4
Borderline	2
Angst	2
Kriminalitetstype (hyppigst forekommende)	
Vold (§ 244)	5
Trusler om vold (§ 266)	5
Vold mod offentligt ansatte (§ 119)	2
Trusler om vold mod offentligt ansatte (§ 119)	2
Berigelse (§ 276ff)	6
Euforiserende stoffer (§ 191)	5
Frihedsberøvelse (§ 261)	2
Brandstiftelse (§ 181)	2
N i alt	-

Anm.: N = 19.

For baggrundsfaktorerne psykiatrisk diagnose og kriminalitetstype summerer antallet ikke til 19, da flere interviewpersoner har angivet flere diagnoser (komorbiditet) og erfaring med flere former for kriminalitet.

Kilde: Oplyst af borgeren i forbindelse med interviewet.

6.3 Rekruttering af interviewpersoner

Interviewpersonerne i undersøgelsen er rekrutteret med henblik på at give en stemme til en bred repræsentation af borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring.

Borgerne er rekrutteret ud fra princippet om maksimal variation. Maksimal variation betyder, at de borgere, som deltager i undersøgelsen, varierer fra hinanden på en række udvalgte karakteristika (køn, alder, region, diagnose, kriminalitets- og domstype) med henblik på at opnå størst mulig heterogenitet. Fordelen ved denne rekrutteringsstrategi er, at fælles mønstre, der viser sig på tværs af denne heterogenitet, bliver af særlig interesse. Hvis man kan finde fællestræk her, hvor karakteristikaene ellers er forskellige, er der en styrket mulighed for, at resultaterne har bred gyldighed inden for målgruppen (Flyvbjerg, 2010:475; Ramian, 2012:90).

For at sikre transparens omkring resultaternes gyldighed har vi valgt at beskrive forekomsten af oplevelser, synspunkter eller handlinger blandt interviewpersonerne (x ud af 19) (Maxwell, 2010). Undersøgelsen skal imidlertid betragtes som en pilotundersøgelse, og dens resultater kan ikke siges at være repræsentative for gruppen af borgere med psykisk sygdom og kriminalitetserfaring (trods høj forekomst blandt respondenterne).

Interviewpersonerne er rekrutteret med hjælp fra Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) og områdekontorene i Kriminalforsorgen. Specialkonsulenter fra Kriminalforsorgens områdekontorer har varetaget formidlingen omkring projektet til tilsynsførende under KiF, som har informeret deres respektive klienter. De tilsynsførende har således været med til at oplyse borgerne om projektet og dermed sikre et informeret samtykke hos deltagerne (se også Rømer & Müller, 2022).

VIVE har udarbejdet et informationsmateriale i form af en flyer (se Bilag 2), som har været synligt tilgængelig på de individuelle områdekontorer i KiF og er blevet udleveret til borgerne via deres tilsynsførende. Dette har givet borgerne mulighed for selv at kontakte VIVE uden om Kriminalforsorgen, hvis de har haft ønske om det. Enkelte borgere har selv taget kontakt til VIVE, mens de fleste kontakter er formidlet via specialkonsulenterne i KiF. Da borgerne selv kunnet beslutte, om de ønskede at være en del af undersøgelsen eller ej, kan der være en risiko for, at de borgere, som har meldt sig frivilligt til undersøgelsen, er folk, der har stærke holdninger til eller særlig interesse i det kriminalpræventive arbejde.

6.4 Narrativ interviewmetode

Undersøgelsen tager udgangspunkt i en narrativ interviewmetode, der har til hensigt at fremstille borgerens stemme og derigennem lade borgeren forklare meningen med forskellige hændelser i sit eget liv (Horsdal, 2017). Narrative interviews handler om at undersøge, hvordan mennesker udvælger, organiserer og forbinder begivenheder og karakterer i samlede fortællinger, der er meningsfulde for interviewpersonen selv. Narrativer sammenkæder begivenheder og karakterer og skitserer et årsags-/virkningsforhold, der kan give indblik i, hvad borgerne selv mener har forårsaget en kriminel løbebane, eller omvendt har støttet vedkommende i ikke at udvikle eller fortsætte en kriminel adfærd (Bengtsson & Andersen, 2017:273). Den narrative interviewmetode afdækker ikke nødvendigvis objektive sandheder om bestemte hændelsesforløb, men fremhæver interviewpersonens egne oplevelser og meningsfortolkninger i et retrospektiv (Lee, 2023).

Den narrative tilgang er anvendt for at opnå viden om borgernes erfaring med kriminalpræventive indsatser, deres beskrivelse af processen samt om (og hvordan eller hvorfor ikke) indsatserne har reduceret deres recidiv (i forhold til kriminalitet) og støttet deres sociale liv og psykiske velbefindende (Skott, 2018).

Interviewene har været åbne og strukturerede (Agerup, 2015) og har taget udgangspunkt i en tidslinje⁶, som borgeren har kunnet tegne (eller berette om) over forløbet frem til domsfældelse med fokus på vigtige begivenheder og aktører i forhold til kriminalitetserfaring og -forebyggelse (Schubring, Mayer & Thiel, 2019). Brugen af tidslinjen har til formål at understøtte interviewenes narrative tilgang, idet den har været medvirkende til at strukturere borgernes fortællinger. Derudover har tilgangen også givet mulighed for, at vi, sammen med borgeren, har kunnet fastsætte tidspunktet (eller tidspunkterne) for, hvornår borgeren har modtaget hjælp (og fra hvilke aktører), og hvad borgeren oplever, at virkningen af hjælpen har været.

Kombinationen af individuelle, narrative interviews med understøttende inddragelse af tidslinjereds-kabet har den etiske fordel, at den giver borgeren kontrol over en potentiel sårbar situation, idet borgeren selv skitserer sit forløb og selv udvælger og markerer vigtige begivenheder på tidslinjen (Haene m.fl., 2010). Vi vurderer, at dette har været et centralt etisk hensyn at tage, idet hovedparten af undersøgelsens deltagere har haft komplekse livsforløb med mange udfordringer.

⁶ Vi lod det være op til borgeren, om vedkommende selv ville skrive og tegne på tidslinjen under interviewet, eller om dette skulle gøres af interviewer, mens borgeren fortalte. I næsten alle interviews blev tidslinjen udfyldt af interviewer.

Supplerende til borgerens fortælling har vi under interviewet introduceret forskellige tematiske områder⁷ i relation til de centrale aspekter og problematikker, der ønskes belyst i undersøgelsen (Horsdal, 2017). Det omhandler bl.a. interviewpersonernes oplevelse af samspillet med (og mellem) forskellige offentlige myndigheder, muligheder og barrierer for at modtage hjælp og interviewpersonens ønsker og anbefalinger i forhold til kriminalitetsforebyggelse. Der har været tale om få spørgsmål, da vi ønskede, at borgerens beretning skulle være styrende. Vi har derfor forberedt en simpel interviewguide (se Bilag 1) (Kvale & Brinkmann, 2015). På den måde har designet muliggjort en åbenhed for, at vi har kunnet opdage barrierer og støttende foranstaltninger, som vi ikke var opmærksomme på, da vi udformede interviewguiden. Derfor har vi også ladet det være op til borgeren at vælge, hvilke myndigheder og indsatsområder det er relevant at fortælle om. Borgeren kan altså sagtens have haft positive eller negative oplevelser med myndigheder eller aktører, der ikke bliver nævnt i interviewet.

6.5 Databearbejdning og analyse

Interviewene er blevet transskriberet og tematisk analyseret i databehandlingsprogrammet NVivo, der er et computerbaseret koderedskab til systematisk bearbejdning af kvalitative data. NVivo muliggør en tematisk kodning af det kvalitative materiale med fokus på borgernes oplevelse af myndigheder og indsatsområder i det kriminalpræventive arbejde (Binderkrantz & Andersen, 2011). De tematiske koder fremgår af Bilag 3. For hver tematisk kode har vi analyseret borgernes oplevelser af de kriminalpræventive indsatser og aktører, de har stiftet bekendtskab med (før, under og efter dom) med henblik på at identificere udfordringer og barrierer, brugbare og understøttende indsatser samt ønsker og anbefalinger til det kriminalpræventive samarbejde set i et borgerperspektiv (jf. undersøgelsens tre hovedspørgsmål, se afsnit 1.1). I henhold til rapportens opbygning er analytiske fund efterfølgende kategoriseret efter, om de hovedsageligt vedrører strukturelle, relationelle eller individuelle aspekter af mødet med det offentlige system.

Da kriminalitetserfaring og domfældelse er følsomme emner, har VIVE i denne rapport vægtet interviewpersonernes anonymitet særlig højt. Det betyder bl.a., at alle interviewpersoner optræder under pseudonymer, og at aldersangivelse er fiktiv inden for et 10-årsinterval. Vi har desuden anonymiseret borgernes fortællinger og i den forbindelse ændret faktuelle oplysninger, som ville kunne bidrage til at identificere interviewpersonerne eller de aktører og fagpersoner, som de omtaler. Hverken person- eller stednavne fremgår således af rapporten (Brinkmann, 2015).

⁷ Disse er inspireret af eksisterende litteratur om centrale elementer med relevans for det kriminalpræventive arbejde målrettet borgere med psykisk sygdom.

Litteratur

- Aarhus Kommune (2023). Udskrivningsmentorer. https://www.sundhed.dk/content/cms/1/83601_mentorordning-psykiatrisk-hospital-aarhus.pdf, tilgået den 13.11.2023.
- Adamsen M.L. (2013). Screeningsprojektet for psykisk sygdom. Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Agerup L. (2015). Pædagogens undersøgelsesmetoder. Hans Reitzels Forlag.
- Ahle G. (2019). Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? Justitsministeriet, Retspsykiatri Klinik.
- Amilon A., Birkelund J.F., Christensen G., Jeppesen A.G. & Markwardt K. (2016). Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 16:34.
- Amilon A., Østergaard S.V. & Olsen R.F. (2020). Mennesker med handicap. Hverdagsliv og levevilkår 2020. VIVE - Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Ankestyrelsen (2012). Førtidspension til personer med en psykisk lidelse. November 2012. Ankestyrelsen.
- Bengtsson T. & Andersen D. (2017). Narrativ analyse – tematisk, strukturel og performativ. I: Järvinen M. & Mik-Meyer N. (red.). Kvalitativ analyse – Syv traditioner, s. 273-293. Hans Reitzels Forlag.
- Berg L. & Bach C. B. (2018). Helhedsorienteret arbejde med udsatte familier i Skive Kommune. I: Villumsen A.M. (red). Helhedsorienteret socialt arbejde med udsatte familier, s. 95-116. København: Akademisk Forlag.
- Berger N.P., Lindeberg N.H. & Jensen C.M. (2017). Resocialisering af indsatte og tilsynsklienter med opmærksomhedsforstyrrelse – Viden og anbefalinger. VIVE - Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Berger N.P., Olsen L., Schmidt A., Jepsen H. & Andersen H.L. (2020). Ny model for modtagelse af indsatte i danske fængsler - Procesevaluering af implementeringen. VIVE - Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.

- Bien N., Christensen K.C. & Løvgreen P. (2015). Screening af indsatte for somatiske sygdomme – en undersøgelse af Kriminalforsorgens sundhedsbetjening og de indsattes helbredstilstand. Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Binderkrantz A.S. & Andersen L.B. (2011): Guide til NVivo 9. København: Hans Reitzel.
- Bhopal K. & Deuchar R. (2016). Researching Marginalised Groups. Routledge.
- Brinkmann, S. (2015). Etik i kvalitative studier, I: Brinkmann, S. m.fl. (red.): Kvalitative metoder. København: Hans Reitzels Forlag.
- Danmarks Statistik (2023¹). To ud af tre løsladte begår ny kriminalitet inden to år. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyse-publ/nyt/NytHtml?cid=47252>, tilgået den 13.11.2023.
- Danmarks statistik (2023²). Dømte personer. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/socialt-forhold/kriminalitet/doemte-personer>, tilgået den 13.11.2023.
- Danske love (2023). <https://danskelove.dk/straffeloven/68>, tilgået den 13.11.2023.
- Danske Regioner (2009). Personer med psykisk sygdom der begår kriminalitet. Danske Regioner.
- Danske regioner (2023¹). Psykiatri og social. <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/>, tilgået den 08.12.2023.
- Danske Regioner (2023²). Psykiatri. Aftale på plads om samlet dobbeltdiagnosetilbud og omlægning af særlige pladser i psykiatrien. <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/maj/aftale-paa-plads-om-samlet-dobeltdiagnosetilbud-og-omlaegning-af-saerlige-pladser-i-psykiatrien/>, tilgået den 13.11.2023.
- Danske Regioner, KL, Politi, DKR, Kriminalforsorgen (2009). PSP. Et tværsektorielt samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri - inspiration til organiseringen. KL's trykkeri.
- Det Kriminalpræventive Råd (DKR) (2015). Hvidbog. Forebyggelse af rocker- og banderelateret kriminalitet - Perspektiver og inspiration til fremtidens organisering. Det Kriminalpræventive Råd.
- Det Nationale TBT-center (2020). Traume-bevidst tilgang i Danmark. Det Nationale TBT-center.

Direktoratet for Kriminalforsorgen (2000). Placering af indsatte (Nordskovudvalget) København: Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Elvén B.H (2022). Low Arousal som metode til at håndtere voldsom adfærd. I: Møller B., Brach B.B. & Pedersen K.P. (red.). Konflikter og vold – en faglig udfordring. Vold som Udtryksform, 3. reviderede udgave, kapitel 3. Vold som udtryksform.

eSundhed (2023). Genindlæggelser i somatik og psykiatri. <https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/genindlaeggelser%20i%20somatik%20og%20psykiatri#tabpanelE5E800059C2E4997A7881AC42AFFDBD3>, tilgået den 08.12.2023.

FOA (2021). Brug af vikarer på det specialiserede socialområde. 25. august 2021

Flyvbjerg B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.). Kvalitative metoder: en grundbog, s. 463-488. København. Hans Reitzels Forlag.

Haene L.D., Grietens H. & Verschueren K. (2010). Holding Harm: Narrative Methods in Mental Health Research on Refugee Trauma. *Qualitative Health Research*, 20(12):1664-1676.

Haugegaard S.H., Kirk F.C.R.K & Anker J. (2021). Veje til deltagelse for borgere i socialt udsatte positioner. Et litteraturstudie om de teoretiske diskussioner på feltet. SUS - Socialt Udviklingscenter.

Hjelmar U. (2018). Organisatorisk og lovgivningsmæssig læring i det helhedsorienterede sociale arbejde. I: Villumsen A.M. (red.). Helhedsorienteret socialt arbejde med udsatte familier, s. 209-224. København: Akademisk Forlag.

Hjelmar U., Jakobsen M.B., Andersen A.T. & Bolvig I. (2020). Helhedsindsats for udsatte familier – Virkninger og erfaringer med indsats i Gladsaxe Kommune 2016-2019. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd & Oxford Research.

Holst S. (2022). Beboernes Stemme - Beretninger om et system. Kofoedsminde / Region Sjælland 2022.

Horsdal M. (2017). Tilværelsens fortællinger: tilegnelse og anvendelse. Hans Reitzels Forlag.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006). Psykisk sygdom og kriminalitet. <https://sum.dk/Media/1/5/Psykisk%20sygdom%20og%20kriminalitet%20pdf.pdf>, tilgået den 08.12.2023.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). Opfølgning på udmøntning af permanente midler til psykiatrien. <https://sum.dk/nyheder/2022/august/opfoelgning-paa-udmoentning-af-permanente-midler-til-psykiatrien->, tilgået den 08.12.2023.
- Institut for Menneskerettigheder (2015). Når vi straffer de straffri. Nyhed. <https://menneskeret.dk/nyheder/naar-straffer-straffri>, tilgået den 13.11.2023
- Jacobsen M.H. & Kristiansen S. (1999). Hvor farligt er det farlige feltarbejde. Aalborg Universitet. Sociologisk arbejdsrapport Nr. 4.
- Johansen M-L. E. (2021). Bandeexit i Østjyllands Politi og Aarhus Kommune. VIVE - Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Justitsministeriet (2020). Nye foranstaltningsdomme i 2020. Justitsministeriets Forskningskontor.
- Justitsministeriets Forskningskontor (2022). Foranstaltningsdomme i 2022. Domme idømt i 2022, antal igangværende domme og varighed af afsluttede domme. <https://www.justitsministeriet.dk/wpcontent/uploads/2023/11/Foranstaltningsdomme-i-2022-Domme-idoemt-i-2022-antal-igangvaerende-domme-og-varighed-af-afsluttede-domme.pdf>, tilgået den 28.11.2023.
- Järvinen M. og Mik-Meyer N. (2003) At skabe en klient- institutionelle identiteter i socialt arbejde. Hans Reitzels forlag.
- Jørgensen T.T, Kyvsgaard B., Pedersen A.J.B. & Pedersen M.L. (2012), Risiko-faktorer, effektevalueringer og behandlingsprincipper. En forskningsoversigt. Justitsministeriets Forskningskontor, Justitsministeriet, København.
- KL (2017). Bedre tværgående samarbejde om ydelser og indsats. Det fælleskommunale Styrings- og Effektiviseringsprogram. København: KL.
- Kohl K. S., M. L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M. N. Jensen og M. C. Munkholm (2016). Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv» SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 16:32.

- Kolind T. (2016). Stofmisbrugsbehandling i fængsler er mange ting. Stof 27: 4-11. https://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr._27/Stofmisbrugsbehandling_i_faengsler_er_mange_ting._Stof_27.pdf, tilgået den 14.11.2023.
- kriminalforsorgen (2023¹). Information om kriminalforsorgen - Til kommuner og andre samarbejdsparter. <https://kriminalforsorgen.dk/wp-content/uploads/2020/01/info-om-kriminalforsorgen.pdf>, tilgået den 13.11.2023.
- kriminalforsorgen (2023²). Behandling. <https://kriminalforsorgen.dk/straf/faengsel/afsoning-af-faengselsdom/behandling/>, tilgået den 13.11.2023.
- kriminalforsorgen (2023³). Kriminalpræventivt arbejde. <https://kriminalforsorgen.dk/straf/tilsyn/kriminalpraeventivt-arbejde/>, tilgået den 13.11.2023.
- Kriminalforsorgen (2023⁴). Fængsel. <https://kriminalforsorgen.dk/straf/faengsel/>, tilgået den 13.11.2023.
- Kriminalforsorgen (2023⁵). Kontrol og tilsyn. <https://kriminalforsorgen.dk/straf/faengsel/>, tilgået den 13.11.2023.
- Kriminalforsorgen (2023⁶). Tilsyn. Støtte til en kriminalitetsfri tilværelse. <https://kriminalforsorgen.dk/wp-content/uploads/2019/01/tilsyn-stoette-til-en-kriminalitetsfri-tilvaerelse.pdf>, tilgået den 13.11.2023.
- Kvale S. & Brinkmann S. (2015). Udførsel af et interview. I: Kvale S. & Brinkmann S. (red.). Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk, s. 209-211. København. Hans Reitzels Forlag.
- Laub J.H. & Sampson R.J. (2003): Shared Beginnings, Divergent Lives. Delinquent Boys to Age 70. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lee C.M. (2023). Criminal behavior and contingency. *Front Psychol.* 2(14). doi: 10.3389/fpsyg.2023.1209619. PMID: 37599759; PMCID: PMC10434761.
- Lösel F. & Bender D. (2003): Protective Factors and Resilience. I Farrington D.P. & Coid J.W. (red.): Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour. Cambridge: Cambridge University Press, s. 130-204.
- Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri og Danske Regioner (2018). Mental sundhed - Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug. Fælles udspil fra Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri og Danske Regioner.

- Maxwell J. A. (2010). Using Numbers in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(6):475–482.
- Mik-Meyer N. (2018). Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis. Hans Reitzels Forlag.
- Minke L.K., Kaya E. & Hylleberg R.L. (2023). Revner i retsstaten: Episode 6 "På det niveau er der langt til en seriøs diskussion". 31. maj 2023. <https://www.k-news.dk/nyheder/paa-det-niveau-er-der-langt-til-en-serioes-diskussion>
- Moltke A. (2022). Jeg hørte, at det blev lavet for at hjælpe folk, men jeg tror, der er mange, der tager det som en hårdere straf. En interview-undersøgelse af dømtes erfaringer med forløb i retspsykiatrien. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1): 51-62.
- Moltke A. & Lehn-Christiansen S. (2020). Jeg satte ild på, fordi jeg tænkte: Nu må de da høre mig, nu må de sgu da hjælpe mig. Erfaringer med psykiatrisk foranstaltningsdom i et recovery perspektiv. Roskilde Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi, Center for Sundhedsfremmeforskning & SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed.
- Møllerhøj J. (2021). Offender Recovery. Forensic Patient Perspectives on Long-Term Personal Recovery Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12): 6260.
- Møllerhøj J., Brandt-Christensen A. M., Stølan L. O. (2020). Så de lod mig bare være ... – eksempler på veje fra psykiatrisk til retspsykiatrisk patient. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 107(3): 287-306.
- Møllerhøj J. & Jørgensen M. (2022). Peers i en retspsykiatrisk kontekst. Aktuel viden og erfaringer. KFR Arbejdsrapport 8/2022. Roskilde: Psykiatrisk Center Sct. Hans.
- Møllerhøj J. & Stølan L. O. (2018). First and foremost a human being...: user perspectives on mental health services from 50 mentally disordered offenders, *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(8): 593-598.
- Møllerhøj J. & Stølan L. O. (2021). Vendepunkter. Patienters og pårørendes fortællinger og erfaringer med forløb før og efter dom. KFR Arbejdsrapport nr. 6. Roskilde: Psykiatrisk Center Sct. Hans.
- NIRAS Konsulenterne (2012). Veje ind og ud af kriminalitet. Tidligere kriminelle unges erfaringer. Socialstyrelsen.

- Olsen R.F., Dahl K.M. & Poulsen M.H. (2016). På vej mod ungdomskriminalitet. - Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen? VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Paternoster R. & Bushway S. (2009). Desistance and the "feared self": Toward an identity theory of criminal desistance. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 99(4): 1103–1156.
- Patientinddragelsesudvalget (2021). Patientinddragelsesudvalgets notat om fokusområdet "Borgere med psykisk sygdom" (Sundhedsaftalen 2019-2023).
- Plana-Ripoll O., Weye N., Knudsen A. K., Hakulinen C., Madsen K. B., Christensen M. K., Agerbo E., Laursen T. M., Nordentoft M., Timmermann A., Whiteford H., Øverland S., Iburg K. M., & McGrath J.J. (2023). The association between mental disorders and subsequent years of working life: a Danish population-based cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 10(1): 30-39.
- Poulsen H. D. (2013). Psykisk sygdom og kriminalitet. I: Jacobsen M.H. & Sørensen A.S. (red.). *Kriminologi – en introduction*, s. 291 – 308. Hans Reitzels Forlag.
- Poulsen H.D., Gottlieb P. & Adserballe H. (2000). *Ret og tvang i psykiatrien*. Munksgaard.
- Psykiatrien i Region Syddanmark (2023). Døgnbemandet psykiatrisk udrykningstjeneste - professionel rådgivning til fagpersoner. <https://psykiatrienisyddanmark.dk/fagpersoner/akut-og-udrykning-til-almen-praksis-vagt-laege-bosted-og-politi/dognbemandet-psykiatrisk-udrykningstjeneste-professionel-radgivning-til-fagpersoner>, tilgået den 01.12.2023.
- PwC (2020). Målgrupperne i socialpsykiatrien. Registeranalyse. November 2020. PwC.
- Ramian K. (2012). *Casestudiet i praksis* (2 ed.). Kbh.: Hans Reitzel.
- Retsinformation (2023). Bekendtgørelse om anbringelse af dømte i institution m.v. uden for fængsel eller arresthus (§ 78-bekendtgørelsen). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/867>, tilgået den 14.11.2023.
- Kompetencecenter for Retspsykiatri (2021). Dømt til psykiatrisk behandling. Information om psykiatriske særforanstaltninger og retspsykiatriske behandlingsforløb – en kort introduktion. Kompetencecenter for Retspsykiatri. Region Hovedstadens Psykiatri. September 2021.

- Rigspolitiet (2018). Beredskabets arbejde med personer med psykiske lidelser. Temaanalyse. Rigspolitiets Nationale Beredskabsafdeling.
- Rigspolitiet (2021). Fælles udrykningsteams. Evaluering: Pilotprojekt for fælles udrykningsteams mellem politi- og sundhedsmyndigheder. Nationalt Beredskabscenter, Rigspolitiet.
- Rigspolitiet (2023). PSP-samarbejdet. <https://politi.dk/midt-og-vestjyllands-politi/om-midt-og-vestjyllands-politi/psp-samarbejdet>, tilgået den 28.11.2023.
- Rømer M. & Müller M. (2022). Udsatte stemmer i institutionel forskning – metodiske og etiske refleksioner. *Forskning i pædagogers profession og uddannelse*, 6(1): 1-17.
- Schubring A.; Mayer J. & Thiel A. (2019). *International Journal of Qualitative Methods*, 18: 1-12.
- Silverman R. A., Sampson R. J. & Laub J. H. (1994). Crime in the making: Pathways and turning points through life. *Canadian Journal of Sociology*, 39(3), 396-396.
- Skott C. (2018). Narrative fortællinger – Narrativ analyse og fortolkning. I: Henricsson M. (red.). *Videnskabelig teori og metode – fra idé til eksamination*, s. 239-252. København, Munksgaard.
- Socialstyrelsen (2020). Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023). Recovery-orienteret rehabilitering. Vejledning til praksis - Koncept for strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien.
- Statsrevisorerne (2023). Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger. Folketinget.
- Stølan L. O., Brandt-Christensen A. M., Møllerhøj J., Raben H. & Sørensen L. (2016). Kriminalitetsprofiler i en dansk retspsykiatrisk population - udfordringer for psykiatriens kriminalitetsforebyggende opgave? *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 3: 245-270.
- Stølan L. O. & Møllerhøj J. (2017). Drømme & muligheder. Hvad er betydningsfuldt i retspsykiatriske pleje, behandlings- og rehabiliteringsforløb? Hvad har værdi for patienterne? Kompetencecenter for Retspsykiatri & Region Hovedstadens Psykiatri.

- Sundhed.dk (2023). Hjælp til forsørgelse fra kommunen. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/social-ydelser/social-retigheder/rettigheder-i-det-social-system/hjaelp-til-forsorgelse-fra-kommunen/>, tilgået den 13.11.2023.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016). Kortlægning af retspsykiatrien: Mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe. Faglig ekspertgruppe vedrørende retspsykiatri. April 2016.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019). Faktaark – Forbedring af kapaciteten og normeringerne i psykiatrien. <https://sum.dk/Media/637619400624262986/Forbedring%20af%20kapaciteten%20og%20normeringerne%20i%20psykiatrien.pdf>, tilgået den 13.11.2023.
- Sundhedsministeriet (2022). Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2007). Beretning vedr. Undersøgelse af psykisk syge kriminelles forløb i det psykiatriske system, 2006. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Tilsyn. 30. august 2007. <https://www.sst.dk/Udgivelser/2007/~media/2826C4D228E946A5B2A55F316CB96730.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2011¹). Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2011²). Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i psykiatrien. Sundhedsstyrelsen september 2011. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2011/Publ2011/ELI/Psykiatri/Udskrivningsaftaler-og-og-koordinationsplaner-i-psykiatrien.ashx>, tilgået den 14.11.2023.
- Sundhedsstyrelsen (2022). Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere. Udvalgte eksempler. Sundhedsstyrelsen.
- Taylor M., Pooley J.A. & Carragher G. (2016). A Systematic Review of Current Data Collection Techniques Used to Enhance the Involvement. I: Bhopal K. & Deuchar R. (red.). *Researching Marginalized Groups*, s. 149-166. New York: Routledge.
- Thomas K.J., Nguyen H. & Jackson E.P. (2023). Value orientations, life transitions, and desistance: Assessing competing perspectives *Criminology*, 61(1): 103-131.

- Thylstrup B. (2012): God social misbrugsbehandling: Hvad virker og hvad kan der gøres. København: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Thylstrup B. & Hesse M. (2019). At arbejde med problematisk brug af rusmidler er at arbejde med psykiske vanskeligheder. I: Bjerge B., & Houborg E. (red.), Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder, s. 183-205. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag. Samfund og Rusmidler, Nr. 6.
- VIVE (2018). Når udsatte borgere møder velfærdssystemet. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vitus K. & Kjær A.A. (2011). PSP-Samarbejdet - En Kortlægning af PSP - Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Wikström P.O, Oberwittler D., Treiber K. & Hardie B. (2012): Breaking Rules. The Social and Situational Dynamics of Young Peoples's Urban Crime. Oxford: Oxford University Press.
- Yee N., Matheson S., Korobanova D., Large M., Nielssen O., Carr V., & Dean K. (2020). A meta-analysis of the relationship between psychosis and any type of criminal offending, in both men and women. Schizophrenia research, 220: 16–24.
- Østergaard S. V., Steensgaard A. B., Hansen A. T., Henze-Pedersen S. & Østergaard J. (2015). På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel? SFI, 15:08.

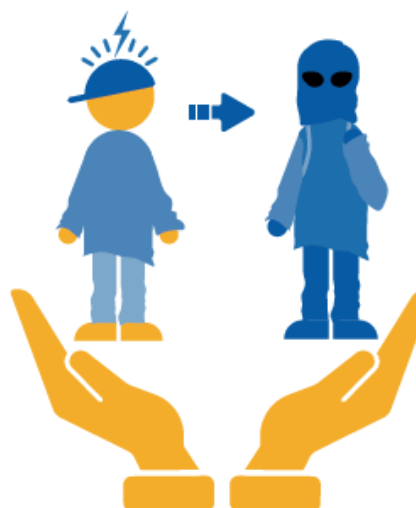
Bilag 1 Interviewguide

TEMA	RESPONDENT SPØRGSMÅL
Info om projektet	<ul style="list-style-type: none"> - Information omkring projektet, VIVE og interviewer - Informeret samtykke til interviewet - Anonymitet, fortrolighed, optagelse af interviewet og opbevaring af data - Information om, at IP altid kan sige, hvis der er spørgsmål, han/hun ikke har lyst til at svare på, har brug for at vi går videre til et nyt spørgsmål, og/eller hvis han/hun har brug for at pause eller at afbryde interviewet. - Information om fortrydelsesret.
Præsentation	<ul style="list-style-type: none"> - Vil du starte med kort at præsentere dig selv: <ul style="list-style-type: none"> o Hvor gammel du er? o Hvor lang tid siden det er, at du fik din (seneste) dom? o Hvilken type kriminalitet har du begået? o Eventuel diagnose?
Intro til tidslinje	<ul style="list-style-type: none"> - Vil du starte med at fortælle om, hvad der er gået forud for din dom (hvordan er du endt i kriminalitet)? - Har du fået hjælp eller støtte fra nogen (instanser) undervejs i forløbet? - Hvornår har du eventuelt savnet støtte/hjælp?
Psykisk diagnose	<ul style="list-style-type: none"> - Hvornår fik du stillet din diagnose? - Hvem tog initiativ til udredningen? - Hvem stillede diagnosen? - Hvilken rolle har din psykiske sygdom/sårbarhed spillet for din kriminalitetshistorik?
Væsentlige begivenheder (triggere)	<ul style="list-style-type: none"> - Er der begivenheder, som har været særlige vigtige for, at du er endt i kriminalitet? <ul style="list-style-type: none"> o Sårbarheder? o Afhængighed? o Manglende hjælp/medicinering sygdom? o Medicinsvigt? o Boligmangel? o Økonomi?
Aktører involveret i forløbet	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke instanser/organisationer/aktører har været involveret i dit forløb (be-handlingspsykiatri, ambulante tilbud, kommune, politi mv.) og hvornår? - Hvem tog initiativ? (dig, dem, andre?) - Hvilken rolle har de spillet for dig? (outcome?) - Har du gjort brug af hjælp fra frivillige organisationer/tilbud? (outcome?) - Er der en eller flere personer, som har spillet en særlig vigtig rolle i din proces på godt eller ondt? (outcome?)

TEMA	RESPONDENT SPØRGSMÅL
Barrierer for at modtage hjælp	<ul style="list-style-type: none"> - Har du fået den øksede/nødvendige hjælp? (og til rette tid?) - Har du oplevet nogle barrierer/begrænsninger for at modtage hjælp? <ul style="list-style-type: none"> o Uden for målgruppe o Opfylder ikke kriterier o Kapacitetsproblemer o Psykologiske barrierer o Dobbeldiagnose patient - Har du oplevet kontinuitet i din behandling (hvem og hvad har været afgørende)? - Har du oplevet støttende tilbud efter endt støtte/behandling?
Samarbejde mellem instanser/aktører	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan har du oplevet samarbejdet mellem aktører i dit forløb? - Hvem har typisk taget initiativ til samarbejdet? - Oplever du respekt og kendskab på tværs af fagopdelte sektorer? - Hvordan har du oplevet vidensdelingen mellem instanser? - Hvordan er den psykiatriske udredning blevet benyttet? - Hvordan oplevede du den fælles problemløsning? - Oplevede du, at fagpersonerne/instanserne arbejdede mod samme mål? - Hvordan oplever du at dine ønsker og behov er kommet i fokus i forløbet (recovery fokus) - Ønsker du at blive inddraget mere eller mindre eller har det været tilpas?
Ønsker til tilbud	<ul style="list-style-type: none"> - Kunne nogen eller noget have hjulpet dig bedre (i forhold til at undgå kriminalitet)? - Har du nogle forslag til, hvordan andre i din situation kan blive bedre hjulpet?
Outro	<ul style="list-style-type: none"> - Mangler der noget vigtigt på tispinjen i forhold til at forstå dit forløb og vigtige begivenheder? - Er der noget, du føler er vigtigt, som vi mangler at tale om for at forstå, hvordan personer med psykisk sygdom kan undgå at havne i kriminalitet?
Debriefing	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan synes du det har været at blive interviewet? - Har du nogle spørgsmål her efter interviewet? - Ønske om at modtage rapport? - Kontaktinformationer til interviewer?

Bilag 2 Informationsmateriale til interviewpersoner

Psykisk sygdom og kriminalitet



Alle, der deltager, får et gavekort på 200 kroner som tak.

VIVE søger deltagere til et forskningsprojekt

Hvem hjælper, når man har en psykisk sygdom og er på vej ud i kriminalitet?

Det vil vi gerne vide. Derfor vil vi høre dine erfaringer (gode som dårlige).

Vi ønsker at give en stemme til personer med psykiske vanskeligheder i KIF. Vi vil stille spørgsmål om din vej ind i kriminalitet og om den støtte, du har fået (eller har savnet).

Cirka 35 procent af alle varetægtsfængslede har tidligere haft kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.

Det viser, at mange har væsentlige problemer med i bagagen, før de ender i kriminalitet. Det er helt frivilligt, om du vil deltage, og det har ingen indflydelse på din kontakt til KIF.

Fortrolighed er vigtig for os. Du er anonym i alt, hvad vi skriver og siger om projektet, og det vil ikke være muligt for andre at genkende dig.

Har du spørgsmål? Eller ved du allerede nu, at du har lyst til at være med i et interview? Så ring eller skriv til os.



Didde Cramer Jensen
Forsker på VIVE
Tlf.: 33480813
Mail: dcj@vive.dk



Nicolai Nybro Hansen
Studentermedhjælp på VIVE
Tlf.: 33 48 09 72
Mail: nnha@vive.dk

Læs mere om projektet her:



VIVE

Bilag 3 Tematiske koder

Overkode	Underkode	Forklaring
Sammenhæng/beskyttende faktorer	Før dom	Begivenheder eller aktører, der skaber sammenhæng eller virker beskyttende i forhold til at undgå kriminalitet eller få det bedre psykisk
	Under dom/afsoning	
	Efter dom	
Brud/risikofaktorer	Før dom	Begivenheder eller aktører, der skaber brud eller udgør risici/er årsag til, at IP begår (ny) kriminalitet eller får det værre psykisk
	Under dom/afsoning	
	Efter dom	
Psykisk diagnose	IP's egen kobling mellem psykisk sårbarhed og kriminalitet	Når IP forklarer, hvordan IP's psykiske diagnose hænger sammen med IP's kriminalitetserfaring. Både positive og negative vurderinger
	Diagnosen som beskyttende faktor	Når diagnosen giver anledning til de rette tilbud, åbner de rigtige døre, giver anledning til rettidig og tilstrækkelig hjælp
	Diagnosen som risikofaktor	Når diagnosen vanskeliggør/forhindrer, at IP modtager tilstrækkelig hjælp
	Medicin som en beskyttende faktor	Når medicinen skaber psykisk trivsel og stabilitet
	Medicin som risikofaktor	Når medicinen fx er for dyr til, at IP kan købe den, eller når IP er blevet fejlmedicineret
	Tidspunkt for diagnose	Hvornår i IP's forløb bliver diagnosen stillet og på hvis initiativ? IP's egen tilskrivning af betydning
Kriminalitet	Veje ind i kriminalitet	IP's forklaring af hvad eller hvem, der har forårsaget kriminel løbebane
	Fastholdelse i kriminalitet	IP's forklaring på, hvad eller hvem der fastholder IP i kriminel løbebane
	Veje ud af kriminalitet	IP's forklaring på, hvad eller hvem der har hjulpet IP ud af kriminel løbebane
Væsentlige aktører	Politi	Både fængsler og udslusningsinstitutioner (og personalet disse steder)
	Kriminalforsorgen	
	KiF	
	Behandlingspsykiatrien uden/før dom	
	Behandlingspsykiatrien med dom	

Overkode	Underkode	Forklaring
	Kommunale aktører	Fx sagsbehandler
	Ambulante tilbud	
	Civilsamfundsaktører	Fx frivillige tilbud
	Familie, venner, kærester	
	Bosteder/bosteds personale	
	Samarbejde mellem instanser	Når IP beskriver eller vurderer samarbejdet mellem forskellige aktører og betydningen heraf
Rusmidler		Når IP beskriver, hvordan rusmidler (narkotika eller alkohol) indgår som element i IP's fortælling og sammenhæng med kriminalitet. Kan være som selvmedicinering, som eskalerende element osv.
Barrierer for at modtage hjælp		Når IP beskriver, at der er konkrete forhold, aktører eller begivenheder, der forhindrer IP i at modtage hjælp
Hjælpefremmende omstændigheder		Når IP beskriver, hvad eller hvem der muliggør, at IP kan modtage hjælp – fx IP selv, alder/modning, andre aktører, bestemte begivenheder osv.
Ønsker og anbefalinger		Når IP beskriver, hvad han/hun gerne ville have haft anderledes og kommer med anbefalinger til borgere i lignende forløb.

VIVÉ