

Effekten af konfliktmægling for ofre

BRITTA KYVSGAARD OG MALTHE ØLAND RIBE

JUSTITSMINISTERIETS FORSKNINGSKONTOR

APRIL 2018

ISBN: 978-87-93469-17-4

Dette materiale er støttet økonomisk af Rådet for Offerfonden. Materialets udførelse, indhold og resultater er alene forfatterens ansvar. De vurderinger og synspunkter, der fremgår af materialet, er forfatterens egne og deles ikke nødvendigvis af Rådet for Offerfonden.

| OFFERFONDEN |

RESUMÉ

Denne undersøgelse angår en evaluering af den betydning, deltagelse i konfliktråd kan tænkes at have for ofrene. Undersøgelsen er baseret på registerdata, og ved hjælp af oplysninger fra forskellige registre ses der på, hvorvidt de ofre, der har deltaget i konfliktråd, i forhold til de ofre, der ikke har fået mulighed herfor, efterfølgende i mindre grad er registreret for at have modtaget én eller flere af følgende sundhedsydelser og sociale ydelser:

- samtaler med en psykolog
- kontakt med egen læge
- kontakt med enten somatisk eller psykiatrisk hospital
- medicin til behandling af psykiske lidelser
- sygedagpenge
- overførselsindkomster som følge af arbejdsløshed.

Via særlig udvælgelse af undersøgelsespopulationen og forskellige statistiske metoder sikres, at der er sammenlignelighed mellem de ofre, der har deltaget i konfliktråd (eksperimentalgruppen), og dem, der ikke har (kontrolgrupperne).

For den samlede gruppe af ofre påvises en generel vækst i behovet for de nævnte ydelser umiddelbart efter viktimiseringen. Det kan derimod ikke påvises, at den del af ofrene, der har deltaget i konfliktråd, efterfølgende i mindre grad end de andre ofre har behov for disse ydelser.

I undersøgelsen understreges, at uanset dette resultat kan deltagelse i konfliktråd imidlertid godt have haft en positiv betydning for ofrene. De indikatorer på effekt, der er anvendt i undersøgelsen, afspejler således en ganske alvorlig reaktion på at have været udsat for kriminalitet. Havde det været muligt at anvende indikatorer på også mildere reaktioner på en viktimisering, ville resultat måske have været et andet. Ligeledes påpeges, at resultat muligvis også ville have været et andet, hvis det praktisk ville være muligt at gennemføre konfliktrådsrådgivningen umiddelbart efter viktimiseringen.

Indhold

1. Indledning	5
2. Genoprettende ret og konfliktråd	5
3. Tidligere forskning om reaktioner på viktimisering	6
4. Tidligere forskning om betydningen af konfliktråd for ofre.....	8
5. Data og design	10
5.1 Datarensning	12
5.2 Dannelse af konfliktrådsdato	13
5.3 Data til måling af effekt	14
5.4 Øvrige datakilder	16
6. Metode	17
7. Deskriptiv analyse.....	18
7.1 Konsekvenser af viktimisering	18
7.2 Matchning af kontrol- og eksperimentalgrupper	24
8. Effekten af konfliktråd.....	26
9. Afsluttende bemærkninger.....	28
10. Litteratur	31
Bilag 1: Baggrundsvariable efter propensity score matchning	35
Bilag 2: Udviklinger efter viktimisering og efter konfliktråd.....	36

1. Indledning

Konfliktråd er et tilbud til gerningspersoner og deres ofre om at mødes. Mødet er medieret af en neutral mægler.

Der har i Danmark eksisteret forsøgsordninger med konfliktråd siden 1994, men ordningen blev først gjort permanent ved en lovændring, der trådte i kraft 1. januar 2010. I den betænkning, der gik forud for denne lovændring, hed det, at formålet med konfliktråd blandt andet er, at *"give ofre for forbrydelser mulighed for at få løst op for deres angst og frustrationer og medvirke til at give offeret større tryghed i dagligdagen"* (Betænkning nr. 1501 2009, s. 5). Tanken er altså, at ofre for kriminalitet kan få mulighed for at konfrontere gerningspersonen med deres oplevelser af hændelsen, få svar på spørgsmål og derigennem dæmpe op for følgerne af kriminalitet.

Der har tidligere været gennemført en evaluering af betydningen af at deltage i konfliktråd for gerningspersonerne (Kyvsgaard 2016). Undersøgelsen fokuserede på den mulige kriminalpræventive effekt af deltagelse i konfliktråd. En sådan effekt kunne dog ikke påvises.

Her er fokus flyttet til ofrene, idet der ses på, om deltagelse i konfliktråd har en positiv effekt med hensyn til at mindske mulige konsekvenser af viktimisering. Betydningen af at deltage i konfliktråd belyses ved at se på, hvorvidt ofre, der har deltaget i konfliktråd, efterfølgende modtager sundhedsydelser eller sociale ydelser mv. i samme eller mindre omfang som ofre, der ikke har deltaget i konfliktråd. Såfremt ofrenes behov for disse typer af hjælp viser sig at være mindre efter deltagelse i konfliktråd, tyder det på, at konfliktrådet reelt har modvirket nogle af følgerne af viktimisering.

2. Genoprettende ret og konfliktråd

Et konfliktråd er en ordning, hvor gerningsperson og forurettede i en konkret straffesag kan mødes til en dialog medieret af en neutral mægler, der er uddannet i konflikthåndtering. Et formål med denne praksis er, at den skal give offeret mulighed for at forstå, hvad der lå til grund for den kriminelle handling, og for at forklare gerningspersonen, hvilke konsekvenser hændelsen har haft for offeret.

Konfliktråd er udviklet som et af de primære redskaber inden for den retspolitiske og -teoretiske retning, der hedder genoprettende ret eller – på engelsk – *restorative justice*. Inden for denne retning ses lovovertrædelser som krænkelser af mennesker og relationer, og fokus i processen er at finde måder, hvorved der kan rådes bod på krænkelsen og den skade, der er sket (Angel 2005). Dette kan ske ved, at alle parter berørt af en specifik lovovertrædelse mødes for kollektivt at afgøre, hvordan man bør reagere på lovovertrædelsen, og hvad der skal ske fremover (Marshall i McCold 1998). Dette er netop tilfældet i et konfliktråd, idet forurettede og gerningsperson sammen kan behandle den kriminelle hændelse og på den måde sikre, at gerningspersonen i et vist omfang kan sone sin kriminalitet direkte over for offeret (Christie 1977; Braithwaite 1999; Strang 2002).

Ordningen med konfliktråd blev i Danmark gjort permanent i 2010. Ordningen er forankret i landets 12 politikredse, hvor en konfliktrådskoordinator i hver kreds skal sikre, at egnede sager henvises til

behandling i konfliktråd. Behandling i konfliktråd forudsætter, at gerningspersonen i det væsentlige har tilstået den lovovertrædelse, der er i fokus. Konfliktråd er i Danmark et supplement til den almindelige, strafferetlige proces, mens det nogle steder i udlandet er et alternativ både til den strafferetlige proces og til straf.

Praksis omkring konfliktråd kan variere lidt fra kreds til kreds. Fælles er det dog, at gerningspersonen som hovedregel kontaktes først for at afgøre, om denne er interesseret i at indgå i et konfliktråd, idet man ikke ønsker at belemre forurettede med at skulle forholde sig til tilbuddet, hvis gerningspersonen ikke er interesseret i at deltage. Såfremt både gerningsperson og offer er interesserede i at deltage i konfliktrådet, vil der blive aftalt et mødetidspunkt med konfliktmægleren.

I den danske model for konfliktråd er det normalt udelukkende offeret, gerningspersonen og konfliktmægleren, der er til stede. Denne model omtales på engelsk som *victim-offender mediation (VOM)*, og står i modsætning til *restorative justice conferences (RJC)*, hvor støttepersoner såsom familiemedlemmer eller venner kan deltage og eventuelt forpligtige sig til at støtte henholdsvis offer eller gerningsperson i deres respektive rehabilitering.¹

3. Tidligere forskning om reaktioner på viktimisering

At blive udsat for kriminalitet kan have en række negative konsekvenser. Mange ofre for ejendoms-kriminalitet oplever umiddelbare materielle og økonomiske tab, ligesom ofre for personfarlig kriminalitet kan få fysiske skader (Pemberton & Vanfraechem 2015). Det forekommer dog også, at ofre oplever emotionelle og psykologiske konsekvenser af kriminel viktimisering, ligesom der også kan forekomme sociale og økonomiske tab på længere sigt.

I en dansk kontekst er det vist, at personer, der inden for det seneste år har været udsat for kriminalitet, er mere tilbøjelige end andre til at være angst for at blive udsat for kriminalitet igen, om end dette kan afspejle enten en på forhånd eksisterende generelt større angst eller en større risiko for at blive udsat for kriminalitet (Pedersen et al. 2017).

Med hensyn til mere alvorlige psykologiske konsekvenser viser studier, at det er de færreste, der oplever dette som følge af kriminalitet. En mindre andel får dog sådanne følger. I tidligere studier omtaltes disse konsekvenser ofte med begreber som *psychological distress* eller *post-crime distress*, men siden har forskningen fokuseret på forskellige lidelser som posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), angst, depressioner, misbrug samt psykoser (Angel 2005).

PTSD er en lidelse, der kan opstå, hvis man udsættes for en ekstrem, traumatisk belastning (American Psychiatric Association 1994). Det er altså langt fra noget, alle ofre oplever, men man har konstateret, at det forekommer to til tre gange så ofte hos ofre for kriminalitet i forhold til personer, der ikke har været udsat for kriminalitet (Breslau et al. 1991; Kilpatrick & Acierno 2003; se også Brewin et al. 2000; Breslau et al. 2004; Kessler et al. 1995; Kilpatrick & Resnick 1993; Boney-McCoy & Finkelhor

¹ Se eventuelt (Vindeløv 2013) for en uddybende gennemgang af forskellige typer af tilgange til mægling.

1995; 1996). Lidelsen fører til, at personen genoplever den traumatiske hændelse, forsøger at undgå alle stimuli, der associeres med hændelsen, oplever følelsesmæssig lammelse (*emotional numbing*) men også en forøget ophidselse (*arousal*). For at få diagnosen PTSD, skal alle symptomerne være til stede i en måned og udgøre et problem for offerets almindelige liv. Såfremt symptomerne varer i mindre end én måned, beskrives lidelsen som akut belastningsreaktion (ASD). PTSD udgør én type af angstlidelse, men også andre typer af angstlidelser ses hos ofre (Pico-Alfonso et al. 2006).

De psykologiske konsekvenser af viktimering er også blevet undersøgt med udgangspunkt i udvikling af depressioner. En depression kan indebære, at patienten (næsten) altid er nedtrykt, mister lysten til at deltage i almindelige aktiviteter, har vægtudsving, oplever søvnproblemer, oplever psykomotorisk hæmning, føler træthed, føler sig værdiløs, mister koncentrationsevnen eller har selvmordstanker. Undersøgelser på dette område angår oftest konsekvenserne af længerevarende viktimering såsom partnervold eller mobning, og de påviser stærkt forøget forekomst af depression (Campbell 2002; Klomek et al. 2008; Nurius et al. 2003; Hochstetler et al. 2014; Clements et al. 2004). Sammenhængen mellem langvarig viktimering og depression er forklaret med, at ofrene oplever magtesløshed og håbløshed, der leder til apati, men depressionen kan også være et resultat af, at offerets selvværd gradvist undergraves (Clements et al. 2004). Studier af vedvarende viktimering viser endvidere en øgning af selvmordstanker og -forsøg blandt ofrene (Klomek et al. 2008). Sammenhængen mellem viktimering og depression er dog også fundet blandt ofre, der kun en enkelt gang har været udsat for personfarlig kriminalitet (Boney-McCoy & Finkelhor 1996).

Ofre for kriminalitet kan også opleve efterfølgende problemer med misbrug eller afhængighed af alkohol eller narkotika, hvilket er påvist blandt godt dobbelt så mange unge, der har været ofre for kriminalitet, sammenholdt med øvrige unge (Breslau et al. 1991; se også Kilpatrick et al. 2003).

Blandt ofre for voldtægt er der konstateret øget risiko for udvikling af en psykose efter hændelsen (Elklit & Shevlin 2010). I forhold til de øvrige omtalte lidelser er der dog tale om en relativt sjælden følgevirkning.

Det forekommer ofte, at de beskrevne lidelser optræder samtidigt. Det er således vist, at 75-90 pct. af dem, der udvikler PTSD som følge af kriminalitet, også har mindst én anden lidelse, hvoraf depression er særligt hyppig. Blandt ofre med andre typer af lidelser, herunder depression, er denne andel typisk halveret (Kilpatrick et al. 2003; Kessler et al. 1995; Breslau et al. 1991; Kilpatrick & Resnick 1993; Cascardi et al. 1999; Campbell 2002; Pico-Alfonso et al. 2006).

Samlet set kan kriminel viktimering således have ganske alvorlige konsekvenser, men som understreget, er det et mindretal, der udvikler alvorlige, længerevarende psykologiske lidelser som reaktion på kriminel viktimering. Risikoen herfor er stærkt afhængig af grovheden af den kriminelle hændelse (Brewin et al. 2000; Breslau et al. 2004; Kessler et al. 1995; Kilpatrick & Resnick 1993; Campbell et al. 1995). For mange af de ofre, der oplever psykologiske konsekvenser af viktimeringen, fortager symptomerne sig relativt hurtigt (Kilpatrick & Resnick 1993; Campbell et al. 1995; Blasco-Ros et al. 2010; Frieze et al. 1987). Nogle udvikler moderate PTSD-symptomer, som bedres

over en længere periode, mens en mindre andel vil udvikle kronisk PTSD med svære symptomer og alvorlige konsekvenser (Bonanno 2004; Bonanno et al. 2011).

Viktimisering kan også have økonomiske konsekvenser for ofrene. Den danske offerundersøgelse viser, at de umiddelbare økonomiske skader for ofre for simpelt tyveri i 2016 beløb sig til godt 9.000 kr., mens beløbet for ofre for indbrud i private hjem var godt 25.000 kroner. Vedrørende hærværk var tallet 6.000 kroner. Ofrene genvinder dog ofte en stor del af disse tab, idet tyvekosterne enten genfindes eller er forsikrede (Pedersen et al. 2017). En anden omkostning for offeret og/eller samfundet kan forekomme ved tabt arbejdsfortjeneste. En ældre amerikanske undersøgelse peger på, at godt seks pct. af ofre for visse former for personfarlig kriminalitet må undlade at arbejde i en kortere eller længere periode efter viktimitiseringen. For mere end tre fjerdedele af disse ofre er der tale om højst fem dages uarbejdsdygtighed, mens der for godt en tiendedel er tale om mere end ti dage (Perkins et al. 1996).

De emotionelle, psykologiske og fysiske konsekvenser, som den kriminelle viktimitisering kan have, kan føre til en generelt negativ udvikling i offerets liv. Der findes dog relativt lidt forskning, der belyser mulige langvarige sociale og økonomiske konsekvenser. Et amerikansk studie viser, at voldelig viktimitisering af teenagere kan skabe en negativ løbebane ved at undergrave deres tro på egen formåen. Det kan medføre et ringere uddannelsesforløb og dermed en øget risiko for arbejdsløshed, lavere status og lavere løn (Macmillan & Hagan 2004). Et andet, tilsvarende studie estimerer, at offerets økonomiske tab herved kan være omkring 6.000 \$ årligt (Macmillan 2000). Undersøgelsen finder ikke tilsvarende omkostninger for voksne ofre, hvis primære økonomiske tab vil være en umiddelbart tabt arbejdsfortjeneste (Macmillan 2000).

4. Tidligere forskning om betydningen af konfliktråd for ofre

Der er foretaget en række empiriske undersøgelser af konfliktråds betydning for ofre, hvoraf mange angår spørgsmålet om ofrenes tilfredshed med ordningen mv.

To evalueringer af den danske ordning fandt, at henholdsvis 77 og 85 pct. af ofrene syntes, at konfliktrådet var vellykket (Hansen 2012; Henriksen 2003), og i udenlandske studier angiver tilsvarende andele, at de var tilfredse med mødet (Braithwaite 1999; McGarrell 2000). I USA er det påvist, at selv ofre for meget alvorlig kriminalitet angiver en meget høj grad af tilfredshed med konfliktråd, ligesom de i overvældende grad beskriver konfliktråd som tilfredsstillende og nyttige (Umbreit et al. 2006). Ofre, der har fået deres sag behandlet i konfliktråd, er også mere tilfredse med sagsbehandlingen, end tilfældet er for ofre, hvis sag har været behandlet konventionelt (Strang et al. 2013; McGarrell 2000; Shapland et al. 2007).

De danske evalueringer af konfliktråd viser, at de fleste ofre opnåede det, de ønskede, og fik givet udtryk for deres oplevelse af hændelsen gennem deltagelse i konfliktråd (Hansen 2012; Henriksen 2003). Knap to tredjedele af de ofre, der havde et behov for henholdsvis mere tryghed og for at få løst op for deres angst, angav, at det havde opnået dette gennem konfliktrådet. Endnu flere angav, at

konfliktrådet havde givet dem en mulighed for at komme af med deres irritation eller vrede (Henriksen 2003). Ofre, der har fået deres sag behandlet i konfliktråd, er også mere tilfredse med sagsbehandlingen, end tilfældet er for ofre, hvis sag har været behandlet konventionelt (Strang et al. 2013; McGarrell 2000; Shapland et al. 2007). I en undersøgelse fra Storbritannien påpeges, at en stor del af ofre for indbrud og røveri mener, at deltagelse i konfliktrådet har været en god oplevelse, som har givet dem en fornemmelse af at kunne lægge sagen bag sig, ligesom det har givet dem en forståelse for årsagerne til den kriminelle handling (Shapland et al. 2007).

Flere studier har dog også fundet, at en betydelig minoritet af ofrene er utilfredse med konfliktråd. Dette gælder særligt, hvis ofrene har følt, at konfliktrådets formål alene var at påvirke gerningspersonen, mens der ikke blev taget hensyn til offerets behov (Braithwaite 1999).

Andre undersøgelser angår konfliktrådets betydning for de emotionelle og psykologiske problemer, der kan være en følge af at have været udsat for kriminalitet. Det har været påpeget, at konfliktrådet kan udgøre et element i og supplement til den kognitive adfærdsterapi, som ofte kan udgøre en effektiv behandling af PTSD, depression og angstlidelser (Sherman et al. 2005; vedr. effekten af kognitiv behandlingsterapi, se Butler et al. 2006). Med denne behandling søger en terapeut at aflære offeret automatreaktioner på stimuli, der associeres med traumat, blandt andet ved at konfrontere offeret med traumat under kontrollerede forhold (Foa & Kozak 1986). Når et offer møder sin gerningsperson i et konfliktråd, så kan det netop tænkes, at dette kan bidrage til en aflæring af frygten (Sherman et al. 2005; Strang et al. 2006; Angel et al. 2014).

Via interviewundersøgelser er det i engelske studier påvist, at anvendelsen af konfliktråd i form af *conferences* i moderat grad mindsker mængden af posttraumatiske stresssymptomer, og at andelen af personer, der kan diagnosticeres med PTSD, er omtrent halvt så stor blandt ofre for indbrud og røveri, der har været i konfliktråd i tillæg til en konventionel straffesag, som blandt tilsvarende ofre, som alene har haft deres sag behandlet ved en domstol (Angel 2005; Angel et al. 2014). Disse studier underbygger teorien om, at konfliktråd kan have samme effekt på frygt, PTSD og PTSS som kognitiv adfærdsterapi (Sherman et al. 2005).

Enkelte undersøgelser peger på forskellige andre mulige positive betydninger af at have deltaget i konfliktråd (Strang et al. 2006; Strang 2002). Blandt andet påvises, at ofrene efterfølgende er mindre bange og vrede, at de oplever mindre utryghed og skam, og at de føler større sikkerhed, værdighed, selvspekt og selvtillid. Ofre, der har været i konfliktråd, er også mindre tilbøjelige end andre ofre til at tro, at gerningspersonen vil gentage sin forbrydelse enten mod offeret selv eller mod andre (Strang 2002). Effekten er særligt udtalt for ofre for voldsforbrydelser. Ofre, der har været i konfliktråd, er desuden betydeligt mindre tilbøjelige end andre ofre til at ønske hævn over gerningspersonen (Angel 2005; Sherman et al. 2005).

Konfliktrådets eventuelle effekt på sociale eller økonomiske konsekvenser af viktimisering har ikke været i fokus i disse undersøgelser.

Det skal tilføjes, at de generelt positive resultater i ovennævnte undersøgelser ikke nødvendigvis skyldes deltagelse i konfliktråd. De nævnte undersøgelser lider således under forskellige metodologiske svagheder.

En del af undersøgelserne er rent deskriptive, idet der ikke findes noget sammenligningsgrundlag for resultaterne, hvorfor det ikke er muligt at sige, om ofre, der har været igennem en konventionel straf-fesag og ikke deltaget i konfliktråd, oplever forholdene anderledes (Hansen 2012; Henriksen 2003; Umbreit et al. 2006).

En anden gruppe af de omtalte studier er designmæssigt af høj kvalitet, idet der er tale om kvasi-eksperimenter (Strang et al. 2006; Sherman et al. 2005; Angel et al. 2014; Angel 2005; McGarrell 2000; Shapland et al. 2007). Studierne tager udgangspunkt i randomiserede, kontrollerede forsøg, hvor de sager, der kan komme på tale med hensyn til konfliktrådsbehandling, fordeles tilfældigt i eksperimental- og kontrolgrupper. Forsøgene var dog designede til undersøgelser af konfliktrådets betydning for gerningspersonerne, hvorfor det ikke i alle sager var muligt at identificere et personligt offer eller at opnå interviews efterfølgende (Strang et al. 2013). Derfor forekommer der i undersøgelserne et bortfald af ofre på mellem 10 og 50 pct., og der redegøres kun i begrænset omfang for sammensætning af dette bortfald. Af disse årsager er undersøgelseernes kvalitet ikke fuldt på højde med randomiserede, kontrollerede forsøg, og det ikke muligt med sikkerhed at vurdere resultaterne.

Endeligt skal det nævnes, at størstedelen af de beskrevne studier fra udlandet angår *restorative justice conferences*, der er en anden model for konfliktmægling end den, der anvendes i Danmark, hvorfor resultaterne ikke nødvendigvis er gældende den form for konfliktmægling, der foregår i Danmark.

5. Data og design

I denne undersøgelse belyses betydningen af konfliktråd for ofre ved at sammenligne ofrenes anvendelse af sundhedsydelser og sociale ydelser i en periode *før* viktimiseringen (kontrolperiode 1) med omfanget af tilsvarende ydelser *efter* deltagelse i konfliktråd, for så vidt angår eksperimentalgruppen, og for to kontrolgruppers vedkommende en periode efter de kunne have deltaget i konfliktråd, såfremt de havde fået den mulighed (observationsperioden). Tilsvarende undersøges med udgangspunkt i en kontrolperiode, der ligger *efter* viktimiseringen og *før* deltagelsen eller den mulige deltagelse i konfliktråd (kontrolperiode 2). Mens analyser med brug af den første kontrolperiode vil kunne vise eventuelle effekter af at deltage i konfliktråd ved at sammenligne forhold umiddelbart før gerningstidspunktet med tiden efter deltagelse eller potentiel deltagelse i konfliktråd, vil analyser med brug af den anden kontrolperiode belyse, hvorvidt deltagelsen i konfliktråd har en effekt i forhold til at mindske eller dæmpe de følger af kriminalitet, der måtte have vist sig umiddelbart efter gerningstidspunktet og inden deltagelse i konfliktråd. Sidstnævnte analyser tager dermed i højere grad højde for eventuelle forskelle i kontrol- og eksperimentalgruppens reaktioner på viktimisering.

Undersøgelsen bygger på både et naturligt eksperimentelt design og et kvasi-eksperimentelt design. Førstnævnte er et resultat af, at praksis vedrørende muligheden for at deltage i konfliktråd naturligt

skaber en situation med en eksperimental- og kontrolgruppe, der som udgangspunkt må antages at være sammenlignelige. Undersøgelsens eksperimentalgruppe består af de ofre, der har været i konfliktråd. Undersøgelsens primære kontrolgruppe (kontrolgruppe 1) består af ofre, hvorom man sikkert ved, at de også har ønsket at deltage i konfliktråd, men hvor dette ikke har været muligt grundet forhold, som ofrene ikke har haft indflydelse på. Der er tale om ofre, der er blevet spurgt om deltagelse inden, gerningspersonen er blevet spurgt, og hvor offeret har ønsket at deltage, mens gerningspersonen ikke har det. Det drejer sig om relativt få personer, da hovedreglen som nævnt er, at ofre alene forespørges om at deltage i konfliktråd, hvis gerningspersonen allerede har givet tilsagn herom. I kontrolgruppe 1 indgår endvidere ofre, hvor både gerningsperson og offer har sagt ja til at deltage i konfliktråd, men hvor dette alligevel ikke er gennemført, fordi gerningspersonen har trukket sit tilsagn tilbage eller ikke er dukket op til selve mæglingen.

Det er dette element, der bevirker, at undersøgelsen har et naturligt eksperimentalt design, idet de forhold, der bevirker, at ofrene ikke kommer i konfliktråd, er nogle, som ofrene ikke selv har indflydelse på, og som i overvejende grad må antages ikke at vedrøre karakteristika ved ofrene. Gerningspersonen har dog ud fra valget om at deltage i konfliktråd eller ej en indflydelse på, om det enkelte offer indgår i eksperimentalgruppen eller kontrolgruppen. Dette kan påvirke sammenligneligheden mellem eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 1, idet gerningspersonens valg kan være relateret til karakteristika ved selve kriminaliteten såvel som ved offeret. Det er derfor givet, at forskelle mellem eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 1 skal undersøges og korrigeres for i analyserne. Det skal i øvrigt nævnes, at ofre, der har ønsket at deltage i konfliktråd, men ikke får mulighed for det, i mange tilfælde udtrykker utilfredshed med ordningen, og dette kan muligvis påvirke deres reaktion på viktiseringen og dermed deres sammenlignelighed med eksperimentalgruppen (Strang et al. 2013). Sammenlagt indgår i alt 303 personer i kontrolgruppe 1.

På grund af dette ret lille antal er der dannet en anden og noget større kontrolgruppe (kontrolgruppe 2). Denne består af i alt 1.428 ofre, om hvem det ikke vides, hvordan de ville have stillet sig til spørgsmålet om at deltage i konfliktmægling, idet gerningsmanden forinden har sagt fra i forhold til at deltage. Denne konstruktion har dermed karakter af et kvasi-eksperimentelt design, idet udvælgelsen af ofrene ikke har samme karakter som i den første kontrolgruppe, hvorfor de to grupper ikke uden videre kan antages at være fuldt sammenlignelige. På baggrund af øvrige oplysninger kan det anslås, at ofrene i omkring halvdelen af disse sager ville have takket ja til at deltage i konfliktråd, såfremt de var blevet spurgt herom.

De eventuelle forskelle, der er mellem de to kontrolgrupper og eksperimentalgruppen tages der så vidt muligt højde for i analyserne, jf. senere. Som udgangspunkt er det dog sikrest at anvende kontrol- og eksperimentalgrupper med forurettede, der i begge tilfælde ønsker at deltage i konfliktråd. Det forebygger en mulig kilde til skævhed mellem de to grupper med hensyn til motivation for deltagelse eller andre forhold, som det ikke er muligt at tage højde for i undersøgelsen, og som muligvis kan have betydning for resultaterne.

5.1 Datarensning

Undersøgelsen er baseret på oplysninger fra de enkelte politikredse, hvor konfliktrådskoordinatorerne har registreret de sager, der har været drøftet med henblik på behandling i konfliktråd, samt udfaldet af denne drøftelse.² Oplysningerne fra politiet vedrører gerningspersonernes personnumre, et journalnummer, en sagsdato, en kode vedrørende sagens udfald samt et tekstfelt, der ganske kort beskriver hændelsesforløbet vedrørende konfliktrådet. Sagsdatoen er den dato, hvor politiet har modtaget oplysning om, at konfliktråd er afholdt. Konfliktrådene i materialet er afholdt i perioden fra primo 2010 til medio 2016. I alt er der modtaget oplysninger om 11.350 registreringer af sager.

Disse oplysninger er kodet manuelt med henblik på at kunne fordele sagerne i eksperimentalgruppen og de to kontrolgrupper. En væsentlig del af sagerne frasorteres, idet nærmere undersøgelser har vist, at sagen ikke var egnet til konfliktråd. Endnu en gruppe sager frasorteres, idet offeret ikke har ønsket at deltage. Endeligt slettes en stor gruppe sager, hvori det ikke er angivet tilstrækkeligt tydeligt, hvorfor der ikke har været afholdt konfliktråd. I alt omfatter de tre grupper, som undersøgelsen som udgangspunkt skal baseres på, 5.319 sager. Disse sager er beriget med oplysninger fra politiets sagsstyringsystem, POLSAS, vedrørende gerningsdato samt personnumre på ofre.

I det videre arbejde er der yderligere frasorteret nogle sager. 141 sager om særlovsovertrædelser, herunder også færdselsovertrædelser, frasorteres, idet disse sager ikke omfatter et direkte offer, der kan forventes at reagere på hændelsen. 152 sager udgår, da de har mere end ét offer, og da det ikke er muligt at afgøre, hvem af disse der har deltaget i eller ytret ønske om at indgå i konfliktråd. I 753 sager forefindes ikke personnummer på forurettede, hvorfor disse er sorteret fra.³ I tre sager omtales i friteksten en anden gerningsperson end den, der er sigtet i sagen, hvilket må betragtes som en fejlregistrering, hvorfor også disse sager er sorteret fra.

Der optræder endvidere en del sagsdubletter i materialet, idet der ofte er mere end én gerningsperson, og disse er registreret med én sag hver. På denne baggrund bortsorteres 745 sager.⁴ I alt vedrører undersøgelsen dermed 3.525 sager. Da nogle af sagerne angår mere end ét offer, er resultatet, at undersøgelsen omfatter i alt 3.616 ofre.⁵

Disse oplysninger er beriget med oplysninger fra Danmarks Statistik. Også i den forbindelse er der sket frasortering af sager, idet personnumrene for seks ofre ikke kunne findes hos Danmarks Statistik, mens der for 274 sager mangler de ønskede baggrundoplysninger. Da konsekvenserne af kriminel

² Det bemærkes, at ikke alle sager blev registreret i de første år med konfliktmægling, idet enkelte undlod at registrere nogle af de sager, der ikke havde ført til mægling.

³ I visse af sagerne fremgår der i stedet et CVR- eller SE-nummer på en forurettet virksomhed.

⁴ Hvis der er flere gerningspersoner i forhold til samme offer og hændelse, kan offeret have deltaget i eller ytret ønske om at deltage i konfliktråd med nogle, men ikke alle gerningspersonerne. Disse sager er beholdt ved rensningen, således at ofre, der har været i konfliktråd med mindst én af deres gerningspersoner indgår i eksperimentalgruppen, mens ofre, der har ytret ønske om at deltage i konfliktråd med mindst én af deres gerningspersoner, indgår i den primære kontrolgruppe.

⁵ Forinden er 61 sager er frasorteret, idet samme offer også indgår i en anden sag.

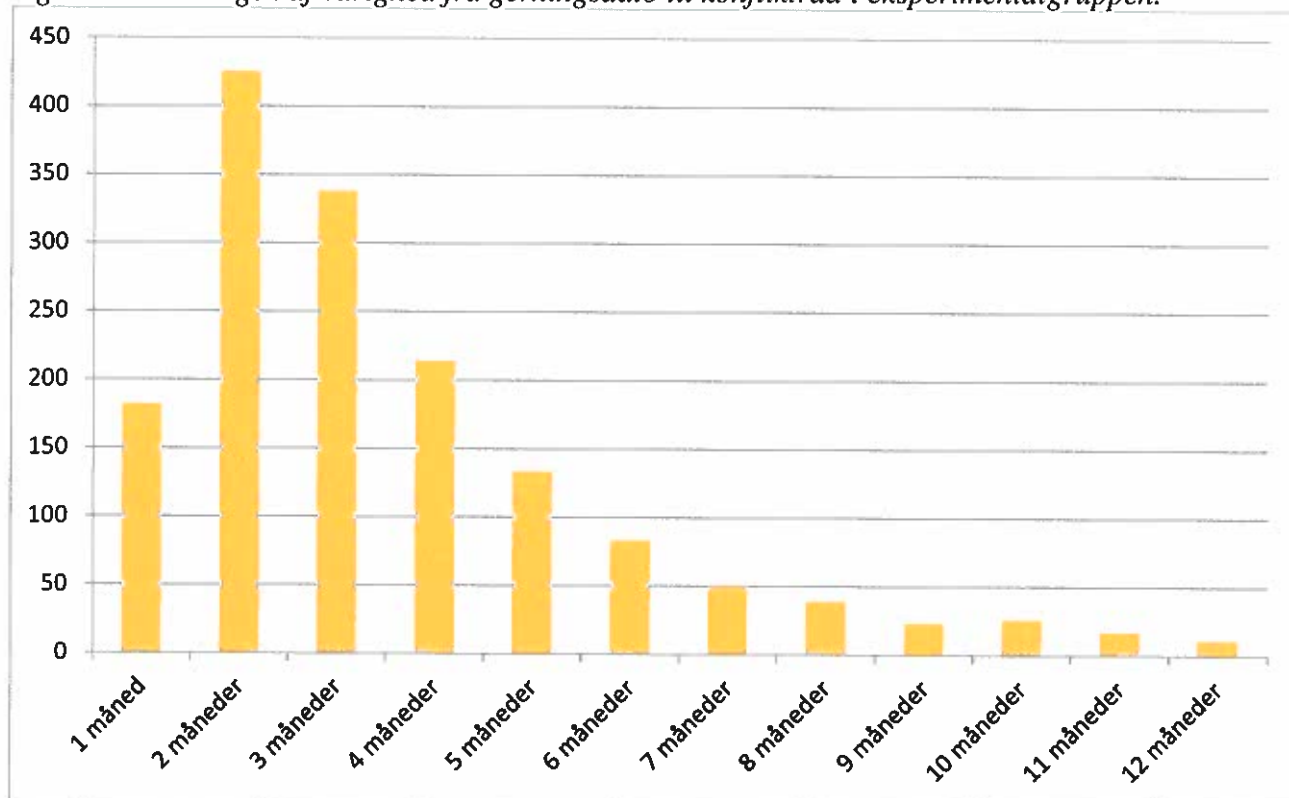
viktimisering i mange tilfælde aftager med tiden, udgår endvidere 61 sager fra eksperimentalgruppen, idet der går mere end ét år fra gerningsdato til afholdelse af konfliktråd.

I alt er der således tale om 3.275 ofre, som indgår i undersøgelsen. Heraf indgår 1.544 i eksperimentalgruppen, 303 i Kontrolgruppe 1 og 1.428 i Kontrolgruppe 2.

5.2 Dannelse af konfliktrådsdato

Datoen for afholdelse af konfliktråd i eksperimentalgruppen er fastsat med udgangspunkt i den sagsdato, der er oplyst i undersøgelsesmateriale. Den reelle dato for afholdelse af konfliktråd kan dog i princippet ligge længe før dette tidspunkt. For at afklare hvor stor denne forskel reelt er, er konfliktrådskoordinatorene og i nogle tilfælde også de enkelte mæglere adspurgt om praksis vedrørende indsendelse af oplysninger om afholdte konfliktråd. Det, der på baggrund heraf er oplyst, er dels, at sagsdatoen i nogle tilfælde reelt er mæglingsdatoen, og dels, at der i øvrigt almindeligvis går ganske kort tid inden, politiet oplyses om mæglingens afholdelse. Mæglerne har en klar motivation til hurtig indberetning, idet honoraret for indsatsen udbetales efter afrapportering. På denne baggrund forekommer det rimeligt sikkert at tage udgangspunkt i sagsdatoen, som tilnærmelsesvis svarer til datoen for konfliktrådets afholdelse. I det følgende anvendes betegnelsen 'dato for afholdelse af konfliktråd' i stedet for sagsdato.

Figur 1: Fordelingen af varighed fra gerningsdato til konfliktråd i eksperimentalgruppen.



Et tilsvarende tidspunkt foreligger selvsagt ikke for kontrolgrupperne, men – som det fremgår af det følgende – dannes det kunstigt. Da betydningen af at være udsat for en kriminel hændelse for de fleste

ofre aftager med tiden, jf. afsnit 3, er det vigtigt, at kontrolgruppernes observationsperioder svarer til eksperimentalgruppens. Det skyldes også, at der er stor variation i varigheden af perioden mellem viktimitisering og afholdelse af konfliktråd, jf. figur 1.

I kontrolgrupperne dannes varigheden af perioden fra gerningsdato til påbegyndelse af observationsperioden – altså den kunstige konfliktrådsdato – ved at overføre den tilsvarende varighed fra sammenlignelige ofre i eksperimentalgruppen. I afsnit 6 beskrives det, hvordan sammenlignelige individer identificeres ved anvendelse af såkaldt *propensity score matching*. Såfremt der til et individ fra kontrolgruppen er fundet mere end ét sammenligneligt individ i eksperimentalgruppen, så vælges varigheden for én fra kontrolgruppen tilfældigt blandt disse. Statistiske tests viser, at der efter denne procedure ikke er signifikant forskel på varigheden mellem gerningsdato og – reel eller kunstig – konfliktrådsdato for eksperimental- og kontrolgrupper.

5.3 Data til måling af effekt

Det er i undersøgelsen ikke muligt direkte at måle, hvilke konsekvenser viktimitisering og efterfølgende deltagelse i konfliktråd har haft for personerne i kontrol- og eksperimentalgrupperne. I stedet undersøges det, om der sker *forandringer* i ofrenes registrerede anvendelse af sundhedsydelser og sociale ydelser i forbindelse med viktimitisering og deltagelse i konfliktråd. Mens øgning i anvendelse af sundhedsydelser og sociale ydelser kan ses som indikatorer på, at offeret oplever konsekvenser af viktimitisering, kan relativ mindskning af disse ydelser efter deltagelse i konfliktråd ses som indikator på, at konfliktrådsdeltagelsen har haft en positiv betydning for disse konsekvenser.

Oplysninger om anvendelsen af sundhedsydelser er baseret på sygesikringsregisteret, mens oplysninger om indlæggelser, herunder psykiatriske indlæggelser, stammer fra landspatientregisteret. Endvidere indgår data fra lægemiddeldatabasen, og fra Danmarks Statistiks er der indhentet oplysninger om modtagelse af forskellige former for offentlige ydelser.

Oplysninger fra sygesikringsregisteret er vigtige indikatorer på konsekvenserne af viktimitisering, fordi de giver et indblik i ofrenes sundhedstilstand før og efter viktimitiseringen ud fra deres brug af en bred vifte af sundhedsydelser i den del af praksissektoren, der er dækket af det offentlige sygesikringssystem. Dermed omfatter registeret blandt andet oplysninger om brug af almenpraktiserende læge og psykologer i det omfang, der er ydet et tilskud fra det offentlige sygesikringssystem.

Oplysninger om ofres brug af almen læge må anvendes med forsigtighed, idet ofrene i perioden umiddelbart efter viktimitisering kan anvende lægen til at dokumentere eventuelle skader, hvilket politiet typisk vil anmode ofre for personfarlige forbrydelser om. Dermed kan en stigning i brugen af almen læge umiddelbart efter viktimitisering bero på andet end egentlige sundhedsmæssige behov.

En vækst i anvendelsen af egen læge i perioden efter viktimitisering kan endvidere skyldes, at ofrene søger henvisning til en specialist. En henvisning er en forudsætning for, at personer kan modtage

tilskud fra sygesikringen til psykologhjælp. Tilskud gives til ofre for røveri, vold eller voldtægt, såfremt lægen vurderer, at personen er i krise, samt til øvrige der oplever andre psykiske problemer.⁶

Registreringer i sygesikringsregisteret er baseret på faktureringer fra de enkelte praksisindehavere. Den egentlige behandlingsdato fremgår ikke, og tidspunktet for behandling er derfor estimeret på baggrund af, hvilken uge ydelsen er faktureret. I undersøgelsen skelnes mellem praksisser, der fakturerer ugentligt og månedligt, idet dette har betydning for, hvor præcist en behandlingsdato kan estimeres. Der er taget særlige forbehold vedrørende disse usikkerheder.⁷

Der anvendes ydermere oplysninger fra landspatientregisteret, der indeholder oplysninger om borgernes kontakt med hospitaler og angår såvel det somatiske som det psykiatriske system.⁸ Registeret indeholder bl.a. oplysninger om datoen for kontaktens påbegyndelse og afslutning samt en diagnose. Disse oplysninger kan således give et indblik i ofrenes anvendelse af sundhedssystemet til lidelser, der kræver såvel akut behandling som indlæggelse i forlængelse af en viktimering.

Forandringer i ofrenes brug af ydelser på somatiske hospitaler må formodes at afspejle, at de har fået fysiske skader ved hændelsen. Ligesom vedrørende brug af almen læge kan politiet dog også henvise ofre til at opsøge en skadestue for at dokumentere skader af viktimeringen. Forandringer i ofrenes brug af ydelser på psykiatriske hospitaler i forbindelse med viktimering indikerer, at hændelsen har haft meget alvorlige psykiske konsekvenser for offeret.

I undersøgelsen anvendes endvidere oplysninger fra lægemiddeldatabasen om ofrenes anvendelse af receptpligtige lægemidler til behandling af psykiske lidelser. Der fokuseres på anvendelse af lægemidler inden for grupperne antiepileptika, antipsykotika, anxiolytika, hypnotika og sedativa (dormica) samt antidepressiva. En øget brug af sådanne lægemidler kan indikere, at ofrene har været diagnosticeret og behandlet for en psykisk lidelse som PTSD, angst, depression eller psykose som følge af den kriminelle hændelse. Det bemærkes, at der været begrænset adgang til oplysninger fra lægemiddeldatabasen, og analyserne heraf adskiller sig derfor i visse henseender fra de øvrige, hvilket vil blive kommenteret, når det er relevant.⁹

⁶ <http://psykologeridanmark.dk/psykologernes-arbejde/praktiserende-psykolog/offentlige-tilskudsordninger/>

⁷ Det er for alle ydere i alle år beregnet, hvor mange gange årligt yderen fremsender fakturaer. Analyser viser, at langt de fleste ydere fremsender fakturaer enten præcist 12 gange eller mindst 40 gange årligt. Det er særligt almenpraktiserende læger, der foretager faktureringer hver uge, mens andre, såsom psykologer, foretager faktureringer månedligt. Ydere, der har faktureret mindre end 20 gange på et år, behandles derfor som om de fakturerer månedligt (Denne problematik er belyst yderligere i Kjærsgaard et al. 2016). Der er i effektanalyserne taget forbehold for at sikre, at den enkelte kontakt ikke henregnes til en forkert periode. I praksis betyder dette, at behandlinger foretaget lige omkring viktimerings- og (eventuelt kunstig) konfliktrådsdato ikke tælles med.

⁸ Der er tale om kontakter med sygehusvæsenet, hvilket ikke i alle tilfælde omfatter egentlige hospitaler. Kontakter med dette system dækker både over skadestuebesøg, ambulante forløb og heldøgnsindlæggelser.

⁹ Der er alene modtaget anonymiserede oplysninger om, hvorvidt der er udskrevet antipsykotika, antidepressiva eller præparater fra én af de øvrige nævnte grupper til personer i eksperimentel- og kontrolgrupperne i perioderne før viktimering og efter eventuelt konfliktråd. Disse oplysninger har alene kunnet knyttes til de vægte, der dannes ved propensity score matching jf. det senere. Dermed har oplysninger om lægemidler ikke kunnet indgå i analysen på helt lige fod med oplysninger fra de øvrige datakilder. En mindre del af ofrene frasorteres endvidere i disse analyser, idet flere ofre stammer fra de samme sager, hvilket der ikke kan kontrolleres statistisk for under den mere begrænsede dataadgang.

Viktimisering kan som nævnt også have sociale og økonomiske konsekvenser. Derfor er det undersøgt, om der kan konstateres forandringer vedrørende længerevarende sygemelding eller tab af beskæftigelse i forbindelse med viktimisering og konfliktråd. Oplysninger herom stammer fra Danmarks Statistiks registre om offentlig forsørgelse, der vedrører udbetalinger til 16 til 64-årige personer. Analysen vil derfor alene angå denne aldersgruppe.

Registeret om offentlig forsørgelse indeholder oplysninger om, hvilke former for offentlig forsørgelse personer modtager og i hvilke perioder. I undersøgelsen skelnes der mellem sygedagpenge og øvrige overførselsindkomster såsom dagpenge og kontanthjælp.¹⁰

Udbetalinger af sygedagpenge er den mest fuldstændige kilde vedrørende sygemeldinger fra arbejde.¹¹ Sygedagpenge udbetales til personer, der grundet sygdom ikke er i stand til at arbejde, og som opfylder bestemte krav vedrørende beskæftigelse eller ret til dagpenge.¹² Lønmodtagere vil i de fleste tilfælde først optræde i registreret efter 30 dages sygdom, idet denne indledende periode betales af arbejdsgiveren.¹³ Arbejdsløse indgår i registeret fra første sygedag. Udbetalinger af sygedagpenge giver altså primært indikation af længerevarende sygdom, men vil for nogle også angå en kortere periode.

Konsekvenserne af viktimisering kan også medføre, at personen bliver ude af stand til at passe sit arbejde og dermed bliver arbejdsløs. Dette er undersøgt ved at se på, om der sker forandringer i omfanget af udbetalinger af øvrige overførselsindkomster i form af dagpenge, kontanthjælp eller lignende.

5.4 Øvrige datakilder

For at sikre at forskelle i udviklinger i brugen af sundhedsydelser og sociale ydelser blandt ofrene alene skyldes konfliktrådet, er det nødvendigt at kontrol- og eksperimentalgrupperne er sammenlignelige med hensyn til relevante baggrundsfaktorer. Baggrundsfaktorer er relevante i det omfang, de påvirker tilbøjeligheden til at reagere på viktimisering eller tilbøjeligheden til at anvende sundhedsydelser i øvrigt.

En række faktorer påvirker risikoen for negative reaktioner på en traumatisk hændelse. På tværs af studier er der vist en forøget risiko for udvikling af PTSD blandt kvinder, unge, minoriteter, personer

¹⁰ Til sidstnævnte medregnes ikke forløb med ansættelse i løntilskud eller jobrotation eller forløb på efterløn, fleksydelse, førtidspension, barseldagpenge og SU.

¹¹ Der opgøres ganske vist en decideret fraværstatistik, men denne er kun komplet for den offentlige sektor, mens den for den private sektor er baseret på stikprøver blandt virksomheder med mindst 10 ansatte. <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/fravaer>

¹² Kravene for lønmodtagere fremgår af følgende hjemmeside: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Sygedagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager>. Kravene for ledige fremgår af følgende hjemmeside: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Sygedagpenge/sygedagpenge-hvis-du-er-ledig>

¹³ Der findes dog en række særordninger, der kan give arbejdsgiveren ret til kompensation fra begyndelsen af sygemeldingen. Dette gælder blandt andet, når arbejdsgiveren eller en selvstændig er forsikret, ved kronisk sygdom for opsagte personer samt for personer i fleksjob. Yderligere information findes i bekendtgørelse om lov af sygedagpenge, LBK nr. 1032, 23/06/2016, som findes med dette link: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=182048>

med lav socioøkonomisk status, personer med tidligere traume (herunder en belastet barndom) og tidligere psykiske vanskeligheder samt personer, der har manglet social støtte efter en traumatisk hændelse (Brewin et al. 2000). Uagtet viktimisering peger flere studier endvidere på, at anvendelsen af sociale ydelser og sundhedsydelser generelt er relateret til flere af de samme faktorer.¹⁴

Derfor er der i videst muligt omfang indhentet oplysninger om disse forhold med henblik på at kontrollere herfor i analyserne. Konkret er der fra forskellige registre i Danmarks Statistik indhentet oplysninger om personernes alder, køn, etnicitet, socioøkonomisk status, personens bruttoindkomst, uddannelse samt tidligere udsathed for kriminalitet.

Vedrørende de dynamiske risikofaktorer, dvs. forhold, der kan ændre sig over tid, er der valgt den seneste registrering *inden* gerningsdatoen for at sikre, at forholdet ikke er påvirket af den viktimisering, der har ledt til konfliktrådet.

6. Metode

Effekten af konfliktråd måles som nævnt ved at sammenligne ændringer i kontrol- og eksperimentalgruppernes anvendelse af sundhedsydelser og sociale ydelser fra før til efter deltagelse i konfliktråd eller – for kontrolgrupperne – den kunstige konfliktrådsdato. Den principielle antagelse er, at udviklingen og ændringerne i kontrolgruppens forhold ansues som det, der ville være sket med eksperimentalgruppen, hvis den ikke havde været i konfliktråd. Derfor er det vigtigt, at grupperne inden målingen af ændringer er helt sammenlignelige, så eventuelle forskelle i ændringer i anvendelsen af sundhedsydelser eller sociale ydelser ikke kan tilregnes andre forhold, jf. ovennævnte omtale af risikofaktorer i forhold til at reagere negativt på viktimisering. Det skal alene være det forhold, at eksperimentalgruppen har deltaget i konfliktråd, mens kontrolgrupperne ikke har, der adskiller grupperne.

Sammenlignelighed opnås bedst i randomiserede, kontrollerede eksperimenter, hvor det rent tilfældigt afgøres, om den enkelte person kan modtage konfliktråd eller ej. I denne undersøgelse er eksperimental- og kontrolgrupperne som tidligere nævnt dannet således, at designet har karakter af et naturligt eksperiment med hensyn til sammenligningen med kontrolgruppe 1 og et kvasi-eksperiment med hensyn til kontrolgruppe 2. Især sidstnævnte kræver, at der kontrolleres for eventuelle forskelle mellem de sammenlignede grupper i analyserne, men også i forhold til kontrolgruppe 1 er det nødvendigt, da der som nævnt kan være sket en selektion af deltagerne via gerningspersonens til- eller fravalg af konfliktråd. Dette gøres ved anvendelse af en *difference-in-difference*-estimator kombine-

¹⁴ Anvendelsen af sundhedsydelser er relateret til køn og alder (Kruse & Helweg-Larsen 2004), etnisk baggrund (Folmann Hempler 2010; LG Insight 2013), uddannelse (Schytz Juul & Dalskov Pihl 2011) og socioøkonomisk status (Baadsgaard & Mølgaard 2013; Danmarks Statistik 2012). Andelen af befolkningen på offentlig forsørgelse varierer med køn, alder, uddannelse, geografi og herkomst (Danmarks Statistik 2011).

ret med *propensity score matching*, som sikrer, at de ændringer i sundhedsmæssige og sociale ydelser, der måtte vise sig, reelt kan tilskrives deltagelse i konfliktråd og ikke de risikofaktorer m.v., der forefindes oplysninger om i undersøgelsen (Heckman et al. 1997; Blundell & Dias 2009).¹⁵

Difference-in-difference estimation (DiD) anvendes til at kontrollere for eventuelle forskelle i brug af sociale ydelser og sundhedsydelser, der eksisterede før konfliktrådet. Ved anvendelse af denne metode ses der udelukkende på *udviklingen* i brugen af sociale ydelser og sundhedsydelser *fra* henholdsvis en kontrolperiode inden viktimisering og en kontrolperiode efter viktimisering, men inden faktisk eller kunstig konfliktrådsdato, *til* en observationsperiode efter eventuelt konfliktråd (Angrist & Pischke 2008). Derved kontrolleres der for på forhånd eksisterende forskelle i brugen sundhedsydelser og sociale ydelser.

Det er som nævnt imidlertid også nødvendigt at kontrollere for forskelle vedrørende de omtalte risikofaktorer, som kan have en betydning for, hvordan individer påvirkes af kriminel viktimisering og konfliktråd. Forud for analyserne justeres datamaterialet ved anvendelse af *propensity score matching* (PSM). Med metoden udregnes for hvert individ en sandsynlighed for, om de indgår i kontrol- eller eksperimentalgruppen, baseret på forhold, der påvirker sammenligneligheden (Rosenbaum & Rubin 1983; Dehejia & Wahba 2002). Der er således tale om forhold, der påvirker tilbøjeligheden til at anvende sundhedsydelser eller sociale ydelser både generelt set og i forlængelse af kriminel viktimisering. Personer i eksperimentalgruppen matches med personer i kontrolgrupperne, der har tilsvarende *propensity scores*. Individer fra såvel eksperimental- som kontrolgrupperne, der ikke kan matches, ekskluderes fra analyserne. I denne undersøgelse kan det samme individ fra kontrolgrupperne matches flere gange og vægtes afhængigt af, hvor mange gange dette sker. I afsnit 7.2 beskrives baggrundsforhold for eksperimental- og kontrolgrupperne samt detaljerne vedrørende matchningen.

7. Deskriptiv analyse

I dette afsnit beskrives konsekvenserne af viktimisering for undersøgelsespopulationen ved at vise udviklingen i brug af sundhedsydelser og sociale ydelser fra før til efter viktimisering. Dernæst undersøges det, i hvilket omfang der er forskelle i baggrundskarakteristika for eksperimental- og kontrolgrupperne, som der kan justeres for med propensity score matching.

7.1 Konsekvenser af viktimisering

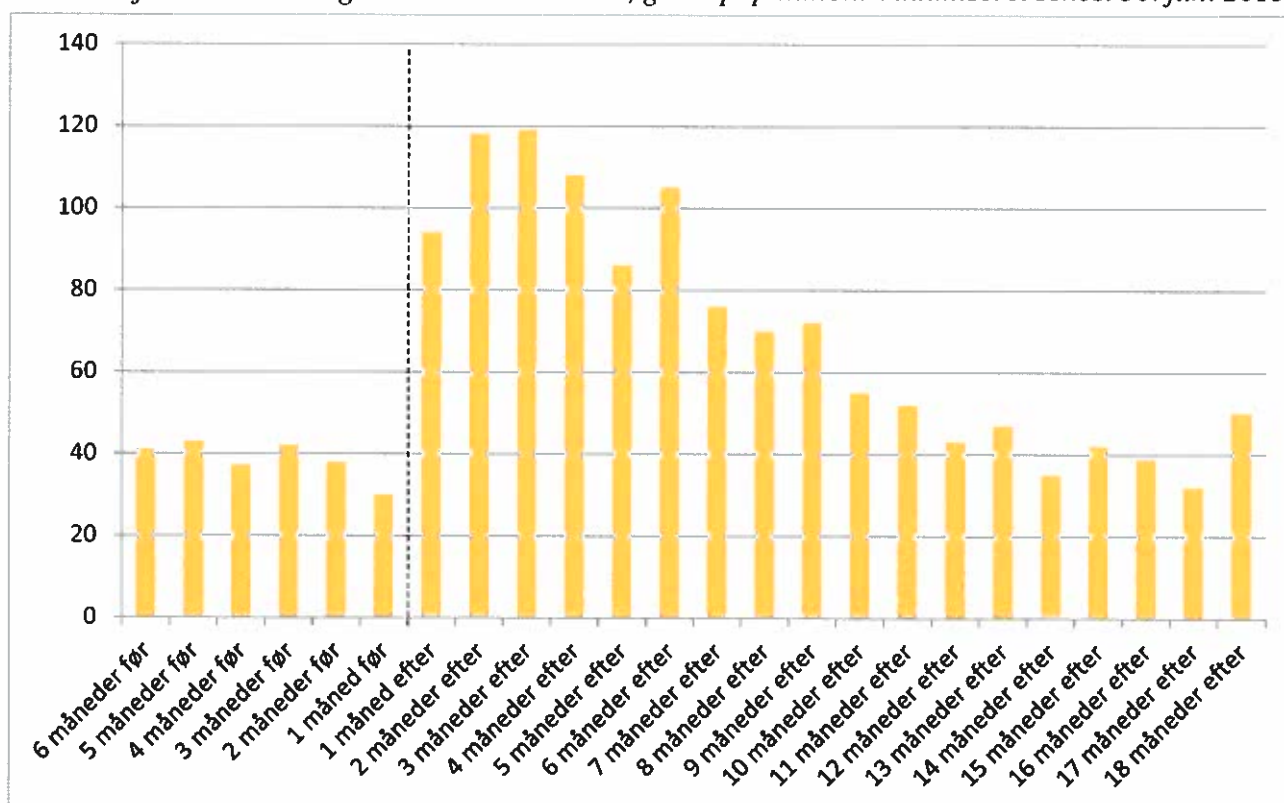
I den samlede undersøgelsespopulation, som der ses på i det følgende, kan der iagttages en række forandringer i anvendelsen af sundhedsydelser og sociale ydelser efter viktimisering. Disse forandringer må antages at være konsekvenser af viktimiseringen for ofrene i eksperimentalgruppen.

¹⁵ Dette gælder, såfremt kontrol- og eksperimentalgrupper påvirkes ensartet af uobserverbare forskelle, der varierer over tid, såsom generelle udviklinger i adgangen til sundhedsydelser og sociale ydelser.

I figur 2 er antallet af psykologkontakter vist i perioden seks måneder før og halvandet år efter viktimisering.¹⁶ Det ses, at antallet af psykologkontakter er relativt stabilt inden viktimisering, men at det er omkring tre gange højere i en periode på seks måneder efter hændelsen. Det bemærkes, at samme offer kan indgå flere gange i denne optælling. Hvis man derfor i stedet for antallet af psykologkontakter ser på andelen af ofre, der har haft kontakt med psykolog, så viser beregningen, at det var 0,3 pct. af ofrene i de seks måneder før viktimisering. I de seks måneder umiddelbart efter viktimisering er der tale om 1,6 pct.

Antallet af kontakter falder derefter støt og når godt et år efter hændelsen ned på omtrent samme niveau, som det var inden viktimiseringen. Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt denne udvikling beror på, at behovet for psykologhjælp reelt er aftaget, eller om det skyldes, at bevillingen fra sygesikringen til psykologsamtaler antageligt er begrænset.

Figur 2: Antallet af faktureringer for psykologhjælp i Sygesikringsregisteret et halv år før og halvandet år efter viktimisering. Den samlede undersøgelsespopulation. Viktimiseret senest 30. juni 2015.



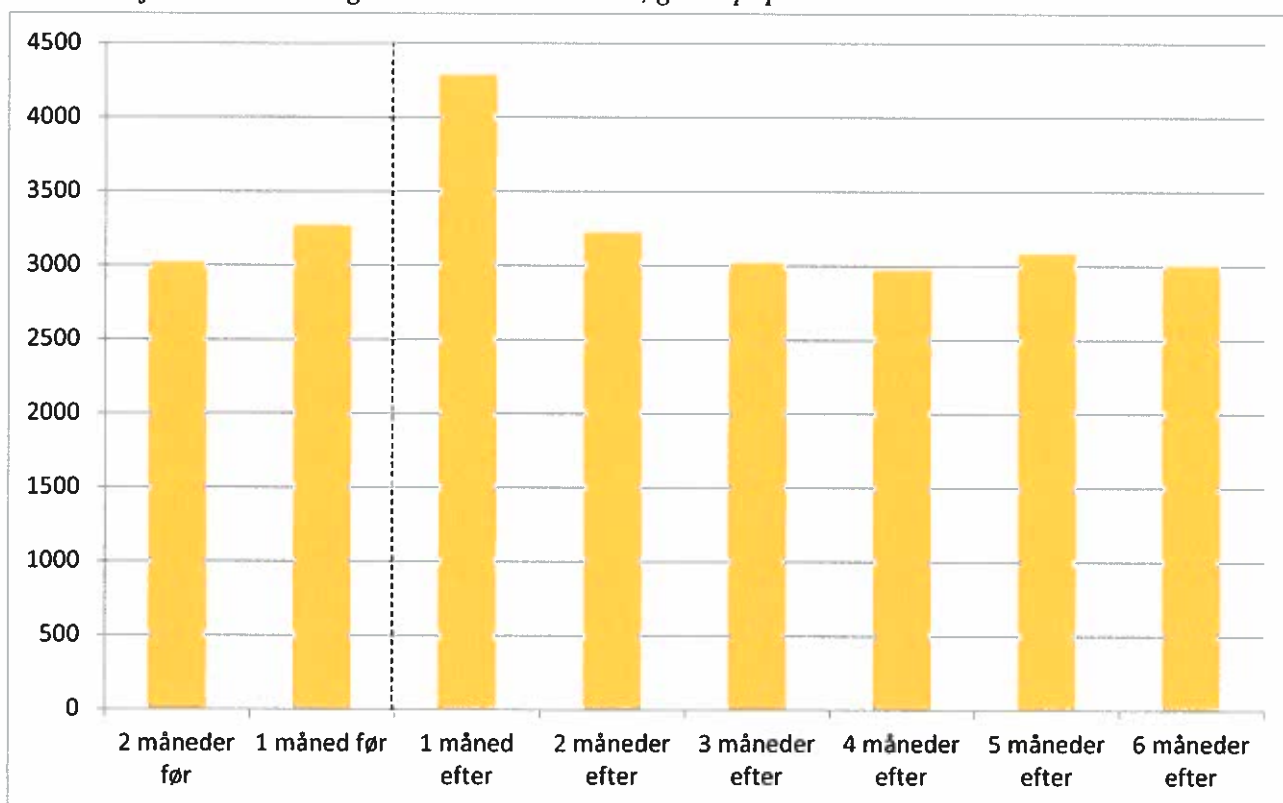
Figur 3 viser omfanget af ofrenes besøg hos almen læge i to måneder op til og seks måneder efter viktimisering. Figuren viser, at der er en skarp stigning i antallet af lægebesøg i den første måned efter viktimisering, men at antallet af besøg herefter er tilbage på niveauet før hændelsen. Hvis man i stedet for antallet af lægebesøg ser på andelen af ofre, der har besøgt lægen, viser beregninger, at

¹⁶ Det bemærkes at der analyserne i dette afsnit ikke er taget forbehold for usikkerheden omkring den præcise behandlingsdato for kontakter i sygesikringsregisteret, jf. afsnit 5.3.

det i måneden før viktimisering var 32 pct. af ofrene, der har haft kontakt med almen læge. I måneden umiddelbart efter var det 42 pct., mens der var 31 pct., der har været til læge mellem 1 og 2 måneder efter viktimiseringen.

Væksten i besøg hos almen læge kort efter viktimisering kan naturligvis skyldes, at ofrene har behov for lægehjælp vedrørende eventuelle skader, men det kan som tidligere nævnt også skyldes, at politiet henviser offeret til egen læge for at dokumentere skaderne, eller at offeret som følge af viktimiseringen har behov for en henvisning til speciallæge eller lignende.

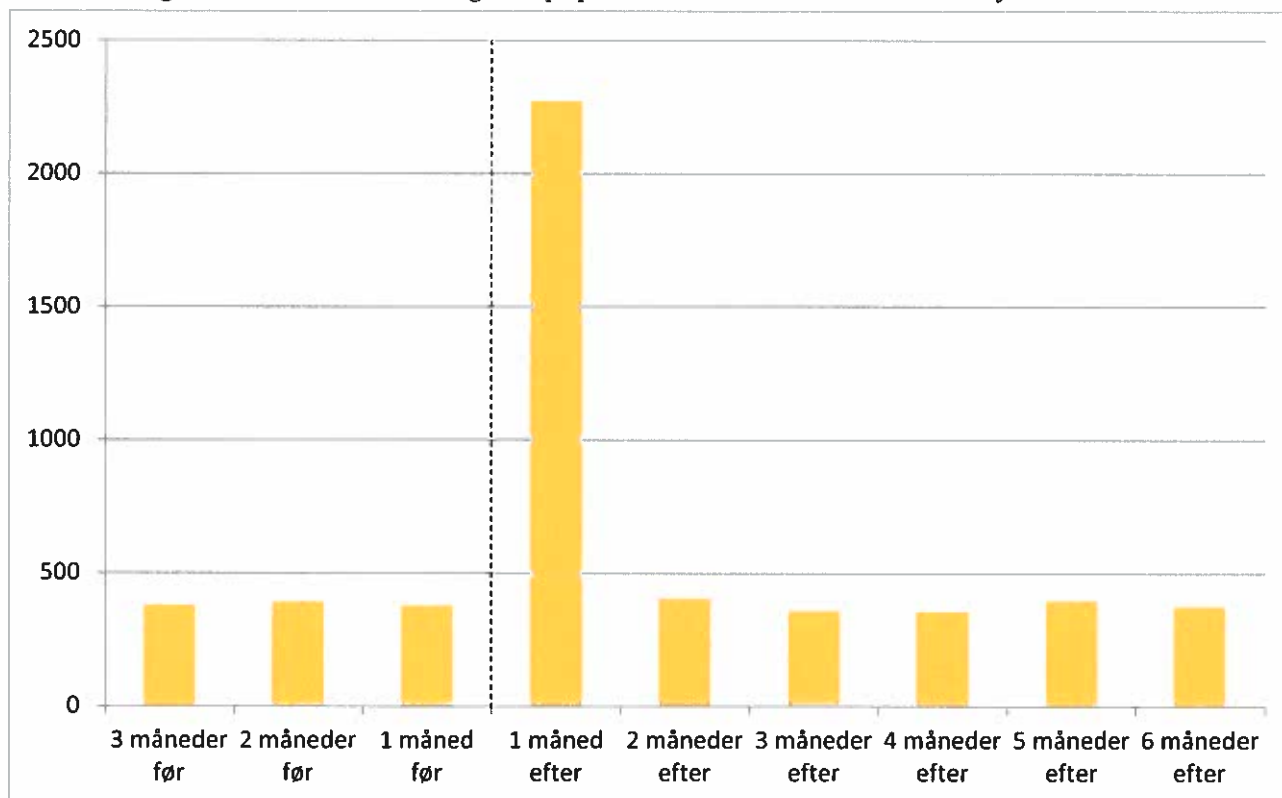
Figur 3: Antallet af faktureringer fra almen læge i Sygesikringsregisteret to måneder før og seks måneder efter viktimisering. Den samlede undersøgelsespopulation.



Antallet af påbegyndte hospitalskontakter for somatiske lidelser er illustreret i figur 4. Figuren viser, at der relativt set er en meget stor mængde kontakter umiddelbart efter viktimisering. Hvis der igen ses på andel ofre med hospitalskontakt frem for antal kontakter, viser det sig, at der i måneden op til viktimisering var det 2,7 pct. af undersøgelsespopulationen, der havde haft kontakt med et somatisk hospital. I måneden fra og med viktimisering vokser denne andel til 31,2 pct., mens den i den derpå følgende måned falder til 3,9 pct.

Nærmere analyser viser, at størstedelen af kontakterne foregår på selve dagen for viktimisering eller få dage efter. Det kan tyde på et behov for lægehjælp af mere akut karakter, men en del af besøgene vil dog også skyldes, at politiet har henvist ofrene til at tage på skadestuen med henblik på at få dokumenteret eventuelle skader.

Figur 4: Antallet af påbegyndte somatiske hospitalskontakter tre måneder før og seks måneder efter viktimisering. Den samlede undersøgelsespopulation. Viktimiseret senest 30. juni 2015.

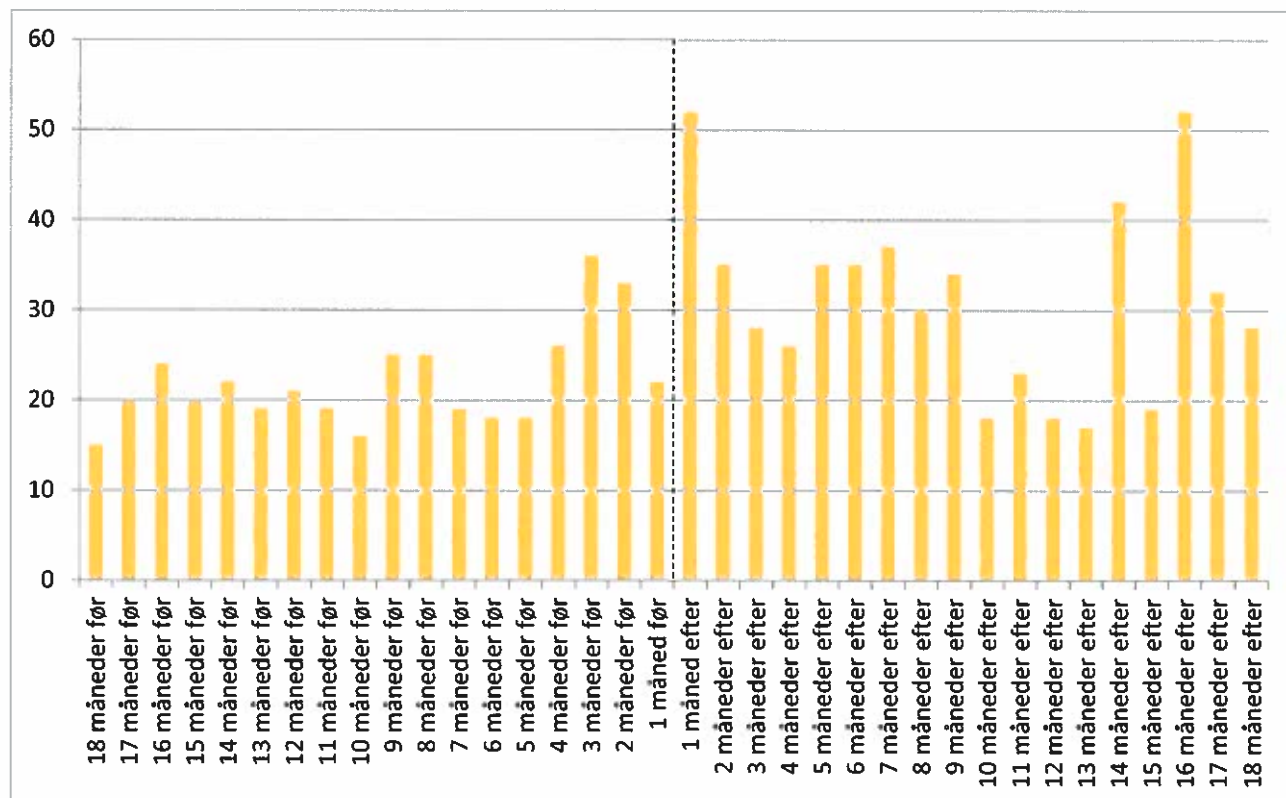


I figur 5 er antallet af påbegyndte hospitalskontakter for psykiatriske lidelser for undersøgelsespopulationen illustreret halvandet år før og efter viktimisering. Figuren viser, at der er en mindre stigning i antallet af psykiatriske indlæggelser allerede *inden* viktimiseringen forekommer. Dette kan indikere, at kriminel viktimisering for visse ofre er sammenfaldende med en mere ustabil livsperiode.

I perioden umiddelbart efter viktimisering og ni måneder frem forekommer der et forhøjet antal kontakter med psykiatrien sammenlignet med, hvad der var tilfældet inden viktimisering. Selv et år efter viktimiseringen er der enkelte større udsving i antallet af psykiatriske indlæggelser. Udsvingenes størrelse bør dog ses i sammenhæng med det relativt lille antal kontakter til psykiatrien.

Vurderet i forhold til andel ofre var det i de seks måneder før viktimisering 2,4 pct. af undersøgelsespopulationen, der havde kontakt med det psykiatriske system, mens det i de seks måneder efter viktimisering var 3,3 pct.

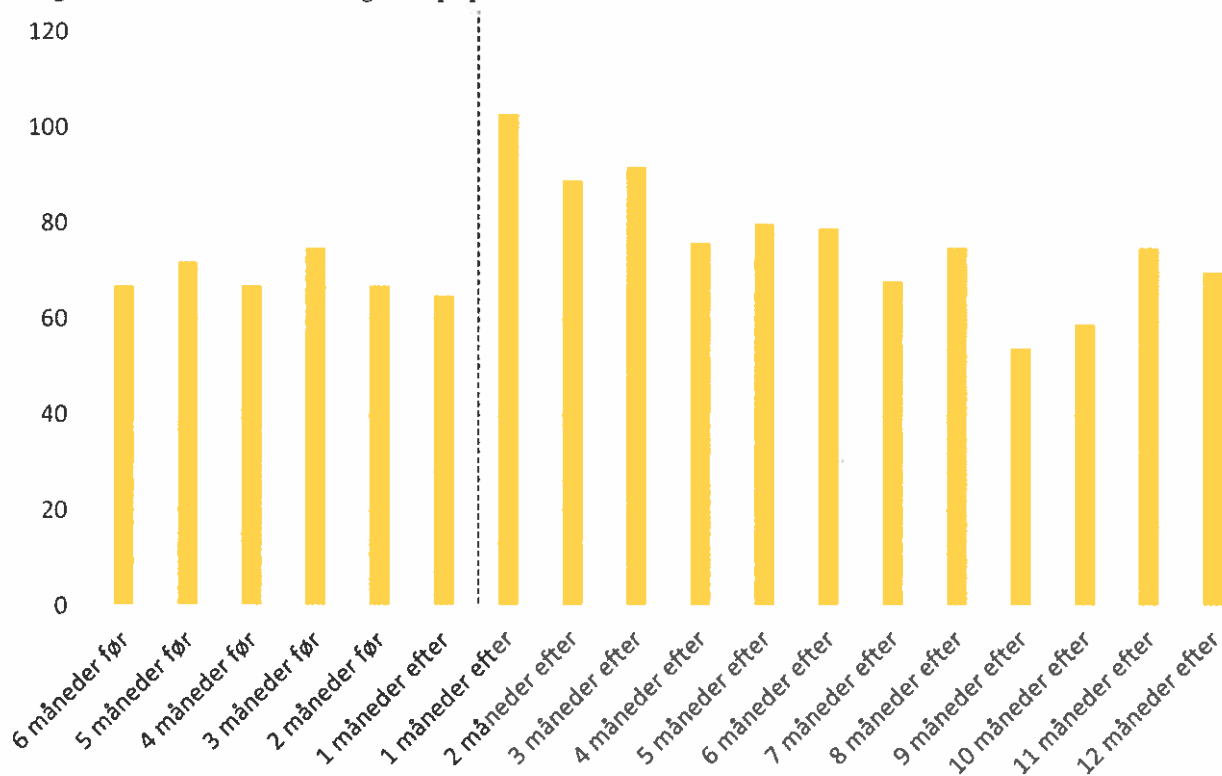
Figur 5: Antallet af psykiatriske hospitalsindlæggelser halvandet år før og efter viktimisering. Den samlede undersøgelsespopulation. Viktimiseret senest 30. juni 2015.



Figur 6 viser antallet af personer, der i løbet af en måned har modtaget sygedagpenge eller er i jobafklaringsforløb i perioden før og efter viktimisering. Af figuren ses det, at der umiddelbart efter viktimisering sker en stigning i antallet, der modtager sygedagpenge. Mens det i de seks måneder forud for viktimisering var 6,8 pct. af undersøgelsespopulation, der havde modtaget sygedagpenge, var der i de seks måneder efter viktimisering tale om 8,8 pct.

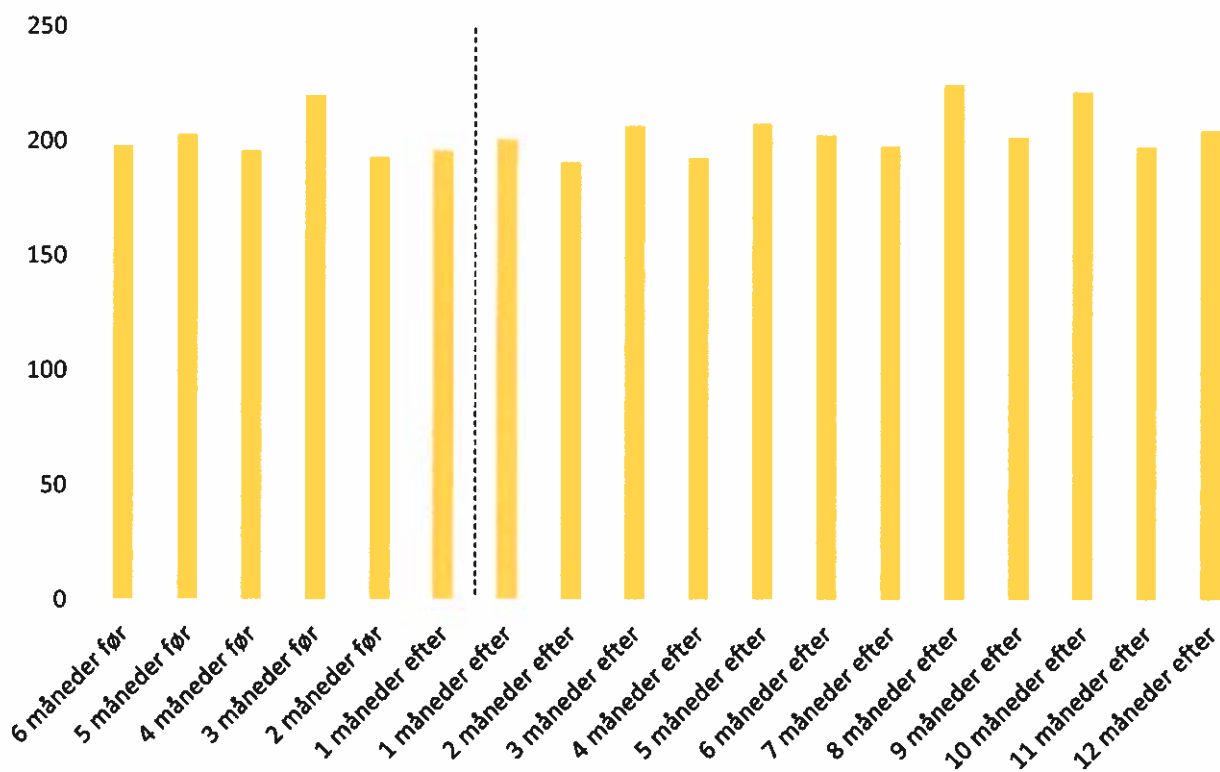
Fra den fjerde måned efter viktimiseringen ligger antallet af personer på sygedagpenge dog kun marginalt over niveauet før viktimisering, og fra omtrent den syvende måned efter viktimiseringen er antallet af personer, der modtager sygedagpenge, tilbage på det tidligere niveau. Sidstnævnte kan i et vist omfang skyldes, at sygedagpenge siden 1. juli 2014 i udgangspunktet maksimalt kan udbetales for en periode på godt fem måneder, hvorefter der foretages en revurdering af modtagerens situation. Såfremt personen stadig er uarbejdsdygtig, overgår denne til et jobafklaringsforløb, der også er inkluderet i figuren.

Figur 6: Antallet af personer, der har modtaget sygedagpenge et halvt år før og et år efter viktimisering. Den samlede undersøgelsespopulation. Viktimiseret senest 31. december 2015.



Figur 7 viser antallet af påbegyndte forløb på øvrige overførselsindkomster i perioden før og efter viktimisering. Det ses, at antallet, der har modtaget dagpenge, kontanthjælp mv., varierer over tid, men der er ikke entydige tendenser til hverken stigning eller fald i perioden efter viktimisering. I de seks måneder før viktimisering var det 15,7 pct. af populationen, der på et tidspunkt har modtaget øvrige overførsler, mens det i de seks måneder efter var 15,9 pct.

Figur 7: Antallet af påbegyndte forløb på øvrige overførsler et halvt år før og et år efter viktimitisering. Den samlede undersøgelsespopulation. Viktimiseret senest 31. december 2015.



7.2 Matchning af kontrol- og eksperimentalgrupper

Som det fremgår af tabel 1 nedenfor, der angår baggrundsplysninger for eksperimental- og kontrolgrupperne, er der visse forskelle mellem såvel eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 1 og eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 2. Umiddelbart vurderet synes det naturlige eksperimentelle design ikke at have indebåret færre og mindre forskelle end det kvasi-eksperimentelle design.

Vedrørende ofrenes alder er denne i gennemsnit et par år lavere i eksperimentalgruppen end i de to kontrolgrupper, og kvinder udgør en større del af eksperimentalgruppen end af kontrolgrupperne. Kontrolgrupperne inkluderer derimod i højere grad indvandrere eller efterkommere. Kontrolgruppe 2 indeholder endvidere en større andel personer med erhvervsfaglig uddannelse end eksperimentalgruppen. Disse forskelle er alle statistisk signifikante.

Med hensyn til karakteren af den hændelse, der har ledt til inklusion i undersøgelsespopulation, er der en noget større andel af eksperimentalgruppen end kontrolgrupperne, der har været udsat for alvorlig, personfarlig kriminalitet såsom grov vold, voldtægt eller røveri. Denne forskel, der er statistisk højsignifikant, beror på, at der er relativt flere i eksperimentalgruppen, der har været udsat for røveri. Endeligt har medlemmerne af kontrolgruppe 1 oftere haft kontakt til psykiatrien og fået udskrevet lægemidler i de seks måneder forud for viktimitisering, end det er tilfældet for eksperimentalgruppen.

Tabel 1: BaggrundsvARIABLE vedrørende eksperimentalgruppen, kontrolgruppe 1 og kontrolgruppe 2 før matchning

	Eksperimental- gruppe (n=1.544)	Kontrol- gruppe 1 (n=303)	Kontrol- gruppe 2 (n=1.428)	
Baggrundskarakt eristika	Alder på gerningstidspunktet	33,7 år	35,6 år*	36,5 år**
	Andel kvinder	44,7 %	37,3 %**	36,4 %**
	Andel indvandrere eller efterkommere	5,4 %	8,9 %**	8,1 %*
	Andel enlige	46,4 %	44,2 %	48,7 %
	Andel med erhvervsfaglig uddannelse	25,4 %	26,4 %	30,7 %*
	Andel med videregående uddannelse	17,6 %	16,2 %	16,6 %
	Andel i arbejde	53,0 %	51,2 %	54,3 %
	Bruttoindkomst, kalenderåret før	211.159 kr.	210.350 kr.	222.986 kr.
	Tidl. kontakt med psykiatrien	4,4 %	5,3 %	4,8 %
	Tidligere udsat for alvorlig, personfarlig kriminalitet, gnst. antal gange	0,05	0,04	0,05
	Tidligere udsat for personfarlig kriminalitet, gnst. antal gange	0,20	0,14	0,22
	Andel nu udsat for alvorlig personfarlig kriminalitet	22,3 %	13,2 %***	13,0 %***
	Andel nu udsat for personfarlig kriminalitet	58,2 %	65,4 %**	52,6 %*
	Social- og sund- hedsydelse r, 6 mnd. før gerning	Psykolog, gnst. antal kontakter	0,08	0,07
Almen læge, gnst. antal kontakter		5,08	5,31	5,50
Somatisk hospital, gnst. antal dage		25,30	26,53	22,67
Psykiatrisk hospital, gnst. antal dage		4,22	6,97**	4,96
Lægemedler, andel fået udskrevet		12,4 %	16,3 %*	14,1 %
Sygedagpenge, gnst. andel af tid		2,0 %	2,0 %	2,1 %
Øvrige overførsler, gnst. andel af tid		9,7 %	12,4 %	12,7 %

Signifikante forskelle mellem eksperimental- og kontrolgrupper: $p > 0,05 = *$, $p > 0,01 = **$, $p > 0,001 = ***$.

For så vidt angår alle øvrige baggrundsvARIABLE, er forskellene statistisk insignifikante, men vil alligevel blive inkluderet i matchningsproceduren. Det samme gælder anvendelsen af sundhedsydelse og sociale ydelse seks måneder forud for viktimering.

Det er således alle disse forhold, som der kontrolleres for ved anvendelse af propensity score matchning. Der er foretaget matchninger mellem henholdsvis eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 1 og eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 2. Som et led i kontrollen af analysernes robusthed er matchningerne forsøgsvist foretaget således, at ofrene fra eksperimentalgruppen har været matchet med henholdsvis to, fem eller ti ofre fra kontrolgruppen.

I bilag 1 kan resultaterne af matchningen ses. Generelt set opnås de mest præcise justeringer af forskellene i gruppernes baggrundskaraktistika ved matchning af ti kontrolobservationer til hver person fra eksperimentalgruppen. Det er således disse, der anvendes i analyserne nedenfor, og som fremgår af bilag 1. Efter matchningen er forskellene mellem eksperimentalgruppen og kontrolgrupperne mindsket, og ingen af forskellene er længere statistisk signifikante.

Matchningen medfører, at et mindre antal personer udgår af analyserne, da sammensætningen af deres baggrundskarakteristika samt anvendelse af social- og sundhedsydelser gør sammenligning mellem eksperimental- og kontrolgrupper misvisende.¹⁷

I de efterfølgende, matchede analyser er der derfor 1.526 personer i eksperimentalgruppen, når den sammenlignes med kontrolgruppe 1, og 1.542 personer, når den sammenlignes med kontrolgruppe 2. Kontrolgruppe 1 har fortsat 303 personer efter matchningen, mens kontrolgruppe 2 har 1.414 personer.

8. Effekten af konfliktråd

Som vist i de tidligere analyser, jf. afsnit 7.1, øges gruppernes anvendelse af en række forskellige sundhedsydelser og sociale ydelser efter viktimiseringen. Såfremt konfliktrådet har haft en positiv betydning for ofrene, bør det kunne iagttages ved *udviklingen* i anvendelsen af de forskellige ydelser for eksperimentalgruppen og kontrolgrupperne. Hertil anvendes en difference-in-difference-estimator, jf. afsnit 6. Udviklingerne, der ligger til grund for analyserne, fremgår i deskriptiv form af bilag 2.

I tabel 2 fremgår estimatet af effektstørrelserne, der er forbundet med deltagelse i konfliktråd. Estimerne fremgår for hver enkelt type af sundhedsydelse eller social ydelse og er baseret på forandringer i anvendelsen heraf *fra* kontrolperiode 1, altså før viktimiseringen, *til* observationsperioden, der ligger efter eventuelt konfliktråd.

Estimatet af effekten fremgår af kolonnen B. Hvis deltagelsen i konfliktråd har mindsket anvendelsen af den pågældende ydelse i forhold til, hvad der er tilfældet for kontrolgruppen, så har tallet i denne kolonne et negativt fortegn. Estimerne i tabellen kan dog først betegnes som effekter, hvis de er statistisk signifikante, hvilket er tilfældet, når p-værdien er under 0,05. Usikkerheden på estimerne er også illustreret i kolonnerne med konfidensintervaller, der viser, hvilket interval effekten med 95 pct. sandsynlighed ligger indenfor.¹⁸

¹⁷ Når eksperimentalgruppen sammenlignes med kontrolgruppe 1, gælder det 18 individer, mens der er tale om to individer, når eksperimentalgruppen sammenlignes med kontrolgruppe 2. For kontrolgruppe 1 bortfalder ingen individer, mens kontrolgruppe 2 mister tre individer. Andre individer bortfalder, fordi alle relevante individer allerede er matchede. Det gælder dog alene kontrolgruppe 2, hvor 11 personer ekskluderes af analysen.

¹⁸ De fleste af målingerne udgøres af tællevariable, hvor størstedelen af ofrene ikke har anvendt ydelserne. Derfor bør man rent principielt anvende en såkaldt zero-inflated poissonmodel eller negativ binomial model til at estimere effekten. Det kan dog være uhensigtsmæssigt at anvende non-lineære modeller i en difference-in-difference-regression, idet det kan medføre et såkaldt *incidental parameter problem*, hvor der ikke kan opnås sikre estimater af effekten (Greene 2004).

Tabel 2: Estimer af effekten af konfliktråd på anvendelse af sundhedsydelse og sociale ydelser, kontrolperiode 1 til observationsperioden. Lineær regression.

	Eksperimentalgruppe sammenlignet med:	B	p	Konfidensintervaller	
				Min.	Max.
Psykolog, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	0,057	0,462	-0,095	0,210
	Kontrolgruppe 2	0,138	0,047	0,002	0,275
Almen læge, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	-0,364	0,398	-1,209	0,480
	Kontrolgruppe 2	-0,191	0,457	-0,693	0,312
Somatiske hospitaler, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	-1,521	0,665	-8,406	5,364
	Kontrolgruppe 2	0,598	0,757	-3,194	4,389
Psykiatriske hospitaler, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	-0,329	0,829	-3,317	2,659
	Kontrolgruppe 2	-0,668	0,490	-2,567	1,230
Lægemedler, andel der har fået udskrevet	Kontrolgruppe 1	0,009	0,790	-0,064	0,028
	Kontrolgruppe 2	-0,012	0,575	-0,054	0,030
Sygedagpenge, gnst. andel af tid modtaget	Kontrolgruppe 1	-0,001	0,942	-0,015	0,013
	Kontrolgruppe 2	-0,006	0,215	-0,015	0,003
Øvrige overførselsindkomster, gnst. andel af tid modtaget	Kontrolgruppe 1	-0,003	0,792	-0,026	0,020
	Kontrolgruppe 2	-0,014	0,071	-0,029	0,001

Tabellen viser kun i ét tilfælde en statistisk signifikant forandring, idet eksperimentalgruppen har en større vækst i anvendelsen af psykologiydelser end kontrolgruppe 2 efter at have deltaget i konfliktråd. Når de samme grupper sammenlignes, er der endvidere nær ved en statistisk signifikant forskel med hensyn til udviklingen i anvendelse af øvrige overførselsindkomster, men her anvender eksperimentalgruppen dem mindre end kontrolgruppen.

I begge tilfælde er der dog grund til at være meget varsom med at tolke på disse tendenser. Det skyldes dels, at begge sammenhænge alene vedrører kontrolgruppe 2, og at forskellen mellem eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 2 i begge tilfælde i al væsentlighed er opstået efter viktimisering, men inden medlemmerne af eksperimentalgruppen har deltaget i konfliktråd.

Sidstnævnte fremgår af tabel 3, der viser resultatet af tilsvarende analyser, men hvor effekten estimeres ud fra en sammenligning mellem kontrolperiode 2, dvs. perioden mellem viktimisering og faktisk/kunstig konfliktrådsdato, og observationsperioden.¹⁹ I forlængelse af ovenstående bemærkning viser det sig da også, at de sammenhænge, der i tabel 2 fremstod som statistisk signifikante eller næsten signifikante, i denne analyse er klart insignifikante. Dette indikerer netop, at størstedelen af forskellen mellem de to grupper opstår efter viktimisering, men inden de har været i konfliktråd, og

¹⁹ Anvendelsen af de forskellige sociale ydelser og sundhedsydelse i kontrolperiode 2 er justeret på baggrund af periodens længde, således at det svarer til forbruget i en periode på seks måneder. Anvendelsen af lægemidler indgår ikke i denne analyse, da den mere begrænsede dataadgang ikke har gjort det muligt at justere analyserne på baggrund af periodernes forskellige længder.

at forskellene derfor ikke kan tilskrives ordningen. Dette fremgår også af de deskriptive analyser i bilag 2.

Tabel 3: Estimer af effekten af konfliktråd på anvendelse af sundhedsydelser og sociale ydelser, kontrolperiode 2 til observationsperioden.

	Eksperimentalgruppe sammenlignet med:	B	p	Konfidensintervaller	
				Min.	Max.
Psykolog, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	0,124	0,195	-0,064	0,312
	Kontrolgruppe 2	0,005	0,942	-0,123	0,133
Almen læge, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	-0,155	0,773	-1,210	0,900
	Kontrolgruppe 2	0,343	0,302	-0,308	0,993
Somatiske hospitaler, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	-1,694	0,650	-9,017	5,630
	Kontrolgruppe 2	-1,523	0,312	-4,480	1,433
Psykiatriske hospitaler, gnst. antal kontakter	Kontrolgruppe 1	0,001	0,999	-3,009	3,011
	Kontrolgruppe 2	-0,277	0,700	-1,685	1,132
Sygedagpenge, gnst. andel af tid modtaget	Kontrolgruppe 1	0,005	0,544	-0,011	0,021
	Kontrolgruppe 2	-0,006	0,152	-0,015	0,002
Øvrige overførselsindkomster, gnst. andel af tid modtaget	Kontrolgruppe 1	-0,003	-0,310	-0,021	0,015
	Kontrolgruppe 2	0,003	0,660	-0,010	0,016

Når ovenstående analyser ikke har kunnet påvise en positiv effekt af at have deltaget i konfliktråd, kan det tænkes at skyldes, at konfliktrådene generelt afholdes for sent i forhold til viktimiseringstidspunktet og de akutte vanskeligheder, det kan medføre. Som påvist i den omtalte forskning samt i den deskriptive analyse af udviklingerne i anvendelsen af sociale ydelser og sundhedsydelser, så aftager konsekvenserne af en viktimisering for de flestes vedkommende med tiden. Og som nævnt, går der i mange tilfælde ganske lang tid, før konfliktrådet afholdes. Knap 40 pct. af konfliktrådene afholdes således mindst tre måneder efter viktimisering.

Af denne grund er det undersøgt, om der kan konstateres en betydning af at have deltaget i konfliktråd, hvis analysen begrænses til at angå de sager, hvor konfliktrådet er afholdt inden for henholdsvis 90, 75, 60, 45 og 30 dage. Disse analyser viser imidlertid ikke nogen sikker eller entydig tendens til, at der ville kunne påvises en tydelig effekt af at have deltaget i konfliktråd, såfremt det blev iværksat hurtigere.²⁰

9. Afsluttende bemærkninger

Denne undersøgelse er baseret på registerdata om ofres helbredsmæssige og sociale forhold i forlængelse af en viktimisering. Registerdata angår alene relativt alvorlige forhold, hvor offeret eksempelvis

²⁰ Der er dog også en grund til at forvente, at analyserne får sværere ved at opnå signifikans, idet analyseudvalget mindskes.

har været så medtaget af hændelsen, at vedkommende har modtaget psykologisk eller psykiatrisk hjælp og eventuelt blevet indlagt. Undersøgelsen anskueliggør, at registerdata nok er for unuancerede i en undersøgelse af denne art. I undersøgelsen har der endvidere været vanskeligheder med en klar fastsættelse af tidspunkter for ydelser mv., hvorved muligheden for at give kausale forklaringer mindskes.

Selv om de analyser, der er gennemført i denne undersøgelse, samlet set ikke giver belæg for at konkludere, at deltagelse i konfliktråd mindsker de sundhedsmæssige og sociale konsekvenser, en viktimisering i en række tilfælde har, kan deltagelse i konfliktråd imidlertid godt have haft en positiv betydning for ofrene. De positive konsekvenser, det måtte have, har blot ikke afspejlet sig i det begrænsede antal ret grove indikatorer, der her er undersøgt. Som nævnt er det indikatorer, der ikke alene forudsætter en ganske kraftig reaktion på viktimisering, men også at disse er blevet registreret. Mildere og/eller ikke registrerede – men fortsat betydningsfulde – konsekvenser af en viktimisering bliver dermed ikke opfanget i undersøgelsen. Det er således muligt, at deltagelse i konfliktråd reelt har betydning for, at mange af ofrene oplever eksempelvis mindre utryghed. En umiddelbar og kortvarig øget utryghed som følge af viktimisering vil imidlertid i de fleste tilfælde næppe medføre hospitalsindlæggelse, psykologsamtaler eller sygefravær, og mindre utryghed vil dermed ikke kunne påvises som et resultat af deltagelsen i konfliktråd i en undersøgelse som denne.

Dette kan forklare, hvorfor resultatet af denne effektevaluering afviger fra resultaterne af mange af de øvrige effektevalueringer, der er gennemført. Disse er netop ikke baseret på registrerede oplysninger om helbredsmæssige eller sociale følger af viktimisering, men på interview med ofrene, hvorfor mange flere og mindre alvorlige konsekvenser af viktimisering har kunnet dokumenteres og undersøges i forhold til deltagelse eller ikke deltagelse i konfliktråd.

En anden mulig medvirkende årsag til de forskellige resultater kan være, at den type af konfliktråd, der anvendes i Danmark, og de typer, der er evalueret i de udenlandske studier, er forskellige. Mens den danske ordning alene indebærer, at offer og gerningsmand mødes til en samtale om hændelsen, består de ordninger, der er evalueret i udlandet, typisk i de mere omfattende *restorative justice conferences*, hvor familiemedlemmer, venner og/eller repræsentanter fra lokalsamfundet kan indgå i mæglingen og efterfølgende tage vare på og hjælpe offeret videre.²¹

Som nævnt, så er det muligt, at konfliktmægling gennemføres for sent for effektivt at kunne modvirke eller dæmme op for konsekvenserne af viktimisering. Selv om de gennemførte analyser ikke umiddelbart kan vise en tendens i den retning, så er det vigtigt at understrege, at det ikke har været muligt at lave en undersøgelse af, hvad effekten af konfliktråd er i sager, hvor konfliktråd er gennemført umiddelbart efter viktimisering. Grundet den uundgåelige procedure med at udfinde og vurdere sager som egnede til konfliktråd, med at kontakte gerningsperson og offer og med at fastsætte en mødedato

²¹ Det bemærkes, at der netop er igangsat et dansk forsøg, hvor effekten af den nuværende danske konfliktrådsordning sammenlignes med effekten af en model med *conferences* for såvel ofre som gerningspersoner.

med mægler, eksisterer der således overordentligt få sager, hvor konfliktrådet er gennemført inden for én eller et par uger efter viktimiseringen.

Det bemærkes, at resultaterne af denne undersøgelse også kan være påvirket af, at det ikke har været muligt at gennemføre et egentligt eksperiment med tilfældig fordeling mellem forsøgs- og kontrolgruppen.

10. Litteratur

- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4th edition)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Angel, C. M. (2005): *Crime victims meet their offenders: testing the impact of restorative justice conferences on victims' post-traumatic stress symptoms.*, University of Pennsylvania.
- Angel, C. M., L. W. Sherman, H. Strang, B. Ariel, S. Bennett, N. Inkpen, A. Keane & T. S. Richmond (2014): Short-term effects of restorative justice conferences on post-traumatic stress symptoms among robbery and burglary victims: a randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, vol. 10, s. 291-307.
- Angrist, J. D. & J.-S. Pischke (2008): *Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion*. Princeton university press.
- Betænkning nr. 1501 (2009): *Betænkning om konfliktråd*. Justitsministeriet, København.
- Blasco-Ros, C., S. Sánchez-Lorente & M. Martínez (2010): Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC psychiatry*, vol. 10, s. 98.
- Blundell, R. & M. C. Dias (2009): Alternative approaches to evaluation in empirical microeconomics. *Journal of Human Resources*, vol. 44, s. 565-640.
- Bonanno, G. A. (2004): Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, vol. 59, s. 20.
- Bonanno, G. A., M. Westphal & A. D. Mancini (2011): Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, vol. 7, s. 511-535.
- Boney-McCoy, S. & D. Finkelhor (1995): Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 63, s. 726.
- Boney-McCoy, S. & D. Finkelhor (1996): Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 64, s. 1406.
- Braithwaite, J. (1999): Restorative justice: Assessing optimistic and pessimistic accounts. *Crime and justice*, vol. 25, s. 1-127.
- Breslau, N., G. C. Davis, P. Andreski & E. Peterson (1991): Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, vol. 48, s. 216-222.
- Breslau, N., E. Peterson, L. Poisson, L. Schultz & V. Lucia (2004): Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological medicine*, vol. 34, s. 889-898.
- Brewin, C. R., B. Andrews & J. D. Valentine (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. American Psychological Association.
- Butler, A. C., J. E. Chapman, E. M. Forman & A. T. Beck (2006): The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, vol. 26, s. 17-31.
- Baadsgaard, M. & A. Mølgaard (2013): *Stor forskel i danskernes medicinforbrug*. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
- Campbell, J. C. (2002): Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*, vol. 359, s. 1331-1336.
- Campbell, R., C. M. Sullivan & W. S. Davidson (1995): Women who use domestic violence shelters changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, vol. 19, s. 237-255.
- Cascardi, M., K. D. O'Leary & K. A. Schlee (1999): Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, vol. 14, s. 227-249.

- Christie, N. (1977): Konflikt som eiendom. *Tidsskrift for rettsvitenskap*, vol. 90, s. 113-132.
- Clements, C. M., C. M. Sabourin & L. Spiby (2004): Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence*, vol. 19, s. 25-36.
- Danmarks Statistik (2011): Offentligt forsørgede 16-64 årige. *Temapublikation*, vol. 2011, s. 6.
- Danmarks Statistik (2012): *Levevilkår - Tema: Måling af fattigdom*. Danmarks Statistik.
- Dehejia, R. H. & S. Wahba (2002): Propensity Score-Matching Methods for Nonexperimental Causal Studies. *The Review of Economics and Statistics*, vol. 84, s. 151-161.
- Elklit, A. & M. Shevlin (2010): Female sexual victimization predicts psychosis: a case-control study based on the Danish Registry System. *Schizophrenia bulletin*, vol. 37, s. 1305-1310.
- Foa, E. B. & M. J. Kozak (1986): Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, vol. 99, s. 20.
- Folmann Hempler, N. (2010): Indvandreres brug af sundhedsvæsenet. I Vinther-Jensen, K. & R. Primdahl (ed.): *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*. Sundhedsstyrelsen, København.
- Frieze, I. H., S. Hymer & M. S. Greenberg (1987): Describing the crime victim: Psychological reactions to victimization. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 18, s. 299.
- Greene, W. (2004): The behaviour of the maximum likelihood estimator of limited dependent variable models in the presence of fixed effects. *The Econometrics Journal*, vol. 7, s. 98-119.
- Hansen, F. K. (2012): *Evaluering af konfliktråd - den landsdækkende ordning*. Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Heckman, J. J., H. Ichimura & P. E. Todd (1997): Matching as an econometric evaluation estimator: Evidence from evaluating a job training programme. *The review of economic studies*, vol. 64, s. 605-654.
- Henriksen, C. S. (2003): *Evaluering af konfliktråd*. Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Hochstetler, A., M. DeLisi, G. Jones-Johnson & W. R. Johnson (2014): The Criminal Victimization–Depression Sequela: Examining the Effects of Violent Victimization on Depression With a Longitudinal Propensity Score Design. *Crime & Delinquency*, vol. 60, s. 785-806.
- Kessler, R. C., A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes & C. B. Nelson (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, vol. 52, s. 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G. & R. Acierno (2003): Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of traumatic stress*, vol. 16, s. 119-132.
- Kilpatrick, D. G. & H. S. Resnick (1993): Posttraumatic Stress Disorder Associated With Exposure to Criminal Victimization in Clinical and Community Populations. I Davidson, J. R. T. & E. B. Foa (ed.): *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press, Washington DC, s. 113-143.
- Kilpatrick, D. G., K. J. Ruggiero, R. Acierno, B. E. Saunders, H. S. Resnick & C. L. Best (2003): Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 71, s. 692.
- Kjærsgaard, M., C. H. Vestergaard & B. H. Bech (2016): *Honoraruge i Sygesikringsregisteret (v_honuge)*. Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis (CaP). http://cap.au.dk/fileadmin/cap.au.dk/Documents/Honoraruge_v20160209.pdf
- Klomek, A. B., F. Marrocco, M. Kleinman, I. S. Schonfeld & M. S. Gould (2008): Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 38, s. 166-180.

- Kruse, M. & K. Helweg-Larsen (2004): *Kønnsforskelle i sygdom og sundhed*. Statens Institut for Folkesundhed for Minister for Ligestilling.
- Kyvsgaard, B. (2016): *Evaluering af Konfliktråd*. Justitsministeriets Forskningskontor.
- LG Insight (2013): *Traumeundersøgelse - undersøgelse af indsatsen for flygtninge med traumer i Danmark*. Social-, Børne- og Integrationsministeriet.
- Macmillan, R. (2000): Adolescent victimization and income deficits in adulthood: rethinking the costs of criminal violence from a life-course perspective. *Criminology*, vol. 38, s. 553-588.
- Macmillan, R. & J. Hagan (2004): Violence in the transition to adulthood: Adolescent victimization, education, and socioeconomic attainment in later life. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 14, s. 127-158.
- McCold, P. (1998): Restorative justice: variations on a theme. *Restorative justice for juveniles: Potentialities, risks and problems for research*, vol., s. 19-53.
- McGarrell, E. F. (2000): *Returning justice to the community: The Indianapolis juvenile restorative justice experiment*. Hudson Inst.
- Nurius, P. S., R. J. Macy, R. Bhuyan, V. L. Holt, M. A. Kernic & F. P. Rivara (2003): Contextualizing depression and physical functioning in battered women: Adding vulnerability and resources to the analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 18, s. 1411-1431.
- Pedersen, A.-J. B., B. Kyvsgaard & F. Balvig (2017): *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 2005-2016*. Justitsministeriets Forskningskontor. http://justitsministeriet.dk/sites/default/files/media/Arbejdsomraader/Forskning/Forskningsrapporter/2017/offerrapport_2016.pdf
- Pemberton, A. & I. Vanfraechem (2015): Victims' victimization experiences and their need for justice. I Vanfraechem, I. et al. (ed.): *Victims and Restorative Justice*. Routledge, Milton Park.
- Perkins, C., P. A. Klaus & L. D. Bastian (1996): *Criminal victimization in the United States, 1993*. DIANE Publishing.
- Pico-Alfonso, M. A., M. I. Garcia-Linares, N. Celda-Navarro, C. Blasco-Ros, E. Echeburúa & M. Martinez (2006): The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of women's health*, vol. 15, s. 599-611.
- Rosenbaum, P. R. & D. B. Rubin (1983): The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, vol. 70, s. 41-55.
- Schytz Juul, J. & M. Dalskov Pihl (2011): *Øget uddannelse giver danskerne et bedre helbred*. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
- Shapland, J., A. Atkinson, H. Atkinson, B. Chapman, J. Dignan, M. Howes, J. Johnstone, G. Robinson & A. Sorsby (2007): Restorative justice: the views of victims and offenders. *Ministry of Justice Research Series*, vol. 3.
- Sherman, L. W., H. Strang, C. Angel, D. Woods, G. C. Barnes, S. Bennett, N. Inkpen & M. Rossner (2005): Effects of face-to-face restorative justice on victims of crime in four randomized, controlled trials. *Journal of Experimental Criminology*, vol. 1, s. 367-395.
- Strang, H. (2002): *Repair or revenge: Victims and restorative justice*. Clarendon Press Oxford.
- Strang, H., L. Sherman, C. M. Angel, D. J. Woods, S. Bennett, D. Newbury-Birch & N. Inkpen (2006): Victim evaluations of face-to-face restorative justice conferences: A quasi-experimental analysis. *Journal of Social Issues*, vol. 62, s. 281-306.
- Strang, H., L. W. Sherman, E. Mayo-Wilson, D. Woods & B. Ariel (2013): *Restorative Justice Conferencing (RJC) Using Face-to-Face Meetings of Offenders and Victim Satisfaction. A Systematic Review*. The Campbell Collaboration.

Umbreit, M. S., B. Vos, R. B. Coates & M. P. Armour (2006): Victims of severe violence in mediated dialogue with offender: The impact of the first multi-site study in the US. *International Review of Victimology*, vol. 13, s. 27-48.

Vindeløv, V. (2013): *Konfliktmægling: en refleksiv model*. Djøf/Jurist-og Økonomforbundet.

Bilag 1: Baggrundsvariable efter propensity score matchning

Bilagstabel 1: Baggrundsvariable vedrørende eksperimentalgruppen, kontrolgruppe 1 og kontrolgruppe 2 efter matchning. Ratio=10, med tilbagelægning.

	Eksperi- mental- gruppe (n=1.526)	Kontrol- gruppe 1 (n=303)	Eksperi- mental- gruppe (n=1.542)	Kontrol- gruppe 2 (n=1.414)	
Baggrunds-karakteristika	Alder på gerningstidspunktet	33,7 år	33,6 år	33,7 år	33,7 år
	Andel kvinder	44,6%	44,2%	44,6%	45,4%
	Andel indvandrere eller efterkom- mere	5,4%	6,9%	5,5%	5,8%
	Andel enlige	46,1%	47,3%	46,4%	46,4%
	Andel erhvervsfaglige udd.	25,3%	24,8%	25,4%	23,9%
	Andel med videregående udd.	17,6%	15,7%	17,4%	18,9%
	Andel i arbejde	53,1%	53,4%	53,0%	52,4%
	Bruttoindkomst, kalenderåret før	211.183 kr.	209.225 kr.	211.123 kr.	211.936 kr.
	Tidl. kontakt med psykiatrien	3,4%	4,2%	3,6%	3,6%
	Tidligere udsat for alvorlig, per- sonfarlig kriminalitet, gnst. antal gange	0,05	0,04	0,05	0,06
	Tidligere udsat for personfarlig kri- minalitet, gnst. antal gange	0,16	0,19	0,20	0,22
	Andel nu udsat for alvorlig per- sonfarlig kriminalitet	22,0%	22,3%	22,2%	20,4%
	Andel nu udsat for personfarlig kriminalitet	58,5%	57,6%	58,3%	61,0%
	Social- og sundhedsydelse, 6 mnd. før gerning	Psykolog, gnst. antal kontakter	0,08	0,08	0,08
Almen læge, gnst. antal kontakter		5,09	4,80	5,08	4,95
Somatiske hospitaler, gnst. antal dage		24,83	21,62	25,09	25,29
Psykiatriske hospitaler, gnst. antal dage		4,11	4,22	4,23	4,24
Lægemedler, andel der har fået udskrevet		12,1%	14,0%	12,4%	14,4%
Sygedagpenge, gnst. andel af tid		9,7%	9,6%	9,8%	10,3%
Øvrige overførsler, gnst. andel af tid		1,9%	2,0%	2,0%	1,9%

Bilag 2: Udviklinger efter viktimisering og efter konfliktråd

I dette bilag gives en beskrivelse af omfanget af anvendelse af sundhedsydelser og sociale ydelser i tre perioder: Før viktimisering (kontrolperiode 1), mellem viktimisering og faktisk/kunstig konfliktrådsdato (kontrolperiode 2) og endelig efter sidstnævnte dato (observationsperioden).

Bilagstabel 2 viser, i hvilket omfang personerne i eksperimentalgruppen og kontrolgrupperne har anvendt sundhedsydelser og sociale ydelser i de nævnte perioder. For kontrolperiode 1 og observationsperioden angår anvendelsen af ydelser en seks måneders periode. Varigheden af perioden mellem viktimisering og eventuelt konfliktråd varierer fra sag til sag, og resultaterne for kontrolperiode 2 er derfor justeret på baggrund heraf. Den begrænsede adgang til lægemiddeldata medfører, at det her ikke er muligt at justere resultaterne i kontrolperiode 2 på baggrund af periodens længde, hvorfor disse udgår. Da der på grund af matchningen som nævnt er en smule forskel på eksperimentalgruppens sammensætning ved sammenligningen med de to kontrolgrupper, vises resultaterne parvis. I tabellen er det markeret, om forskellen mellem eksperimental- og kontrolgrupperne er signifikante inden for de enkelte perioder.

Som forventet svarer udviklingen i de fleste af ydelserne til det, som er vist i afsnit 7.1, således, at der er en stigning fra kontrolperiode 1 før viktimisering til kontrolperiode 2 efter viktimisering. Derefter ses et fald frem til observationsperioden. Dette gælder dog ikke ofrenes kontakt med psykiatrien, kontrolgruppe 2's brug af sygedagpenge samt eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 1's brug af almen læge. I disse tilfælde er der sket en vækst i brugen af ydelser igennem hele perioden. Vedrørende anvendelsen af øvrige overførselsindkomster end sygedagpenge ses der for eksperimentalgruppen og kontrolgruppe 1 et fald fra kontrolperiode 1 til kontrolperiode 2, hvilket antageligt til dels skal forklares med, at en andel af de, der før modtog øvrige overførsler, overgår til at modtage sygedagpenge.

Med en enkelt undtagelse er forskellene mellem eksperimental- og kontrolgrupperne statistisk insignifikante. Kun i ét tilfælde viser der sig en statistisk signifikant forskel, idet kontrolgruppe 2 anvender psykolog signifikant *mindre* end eksperimentalgruppen i observationsperioden. Størstedelen af denne forskel ses dog allerede i kontrolperiode 2, hvor den imidlertid ikke er statistisk signifikant. I øvrigt ses der en del variation i, hvorvidt det er eksperimental- eller kontrolgruppen, der anvender de forskellige ydelser mest i observationsperioden.

Bilagstabel 2: Den gennemsnitlige halvårslige brug af sundhedsydelser og sociale ydelser i kontrolperiode 1, kontrolperiode 2 og observationsperioden for eksperimental- og kontrolgrupper.

Variabel	Gruppe	Kontrolperiode 1	Kontrolperiode 2	Observationsperiode
Psykolog, gnst. antal kontakter	Eksperimentalgruppe	0,08	0,26	0,24
	Kontrolgruppe 1	0,08	0,33	0,19
	Eksperimentalgruppe	0,08	0,26	0,24
	Kontrolgruppe 2	0,11	0,15	0,13**
Almen læge, gnst. antal kontakter	Eksperimentalgruppe	5,09	5,19	5,30
	Kontrolgruppe 1	4,80	5,11	5,37
	Eksperimentalgruppe	5,08	5,18	5,31
	Kontrolgruppe 2	4,95	5,58	5,36
Somatiske hospita-ler, gnst. antal Kontakter	Eksperimentalgruppe	24,83	31,45	24,72
	Kontrolgruppe 1	21,62	28,07	23,03
	Eksperimentalgruppe	25,09	31,64	25,01
	Kontrolgruppe 2	25,29	29,72	24,60
Psykiatriske hospi-taler, gnst. antal kontakter	Eksperimentalgruppe	4,11	4,69	5,11
	Kontrolgruppe 1	4,22	5,13	5,55
	Eksperimentalgruppe	4,23	4,87	5,29
	Kontrolgruppe 2	4,24	5,28	5,97
Lægemedler, andel der har fået udskrevet	Eksperimentalgruppe	12,1 %	-	13,7 %
	Kontrolgruppe 1	14,0 %	-	14,6 %
	Eksperimentalgruppe	12,4 %	-	14,4 %
	Kontrolgruppe 2	13,8 %	-	17,1 %
Sygedagpenge, gnst. andel af tid modtaget	Eksperimentalgruppe	2,29 %	3,52 %	2,98 %
	Kontrolgruppe 1	2,22 %	4,01 %	2,94 %
	Eksperimentalgruppe	2,30 %	3,49 %	2,95 %
	Kontrolgruppe 2	2,12 %	3,24 %	3,42 %
Øvrige overførsels-indkomster, gnst. andel af tid modtaget	Eksperimentalgruppe	11,33 %	10,56 %	11,70 %
	Kontrolgruppe 1	10,86 %	10,15 %	11,50 %
	Eksperimentalgruppe	11,40 %	10,67 %	11,75 %
	Kontrolgruppe 2	11,78 %	12,98 %	13,62 %

Signifikante forskelle mellem eksperimental- og kontrolgrupper: $p > 0,05=*$, $p > 0,01=**$, $p > 0,001=***$.