

En undersøgelse af behandlingsordningen

Delrapport 2 og 3

Forord

På baggrund af en række eksempler på seksuelle overgreb på børn, bl.a. begået af allerede dømte, vedtog et enigt folketing i 1997 at iværksætte en forstærket indsats mod seksualforbrydelser, navnlig seksualforbrydelser mod børn. I 2001 blev ordningen ved finanslovsaftalen gjort permanent.

Nærværende rapport har til formål at evaluere den kriminalpræventive effekt af den forstærkede indsats mod seksualforbrydelser i Danmark i perioden 2006-09. Undersøgelsen blev iværksat af Justitsministeriet i 2004 og med Direktoratet for Kriminalforsorgen som overordnet ansvarlig for projektet.

Projektet var frem til 2015 under ledelse af tidligere ledende overlæge, nu afdøde, Peter Kramp, Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, København, og psykiatrisk konsulent, Direktoratet for Kriminalforsorgen.

I 2018 overdrog Direktoratet for Kriminalforsorgen ansvaret for gennemførelsen af forskningsprojektet og udarbejdelsen af nærværende rapport til seniorforsker Susanne Bengtson, og tidligere ledende overlæge Ellids Kristensen, Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden.

Rapporten er primært finansieret af Direktoratet for Kriminalforsorgen via Justitsministeriet.

TrygFonden takkes for økonomisk støtte til forskningsprojektet og rapporten.

Tak til Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden, for at bidrage med kontorfaciliteter og aflønning af ledende overlæge Ellids Kristensen. Tak til Fie Madvig for indsatsen med at udarbejde overview af metaanalyser/reviews af behandlingseffekten for seksualkriminelle. Tak til Clara Folmer Middelboe for udarbejdelsen af oversigt over de historiske ændringer i straffelovens kapitel 24 og § 210 til brug ved udarbejdelsen af nærværende rapport.

Endelig en stor tak til det eksterne advisory board som bidrog med væsentlige og brugbare kommentarer til de præliminære undersøgelsesresultater i en tidlig fase af projektet.

Forfatterne er ansvarlige for analyser og tolkning af resultater. De konklusioner, der drages på baggrund af datamaterialet, deles ikke nødvendigvis af Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Susanne Bengtson & Ellids Kristensen
November 2022

Indhold

Forord	2
Projektgruppe	6
Ordforklaringer	7
Sammenfatning af undersøgelsens hovedkonklusioner	8
Resumé	11
Kapitel 1: Indledning	11
Kapitel 2: Materiale og metode	12
Kapitel 3: Deskriptiv beskrivelse af case-populationen	13
Kapitel 4: Indhold og varighed af psykiatrisk/sexologisk behandling	14
Kapitel 5: den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling	16
Kapitel 6: Diskussion	19
Kapitel 7: Konklusion	25
Kapitel 8: anbefalinger	25
Kapitel 1	
Indledning	27
1.1 Baggrunden for rapporten	27
1.2 Forsøgsordningens etablering	27
1.3 Behandlingsordningen og dens anvendelsesområde	27
1.4 Tidligere empiriske undersøgelser af forsøgsordningen/ behandlingsordningen	31
1.5 Den aktuelle undersøgelse: Delrapport 2 og 3	34
Kapitel 2	
Materiale og metode	35
2.1 Studie design og population	35
2.2 Procedure	39
2.3 Operationelle definitioner	40
2.4 Statistiske analyser	44
Kapitel 3	
Deskriptiv beskrivelse af case-populationen	45
3.1 Visitationssted	46
3.2 Sociodemografi	46
3.3 Psykiatrisk komorbiditet	46
3.4 Aktuel og tidligere kriminalitet	48
Kapitel 4	
Indhold og varighed af psykiatrisk/sexologisk behandling	51
4.1 Sammenligning af case-personer indstillet til behandling med ikke-indstillede	51

4.2 Case-personer inkluderet i analyser vedrørende psykiatrisk/sexologisk behandling	57
4.3 Varighed af behandlingsforløb	58
4.4 Omfang af behandlingskontakter	58
4.5 Non-farmakologiske behandlingsmetoder	60
4.6 Farmakologiske behandlingsmetoder	61
4.7 Prævalens af mono- og multimodal behandling	62
4.8 Behandlingsmotivation	63
4.9 Årsager til afsluttet/afbrudt behandling	63
4.10 Fortsættelse af behandling efter vilkårets udlæg	64
4.11 Kvalitativ behandlingsevaluering	64

Kapitel 5

Den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling 66

5.1 Den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen som helhed	66
5.2 Effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling – sammenligning af behandlede med kontroller	70
5.3 Effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling – sammenligning af behandlede med ubehandlede case-personer	77
5.4 Kriminelt recidiv for subgrupper	80

Kapitel 6

Diskussion 84

Kapitel 7

Konklusion 97

Kapitel 8

Anbefalinger 98

Bilag 100

Bilag 1: Oversigt over gerningskoder, paragraffer og gerningskode tekst indeholdt i 10 kriminalitetskategorier	100
Bilag 2: Gruppering af kriminelle afgørelser i DST	103
Bilag 3: Retsplejelovens §§ 722-23	106
Bilag 4: Lovændringer SL § 210 (incest) og kap. 24: Seksualforbrydelser fra 1981-2022	107

Referencer 112

Projektgruppe

Susanne Bengtson (projektleder og forfatter), cand.psych., ph.d., seniorforsker, specialist i psykoterapi, Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden.

Ellids Kristensen (medforfatter), cand.med., speciallæge i psykiatri, tidl. ledende overlæge, lektor emerita, Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden.

Michael Ibsen, I2Minds (statistisk analyse, ekstern konsulent).

Advisory board (ekstern review af præliminære resultater)

Niklas Långström, associate professor, cand.med., ph.d., Karolinska Institutet, Sverige.

Dorte Olesen, cand.psych., ph.d., afdelingsleder, Retspsykiatrisk Klinik, Aarhus Universitetshospital.

Thorkil Sørensen, tidligere ledende overlæge, dr.med., professor emeritus, Psykoterapeutisk Afsnit, Odense Universitetshospital, Odense.

Jens Lund, tidligere ledende overlæge, dr.med., Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Peter Fristed, tidligere ledende overlæge, Retspsykiatrisk Afdeling, Middelfart, Odense Universitetshospital.

Ordforklaringer

Behandlingshenviste	Personer, der på baggrund af visitation blev indstillet/henvist til psykiatrisk/sexologisk behandling
Behandlingsordningen	Omfatter både den ambulante behandlingsordning og visitationsordningen
Case-person	Personer, der indgår i case-population
Case-population	Undersøelsesgruppen, som er anvendt til samkørsel af indsamlede data og registeroplysninger, og som indgår helt eller delvist i de statistiske analyser
Den ambulante behandlingsordning	Personer, idømt betingede straffe for seksualkriminalitet, der har vilkår om behandling
Ekstra-familær krænker	Personer, der har begået seksualkriminalitet mod børn de ikke er beslægtede med.
Generel kriminalitet	Oversat fra any crime. Samlet kriminalitet – både seksualkriminalitet og anden kriminalitet
Indeks-kriminalitet/sexualkriminalitet	Seksualkriminaliteten, der var årsag til, at personen blev visiteret i behandlingsordningen.
Ikke-henviste	Personer, der på baggrund af visitation ikke blev indstillet/henvist til psykiatrisk/sexologisk behandling.
Intra-familære krænker	Personer, der har begået seksualkriminalitet mod egne børn, stedbørn eller andre slægtninge.
KiF	Kriminalforsorgen i Frihed
Krænkerstype	Der skelnes typisk mellem personer, der begår seksualkriminalitet mod voksne, og personer, der begår seksualkriminalitet mod børn. Sidstnævnte gruppe inddeles typisk som henholdsvis intrafamiliære (seksualkriminalitet mod slægtninge) og ektrafamiliære (seksualkriminalitet mod ikke-beslægtede børn) krænkere. Der skelnes også mellem hands-on (involverer fysisk mellem krænker og forurettede) vs. hands-of (ingen kontakt).
Specialistscore	Specialistscoren er en score, der indikerer graden af kriminel specialisering i seksualkriminalitet. Specialistscoren er en score baseret på vægtning af antal tidligere domme for seksualkriminalitet (ingen, 1, 2+), offertyper tidligere og aktuelt (kun børn, både børn og voksne, kun voksne), ingen tidligere eller aktuelle afgørelser for ikke-seksualiseret vold (ja/nej), diagnose for seksuel afvigelse (ja, måske, nej), single på indekstidspunktet (ja, nej), og tidligere eller aktuel afgørelse for § 235 kriminalitet (seksualiseret billedmateriale af børn) (ja/nej). Scoren blev i visse analyser udvidet med ung alder ved første afgørelse for seksualkriminalitet (over/under 25 år).
Visitationsordning	Personer, idømt ubetingede straffe, der starter afsoning på specialafdeling i Herstedvester Fængsel

Sammenfatning af undersøgelsens hovedkonklusioner

Baggrund

I 1997 blev der truffet politisk beslutning om at etablere en forsøgsordning med behandling af visse seksualkriminelle i Danmark. Beslutningen betød, at det blev muligt at tilbyde psykiatrisk/sexologisk behandling til en bred gruppe af seksualkriminelle i Danmark. Forsøgsordningen blev i 2001 permanentgjort med afsæt i en evaluering af den kriminalpræventive effekt af ordningen. Evalueringen anbefalede fornyet undersøgelse af ordningens fortsatte forløb. Herværende rapport præsenterer resultaterne af sådan undersøgelse.

Formål

Rapportens primære formål er at undersøge den kriminalpræventive effekt af:

1. Den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle i sin helhed og
2. Den psykiatriske/sexologiske behandling, der tilbydes de dømte, der er visiteret i behandlingsordningen

Sekundært er formålet at belyse indholdet og forekomsten af den psykiatriske/sexologiske behandling, der tilbydes i behandlingsordningen. Resultaterne vedrørende behandlingsindhold og varighed belyses dog først senere i rapporten og ikke i sammenfatningen her.

Metode

- Undersøgelsen er gennemført som en case-kontrol undersøgelse
- 675 personer blev henvist til behandlingsordningen i perioden 01.01.2006-31.12.09 med henblik på at vurdere motivation for og egnethed til psykiatrisk/sexologisk behandling. Af disse blev 580 inkluderet i de statistiske analyser (case-populationen)

- Seksualkriminalitet mod børn var den primære årsag til, at personerne blev henvist til behandlingsordningen
- Case-populationen var gennemsnitligt 40 år, single (67 %), havde generelt et lavt uddannelsesniveau, og kom primært fra region Syddanmark, region Hovedstaden og region Midtjylland
- Der blev henvist 36 % til psykiatrisk/sexologisk behandling, mens resten af populationen ikke blev fundet motiverede og/eller behandlingsegne

Resultater

- I løbet af en 10-årig opfølgning begik 12 % af de 580 case-personer en eller anden form for seksualkriminalitet; lidt under halvdelen (5 %) havde begået seksualkriminalitet mod børn under 15 år
- Det højeste recidiv (22 %) blev observeret blandt personer dømt for at begå blufærdighedskrænkelser, mens 13 % af incestkrænkerne (krænket beslægtede børn), 10 % af voldtægtsdømte (voksne ofre), 10 % af § 235-lovovertrædere (seksualiseret billedmateriale af børn), og 10 % af ekstra-familiære børnekrænkere (krænket ikke-beslægtede børn) igen begik en eller anden form for seksualkriminalitet. De observerede gruppeforskelle var ikke signifikante.
- Case-populationen havde større risiko for at begå andre former for kriminalitet end seksualkriminalitet, idet 41 % begik generel kriminalitet (dvs. en eller anden form for lovovertrædelse)

Formål pkt. 1: Den kriminalpræventive effekt af den danske behandlingsordning i sin helhed

- Samlet set pegede resultaterne på en recidivforebyggende effekt af behandlingsordningen som helhed, idet personer omfattet af behandlingsordningen havde statistisk signifikant lavere tilbagefald end deres matchede kontroller, hvad angik:

- Seksualkriminalitet (alle typer) (12 % vs. 16 %, svarende til en 30 % lavere risiko for personer i behandlingsordningen)
- Grov seksualkriminalitet (5 % vs. 9 %, svarende til 44 % lavere risiko for personer i behandlingsordningen)
- Generel kriminalitet (alle typer af kriminalitet) (41 % vs. 53 %, sv.t. 28 % lavere risiko for personer i behandlingsordningen)
- Vold (12 % vs. 17 %, sv.t. 29 % lavere risiko for personer i behandlingsordningen)
- Der var ikke dokumentation for, at behandlingsordningen som helhed havde en selvstændig statistisk signifikant recidivforebyggende effekt for tilbagefald til:
 - Seksualkriminalitet mod børn (5 % vs. 5 %) heraf
 - Grov seksualkriminalitet mod børn (3 % vs. 4 %)
- Varigheden af behandlingsforløbet havde betydning for den recidivforebyggende effekt af behandlingen
- Der blev også foretaget sammenligning af recidivraten blandt case-personer indstillet til behandling og case-personer, der ikke blev fundet motiverede og egnede til behandling. Disse sammenligninger viste, at behandlingshenviste havde lidt højere recidiv til seksualkriminalitet end de ikke-henviste. De to grupper var imidlertid ikke sammenlignelige, da det var det tungeste og dermed også mest recidivtruede klientel, der var blevet indstillet til behandling, hvorfor sammenligningen af de to grupper var misvisende i forhold til at belyse den recidivforebyggende effekt af psykiatrisk-sexologisk behandling.

Metodologiske overvejelser

Undersøgelsen blev gennemført som en case-kontrol undersøgelse, hvor personer, der blev visiteret i behandlingsordningen, blev sammenlignet med en matchet kontrolgruppe dømt for at begå seksualkriminalitet forud for etablering af behandlingsordningen. Principielt ville en randomiseret undersøgelse, hvor case-personerne var blevet fordelt tilfældigt til behandling og kontrolgruppe, have været at foretrække, men dette design blev fravalgt grundet praktiske og etiske udfordringer relateret til anvendelse af dette design ved evaluering af behandlingseffekt for seksualkriminelle. Selektionsbias var forsøgt mindsket ved at matche kontrolgruppen med case-populationen på kendte risikofaktorer. Brugen af den historiske kontrolgruppe, at de personer, som recidiverede mellem 2006-09, blev inkluderet i case-populationen. Det betød, at der blev inkluderet en større andel af tungere og mere recidivtruede dømte i case-populationen (selektionsbias). Endelig formodes den manglende signifikans af de observerede forskelle i behandlede og kontrolgruppens recidiv at være en følge af der indgår relativt få personer i denne analyse.

Konklusion

Recidivet til seksualkriminalitet blandt personer i behandlingsordningen var generelt lavt sammenlignet med udenlandske fund, taget den lange opfølgingsperiode i betragtning.

Ad pkt. 2: Den kriminalpræventive effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling

Sammenligningen af recidivraten blandt behandlede og deres ubehandlede matchede kontroller gav grundlag for følgende konklusioner:

- Der var dokumenteret signifikant recidivforebyggende effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling, hvad angik generel kriminalitet (alle typer af kriminalitet) og vold
- Der var ikke sikker videnskabelig dokumentation for en selvstændig recidivforebyggende effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling for tilbagefald til seksualkriminalitet (alle former) og til seksualkriminalitet mod børn. Uanset at behandlede havde lavere recidivrater end de ubehandlede matchede kontroller, var de observerede gruppeforskelle ikke statistisk signifikante, hvad angik seksualkriminalitet og seksualkriminalitet mod børn
- Behandlingen havde ingen selvstændig recidivforebyggende effekt, hvad angik grov seksualkriminalitet og grov seksualkriminalitet mod børn

Rapportens samlede konklusion er, at der generelt var dokumentation for en recidivforebyggende effekt af behandlingsordningen som helhed. Der kunne dog ikke påvises en specifik effekt af ordningen som helhed, hvad angik forebyggelse af seksualkriminalitet mod børn under 15 år.

Der var ikke statistisk signifikant recidivforebyggende effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling. Ikke desto mindre indikerede de generelt lavere recidivrater blandt behandlede sammenlignet med deres ubehandlede matchede kontroller, at behandlingen havde en recidivforebyggende effekt, også hvad angik forebyggelse af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (fraset grov seksualkriminalitet mod børn).

Anbefaling

På baggrund af ovenstående er det anbefalingen at fortsætte behandlingsordningen i sin nuværende form med ambulant psykiatrisk/sexologisk

behandling. Det anbefales at udvide ordningens optageområde (fx til også at inkludere personer med højere straffe, jf. ændringer i den strafferetlige praksis, og personer dømt for download/besiddelse af seksualiseret billedmateriale af børn, m.m.).

Der er i behandlingsordningen opbygget en omfattende ekspertise omkring behandling af seksualkriminelle, som fortsat bør udbygges og opdateres for at sikre evidensbaseret praksis, som det ses i nogle andre nordiske lande (fx Sverige). Her anvendes en såkaldt RNR-tilgang, der bl.a. indbefatter systematisk brug af risikovurdering.

Endeligt er det afgørende, at den forstærkede indsats overfor seksualkriminelle løbende evalueres forskningsmæssigt, navnlig den kriminalpræventive effekt af indsatsen, men at der også iværksættes projekter, der har til formål at udvikle mere effektive metoder til diagnosticering og behandling af pædofili.

Resumé

Denne rapport har til formål at tilvejebringe viden om omfanget og indholdet af psykiatrisk/sexologisk behandling af personer visiteret i den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle mellem 2006 og 2009 (Delrapport 2) samt undersøgelse af den kriminalpræventive effekt af hhv. behandlingsordningen som helhed og den psykiatrisk/sexologiske behandling, der blev givet i regi af behandlingsordningen i samme periode (Delrapport 3).

Kapitel 1 rummer en introduktion til den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle, mens kapitel 2 beskriver anvendt materiale og metode i herværende undersøgelse. Kapitel 3 præsenterer en deskriptiv beskrivelse af case-populationen. Kapitel 4 belyser omfanget og indholdet af psykiatrisk/sexologisk behandling, mens kapitel 5 indeholder evaluering af den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling. Kapitel 6 indeholder diskussion af undersøgelsens fund. Afslutningsvis præsenteres i kapitel 7 konklusion og anbefalinger.

Kapitel 1: Indledning

Ved en ændring af straffelov blev der i 1997 taget initiativ til en forstærket indsats mod seksualkriminalitet, navnlig rettet mod forebyggelse af seksualkriminalitet mod børn. I oktober 1997 blev der på denne baggrund iværksat en forsøgsordning, som blev permanentgjort i 2001 (herefter benævnt Behandlingsordningen).

Behandlingsordningen består af tre ambulante visitations- og behandlingssteder: Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Retspsykiatrisk Klinik, Aarhus Universitetshospital, Skejby og Retspsykiatri Afdeling, Middelfart i samarbejde med Psykoterapeutisk Afsnit, lokalpsykiatrien, Odense, samt en særlig visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel (tidl. Anstalten ved Herstedvester). De psykiatriske afdelinger, der varetager behandlingen af seksualkriminelle har højt specialiseret funktion indenfor udredning og behandling af seksualkriminelle.

Behandlingsordningen omfatter to elementer: *Den ambulante behandlingsordning og Visitationsordningen*. For at være omfattet af den ambulante behandlingsordning skal personen være sigtet for seksualkriminalitet, der ikke omfatter ikke-seksualiseret vold eller ulovlig tvang, og som efter gældende retspraksis forventes at blive afgjort med ubetinget fængselsstraf fra 3-18 måneder. Angiver den sigtede sig motiveret for at indgå i ambulant psykiatrisk/sexologisk behandling som alternativ til almindelig straf og findes egnet hertil af et visitationsudvalg, indstilles vedkommende til behandling, forudsat at den dømte idømmes en betinget dom bl.a. med vilkår om psykiatrisk/sexologisk behandling i typisk to år og indledende pensionsophold og andre relevante behandlingsindsatser som fx misbrugsbehandling (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015).

For at være omfattet af visitationsordningen skal personen være idømt fængselsstraf af tre måneders til fire år (fem år ved voldtægt) for seksualkriminalitet. Afsoningen indledes med ophold på en særlig visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel, hvor afsoners motivation for og egnethed til psykiatrisk/sexologisk behandling vurderes. Dømte, der vurderes motiverede eller motiverbare samt behandlingsegne overføres til forsat afsoning på specialafdeling i samme eller andet fængsel. Behandlingen varetages af en af de tre behandlingssteder.

Det var fra starten tanken, at den behandlingsmæssige indsats på de deltagende behandlingsinstitutioner skulle varetages af multidisciplinære faggrupper bestående af psykiatere, psykologer, socialrådgivere, og evt. andre faggrupper (fx sygeplejersker), og koordineret med Kriminalforsorgen (fængsel, pension, Kriminalforsorgen i Frihed (KIF)) og evt. relevante sociale myndigheder (fx hjemkommunerne) (Justitsministeriet, 2007). Den forstærkede indsats skulle være begrundet i højt fagligt niveau, hvilket skulle sikres gennem løbende undervisning, fællesmøder og fælles behandlings- og supervision for medlemmerne af netværket og personalet i fængslerne.

Der har fra ordningens start været politisk ønske om, at ordningen løbende skulle gøres til genstand for systematisk og kvalificeret evaluering (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000; 2004; 2015). Der er tidligere udarbejdet to rapporter, der beskriver etablering og drift af forsøgsordningen (1. Delrapport (Netværket, 1999, jf. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) og evalueringsrapport (Justitsministeriet, 2000). Der var dog særligt opmærksomhed på løbende evaluering af indholdet i og den kriminalpræventive effekt af ordningen, hvorfor der blev truffet beslutning om at foretage evaluering af behandlingsordningens indhold og kriminalpræventive effekt i perioden 1997-2001 (Slutrapport, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) og 2004-06 (Recidivundersøgelse vedrørende personer dømt for sædelighedskriminalitet).

Da undersøgelsen af behandlingsordningen bidrog imidlertid ikke med entydigt konklusive resultater og anbefalede ny og længerevarende undersøgelse (Slutrapport, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004), blev det i 2004 besluttet at gennemføre en ny forløbsundersøgelse for perioden 2006-09 (Delrapport/Delrapport 1-3) af hhv. visitationspraksis (Delrapport 1: Visitationsundersøgelsen), behandlingsindhold (Delrapport 2: Beskrivelse af Behandlingen) og kriminalpræventiv effekt af behandling (Delrapport 3: Effektundersøgelsen). Delrapport 1 blev offentliggjort i 2015 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015).

Kapitel 2: Materiale og metode

Herværende undersøgelse blev gennemført som en national prospektiv multicenter case-kontrol forløbsundersøgelse¹. Undersøgelsen inkluderer alle personer, der i forbindelse med at være sigtet eller dømt for seksualkriminalitet var omfattet af behandlingsordningen i perioden 01.01.2006-31.12.2009 (herefter benævnt case-population) på af visitationsstederne i København, Aarhus, Midtelfart, eller Herstedvester.

I inklusionsperioden var der gennemført 717 visitationer, hvoraf 149 var foretaget i den ambulante behandlingsordning og 568 i Herstedvester

Fængsel (visitationsordningen). Hvad angik de 568 visitationer i Herstedvester Fængsel, bestod dette datamateriale af to datasæt. Dels var der indsamlet datamateriale prospektivt for alle i inklusionsperioden (2006-09), men grundet mistanke om fejl i dataindsamling blev data indsamlet på ny i 2013 (retrospektiv dataindsamling) af en anden gruppe af klinikere og kun for ca. halvdelen af den samlede fængselskohorte. Den gruppe af visiterede, der fik indsamlet data i perioden 2006-09 men ikke i 2013, er herefter refereret til som datasæt 1 (N = 281). Den anden gruppe af visiterede, der fik indsamlet data to gange – første gang i perioden 2006-09 og igen i 2013 – er refereret til som datasæt 2 (N = 287).

Bag de 717 visitationer gemte sig 675 unikke individer. Af disse blev 95 ekskluderet (fx dubletter, kvinder, frifundne, personer uden oplysninger om visitation eller indeks-kriminalitet). Dette efterlod 580 mænd dømt for seksualkriminalitet, som var registreret med oplysninger om visitation og indeks-kriminalitet, som kunne inkluderes i de statistiske analyser. Case-populationen fordelte sig med 114 (20 %) personer fra den ambulante behandlingsordning og 466 (80 %) personer fra visitationsordningen (Herstedvester Fængsel), hvoraf 252 indgik med de senest indsamlede data (datasæt 2) og 214 med de oprindeligt indsamlede data (datasæt 1).

Der blev i forbindelse med visitation og behandling af personer i behandlingsordningen indsamlet data på behandlingsstederne og i Herstedvester Fængsel jf. manual for indsamling af data. De indsamlede data blev samkørt med registerdata trukket fra Danmarks Statistik (herefter DST) for perioden 1980-2019. Data for case-populationen blev samkørt med data fra DST.

Via Danmarks Statistik blev der også trukket en matchet historisk kontrolgruppe fra Kriminalregisteret for case-populationen, bestående af personer, som ikke havde indgået i behandlingsordningen og som var dømt for at begå seksualkriminalitet mellem 1985 og 1996, dvs. inden behandlingsordningens etablering i 1997. Der blev foretaget 1:1 matchning mellem case-personer og

1) Der blev indsamlet data retrospektivt for ca. halvdelen af case-populationen i Herstedvester Fængsel

kontrolpersoner på køn, fødselsår, indeksseksual-kriminalitet, dvs. kriminaliteten, der var årsag til, at personen blev visiteret i behandlingsordningen samt kriminel afgørelse ved indeks.

Materialet er analyseret ved brug af relevante statistiske analyser såsom Chi-square test (kategoriale data), Wilcoxon-Mann-Whitney test (ikke normalfordelte data) eller paired t-test (normal fordelte kontinuerte data). Kaplan-Meier kurver illustrerede recidivets fordeling i løbet af followup-perioden. Cox Hazard regressionsmodeller er brugt til at estimere risiko for recidiv over tid, hvor der afhængig af de enkelte analyser er justeret for relevante forklarende variable herunder tidligere kriminalitet i modeller for cases versus matchet kontrolpersoner, mens der analyser af kun omfattende case population er kontrolleret for andre risikofaktorer. I analyser af sammenhænge mellem binære variabel med 2 udfald (fx ja/nej) og ved flere end to klassificerede udfald fx a) ingen recidiv, b) 2 recidiv forhold eller c) 2+ forhold er brugt binær og multinomial logistiske regressionsmodeller. Til at undersøge den prædiktive evne for særlig specialistscore (grad af kriminel specialisering i seksualkriminalitet) blev udført en ROC-analyse baseret på en logistisk regression model til at estimere den prædiktive validitet af specialistscore i forhold til faktisk recidiv. Der blev også foretaget sammenligning af kriminelt recidiv med afsæt i andre afhængig variable, fx seksuel afvigelse (pædo-fili vs. fravær af pædo-fili). Signifikansniveau på 5 % er anvendt i alle statistiske tests. SAS-software er brugt til alle analyser (SAS 9.4, Inc., Cary, NC, USA).

Kapitel 3: Deskriptiv beskrivelse af case-populationen

Case-populationen, som blev inkluderet i statistiske analyser, bestod som anført ovenfor af 580 mænd visiteret i behandlingsordningen i perioden 2006-09, som var dømt for den seksualkriminalitet, der udgjorde årsagen til visitationen (indeks-kriminalitet).

Gennemsnitsalderen for gruppen var 40 år (SD=13, spredning: 16-81 år). Størstedelen af case-populationen var på tidspunktet for indeks afgørelsen etnisk danske (87 %). Over halvdelen af case-po-

pulationen (56 %) havde folkeskole eller gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau, mens hhv. 30 % havde en faglært uddannelse og 7 % en videregående uddannelse. Størstedelen var enlige (67 %) og var bosiddende i region Syddanmark (31 %) efterfulgt af region Hovedstaden (22 %), region Midtjylland (21 %), region Sjælland (15 %), og region Nordjylland (11 %).

Psykiatriske hoveddiagnoser

Af case-population var 63 % registreret med en psykiatrisk hoveddiagnose, mens 20 % blev fundet ikke at opfylde kriterierne for en psykiatrisk hoveddiagnose. I alt 2 % var diagnosticeret med en organisk lidelse, 4 % med en nervøs/stressrelateret lidelse og 6 % diagnoser i øvrigt. De hyppigst registrerede forstyrrelser af personlighedsstrukturen var henholdsvis dyssocial (23 %), ængstelig evasiv (6 %), anden specifik forstyrrelse (12 %), uspecificeret personlighedsforstyrrelse (31 %) og forstyrrelse i personlighedsstruktur blandet type (19 %).

Seksuelle diagnoser

Af case-populationen var 13 % (N = 49) registreret med en diagnose for seksuel dysfunktion, mens 33 % var registreret med en seksuel afvigelse.

Af hele case-population var 18 % registreret med en pædo-fili-diagnose. Blandt de 194 personer, der ved indeks var dømt for at have begået børnerelateret seksualkriminalitet (kontaktovergreb, fx samleje barn, eller online kriminalitet, fx anvendelse af seksuelt billedmateriale af børn), og for hvem der var taget stilling til tilstedeværelsen af potentiel seksuel afvigelse, var 28 % registreret med diagnosen pædo-fili.

Størstedelen var med andre ord ikke diagnosticeret med pædo-fili, heller ikke blandt de personer, der var dømt for børnerelateret seksualkriminalitet.

Der var en statistisk signifikant højere forekomst af pædo-fili blandt de fængselsvisiterede (Herstedvester Fængsel) sammenlignet med de personer, der var visiteret i den ambulante behandlingsordning (33 % vs. 7%).

Begavelsesniveau

Begavelsesniveau blandt 40 % af de visiterede var vurderet til at ligge i området normalt til velbega-

vet, mens 51 % var vurderet til at være jævnt til normalt begavet og 7 % var vurderet som værende placeret i sinkeområdet.

Indeks-kriminalitet

I alt 60 % af case-populationen var i kriminalregisteret registreret med kriminel afgørelse for seksualkriminalitet mod egne eller andres børn, enten i form af offline/hands-on (51,6 %) eller anvendelse mm. af seksuelt billedmateriale af børn jf. § 235 (8,5 %), mens 29 % af case-populationen var registret med afgørelse for seksualkriminalitet mod voksne (forurettede i alderen 15+ år). I alt 11 % var dømt for blufærdighedskrænkelser.

I 74 % af de tilfælde, hvor man havde oplysninger om krænkerstype, var seksualkriminaliteten begået mod andres børn (ekstrafamilære krænkelser) og i 18 % af sagerne mod egne børn (incest/intrafamilære krænkelser). I alt 8 % af sagerne havde den dømte begået seksualkriminalitet mod både egne og andres børn (blandet type).

Tidligere kriminalitet

Omkring en fjerdedel (26 %) var tidligere dømt for at begå seksualkriminalitet. Tidligere kriminalitet bestod primært i børnerelateret seksualkriminalitet, hvor halvdelen (13 % af case-populationen) havde begået seksualkriminalitet mod barn under 15 år (inkl. §235) og 4 % var dømt for anvendelse/download/distribution af seksuelt billedmateriale af børn (jf. § 235). I alt havde 16 % en tidligere dom for seksualkriminalitet, mens 10 % havde to eller flere tidligere domme for seksualkriminalitet.

Kapitel 4: Indhold og varighed af psykiatrisk/sexologisk behandling

Lidt over en tredjedel (36 %) af de visiterede blev fundet motiveret for og egnet til psykiatrisk/sexologisk behandling og blev følgelig henvist til behandling, enten i regi af den ambulante behandlingsordning eller visitationsordningen.

Sammenligning af behandlingshenviste og ikke-henviste case-personer

Gruppen af behandlingshenviste var i store træk sammenlignelig med de ikke-henviste på tværs af en række sociodemografiske og psykiatriske

parametre. Derimod var der en signifikant forskel på karakteren af aktuel og tidligere kriminalitet. Således forekom behandlingshenviste i højere grad at være "specialiserede" i seksualkriminalitet (primært mod børn, navnlig præpubertære børn), jf. at de behandlingshenviste både ved indeks-kriminaliteten og tidligere i højere grad var dømt for netop denne type kriminalitet, ved indeks-kriminaliteten havde begået seksualkriminalitet mod et højere antal forurettede, og i højere grad udelukkende havde begået seksualkriminalitet tidligere end de ikke-henviste. Derimod havde de ikke-henviste en væsentlig højere forekomst af diverse typer af kriminalitet (fx ikke-seksualiseret vold).

Der blev derfor lavet en model, der målte graden af specialisering i seksualkriminalitet, qua en specialistscore. *Specialistscoren* er baseret på vægtning af antal tidligere domme for seksualkriminalitet (ingen, 1, 2+), offertyper tidligere og aktuelt (kun børn, både børn og voksne, kun voksne), ingen tidligere eller aktuelle afgørelser for ikke-seksualiseret vold (ja/nej), diagnose for seksuel afvigelse (ja, måske, nej), single på indekstidspunktet (ja, nej), og tidligere eller aktuel afgørelse for § 235 kriminalitet (seksualiseret billedmateriale af børn) (ja/nej). Scoren blev i visse analyser udvidet med ung alder ved første afgørelse for seksualkriminalitet (over/under 25 år).

De behandlingshenviste blev fundet med signifikant højere specialistscore, hvilket indikerede højere grad af specialisering i seksualkriminalitet (indikator for potentiel seksuel afvigelse), mens de ikke-henviste i højere grad var generalister, som oftere begik ikke-seksualiseret kriminalitet (indikator for en mere kriminaliseret livsform og en potentiel dyssocial problematik). Dette sammenholdt med, at specialistscoren viste sig at forudsige seksualkriminalitet mod børn under 15 år i moderat-høj grad (AUC=0,72) pegede på, at de behandlingshenviste *a priori* adskilte sig fra de ikke-henviste. De henviste var således en gruppe, der initialt havde relativt højere risiko for at begå seksualkriminalitet i followup, navnlig mod børn, end ikke-henviste.

Behandling – omfang og indhold

Hvad angik behandlingen, så er denne beskrevet for de 119 personer, for hvem der var udfyldt regi-

streringskemaer hvoraf det fremgik, at personen havde modtaget minimum 4 måneders behandling. Behandlingen varede gennemsnitlig 21 måneder, og der var ingen statistisk signifikant forskel mellem de tre behandlingssteder; heller ikke mellem personer henvist fra Herstedvester Fængsel og de ambulante visiterede.

Det gennemsnitlige antal behandlingsfremmøder i behandlingsperioden var 49. Der var ingen signifikant forskel mellem behandlingsstederne. Der var til gengæld signifikant forskel på antallet af personer, der fik få og mange behandlingskontakter, idet personer behandlet i Århus og Middelfart oftere var set 30 gange eller mere.

Hvad angår udeblivelser med eller uden afbud fra de behandlede, var der ingen statistisk signifikant forskel mellem behandlingsstederne. En tiendedel havde ingen og godt en fjerdedel havde over 10 udeblivelser.

Over halvdelen af de behandlede var registreret med konsultationer hos psykiater og 90 % med konsultationer hos psykolog og en tredjedel havde konsulteret andre faggrupper end psykiatere og psykologer. Par og/eller familieterapi blev kun brugt for 15 % af de behandlede, hvorimod halvdelen af de behandlede fik gruppeterapi, der som oftest blev brugt i Middelfart, hos 80 % af de behandlede, mod knap halvdelen i Aarhus og godt en tredjedel i København. Derimod var der en højere andel af dem, der havde modtaget gruppeterapi i København, der havde modtaget over 30 gruppesessioner.

Behandlingsmæssigt var der mulighed for at bruge forskellige metoder. Ni ud af ti af de behandlede modtog som en del af behandlingsforløbet rådgivning, støtte og vejledning. I starten af behandlingen var en stor del af de behandlede stadig kriseprægede og ofte ikke i stand til at indgå i egentlig psykoterapi. Hver femte behandlede modtog behandling for misbrug af alkohol og andre stoffer som en del af behandlingen. Størstedelen (80 %) havde modtaget psykoterapi.

På alle stederne var kombinationen af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og psykodynamisk terapi den foretrukne metode, hyppigst i Middelfart, efterfulgt af København og Aarhus. Derimod blev KAT

i sin rene form kun brugt for 14 % af de behandlede, hyppigst i Aarhus efterfulgt af Middelfart og København. Psykodynamisk terapi blev anvendt i sine rene form for mindre end 3 personer. Fordelingen af de psykoterapeutiske metoder var signifikant forskellig på tværs af behandlingsstederne.

Kropsterapi var kun tilbudt i Aarhus, hvor 14 % af patienterne havde modtaget den behandlingsform. Omkring halvdelen af de behandlede modtog i sidste del af behandlingsforløbet praktisk social bistand. I Aarhus havde næsten dobbelt så mange modtaget social bistand, sammenlignet med Middelfart og København.

Næsten en tredjedel modtog medicinsk behandling, som primært var behandling med antidepressiv medicin, som blev brugt både til behandling af depression og som kønsdriftsdæmpende behandling og antabus. Kun få procent af de behandlede fik anden psykofarmakologisk behandling.

Hovedparten af de behandlede havde modtaget flere typer af behandling, hvor de forskellige typer af nonfarmakologisk og farmakologisk behandling blev kombineret. Kun en femtedel fik mono-behandling (kun den ene behandlingsform). Der var ikke signifikante forskelle i, hvor mange behandlingsformer, der blev anvendt på behandlingsstederne.

Behandlernes vurdering af behandlingsmotivationen hos de behandlede blev beregnet som et gennemsnit af samtlige vurderinger, der var foretaget af den enkelte patients behandlingsmotivation i behandlingsforløbet. Samlet blev behandlingsmotivationen gennemsnitligt vurderet som værende moderatgod. Der var signifikante lokale forskelle; patienterne i København blev vurderet med moderat behandlingsmotivation, mens patienterne i Middelfart og Aarhus blev vurderet med moderatgod behandlingsmotivation.

Behandlingen afsluttes for nogle patienter før vilkåret om behandlingen udløber. Tre femtedel blev afsluttet som planlagt. Behandlingsstedet afbrød behandlingsforløbet for få procent grundet manglende behandlingsalliance, og 7 % af patienterne afbrød selv forløbet. Kun i ganske få tilfælde blev behandlingsforløbet afbrudt pga. misbrug af alkohol eller brug af stoffer, recidiv, eller fordi personen

overgik til en anden afdeling. Der var ikke signifikante forskelle mellem afdelingerne.

Mere end en tiendedel af de behandlede ønskede at fortsætte behandlingen efter behandlingsvilkårets udløb, mens næsten halvdelen ønskede ikke at fortsætte. For de resterende var spørgsmålet ikke relevant oftest fordi behandling jf. vilkår stadig pågik ved registreringens afslutning. Der var signifikant forskel på tværs af afdelingerne, idet der tegnede der sig et billede af at en større andel ønskede at fortsætte i behandlingen efter vilkår ophør i Aarhus, efterfulgt af København, og kun et par stykker fra Middelfart, hvor man sædvanligvis ikke tilbyder opfølgende behandling.

Kvalitativ behandlingsevaluering

Behandlernes kliniske/subjektive vurdering af, hvorvidt der skete ændring på forskellige områder hos patienten, pegede samlet set på, at patienterne generelt erkendte at have begået de pådømte handlinger. Derimod var det ønskede niveau ikke helt opnået i samme grad, hvad angik at kunne identificere potentielt farlige situationer i fremtiden (potentielle risikosituationer), at have opnået følelsesmæssig kontakt med de pådømte handlinger (offerempati) og indsigt i at have en potentiel risiko for igen at begå seksualkriminalitet. For størstedelen vurderede behandlerne ikke, at der var sket en større ændring af de sociale forhold. Derimod blev størstedelen ved den sidste vurdering vurderet med enten forbedret eller uændret psykisk tilstand.

Kapitel 5: den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling

Effekten af hele behandlingsordningen blev evalueret på baggrund af sammenligninger af hele case-population (N = 580) vs. matchede kontroller (N = 580), men effekten af psykiatrisk/sexologisk behandling blev evalueret ved at sammenligne recidivrisiko for henholdsvis (i) case-personer med minimum 4 eller 18 måneders behandlingsforløb og deres matchede kontroller og (ii) case-personer henvist til behandling (behandlingshenviste) med case-personer, der ikke var indstillet til behandling (ikke-henviste).

Den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen som helhed (case-population vs. kontroller)

Case-populationen (N = 580) og deres kontroller (N = 580) var sammenlignelige, hvad angik civilstand, men adskilte sig hvad angik etnicitet (færre ikke-etnisk danske i case-populationen), regional fordeling (flere fra region Syddanmark og færre fra region Hovedstaden i case-populationen), og uddannelsesniveau (lidt højere i case-populationen). Grupperne var matchet på indeks-kriminalitet, der for ca. 6 ud af 10 bestod i børnerelateret seksualkriminalitet. Der var ingen forskel på gruppernes kriminalitet 5 år forud for indeks-kriminalitet.

Den komparative analyse af gruppernes kriminalitet i followup viste, at der er en signifikant positiv kriminalpræventiv effekt af den danske behandlingsordning som helhed i forhold til at forebygge seksualkriminalitet og andre typer af kriminalitet. Specifikt viste analysen, at 12 % af case-populationen begik fornyet seksualkriminalitet i den 10 år lange followup mod 16 % af kontrollerne ($p < 0,05$). Dette svarede til, at case-populationen havde 30 % lavere risiko for at begå seksualkriminalitet, når der blev korrigeret for tidligere kriminalitet (fem år forud for indeksafgørelse) ($p < 0,05$). Case-populationen havde også signifikant lavere risiko for at begå grov seksualkriminalitet (44 % lavere risiko, $p < 0,05$). Derimod var der ingen kriminalpræventiv effekt, hvad angik signifikant forebyggelse af seksualkriminalitet mod børn under 15 (2 % højere risiko, $p > 0,05$) og grov seksualkriminalitet mod børn (20 % lavere risiko, $p > 0,05$), jf. at gruppernes recidiv i followup ikke var signifikant forskelligt. Hvad angik anden kriminalitet, havde case-populationen også signifikant lavere forekomst af generel kriminalitet (28 % lavere risiko, $p < 0,001$) og af ikke-seksualiseret vold (29 % lavere risiko, $p < 0,05$) i followup.

Case-populationen havde også signifikant lavere forekomst af gentaget recidiv (2 eller flere afgørelser i followup) til generel kriminalitet i followup end kontroller ($p < 0,0001$), mens der ikke var signifikant forskel på raten af gentaget recidiv seksualkriminalitet, seksualkriminalitet mod børn under 15 år, og ikke-seksualiseret vold i de to grupper. Der var heller ingen forskel på, hvor hurtigt recidivet fandt sted i de to grupper, jf. at tilbagefaldet for

grupperne var proportionelt, dvs. havde samme hastighed.

Den kriminalpræventive effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling (behandlede vs. kontroller)

Der blev inkluderet 218 personer i analysen af effekten af psykiatrisk/sexologisk behandling; 109 case-personer og 109 kontroller. De 109 case-personer havde modtaget psykiatrisk/sexologisk behandling i minimum fire måneder, var registreret med oplysninger om behandlingsforløbet, og der var identificeret en matchet kontrol for personen. De 109 udgjorde 19 % af case-populationen.

Behandlede og deres matchede kontroller var sammenlignelige, hvad alder (match), civilstand, etnicitet, og uddannelsesniveau men fordelte sig signifikant forskelligt regionalt med overrepræsentation af region Syddanmark blandt de behandlede og med en overvægt af personer fra region Hovedstaden blandt kontrollerne.

Den komparative analyse af gruppernes absolutte og relative risiko for at begå kriminalitet i followup viste, at de behandlede generelt havde lavere forekomst af de forskellige former for kriminalitet i followup end kontrollerne. Således havde 15 % af de behandlede case-personer begået fornyet seksualkriminalitet mod 18 % af kontrollerne i løbet af 10 års followup, svarende til 22 % lavere recidivrisiko blandt behandlede, dog uden at forskellen var signifikant. De behandlede havde også lavere forekomst af seksualkriminalitet mod børn under 15 år, generel kriminalitet, og ikke-seksualiseret vold ($p > 0,05$). Derimod havde de behandlede højere forekomst af grov seksualkriminalitet men samme forekomst af grov seksualkriminalitet mod børn under 15 år i grupperne som kontrollerne. Selvom der blev korrigeret for tidligere kriminalitet begået 5 år forud for indeks, var forskellene dog kun signifikante for absolut recidivrisiko for generel kriminalitet og for ikke-seksualiseret vold. Derimod viste en analyse, der belyste, om varigheden af behandlingsforløbet influerede behandlingseffekten og med korrektion for risikofaktorer (behandlingsmotivation, socialbelastning [+2 områder], specialistscore, misbrugsdiagnose, og alder), at personer, der havde modtaget langvarig behandling (minimum 18), havde 71 % lavere recidivrisiko

end dem, der havde modtaget 4-17 måneders behandling ($p < 0,05$), hvilket kan tydes som indikation for, at behandlingen havde en signifikant effekt, når behandlingsforløbet var langt.

Ydermere indikerede en deskriptiv belysning af udviklingen i karakteren af recidivkriminaliteten, at behandlingen også mindskede grovheden af recidivkriminaliteten. Størstedelen af de behandlede (82 %) og deres kontroller (80 %) havde ved indeks begået grov seksualkriminalitet, men det kun var 6 % af de behandlede, der fortsatte med at begå grov seksualkriminalitet mod 13 % af kontrollerne. Der var heller ikke recidiv blandt 90 % af de behandlede med grov indeks kriminalitet mod 84 % af kontrollerne med grov indeks-kriminalitet.

Hvad angik frekvensen af det kriminelle recidiv (2+ afgørelser i followup), var der kun signifikante forskelle i forhold til recidiv til kriminalitet og ikke-seksualiseret vold, hvor de behandlede havde signifikant lavere forekomst af gentaget recidiv til kriminalitet ($p < 0,001$) og ikke-seksualiseret vold ($p < 0,05$) end kontroller. Der var ingen signifikant forskel på, hvornår grupperne recidiverede (hastigheden af recidivet). Disse fund kunne ses som en følge af behandlingen og/eller være forårsaget af høj specialisering i seksualkriminalitet.

Der var ingen signifikant forskel på den relative risiko for fornyet seksualkriminalitet i followup for personer, der havde modtaget henholdsvis støttende terapi, kognitiv terapi og kombineret kognitiv og psykodynamisk terapi. Der var heller ikke signifikant forskel på effekten af henholdsvis gruppeterapi (10+ sessioner) og individuel behandling og af medicinsk behandling.

Den kriminalpræventive effekt af psykiatrisksexologisk behandling (behandlingshenviste vs. ikke-henviste)

Henviste og ikke-henviste var i store træk sammenlignelige på sociodemografiske parametre, dog var der blandt behandlingshenviste signifikant færre personer af ikke-vestlig herkomst ($p < 0,001$), ligesom der var mindre regionale forskelle på gruppernes placering på tidspunktet for indeksdom. Grupperne var også sammenlignelige hvad angik psykiatriske hoveddiagnoser, seksuelle diagnoser og klinisk vurderet begavelsesniveau, men adskilte

sig qua en lavere forekomst af diagnose vedrørende misbrug/afhængighed af alkohol blandt behandlingshenviste.

Jævnfør tidligere adskilte sig grupperne sig væsentligt, hvad angik graden af specialisering i seksualkriminalitet; de behandlingshenviste havde primært begået seksualkriminalitet og dette i højere grad end de ikke-henviste, men også en mindre grad af anden kriminalitet, navnlig ikke-seksualiseret vold.

Sammenligning af behandlingshenviste og ikke-henviste case-personers recidivrater pegede da også umiddelbart på, at psykiatrisk/sexologisk behandling havde en decideret recidivforøgende effekt snarere end en recidivhæmmende effekt, idet 14 % af de behandlingshenviste begik fornyet seksualkriminalitet i followup mod kun 10 % af de ikke-henviste. En tilsvarende tendens – højere risiko for behandlingshenviste – fandtes også generelt for de øvrige former for seksualkriminalitet i followup, herunder en signifikant højere absolut risiko for grov seksualkriminalitet mod børn under 15 år blandt behandlingshenviste, mens ikke-henviste havde højere forekomst af ikke-seksualiseret kriminalitet i followup. Dog var ingen af disse gruppeforskelle signifikante, når der blev korrigeret for kendte risikofaktorer (specialscore [0-12], misbrugsdiagnose, og alder).

De behandlingshenviste havde også signifikant højere forekomst af gentaget recidiv (2+ afgørelser i followup) til seksualkriminalitet end ikke-henviste ($p < 0,001$). Der var ikke forskel på, hvornår grupperne recidiverede til seksualkriminalitet. Halvdelen af recidivet fandt sted i de første 3-4 år efter indeksafgørelsen.

Samlet set blev det konkluderet, at de højere recidivrater blandt behandlingshenviste ikke kunne tolkes som evidens for, at behandlingen/intentiontreat øgede recidivrisiko, men at den højere forekomst af seksualkriminalitet blandt behandlingshenviste var en følge af den a priori forskel i graden af specialisering i seksualkriminalitet i grupperne.

Kriminelt recidiv for subgrupper

Absolut og relativ risiko for forskellige facetter af kriminelt recidiv blev undersøgt for personer med

diagnosen pædofili, forskellige krænker typer og for ambulant visiterede og fængselsvisiterede.

Analysen viste, at der ikke var forskel på forekomsten af seksualkriminalitet i followup for personer med og uden pædofili-diagnosen (15 % vs. 12 %, $p=0,62$). Der var heller ikke signifikant forskel på gruppernes recidiv til de øvrige kriminalitetsformer.

Der var forskelle i de observerede recidivrater for de enkelte krænkergrupper. De observerede gruppeforskelle var dog ikke signifikante. Der var en nærsignifikant forskel ($p=0,0525$) på de observerede recidivrater for seksualkriminalitet mod børn under 15 år; personer dømt for at begå blufærdighedskrænkelser havde det højeste recidiv (10 %), efterfulgt af § 235 (8 %), incest (6 %), ekstrafamilære børnekrænker (5%), mens under 3 personer dømt for at begå voldtægt mod voksne havde begået denne kriminalitets type i followup. Der var statistisk signifikant forskel på krænker typernes recidivrater for generel kriminalitet (blufærdighedskrænkerne havde det højeste recidiv) og ikke-seksualiseret vold (voldtægt, voksne havde det højeste recidiv).

Når der blev korrigeret for krænkergruppernes tidligere ligearteret kriminalitet, alder og misbrugsdiagnose, var der flere af de statistisk signifikante forskelle, der forsvandt. Dog havde blufærdighedskrænkerne signifikant og dobbelt så høj risiko for at begå seksualkriminalitet i followup end børnekrænkerne. Desuden havde børnekrænkerne 84 % højere risiko end voldtægtsdømte for at begå seksualkriminalitet mod børn under 15 år. Endelig havde voldtægtsdømte dobbelt så høj risiko for at begå ikke-seksualiseret vold som børnekrænkerne.

Endelig viste en analyse, at de, der blev visiteret før domfældelse, generelt havde højere forekomst af seksualkriminalitet (15 % vs. 11 %, $p=0,21$) og lavere forekomst af anden kriminalitet (29 % vs. 42 %, $p=0,01$) og ikke-seksualiseret vold (4 % vs. 14 %, $p=0,002$) i followup, end dem, der blev visiteret i Herstedvester fængsel. Signifikante gruppeforskelle forsvandt dog, når der blev korrigeret for specialistscore, alder og misbrugsdiagnose.

Kapitel 6: Diskussion

Den tidligere case-kontrol undersøgelse, der blev gennemført i 1997-2001, viste i tråd hermed, at recidiv forekom mindre hyppigt efter etablering af forsøgsordningen. Det blev i den tidligere omtalte Slutrapport (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) understreget, at det var usikkert om effekten kunne tilskrives en direkte effekt af forsøgsordningen.

De resultater, der fremkom i herværende undersøgelser, vedrørende kriminelt recidiv var sammenlignelige med de internationale fund for recidivet for behandlede og ubehandlede/kontroller. Derimod var recidivraterne i herværende undersøgelse generelt højere end de recidivrater, der rapporteres i den første effektundersøgelse af forsøgsordningen (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004). I herværende undersøgelse blev der observeret recidiv til seksualkriminalitet for 12 % i case-populationen mod 3-5 % (personer i forsøgsordningen) i Slutrapporten. De tilsvarende recidivrater for generel kriminalitet var blandt case-personer 41 % i herværende rapport mod 14% i Slutrapporten og 53 % vs. 24 % for kontrollerne.

De observerede gruppeforskelle antages at være en følge af, at followup i nærværende rapport var 10 år (eller til død, immigration, etc.), mens halvdelen i Slutrapporten var fulgt under 32 måneder (2,7 år). Grundet positiv sammenhæng mellem recidivrisiko og længden af followup, vil recidivrater i undersøgelser med lang followup som udgangspunkt være højere end i undersøgelser, der anvender kort followup (Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Bengtson & Lund, 2008). Ydermere var der anvendt forskellige recidivkriterier i de to undersøgelser. I herværende undersøgelse udgjorde tiltalefrafald (eller højere afgørelse) recidivkriteriet, mens det kun var straffende domme (dvs. betinget eller højere afgørelse) i Slutrapporten. I herværende undersøgelse skulle der, om man så må sige, mindre til for at blive kategoriseret som recidivist. Endelig var der inkluderet færre behandlede i case-kontrol analysen af behandlingseffekt i herværende undersøgelse (109 vs. 222 i Slutrapporten), hvilket også medvirkede til, at det var sværere at påvise en potentiel signifikant effekt. Omvendt blev der i nærværende rapport i højere

grad korrigeret for kendte risikofaktorer i de statistiske analyser, hvilket omvendt formodes at øge sandsynligheden for at identificere en potentiel kriminalpræventiv effekt af behandlingen/behandlingsordningen. Samlet set synes de fundne forskelle derfor ikke at kunne tolkes som udtryk for lavere kriminalpræventiv effekt i perioden 2006-09 men er forårsaget af metodiske forhold.

Spørgsmålet er dog, om den observerede gruppeforskel på case-personer og kontrollers recidivrater skyldes behandlingen eller den samlede effekt af behandlingsordningen. Etableringen af behandlingsordningen indebar ændringer i retssystemets og kriminalforsorgens håndtering af personer sigtet eller dømt for seksualkriminalitet. Dels blev der som noget nyt indført visitation af alle i behandlingsordningen, hvor den sigtede/dømte søges motiveret til behandling og der "stilles skarpt" på tidligere og aktuel kriminalitet. Det er sandsynligt, at visitation indirekte kan have en forebyggende effekt for nogle personer. Der skete også en ændring i forhold til øget tværsektorielt samarbejde om de ambulante visiterede (fx inddrages sagsbehandler fra personens opholds/bopælskommune ved visitation), og der vil som oftest også, jf. den skærpede underretningspligt, ske henvendelse til kommunen, når de forurettede i sagen er børn, for at sikre, at der er taget behørig vare på disse. En anden potentiel effekt kan være samarbejdet med tilsynsførende i Kriminalforsorgen i Frihed (KIF) omkring den behandlede, hvor der jævnligt skal afholdes netværksmøder med deltagelse af patient, behandler, tilsynsførende, evt. kontaktpersoner, sagsbehandler og andre relevante personer. Ved dataindsamling blev det ikke dokumenteret i hvilket omfang, de enkelte behandlingsforløb var tværsektorielle (fx inddragelse af kommuner). Fremadrettet vil der være behov for i forbindelse med forskning at dokumentere samarbejdet med kommunale sagsbehandlere og tilsynsførende i KIF (fx hyppigheden af afholdelse af møder mellem patient, tilsynsførende, behandler, og evt. andre kontaktpersoner, frekvensen af fremmøder hos tilsynsførende) for at kunne undersøge den kriminalpræventive effekt af disse indsatser.

For de visitationsdømte kan det tænkes, at ophold på særlige afsoningsafdelinger forbeholdt personer dømt for seksualkriminalitet har haft en

gunstig effekt på gruppens recidivrisiko. Det er velkendt, at seksualkriminelle er i stor risiko for at blive udsat for psykisk og fysisk ikke-seksualiseret vold i fængsler, hvor de placeres sammen med ikke-seksualkriminelle, hvorfor det også fremgår af Europa Rådets henstilling IV (regel 17), at seksualkriminelle har ret til sikker afsoning uden risiko for at blive skadet fysisk eller psykisk. Desuden blev fængselspersonale i disse specialafdelinger uddannet i at have en mere behandlingsmotiverende tilgang til de indsatte seksualkriminelle, hvilket med høj sandsynlighed kan tænkes at have haft en rehabiliterende indvirkning på afsonerne. At opholde sig i et motiverende/terapeutisk fængselsmiljø er tidligere fundet at have en rehabiliterende effekt for seksualkriminelle (Blagden, Winder, & Hames, 2016). På de særlige fængselsafdelinger har der pågået et motivationsarbejde med henblik på at motivere flere afsonere til at tage imod tilbuddet om psykiatrisk/sexologisk behandling. Et pilotprojekt i Møgelkær Fængsel viste, at en forstærket motiverende indsats øgede antallet af personer motiveret for behandling (Kristensen, Grahn, & Liliebæk, 2009). Motivationen af de indsatte pågår dog fortsat ved hjælp af en deltidsansat psykolog. Det er således potentielt problematisk, at disse særlige afsoningsafdelinger for seksualkriminelle i dag er nedlagte, og personer dømt for seksualkriminalitet ofte afsoner sammen med personer dømt for andet, og derfor må forsøge at skjule, hvad de er dømt for. Der er iværksat andre kriminalpræventive tiltag, der tilbydes visse fængslede, fx anger management forløb. I 2015 testede et pilotprojekt motivationsprogrammet MOVE, som har til formål at motivere og styrke indsatte i det danske fængselsvæsen gennem afsoningsperioden og fremme bevidstheden om bl.a. fordele og ulemper ved kriminalitet. Der er rapporteret positiv virkning heraf, men der indgik dog ikke seksualkriminelle i pilotprojektet (Berger, Hjelm, Ladenburg, & Mikkelsen, 2017). I 2020 iværksattes MOVE for personer dømt for seksualkriminalitet i Nørre Snede Fængsel. Effekten af denne motivationsindsats er imidlertid endnu ikke evalueret.

Der er således en række forhold, der potentielt kan have haft en indirekte effekt på recidivrisiko for de personer, der var omfattet af behandlingsordningen. I fremtidige forskningsprojekter er det derfor væsentligt at dokumentere, hvilke andre interven-

tioner, som den enkelte har været eksponeret for efter indeksafgørelsen, så det er muligt med større sikkerhed at identificere en potentiel specifik effekt af henholdsvis behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling.

For at vurdere evaluere effekten af behandlingen blev de observerede absolutte og relative recidivrater og gruppeforskelle i denne rapport sammenlignet med internationale fund for behandlingseffekt rapporteret i tidligere metaanalyser og metareviews (review af reviews). I metaanalyserne blev der rapporteret recidivrater for seksualkriminalitet mellem 10-18 % for behandlede og mellem 14-20 % for ubehandlede, svarende til en 37 % reduktion af recidivet til seksualkriminalitet. For generel kriminalitet svingede de rapporterede recidivrater mellem 22-33 % for behandlede og mellem 33-51 % for ubehandlede. For ikke-seksualiseret vold, som dog kun var belyst i få reviews, var der recidiv for hhv. 7 % og 21 % af behandlede og for 12 % og 33 % af ubehandlede. Der blev fundet højest effekt af behandling af unge, kognitiv adfærdsterapi (KAT), behandling efter risiko, behov og responsivitet/modtagelighed principperne (RNR-behandling), ambulans behandling og af behandling, der var specifikt udviklet til behandling af seksualkriminelle.

I rapporten her var recidivraten for behandlede (N = 109) og matchede kontroller 15 % vs. 18 % for seksualkriminalitet, 36 % vs. 53 % for generel kriminalitet og 6 % vs. 17 % for ikke-seksualiseret vold. Således var recidivet til seksualkriminalitet helt sammenligneligt med internationale fund i metaanalyser og overviews. Det samme gjorde sig gældende for generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold, selvom recidivet til generel kriminalitet var marginalt højere og recidivet til ikke-seksualiseret vold marginalt lavere for de danske behandlede. Det er dog værd at bemærke, at followup for den danske case-population jf. tidligere var 10 år (eksponeringstid = 8,7 år, SD=2) mod knap 4-6 års followup i metaanalyserne. På denne baggrund forekom den absolutte recidivrisiko for danske behandlede og deres kontroller at være noget lavere end de i reviews rapporterede recidivrater, særligt hvad angik recidivet til seksualkriminalitet. Der er lavet followupundersøgelser, der viser, at der fortsat finder recidiv til seksualkriminalitet sted efter selv 15 års followup (Bengtson, 2008; Bengtson &

Lund, 2008). Varigheden af followup er derfor afgørende for evaluering af behandlingseffekt.

I årtier var det en generel antagelse, at alle seksualkriminelle igen begik seksualkriminalitet. Adskillige followupundersøgelser, inkl. ovenstående metaanalyser, har vist, at det ikke er tilfældet. Størstedelen af de fulgte begik ikke seksualkriminalitet igen men begik derimod i højere grad andre former for kriminalitet. Dette førte til udviklingen af et nyt paradigme; seksualkriminelle har generelt lavere recidiv end mange andre typer af kriminelle (fx ikke-seksualiseret voldsdømte, personer der begår berigelseskriminalitet). Denne konklusion er både rigtig og forkert. Det er korrekt, at seksualkriminelle har lavere recidivrater end ikke-seksualiseret voldsmand og personer, der begår berigelseskriminalitet, navnlig på kort sigt (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2009). Følger man seksualkriminelle på lang sigt, tegner der sig derimod et anderledes billede, idet op mod 20 % begår fornyet seksualkriminalitet efter 10 års followup, ligesom der også er rapporteret recidivrater på 30-40 %, når de følger over flere årtier (Bengtson & Lund, 2008). Disse studier kan kritiseres for at have en selektionsbias, idet der ofte er inkluderet særligt recidivtruede seksualkriminelle i disse undersøgelser (fx var der kun inkluderet mentalundersøgte i den danske followup af Bengtson & Lund, 2008). Omvendt er der et højt mørketal for seksualkriminalitet, der også giver anledning til at tro, at de facto recidivet for seksualkriminelle på lang sigt måske nærmer sig det man ser blandt ikke-seksualiseret voldsdømte på kort sigt. Denne omstændighed bør tages i betragtning ved planlægning af den strafferetlige håndtering af denne gruppe.

Effekten af forebyggende indsatser bør således planlægges langsigtet, dvs. hvor man vurderer effekt af en given indsats på lang sigt. Nedbringelse af recidivet for seksualkriminelle med selv få procentpoint kan i praksis betyde, at man sparer et større antal børn og voksne for at blive udsat for seksuelle overgreb, ligesom man hjælper den dømte til at blive rehabiliteret og komme nærmere et kriminalitetsfrit liv. Kriminalitet er forbundet med en høj pris for alle involverede – de forurettede, den dømte, parternes pårørende, og samfundet som helhed (Forte, 2015). Endeligt formodes der at være væsentligt færre udgifter forbundet

til behandling sammenlignet med prisen for effektivisering af skærpede straffe, hvis disse omfatter langvarig fængsling af dømte.

Et af de reviews, der indgik i dette overview, som ikke fandt en behandlingseffekt, var en metaanalyse af effekten af psykologisk behandling af personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn (14 studier, $n = 2930$) (Grønnerød, Grønnerød, Grøndahl, 2015). I undersøgelsen blev der observeret recidiv til seksualkriminalitet for 18 % af de behandlede og for 20 % af kontrolpersonerne i løbet af followup (gennemsnitligt 6 år). Den observerede gruppeforskel svarede til lav behandlingseffekt, såvel for de ni studier, der levede op til de opstillede metodiske inklusionskriterier ($r = 0,03$; 95 % KI: $-0,04-0,10$), men også når man inkluderede samtlige effektstudier i metaanalyserne ($r = 0,08$; 95 % KI: $0,02-0,14$).

Metaanalysens fund giver selvsagt anledning til bekymring, ikke mindst set i relation til behandlingsordningen primære formål; at forebygge seksuelle overgreb på børn. Således tilhører størstedelen af case-populationen (minimum 6 ud af 10) denne gruppe. Jævnfør at seksualkriminelle generelt recidiverer til samme kriminalitetstype, som de begik ved indeks (Bengtson & Lund, 2008; Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) betyder, at det er særligt imperativt, at vi formår at behandle denne krænkerstype med god effekt. I nærværende rapport gjorde vi imidlertid mere opmuntrende fund, idet 6 % af de behandlede begik seksualkriminalitet mod børn under 15 år i followup mod 10 % af kontrollerne, svarende til at de behandlede havde en 38 % reduktion af korrigeret relativ risiko. Den observerede forskel var dog ikke statistisk signifikant, antageligt grundet det lave antal behandlede/kontroller. Det er dog tænkeligt, at fraværet af behandlingseffekt for denne specifik kriminalitetsgruppe hænger sammen med, at netop denne gruppe rummer en vis andel med seksuelle afvigelser, navnlig pædofili (vedvarende seksuel interesse i præpubertære børn) (og antageligt også af hebefili, dvs. vedvarende seksuel interesse i børn i 11, eller 12-14-års alderen; Blanchard et al., 2009). Pædofili er en af de væsentligste risikofaktorer for at begå seksualkriminalitet såvel blandt dømte (Schmidt & Banse, 2022; McPhail, Hermann, Fernane, Fernandez, Nunes, Cantor,

2019; Hanson & Morton-Bourgon, 2005) som ikke-dømte med pædofili (Kuhle LF, Schlinzig E, Kaiser G, et al., 2017; Wittström, Långström, Landgren, Rahm, 2020).

I herværende undersøgelse var det dog kun en mindre andel (28 %) af de 194 case-personer, der var dømt for at begå seksualkriminalitet mod børn, der var registreret med en pædofilidiagnose. Størstedelen af de personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn under 15 år, var med andre ord ikke diagnosticeret med pædofili. Forekomsten af pædofili i denne undersøgelse var således lavere end de prævalensrater, der almindeligvis rapporteres i prævalensstudier, hvor omkring halvdelen af dømte er registreret med tilstanden, særligt i amerikanske undersøgelser og i undersøgelser, hvor diagnosen stilles klinisk (dvs. uden brug af mere objektive metoder) (Al-Dehlagi, Kristensen, Giralidi, & Bengtson, in prep., Seto, 2018). Der blev ikke observeret signifikant forskel på recidivraten for personer med og uden pædofilidiagnose (15 % vs. 12 %, $p=0,62$). Imidlertid er pædofili en tilstand, der vanskeligt lader sig eliminere og diagnosticering af pædofili kan af forskellige årsager være ganske vanskelig (Seto, 2022; Bengtson, Sørensen, & Kristensen, 2019; Eher et al., 2015; Blanchard, Lykins, Wherrett, Kuban, Cantor, Blak, Dickey, & Klassen, 2008). Dette svækker gyldigheden af fundene vedrørende recidivet blandt personer med pædofili.

Et andet forhold, der også har afgørende betydning for recidivrisiko, er krænker typer. Således har adskillige undersøgelser gennem tiden påvist betydelige forskelle i recidivet for forskellige krænker typer, hvor de højeste recidivrater generelt observeres for ekshibitionister ("blottere"), ekstrarfamiliære krænker (krænker ikke-beslægtede børn) og voldtægtsdømte (Furby et al., 1989; Bengtson & Lund, 2008), mens de laveste recidivrater rapporteres for incestkrænker (krænket beslægtede børn). I herværende undersøgelse blev det højeste recidiv til seksualkriminalitet observeret blandt personer dømt for at begå blufærdighedskrænkelser (22 %) mod 10 % af voldtægtsdømte, 10 % af § 235-lovovertrædere, 10 % af incestkrænker, og 9 % af de ekstrarfamiliære børnekrænker. De observerede gruppeforskelle var ikke signifikante.

Retter vi blikket mod resultatet af analysen af indhold og varighed af behandlingen, blev der i analysen afdækket en del ligheder i behandlingstilbuddet på de respektive behandlingsstederne men også signifikante og væsentlige forskelle. Af case-populationen blev 36 % henvist til psykiatrisk/sexologisk behandling, mens de resterende 64 % ikke var fundet motiverede for og/eller egnede til psykiatrisk/sexologisk behandling. Andelen af behandlingshenviste i herværende undersøgelse var dermed identisk med andelen af behandlingshenviste i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004), hvor der også blev anbefalet psykiatrisk/sexologisk behandling for 36 % af de i alt 622 personer, der blev visiteret mellem 01.10.1997-30.09.2001.

Af de behandlingshenviste indgik 119 (19 % af case-populationen) i analyser af behandlingen. Behandlingen varede gennemsnitlig 21 måneder, og der var ingen statistisk signifikant forskel på varigheden af behandlingstiden på de tre behandlingssteder. Der var heller ikke forskel på behandlingstiden for personer indstillet til behandling fra Herstedvester Fængsel og fra den ambulante behandlingsordning. Det gennemsnitlige antal behandlingsfremmøder i behandlingsperioden var 49, og der var ingen signifikant forskel på antal fremmøder på tværs af behandlingsstederne. Disse tal indikerer fremmøde gennemsnitligt hver anden uge. Det var kun 65 % af de behandlede, der havde modtaget minimum 18 måneders behandling, hvilket er kortere end de 2 års psykiatrisk/sexologisk behandling, der typisk anbefales.

Der var der signifikant forskel på antallet af personer, der fik henholdsvis få og mange behandlingskontakter. Patienterne i Aarhus fik i højere grad konsultationer hos psykolog eller andre faggrupper og modtog oftere kropsterapi, til gengæld så de sjældnere psykiater (ca. 1 ud 5 fik minimum 30 konsultationer hos psykiater i Middelfart og København).

I Middelfart var gruppeterapi standard, mens færre modtog gruppeterapi i Aarhus og med de færrest i gruppeterapi i København. En fjerdedel af patienterne i København fik ikke psykoterapi men støttende og/eller medicinsk behandling, mens det var 13 % af patienterne i Middelfart og 14 % af patienterne i Aarhus, der ikke fik psykoterapi.

Den hyppigst anvendte terapeutiske metode var en kombination af psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi (KAT), efterfulgt af ren KAT, der oftere blev tilbudt i Aarhus. Under 3 personer havde fået ren psykodynamisk terapi. Der var imidlertid ikke andre svarmuligheder for registrering af behandlingsform end kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, og kombination af kognitiv terapi og psykodynamisk terapi. Fremadrettet vil det være væsentligt med flere svarmuligheder, herunder udvidelse med de behandlingsformer, der anvendes i dag. Der var samme forekomst af medicinsk behandling på tværs af behandlingsstederne. Signifikant flere af patienterne i Aarhus ønskede at fortsætte på frivillig basis efter udløb af vilkår.

Ovenstående beskrivelse af indhold og frekvens af psykiatrisk/sexologisk behandling giver indtryk af, at der er en række forskelle på behandlingsforløbet på de respektive steder. Det er dog helt forventeligt, at der er forskelle på behandlingstilbud i en national behandlingsordning, som afspejler behandlernes uddannelsesmæssige baggrund på de respektive steder, men også hvilke terapeutiske traditioner, behandlerne er uddannet indenfor. Variationen i behandlingens form (fx antal behandlinger og behandlernes uddannelsesmæssige baggrund) behøver ikke nødvendigvis at udgøre et problem, så længe behandlingsindholdet i vid udstrækning er den samme, og der er fokus på de omtrentlig samme problemstillinger på tværs af stederne. Der var imidlertid ikke foretaget registrering af det specifikke behandlingsindhold. Beskrivelse af behandlingsindhold og form bør dog betragtes som et øjebliksbillede af den i inklusionsperioden (2006-09) tilbudte behandling. Den behandling, som i dag tilbydes i behandlingsordningen, er derfor med stor sandsynlighed ikke identisk med den i rapporten her beskrevne behandling, idet de løbende erfaringer nationalt og internationalt søges inkorporeret.

I metaanalyserne blev behandling baseret på RNR-principperne set at have højere effekt end andre metoder. Anbefalingen af en RNR-tilgang overfor seksualkriminelle betones også i Europarådets anbefalinger til behandling af seksualkriminelle (i fængsler) (European Committee on Crime Problems (CDPC), 2021). RNR-baseret behandling indebærer, kort beskrevet, at behandlingen planlægges

i henhold til risiko (jo højere risiko for tilbagefald, desto mere intensiv bør indsatsen være), behov (behandlingen skal rettes mod de risikofaktorer, som øger risikoen for at personen begår fornyet kriminalitet), og responsivitet/modtagelighed (at behandlingen tilpasses klienternes forudsætninger og individuelle læringsstile). RNR-baseret behandling indbefatter således brugen af strukturerede og validerede risikovurderingsredskaber (fx STATIC-99R, Harris, Phenix, Hanson, & Thornton (2010). Disse anbefalinger ligger i forlængelse af international konsensus om at undgå brugen af de såkaldte ustrukturerede risikovurderinger, dvs. risikovurderinger, der udelukkende baserer sig på kliniske skøn informeret af klinikerens viden/erfaring, da disse generelt opnår lav træfsikkerhed (svarende til chanceniveau/"plat-eller-krone") (Wertz, Schobel, Schiltz, & Rettenberger, submitted; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Ægisdóttir et al., 2006; Hougaard, 2004; Dawes, Faust, & Meehl, 2002). Dette er også påvist for danske seksualkriminelle (Bengtson & Långström, 2007). RNR-modellen fokuserer på individuelle psykologiske faktorer som forklaring på kriminel adfærd. Risikoprincippet i RNR-tilgangen indebærer fx, at man skal være varsom med at sammenblende højrisikopersoner med lavrisikopersoner i behandlingen, jævnfør at undersøgelser har vist, at højrisiko personer potentielt kan have en dårlig/afsmittende effekt på lavrisiko personer (Bonta & Andrews, 2017).

I flere af de nævnte metaanalyser fandt man ikke overraskende større effekt af specialiserede behandlingstilbud, dvs. behandling, der var særligt udviklet med henblik på behandling af seksualkriminelle. Behandlerne skal således have en højt specialiseret viden om personer, der begår seksualkriminalitet og i mange tilfælde også andre typer af kriminalitet. Der er først og fremmest behov for højt specialiseret viden om den kriminaliserede persongruppe, der har begået seksualkriminalitet; gruppen bør først og fremmest betragtes som en kriminaliseret gruppe snarere, der adskiller sig fra andre psykiatriske populationer. Den specialiserede behandling skal endvidere basere sig på en evidensbaseret internationalt anerkendt specialiseret viden om personer, der begår seksualkriminalitet. Der er således behov for kontinuert opdatering omkring international litteratur, navnlig reviews/metaanalyser vedrørende behandlingseffekt af de

respektive behandlingsmetoder og træfsikkerheden af metoder til risikovurderinger. Høj specialisering af behandlerne sker typisk gennem mødefora (såkaldte intervitioner og internater), konference-deltagelse, journal clubs, og case-supervision. Det er afgørende, at der på tværs af visitations- og behandlingssteder er fælles viden og – så vidt muligt – er konsensus om behandlingsindhold.

Ved varetagelse af specialfunktioner stilles der – udover de sundhedsfaglige kernekrav – krav om forskning, udvikling og uddannelse indenfor specialiet (Sundhedsstyrelsen, 2008). Hospitaler, der varetager en specialfunktion, skal således varetage forsknings- og udviklingsopgaver i relation til funktionen, men der er mulighed for at etablere tværgående arbejdsdeling, så de enkelte afdelinger har særlige forskningsområder. Dette sammenholdt med, at der er i Danmark, bedrives yderst begrænset forskning vedrørende seksualkriminelle, betyder, at forskning, der har til formål at forbedre og udvikle den højt specialiserede behandling af denne persongruppe, er en mindst lige så væsentlig del af at være en højt specialiseret funktion. Desuden er de højt specialiserede funktioner placeret på universitetshospitaler, hvor forskning også er en implicit del af den kliniske funktion. Særligt på dette område, hvor der generelt rapporteres lav, evt. moderat, effekt af behandlingen. Der er således behov for forskning af høj kvalitet, ligesom det er afgørende, at der kontinuert pågår dataindsamling, som dokumenterer den daglige praksis omkring visitation, vurdering af behandlingsegnet, behandling og risikovurdering/håndtering. En implicit del af forskningsaktivitet vil være at tilvejebringe viden om evidensbaseret best practice til klinikere i netværket.

Dette leder til et væsentligt problem, der er knyttet til at bedrive forskning, der har til formål at forbedre behandlingen af seksualkriminelle i Danmark; vanskelighederne med at få personer i behandlingsordningen til at give samtykke til at indgå i forskningsprojekter. Det gældende krav, om at deltagelse i et forskningsprojekt forudsætter samtykke fra undersøgelsespersonerne, er som udgangspunkt principielt korrekt og meningsfuldt. Imidlertid står vi i praksis med det problem, at det er ganske vanskeligt at få personer, der er dømt for at begå seksualkriminalitet, til at give samtykke

til at deltage i forskningsprojekter, måske i særlig grad projekter, der har til formål at undersøge, om de igen begår kriminalitet. Angsten for at blive identificeret og "afsløret" formodes at afholde mange fra at give samtykke til at indgå i forløbsundersøgelser. Der er således behov for særlig tilladelse fra myndigheder til dataindsamling, af hensynet til almenvellet og samfundsmæssig tryghed samt som en kontrol af at dømte person underkaster sig en effektiv behandling.

Herværende undersøgelse har bidraget med en række væsentlige undersøgelsesresultater, der informerer om behandlingsordningens indhold og effekt. Der var dog også en række metodiske forhold, der svækker undersøgelsen. Brugen af den såkaldte historiske kontrolgruppe betød, at case-populationen indeholdt personer, der oprindeligt ville have været inkluderet i kontrolgruppen, men som grundet recidiv til ligeartet kriminalitet i inklusionsperioden endte med at blive inkluderet i case-populationen. Dette indebærer potentielt en skævvridning af de to sammenligningsgrupper, med relativt flere højrisiko personer i case-populationen og relativt flere lavrisiko personer i kontrolgruppen. Etableringen af den historiske kontrolgruppe var ikke optimal, men det bedst mulige kompromis. En anden svaghed ved herværende undersøgelse var, at der kun indgik 109 i analysen af behandlingseffekt. Det lave antal undersøgelsesdeltagere var en følge af, at der var et lavt antal af behandlede pr. år, og der kun blev indsamlet data i en 4-årig periode, og – ikke mindst – at der for ca. hver tredje af de behandlingshenviste (35%) ikke var registreret oplysninger om behandlingsforløbet, hvorfor de måtte ekskluderes fra de statistiske analyser af behandlingsforløbsdata.

Omvendt var der også en række styrker ved undersøgelsen, der levede op til mange af de anbefalingerne til effektundersøgelser af seksualkriminelle, herunder selve case-kontrol designet, brug af en i international sammenhæng ganske lang followup for case-personer og kontroller, hvor alle blev fulgt i det samme antal år (10 år), matching af kontroller, prospektiv dataindsamling, der som udgangspunkt blev foretaget af klinikere, der havde visiteret og/eller behandlet klienten, og beregning af eksponeringstid (tid på fri fod). Der blev også indsamlet en bred vifte af oplysninger

om den visiterede, som blev kombineret med registeroplysninger fra bl.a. kriminalregisteret via Danmarks Statistik, der sammen med det svenske kriminalregister er en af de mest omfattende og valide registre i den vestlige verden, der dækker alle landet borgere og bidrager med valide mål for anmeldte og afgjorte sager (Brennan, Mednick, Hodgins, 2000). Endelig bidrog modellen til vurdering af graden af kriminel specialisering i seksualkriminalitet (specialistscoren) med lovende fund qua høj diagnostiske træfsikkerhed i forhold til forudsigtelse af personernes risiko for at begå seksualkriminalitet mod børn. Redskabets diagnostiske træfsikkerhed vil blive belyst i særskilt publikation.

Kapitel 7: Konklusion

Undersøgelsen omfatter 580 mænd, der blev visiteret i den danske behandlingsordning, i en fireårig periode (01.01.06-31.12.09) i forbindelse med at være sigtet eller dømt for at begå seksualkriminalitet. Case-populationen bestod af personer, der efter gældende lovgivning og praksis var idømt fængselsstraffe fra tre måneder til fire år (fem år for voldtægt). Case-populationen bestod i 6 ud af 10 tilfælde af personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn under 15 år. Blandt dem, der havde begået seksuelle overgreb på børn, var 28 % registreret med diagnosen pædofili. Materialet ansås for repræsentativ for mellemgruppen af personer dømt for at begå seksualkriminalitet (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015).

Fordeling af case-load i Herstedvester Fængsel og behandlingsstederne var ganske forskellig; størstedelen (80%) af visitationerne blev gennemført i Herstedvester Fængsel.

Beskrivelsen af indhold og frekvens af psykiatrisk/sexologisk behandling gav indtryk af, at der var en del forskelle på behandlingsforløbene på de respektive behandlingssteder. Den primære behandling bestod i en kombination af KAT og psykodynamisk behandling.

Resultatet af herværende undersøgelse indikerer, at der generelt var en positiv og signifikant kriminalpræventiv effekt af behandlingsordningen. Case-populationen havde 3,9 procentpoint lavere

recidivrate eller 30 % lavere risiko for at begå seksualkriminalitet i followup end den matchede kontrolgruppe. Der var lignende fund for grov seksualkriminalitet, generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold. Der var ikke forskel på gruppernes risiko for at begå børnerelateret seksualkriminalitet.

Case-kontrol studiet viste også, at behandlede generelt havde henholdsvis 22 % og 25 % lavere risiko for at begå seksualkriminalitet og generel kriminalitet end kontrolgruppen, dog var den observerede gruppeforskelle ikke statistisk signifikant, ej heller for de øvrige outcomes. Personer, der havde modtaget langvarig psykiatrisk/sexologisk behandling (af minimum 18 måneders varighed) havde signifikant og væsentlig lavere risiko for at begå seksualkriminalitet i followup, end de, der havde modtaget kortere behandlingsforløb.

Der var ingen forskel på effekten af de respektive behandlingsmetoder. Derimod havde behandlingshenviste case-personer generelt højere, dog ikke statistisk signifikant, risiko for at begå fornyet kriminalitet, end ikke-henviste case-personer. Denne sammenligning var dog ikke meningsfuld, da gruppen af behandlingshenviste var en selekteret gruppe, der bestod af personer, der i højere grad end de ubehandlede har specialiseret sig i kriminalitet mod børn, særligt præpubertære børn, end ikke-henviste.

Spørgsmålet var dog, hvad der forårsagede de observerede gruppeforskelle: Var det behandlingsordningen som helhed, psykiatrisk/sexologisk behandling, metodiske forhold eller noget fjerde? Samlet set er det på baggrund af de præsenterede resultater vores vurdering, at det aktuelle materielle indikerer, at behandlingsordningen som helhed og psykiatrisk/sexologisk behandling har en kriminalpræventiv effekt i pågældende periode. Det er dog ikke muligt med sikkerhed at konkludere noget entydigt om den direkte årsag til effekten.

Kapitel 8: anbefalinger

På baggrund af resultaterne i herværende rapport anbefales, at den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle fortsætter. Med etableringen af behandlingsordningen blev det i Danmark

for første gang muligt at tilbyde psykiatrisk/sexologisk behandling til en bred gruppe af seksualkriminelle i Danmark. Der er – som det også fremgår af anbefalingen i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) – i behandlingsordningen opbygget en omfattende ekspertise omkring behandling af seksualkriminelle, som fortsat kan udbygges og opdateres for, at sikre at risikoen for recidiv mindskes yderligere.

De internationale anbefalinger vedrørende behandling af seksualkriminelle peger på, at den danske behandling fortsat bør bestå i frivillig og ambulante behandling, der i høj grad baserer sig på kognitiv adfærdsterapi, og behandlingen bør i højere grad fremadrettet basere sig på en RNR-tilgang. Dette forudsætter, at der indføres systematiske strukturerede risikovurderinger på alle ved behandlingsstart.

Selvom forebyggelse af seksuelle overgreb på børn og voksne har samfundets højeste prioritet, gennemføres der i Danmark imidlertid begrænset forskning i, hvordan man bedst forebygger fornyet kriminalitet blandt allerede dømte, primært fordi det er yderst vanskeligt at skaffe forskningsmidler til området. Det synes derfor imperativt at genoptage og intensivere den systematiske dataindsamling, der har fundet sted i flere perioder i behandlingsordningen, med henblik på at sikre egnethedsvurderinger, evaluere omfanget, indholdet, og den kriminalpræventive effekt af den psykiatriske/sexologiske behandlingen, herunder om behandling er differentielt effektiv for forskellige typer af krænkere, jævnfør at seksualkriminelle udgør en heterogen gruppe.

Der bør endvidere iværksættes forskningsprojekter, der har til formål at udvikling/afprøvning af nye metoder til behandling af personer med pædofili og hebefili, inklusiv høj specialisering i seksualkriminalitet (fx medicinsk behandling [Landgren, Malki, Bottai, Arver, & Rahm, 2020]; brug af virtual realitet [VR] i behandling [Fromberger, Meyer, Jordan, & Müller, 2018]). Ikke mindst fordi tilliden til fund af positiv behandlingseffekt bør modereres af, at mange primærundersøgelser er metodologisk svage og kun opfylder få af nutidens minimumskrav til videnskabelige undersøgelser (Madvig et al., 2020). For at kunne gennemføre

forskningsprojektet er der behov for, at myndighederne sikrer tilladelse til dataindsamling og finansiel støtte til forskningsaktiviteterne.

Faldet i antallet af sigtede, der henvises til den ambulante behandlingsordning, giver indtryk af, at der er behov for information om behandlingsordningens eksistens til forsvarer, anklagemyndigheder, kriminalforsorgsafdelinger og arresthuse. Faldet kan også skyldes ændret eller særlig domspraksis. Der synes at være indikation for at foretage udvidelse af anvendelsesområdet for behandlingsordningen. Jævnfør at strafframmen for seksualkriminalitet i Danmark er blevet forhøjet kontinueret og der er sket ændring af retspraksis på området gennem de seneste 5-10 år (Bilag 4), kan det anbefales, at rammen for inklusion i visitationsordningen sættes op til 6 års ubetinget. Ligeledes forekommer det relevant at udvide anvendelsesområdet til at omfatte flere typer af lovovertrædelser, fx er besiddelse eller distribution af seksualiserede billeder af børn (§ 235-lovovertrædelser) ikke omfattet i den ambulante ordning med betingede domme.

Endelig synes der at være behov for at rette fokus på det case-load, der er i den særlige visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel, samt at arbejde videre med den motivationsfremmende indsats i fængslerne, og det anbefales, at der igen oprettes særlig afsoningsafdelinger, som er fysisk og psykologisk sikre for afsonere, der har begået seksualkriminalitet.

Afslutningsvis skal det understreges, at der i Danmark er behov for at videreudvikle præventive tiltag, så vi i højere grad forsøger at forebygge fremfor primært at sætte ind, når der har fundet seksuelle overgreb sted. Indsatsen skal især rettes mod personer med forhøjet risiko for at begå seksualkriminalitet, herunder tidligere dømte og ikke-dømte med seksuelle afvigelse (fx pædofili, en vedvarende seksuel interesse i børn eller seksuel sadisme), der potentielt kan ende med, at personen lever den seksuelle afvigelse ud og begår seksuelle overgreb. På denne måde kan vi i bedste fald nedbringe antallet af forurettede og hjælpe personer med potentielt kriminelle seksuelle afvigelse til fortsat at leve et liv uden at begå seksualkriminalitet.

Kapitel 1

Indledning

1.1 Baggrunden for rapporten

Som følge af vedtagelse af lov nr. 274 af 15. april 1997 om ændring af straffeloven, retsplejeloven og lov om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforborg mv. (samfundstjeneste og forstærket indsats mod seksualforbrydelser mv.) blev der i Danmark vedtaget initiativer til en forsøgsordning med en forstærket indsats over for personer dømt for at begå seksualforbrydelser, navnlig seksualforbrydelser begået mod børn (Justitsministeriet, 2007). Loven trådte i kraft den 1. maj 1997. Forsøgsordningen startede den 1. oktober 1997 og blev ved finanslovsaftalen for 2001 gjort permanent². Helt fra lovens ikrafttræden i 1997 har det været planlagt, at den forstærkede indsats overfor seksualkriminelle skulle evalueres forskningsmæssigt, navnlig den kriminalpræventive effekt af indsatsen (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004; 2015).

1.2 Forsøgsordningens etablering

Der blev udarbejdet en vejledning til forsøgsordningen, som sidenhen er revideret, men som fortsat er gældende (Justitsministeriet, 2007). Kort opsummeret skulle den forstærkede indsats overfor personer dømt for seksualkriminalitet bestå i tværsektorielle og tværfaglige indsatser kombineret med psykiatrisk/sexologisk behandling på psykiatriske afdelinger med højt specialiseret funktion i udredning og behandling af seksualkriminelle (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000; 2004; 2015).

Der blev etableret et landsdækkende netværk bestående af tre ambulante behandlingssteder med højt specialiseret funktion i behandling af seksualkriminelle: Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Retspsykiatrisk Klinik, Aarhus Universitetshospital, Skejby og Retspsykiatri Afdeling, Middelfart i samarbejde med Psykoterapeutisk Af-

snit, lokalpsykiatrien, Odense)³. Desuden blev der etableret en ny visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel (tidl. Anstalten ved Herstedvester).

Den behandlingsmæssige indsats på de deltagende behandlingsinstitutioner skulle varetages af multidisciplinære faggrupper bestående af psykiatere, psykologer, socialrådgivere og evt. andre faggrupper, og koordineres med Kriminalforsorgen (fængsel, pension, Kriminalforsorgen i Frihed (KiF)) og evt. relevante sociale myndigheder (fx hjemkommunerne) (Justitsministeriet, 2007). Den forstærkede indsats skulle være begrundet i højt fagligt niveau, hvilket skulle sikres gennem løbende undervisning, fællesmøder og fælles behandlings-supervision for medlemmerne af netværket, og personalet i fængslerne.

Der blev ved forsøgsordningens etablering i 1997 også nedsat en bredt sammensat følgegruppe ledet af Direktoratet for Kriminalforsorgen, som havde til opgave at overvåge forsøgsordningen og som havde kommissorium til at træffe beslutninger vedrørende anvendelsesområde og procedurer.

Følgegruppen bestående af de involverede afdelinger, Kriminalforsorgen (KiF, pensioner og fængsler) og repræsentanter fra Landsforeningen af Beskikkede Advokater, Socialvæsnet og Dommerforeningen kunne generelt anbefale, at forsøgsordningen blev videreført og på et tidspunkt gjort til en permanent ordning. Forsøgsordningen blev permanentgjort i 2001, herefter kaldet *behandlingsordningen*.

1.3 Behandlingsordningen og dens anvendelsesområde

Målgruppen for den forstærkede indsats er personer idømt straffe af 3-4 måneders og op til 4

2) <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2007/8>

3) Højt specialiseret funktion involverer, at behandlingen kun udbydes ét eller få steder i landet, enten fordi der er tale om til-stand, der forekommer sjældent, eller fordi helt særlige ressourcer er påkrævet.

års (dog 5 år ved voldtægt) varighed for seksualkriminalitet. Initiativet omfattede to anvendelsesområder: I. *Den ambulante behandlingsordning* (behandling som alternativ til afsoning) og II. *Visitationsordningen* (behandling som supplement til afsoning). Anklagemyndigheden, forsvareren, domstolene, eller kriminalforsorgen foretager vurdering af, hvorvidt en person er omfattet af den ambulante behandlingsordning (ambulant visitation forud for dom) eller visitationsordningen (visitation i fængsel under afsoning). Af tabel 1 fremgår inklusionskriterier for visitation i den ambulante behandlingsordning og visitationsordningen.

1.3.1 Den ambulante behandlingsordning (behandling som alternativ til afsoning)

Under den ambulante behandlingsordning hører personer, der er sigtet for en seksualforbrydelse, som ikke omfatter ikke-seksualiseret vold eller ulovlig tvang, og som efter gældende praksis forventes at blive afgjort med en fængselsstraf på mellem 4-6 måneder og op til 18 måneder.

I forarbejderne til loven fra 1997 opregnedes følgende lovovertrædelser, der navnlig kunne indgå i ordningen: Incestkriminalitet (jf. straffelovens § 210) og "adoptiv- og stedbarnsincest" (jf. SL § 223, stk. 1), grovere former for blufærdighedskrænkelser (jf. SL § 232), samleje med et barn under 18 år, der er den pågældendes plejebarn eller er betroet den pågældende til undervisning eller opdragelse (jf. SL § 223, stk. 1), eller samleje med en person, der er indsat eller anbragt i et fængsel, en børne- og ungdomsinstitution, et psykiatrisk hospital, en institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller lignende (jf. SL § 219).

Falder personen indenfor rammerne af den ambulante behandlingsordning, kan personen som alternativ til fængselsstraf idømmes en betinget straf mod at undergive sig vilkår om ambulante psykiatrisk/sexologisk behandling i typisk to år. Det er en forudsætning for at anbefale behandling som vilkår for en betinget dom, at sigtede efter en individuel vurdering findes egnede og motiverede for at gennemføre vilkåret.

Det påhviler anklagemyndigheden, forsvarer, eller den lokale kriminalforsorgsafdeling at undersøge, hvorvidt sigtede falder ind under rammerne for den ambulante behandlingsordning og potentielt kan få behandling som alternativ til ubetinget straf. Hvis gerningsindholdet og estimeret strafflængde falder ind under behandlingsordningen, har anklagemyndigheden pligt til at initiere mentalundersøgelse og personundersøgelse samt fremlæggelse for det lokale visitationsudvalg⁴, der bedømmer, om sigtede er egnede og motiverede for psykiatrisk/sexologisk behandling, hvis gerningsindholdet og estimeret strafflængde falder ind under behandlingsordningen.

Jævnfør vejledningen til behandlingsordningen kan den dømte indstilles til behandling, uanset om den dømte er helt eller delvist benægtende overfor forbrydelsen (Justitsministeriet, 2007). I praksis bliver erkendelse af det pådømte dog generelt tillagt stor betydning for, om personen vurderes egnede og motiverede til at indgå i den ambulante behandlingsordning. Visitationsudvalget kan også anbefale yderligere vilkår om fx et indledende pensionsophold (almindelig praksis), misbrugsbehandlinger og/eller forbud mod samvær med børn. Forløbet efter dommen indledes som hovedregel med 3-6 måneders ophold i en af kriminalforsorgens pensioner.

1.3.2 Visitationsordningen (behandling som supplement til afsoning)

Under visitationsordningen hører personer, der er idømt ubetinget fængselsstraf i mere end 18 måneder for seksualkriminalitet uden brug af tvang eller fysisk ikke-seksualiseret vold, og som ikke fik betinget dom, med vilkår om psykiatrisk/sexologisk behandling. Desuden hører personer idømt fra 30 dage til 4 års fængsel for seksualkriminalitet, hvor der indgik brug af tvang eller fysisk ikke-seksualiseret vold, under visitationsordningen. Fra juni 2005 blev det besluttet, at voldtægtsdømte med op til 5 års fængsel også kunne indgå i visitationsordningen. Personerne indleder afsoningen på en særlig visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel. Vurderes en indsat egnede til og motiverede for

4) I visitationsudvalget er det lokale visitationsudvalg, KiF, pensionen, evt. kommunal sagsbehandler repræsenteret. I København er Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik desuden repræsenteret.

psykiatrisk/sexologisk behandling tilbydes denne behandling som supplement til afsoning i fængsel. Ønsker den visiterede den tilbudte psykiatrisk/sexologisk behandling, kan afsoneren modtage behandling på et af de ambulante behandlingssteder. Efter afsluttet visitation overføres den dømte til fortsat afsoning på specialafdeling i ordinært fængselsregi. Behandlingen fortsætter vanligvis som et vilkår for prøveløsladelse. Dømte, der ikke er motiverede for at indgå i behandling, søges motiveret for dette både i Herstedvester Fængsel og på andre fængselsafdelinger, hvor dømte afsoner.

Personer, der er fundet omfattet af §16 (sindsygd om eller tilstand ligeså hermed) og/eller personen har fået en særforanstaltning (fx dom til psykiatrisk behandling eller anbringelse) er ikke omfattet af behandlingsordningen.

Formålet med visitation af sigtede/dømte er at tage stilling til, hvorvidt den vurderede person kan hen-

vises til behandling. De initialt vedtagne kriterier for at blive henvist til/indstillet til behandling fremgår af Tabel 2. I behandlingsordningen har der løbende været drøftelse af inklusions- og eksklusionskriterier for at blive henvist til behandling, men de oprindelige vurderingskriterier er fortsat gældende. Dog tillægges erkendelse afgørende betydning for at blive indstillet til at indgå i den behandlingsordning (ambulant psykiatrisk/sexologisk behandling som alternativ til almindelig straf, dvs. afsoning).

I praksis er målet således at foretage vurdering af, hvorvidt den visiterede person er egnet til og motiveret for psykiatrisk/sexologisk behandling. Samlet set tillægges personens ønske om at modtage/indgå i behandlingen afgørende betydning for, om personen vil blive tilbudt psykiatrisk/sexologisk behandling, idet behandlingen er frivillig. Den visiterede skal også udtrykke hel eller delvis erkendelse af at have begået det påsigtede/pådomte. Ligeledes vil personer, der vurderes at have høj recidivri-

Tabel 1. Kriterier for inklusion af sigtede/dømte i den ambulante behandlingsordning og visitationsordningen

Inklusionskriterier	Visitation	
	Den ambulante behandlingsordning	Visitationsordningen
Indeks-kriminalitet	Seksualkriminalitet uden anvendelse af fysisk ikke-seksualiseret vold, trusler herom eller anvendelse af tvang	Seksualkriminalitet med eller uden anvendelse af fysisk ikke-seksualiseret vold, trusler herom eller anvendelse af tvang, der ikke opfylder kriterierne for eller ikke har fået dom til at indgå i den ambulante behandlingsordning
Straflængde (ubetinget)	4-18 måneder	3 måneder til 4 år, for voldtægt 5 år

Tabel 2. Kriterier for behandlingshenvisning

Inklusionskriterier	Visitation	
	Den ambulante behandlingsordning	Visitationsordningen
Motivation	Skal være fundet motiveret for at indgå i et psykiatrisk/sexologisk behandlingsforløb af visitationsudvalget	Skal være fundet motiveret for at indgå i et psykiatrisk/sexologisk behandlingsforløb
Erkendelse	Hel eller delvis erkendelse af det påsigtede	Hel eller delvis erkendelse af det pådomte er ikke en forudsætning, selvom det i praksis ofte er tilfældet
Egnethed	Skal være fundet at have de personlighedsmæssige og kognitive forudsætninger for at profitere af psykiatrisk/sexologisk behandling	Skal være fundet egnet til psykiatrisk/sexologisk behandling
Recidivrisiko	Formodning om at personen ikke recidiverer i behandlingsperioden ^a	Personen kan henvises, uanset om recidivrisiko er lav eller høj

a) Har en sigtet tidligere været behandlet i den ambulante behandlingsordning, men recidiverede til ligeså kriminalitet, er det ikke muligt igen at blive henvist til den ambulante behandlingsordning jf. kravet om lav recidivrisiko i behandlingsperioden.

siko heller ikke kunne tilbydes behandling som alternativ til almindelig straf, men vil derimod kunne tilbydes behandling som supplement til almindelig straf. Derfor kan en person, der tidligere har været i behandling i behandlingsordningen, men efterfølgende har recideret til ligartet kriminalitet, som udgangspunkt ikke tilbydes behandling som alternativ til afsoning men kun behandling som supplement til almindelig straf.

I nogle tilfælde er det vanskeligt for Herstedvester at vurdere, hvorvidt en person er motiveret for og egnet til behandling. I tvivlstilfælde henvises personen til behandling, hvorefter behandlingsstedet har 3-4 måneder til at tage stilling til motivation og behandlingsegnethed. Er en person afsluttet eller ophørt i behandlingen indenfor de første 4 måneder, vurderes vedkommende ikke som værende behandlet på trods af at være henvist til og opstart i behandling. Ved visitationen i Herstedvester vil det også blive vurderet, hvorvidt der er behov for, at personen gennemfører andre typer af behandling inden behandlingsstart eller sideløbende med behandling i behandlingsordningen (fx misbrugsbehandling).

De vurderinger, der foretages af sigtede af de regionale visitationsudvalg forud for dom, fremsendes til anklagemyndigheden til brug ved den retlige processering af sagen. Dommeren træffer beslutning om pågældende kan få en betinget dom med vilkår om ambulans psykiatrisk/sexologisk behandling i typisk to år på et af behandlingsordningens behandlingssteder. Derudover vil der oftest være vilkår om indledende ophold på et af kriminalforsorgens pensioner i typisk 6 måneder og tilsyn af KiF i 2 år. Personer, der er dømt for at have begået seksuelle overgreb på mindreårige, får typisk også et vilkår om, at de ikke må have besøg af eller tage ophold (fx overnatte) på steder, hvor der befinder sig børn. Nogle får en tillægsdom efter § 236, som består i opholdsforbud, kontaktforbud, besøgsforbud mm. (Danske love, 2022).

Behandlingen skal være individuelt tilrettelagt og bestå i psykiatrisk/sexologisk intervention. Behandlingen kunne bestå i individuel behandling og/eller gruppebehandling, evt. suppleret med socialpædagogisk behandling, medikamentel behandling, og, ved behov, pårørendearbejde. Jævnfør den

nuværende vejledning til behandlingsordningen (Justitsministeriet, 2007) er det primære mål med behandlingen at mindske – eller i bedste fald at eliminere – risikoen for recidiv til ligartet kriminalitet. Dette anbefales i vejledningen nået ved, at den dømte bibringes indsigt i den seksualkriminelle handling og gennem bearbejdning af de psykologiske og personlighedsmæssige faktorer, der er årsagen til at den seksualkriminelle handling. Målet er, at den dømte erkender og tager ansvar for sine handlinger og bibringes empatisk forståelse for offerets situation. Graden af motivation for behandling er dog vekslende ligesom den dømtes evne til at arbejde med psykologiske problemstillinger. Via behandling tilstræbes at den dømte udvikler et mere realistisk billede af sig selv og af relationerne til andre, for dermed at blive bedre rustet til at erkende og respektere egne og andres grænser samt at registrere stress. Et betydeligt mål er at personen lærer at identificere potentielle risikosituationer, således at den dømte bliver i stand til at træffe passende forholdsregler med det formål at undgå at recidivere (Justitsministeriet, 2007).

Ifølge vejledningen skal behandlingen gennemføres ud fra en Step-care model. I Step-care modellen arbejdes der trinvis med at nå en række delmål for behandlingen i prioriteret rækkefølge, hvoraf de første tre som udgangspunkt forventes nået af alle: 1) Erkendelse af at have begået de pådømte handlinger, 2) Identifikation af potentielt farlige situationer i fremtiden, 3) Følelsesmæssig kontakt med de pådømte handlinger og 4) Erkendelse af at rumme farlige reaktionsmønstre” (Justitsministeriet, 2007). Der skal også, ifølge vejledningen, terapeutisk alterneres mellem en mere adfærdsorienteret, kognitiv indfaldsvinkel og en mere psykodynamisk tilgang, hvor dette er relevant, og behandlingen skal være identitetssikrende for den dømte, hvor der tages udgangspunkt i den dømtes umiddelbare evner og forudsætninger (Justitsministeriet, 2007).

Behandling kan, uanset om der er tale om behandling af personer, der er under den ambulante behandlingsordning eller visitationsordningen, afsluttes af den dømte selv, den behandlingsansvarlige afdeling eller fordi vilkåret om behandling ophører. Hvis behandlingen afsluttes før et evt. vilkår er opført, er det op til anklagemyndigheden at beslutte

om personen skal afsone reststraffen. Som udgangspunkt vil der være mulighed for at fortsætte i frivilligt forløb efter vilkårets udløb.

1.4 Tidligere empiriske undersøgelser af forsøgsordningen/behandlingsordningen

Der har fra ordningens start været politisk ønske om, at ordningen løbende skulle gøres til genstand for systematisk og kvalificeret evaluering (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000; 2004; 2015). Der er tidligere udarbejdet to rapporter, der beskriver etablering og drift af forsøgsordningen (1. Delrapport, (Netværket, 1999, jf. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) og evalueringsrapport (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2000). Der var dog særligt opmærksomhed på løbende evaluering af indholdet i og den kriminalpræventive effekt af ordningen, hvorfor der blev truffet beslutning om at foretage evaluering af behandlingsordningens indhold og kriminalpræventive effekt i perioden 1997-2001 (Slutrapport, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004), 2004-06 (Recidivundersøgelse vedrørende personer dømt for sædelighedskriminalitet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2009) og 2006-09 (Delrapport/delundersøgelse 1-3, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015).

1.4.1 Slutrapport (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004)⁵

Daværende overlæge, dr.med. Jens Lund, udarbejdede i samarbejde med de fire involverede behandlings- og visitationsinstitutioner den første forskningsrapport vedrørende den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen i ordningens forsøgsperiode, 01.10.1997-30.09.2001 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004). Af etiske grunde kunne undersøgelsen ikke gennemføres som en randomiseret kontrolleret undersøgelse, idet man ikke fandt det forsvarligt at nægte personer behandling. I stedet blev udvælgelse til behandling foretaget på baggrund af en vurdering af egnethed og behandlingsmotivation. Det blev understreget, at sammenligning af behandlede med

de ikke-behandlede ikke ville give et retvisende billede. Derfor blev det besluttet at gennemføre endnu en sammenligning med en historisk kontrolgruppe bestående af alle personer med en afgørelse for seksualkriminalitet i årene forud for forsøgsordningens start fra 01.10.1994 til 31.12.1996 (N = 610). Kontrolgruppen blev ikke matchet med case-populationen, men analyser viste, at der for en række kendte risikofaktorer ikke var signifikante forskelle på kontrolgruppen og personer visiteret i forsøgsordningen mellem 1997-2001.

I løbet af inklusionsperioden blev 622 personer henvist til Forsøgs- og Visitationsordningen, heraf 165 ambulantly visiteret før dom og 457 visiterede i Herstedvester Fængsel. Af de 165 ambulantly visiterede modtog 40 efterfølgende en ubetinget frihedsstraf og blev derfor senere også visiteret i Herstedvester fængsel. Der blev anbefalet behandling for 222 (36 %) personer, heraf for 60 % (N = 99) af de ambulantly visiterede og 25 % (N = 123) af de fængselsvisiterede.

Der blev fundet klar sammenhæng mellem alder og kriminalitet, hvor unge hyppigst blev dømt for voldtægt, hvorimod hyppigheden af incest og sexkriminalitet rettet mod mindreårige steg med alderen. Samlet set blev der registreret høj forekomst af dårlig begavelse og misbrug blandt visiterede. Der var som forventet betydelige forskelle imellem ambulantly og fængselsgruppen. Særligt belastede var de fængselsvisiterede, som var karakteriseret ved mere socialt belastet baggrund og højere forekomst af tidligere kriminalitet, mens de ambulantly visiterede gennemsnitligt var lidt ældre, bedre uddannede og havde længere erhvervs erfaring.

Hvad angik effekten af psykiatrisk/sexologisk behandling, blev recidiv defineret som betinget dom til hæfte eller straffe herover. Slutdato for opgørelsen af recidiver var 30. september 2002, dvs. at undersøgelsesgruppen blev fulgt relativt kortvarigt (navnlig personer i visitationsordningen), mellem 1-5 år, mens kontrolgruppen blev fulgt længere, mellem ca. 6-8 år. Halvdelen af dem, der omfattet af forsøgsordningen, var fulgt i under 32 måneder

5) Slutrapporten blev udarbejdet af en redaktionsgruppe bestående af psykolog Tommy Lillebæk og psykolog Ann-Charlotte Bondam, begge Herstedvester Fængsel, overlæge Ellids Kristensen og psykolog Jørgen Bech-Jessen, begge Sexologisk Klinik, Rigshospitalet, professor, overlæge dr.med. Thorkil Sørensen, Odense Universitetshospital og adm. overlæge Peter Fristed, Retspsykiatrisk Afd., Middelfart Sygehus, ledende overlæge Trine Arngrim og overlæge dr.med. Jens Lund, begge Retspsykiatrisk Afd. Risskov.

(2,7 år), mens alle kontroller var fulgt i mindst 69 måneder (5,8 år). Ved sammenligning af behandlede og kontroller blev der taget højde for forskelle i observationstid, ligesom der blev korrigeret for tidligere kriminalitet.

Ved sammenligningen af behandlede og ikke behandlede blev der observeret recidiv til generel kriminalitet for 14 % af de behandlede og for 24 % af de ubehandlede i followup-perioden; behandlede havde således signifikant lavere recidivrisiko end ubehandlede for kriminalitet generelt (OR: 0,51; χ^2 : 8,85; $p < 0,01$). Derimod blev der ikke fundet signifikant forskel på recidivet til seksualkriminalitet blandt behandlede og ikke-behandlede, idet 4,5 % ($n=10$) af behandlede, herunder 5,1 % af behandlede efter ambulant visitering (5/99) og 4,1 % af de behandlede efter visitering i Herstedvester (5/123), vs. 2,5 % (10/400) af de ubehandlede begik fornyet seksualkriminalitet i followup-perioden (χ^2 1,80 $p > 0,15$). Den lave absolutte forekomst af recidiv til seksualkriminalitet blev forklaret som følge af den korte observationstid, idet recidiv til denne type kriminalitet ofte kan finde sted efter længere tidsobservation. Omkring to tredjedele af recidivisterne begik den type seksualkriminalitet, som personen var dømt for ved indeksafgørelsen (den kriminalitet, der førte til henvisning til ordningen). Blandt de behandlede, var det primært de personer, der havde begået seksuelle overgreb på mindreårige, der begik fornyet seksualkriminalitet.

Rapporten konkluderede, at en direkte sammenligning af de to grupper (behandlede vs. ubehandlede) ikke var meningsfuld, fordi forekomsten af betydningsfulde prædiktorer for recidiv – såkaldte confounders – var forskellig i de to grupper, og at der ved udvælgelsen af personer til behandling var blevet lagt vægt på at henvise personer med høj risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet til behandling, selvom disse personer ikke nødvendigvis i øvrigt var egnede til behandling. Personer henvist til behandling havde med andre ord per se en dårligere prognose end ikke-behandlede; et højere recidiv for denne gruppe kunne med andre ord ikke tages som indtægt for manglende behandlingseffekt, men skulle snarere betragtes som en følge af, at disse personer i forvejen havde højere risiko for at recidivere.

Der var dog en afgørende, men ikke signifikant, forskel imellem behandlede efter fængselsvisitation og kontroller, idet de fængselsvisiterede havde færre recidiver (RR 0,53 χ^2 1,82 $p=0,17$ 95 % sikkerhedsgrænser for RR 0,20-1,35). Recidivrisikoen for personer behandlet efter ambulant visitation var på niveau med risikoen for kontrolgruppen, når de blev sammenlignet med den del af kontrolgruppens personer, der er idømt betinget- eller korterevarende ubetinget straf (RR=0,96, 95 % KI: 0,38-2,43; χ^2 0,001, $p=0,94$).

Forfatterne bag rapporten konkluderede, at forskningsprojektets resultat samlet set ikke kunne påvises en sikker recidivforbyggende effekt af selve behandlingen i forsøgsordningen, men at resultaterne kunne opfattes som udtryk for en tendens til, at behandling reducerede forekomsten af recidiv. Det blev anbefalet og vurderet nødvendigt at gennemføre en undersøgelse med længere observationstid, inddragelse af et større antal undersøgelsesdeltagere samt match af kontroller på centrale områder, der er kendt for at være relateret til recidivrisiko.

Forskningsrapporten gav anledning til visse justeringer af såvel visitation som behandling, og det blev besluttet at gennemføre fornyet undersøgelse af ordningen.

1.4.2 Recidivundersøgelsen (2009)

Undersøgelsen havde til formål at belyse, hvor stor en andel af de personer, der var dømt for seksualkriminalitet og var blevet løsladt 2004-2006 efter en dom på mindst 90 dage, der recidiverer til ny kriminalitet i løbet af henholdsvis 2, 4, og 6 år ($n=405$).

I recidivundersøgelser i Direktoratet for Kriminalforsorgen anvendes sædvanligvis en toårig observationsperiode for recidiv. Argumentet for at operere med længere observationsperioder i undersøgelsen var, at undersøgelser viser, at personer dømt for at begå seksualkriminalitet ofte recidiverer senere end personer dømt for anden kriminalitet. For alle 405 dømte fandtes en toårig observationsperiode, men kun en treårig observationsperiode for 343 og en fireårig observationsperiode for 194 af de dømte.

Undersøgelsen viste, at i alt 3 % af de dømte efter to år var recidiveret til ny seksualkriminalitet. Efter tre år var det 4 % og efter fire år var det 6 %, der havde recidiveret. Det blev undersøgt, om der var en signifikant forskel på recidivet for personer løsladt med særvilkår om behandling og personer løsladt uden særvilkår om behandling. Undersøgelsen fandt, at der ikke var signifikante forskelle i recidivet, uanset om de prøveløsladte havde været i behandling eller ej. Rapporten konkluderede, at undersøgelsen ikke gav mulighed for at konkludere, hvorvidt der var en recidivhæmmende effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling grundet det lave antal recidivister. Det blev konkluderet, at noget sådant ville kræve en kvalitativ undersøgelse af de enkelte sager.

1.4.3 En undersøgelse af behandlingsordningen – Delrapport 1, visitationsundersøgelsen (2015)

Tidligere ledende overlæge, Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, København, og psykiatrisk konsulent i Direktoratet for Kriminalforsorgen, Peter Kramp (1941-2015), blev bedt om at forestå en forløbsundersøgelse af Behandlingsordningen. I 2006 udarbejdede Peter Kramp i samarbejde med en forskergruppe fra Behandlingsnetværket en forskningsprotokol, der beskrev baggrund, formål og forskningsdesign for forløbsundersøgelsen, og undersøgelsen blev iværksat af de fire institutioner, der indgår i Behandlingsordningen, i samarbejde med Direktoratet for Kriminalforsorgen (Kramp, 2009). Målet var gennemførelse af tre Delrapporter, henholdsvis af visitationspraksis (*Delrapport 1: Visitationsundersøgelsen*), behandlingsindhold (*Delrapport 2: Beskrivelse af Behandlingen*) og kriminalpræventiv effekt af behandling (*Delrapport 3: Effektundersøgelsen*). Alle tre Delrapporter skulle følge samme kohorte: personer, der i forbindelse med at være sigtet eller dømt for at begå seksualkriminalitet var omfattet af behandlingsordningen i perioden 1.1.2006-31.12.2009.

Den første Delrapport (Visitationsundersøgelsen) blev udarbejdet af Peter Kramp i samarbejde med

de fire involverede behandlings- og visitationsinstitutioner (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015)⁶ og havde til formål at belyse visitationen af målgruppen. Data blev indsamlet på behandlingsstederne og i Herstedvester Fængsel. Data indsamlet i Herstedvester Fængsel blev imidlertid indsamlet på ny grundet manglende oplysninger om bl.a. diagnoser. I den nye indsamling i Herstedvester, blev der kun indsamlet data for omkring hver anden af de dømte. Denne anden dataindsamling adskilte sig derfor fra den oprindelige dataindsamling, da den var retrospektivt og uden brug af klinisk interview og gennemført af klinikere, der oftest ikke havde mødt den vurderede.

Delrapport 1 inkluderede i alt 414 personer, heraf 149 visiteret ambulant på behandlingsstederne og 265 visiteret i Herstedvester Fængsel. Det skal bemærkes, at aktuelle rapport ligeledes baserer sig på analyse af data for denne kohorte. Kohorten bestod overvejende af personer, der som hovedforhold havde begået seksuelle overgreb på egne eller andres børn (n=271, 65 %). Syv procent var sigtet/dømt for download/distribution af utugtige billeder af børn som hovedforhold (N = 28), mens 24 % (N = 99) var sigtet/dømt for at have begået voldtægt som hovedforhold. Ca. halvdelen havde mindst en yderligere sigtelse/afgørelse for seksualkriminalitet. Der var i alt 627 forurettede i de inkluderede sager, hvoraf ca. 80 % var børn under 15 år. I alt 23 % (N = 102) var aktuelt sigtet/dømt for anden kriminalitet end seksualkriminalitet. I alt 17 % (N = 69) havde begået anden personfarlig kriminalitet. Ca. hver femte (N = 73, 18 %) var dømt for at have begået seksualkriminalitet tidligere. Omkring to tredjedele af disse (N = 51) havde to eller flere tidligere kriminelle afgørelser.

De behandlede var gennemsnitlig omkring 40 år, dog med stor aldersmæssig spredning (16-86 år) i gruppen. Hovedparten (67 %) blev ved visitationen diagnosticeret som havende en personlighedsforstyrrelse. Halvdelen (51 %) blev fundet jævnt til normalt begavet, mens 41 % blev fundet normalt til velbegavet. I alt 34 % blev fundet påvirket af alkohol

6) Slutrapporten blev udarbejdet af Peter Kramp samt en følgegruppe med repræsentanter fra de fire institutioner i Netværket, herunder Susanne Bengtson, cand. psych., ph.d., seniorforsker, Afdeling for Retspsykiatri, Aarhus Universitetshospital, Risskov, Camilla Bock, ledende overlæge, ph.d., Anstalten ved Herstedvester, Peter Fristed, ledende overlæge, Retspsykiatrisk afdeling, Middelfart, Thorkil Sørensen, Psykoterapeutisk afsnit, Odense Universitetshospital, samt ledende overlæge, lektor Ellids Kristensen, Sexologisk klinik, Psykiatrisk Center København. De statistiske analyser blev udarbejdet af lektor, cand. stat. Gorm Gabrielsen, Copenhagen Business School.

på gerningstiden for de påsigtede/pådomte handlinger, mens 25 % blev vurderet at have et egentligt alkoholmisbrug. Historisk betragtet blev i alt 19 % vurderet at have oplevet stor social belastning, 53 % nogen belastning og 28 % ingen belastning.

I alt 19 % (N = 79) af kohorten blev diagnosticeret som havende pædofili. Der var signifikant flere af de personer, der afsonede i Herstedvester Fængsel, som blev diagnosticeret med pædofili. Blandt personer, der var sigtet/dømt for seksuelt at have krænkede børn udenfor familien (ekstra-familære krænkere), fik 44 % stillet diagnosen pædofili i forbindelse med visitationen. Incestkrænkerer, også benævnt intrafamilære krænkere, var ekskluderet fra analysen af forekomsten af pædofili-diagnosen. Undersøgelsen viste, at Herstedvester Fængsel tillagde pædofili-diagnosen positiv betydning for, hvorvidt der blev anbefalet behandling for en person, mens afdelingerne var mere tilbageholdende med at indstille personer med pædofili til behandling i den ambulante ordning grundet risikoen for kriminelt recidiv i den ambulante behandlingsperiode.

Resultaterne i Delrapport 1 er sammenlignelige med resultaterne i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004), hvad angår alder på sigtede/dømte, typer af seksualkriminalitet samt omfang og karakter af misbrug af alkohol og illegale stoffer. Der var der et marginalt fald i antallet af personer, der fik anbefalet behandling, fra første til anden rapport. Ligeledes var de, der blev indstillet til behandling i seneste rapport, i højere grad dømt for blufærdighedskrænkelser og for besiddelse mv. af pornografiske billeder af børn end i første rapport, antageligt grundet stigning i denne kriminalitetstype og ændret domspraksis med længere straffe for denne type af lovovertrædelse.

Nogle år efter Peter Kramps død overlod Kriminalforsorgen projektansvaret for Delrapport 2 (behandlingsindhold) og 3 (kriminalpræventiv effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling) til Susanne Bengtson, cand.psych., ph.d., specialist i psykoterapi, seniorforsker, og Ellids Kristensen, speciallæge i psykiatri, tidligere ledende overlæge, lektor emerita, begge med ansættelse på Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden.

1.5 Den aktuelle undersøgelse: Delrapport 2 og 3

I nærværende rapport er Delrapport 2 og 3 slået sammen. Rapporten ligger, som nævnt overfor, i forlængelse af Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) og præsenterer således resultater for den kohorte, der indgår i Delrapport 1. Gennemgang af metode, materiale og resultater fra Delrapport 2 og 3 præsenteres samlet i herværende rapport og bygger tidvis på resultater, der også er belyst i Delrapport 1 ("Visitationsundersøgelsen").

1.5.1 Forskningsspørgsmål

Det primære formål med Delrapport 2 var at tilvejebringe viden om omfanget og indholdet af psykiatrisk/sexologisk behandling tilbudt i regi af behandlingsordningen mellem 2006 og 2009, mens formålet med Delrapport 3 var undersøgelse af den kriminalpræventive effekt af hhv. (i) behandlingsordningen og (ii) den psykiatrisk/sexologiske behandling, der gives i regi af behandlingsordningen.

På denne baggrund ønskes følgende specifikke forskningsspørgsmål belyst i nærværende rapport:

- 1) Hvor stor en andel af visiterede blev henholdsvis henvist til, modtog, og gennemførte psykiatrisk/sexologisk behandling og af hvilken varighed og med hvilke behandlingsformer?
- 2) Har personer, der er visiteret i behandlingsordningen i inklusionsperioden, lavere risiko for at begå ligartet kriminalitet og/eller anden kriminalitet end en matchet kontrolgruppe?
- 3) Har personer, der har gennemført psykiatrisk/sexologisk behandling i regi af behandlingsordningen lavere risiko for at begå ligartet kriminalitet og/eller anden kriminalitet end deres matchede kontroller og ubehandlede visiterede?
- 4) Målet var desuden at belyse, hvorvidt behandling mindskede grovheden, hyppigheden og hastigheden af det kriminelle recidiv, samt afdekke faktorer, der karakteriserede personer, der recidiverede til fornyet ligartet kriminalitet.

Kapitel 2

Materiale og metode

2.1 Studie design og population

Herværende undersøgelse er gennemført som en national prospektiv multicenter case-kontrol undersøgelse. Som omtalt ovenfor er data dog, for ca. halvdelen af gruppen visiteret i Herstedvester Fængsel indsamlet retrospektivt og ikke prospektivt.

Herværende undersøgelse inkluderer alle personer, der i forbindelse med at være sigtet eller dømt for seksualkriminalitet var omfattet af behandlingsordningen i perioden 01.01.2006-31.12.2009. Der er desuden trukket en kontrolgruppe fra Kriminalregisteret, som er matchet på faktorer, der i empiriske undersøgelser er fundet at være prædiktorer for ligeartet kriminalitet.

2.1.1 Det samlede materiales omfang

De to primære sammenligningsgrupper i undersøgelsen bestod af henholdsvis 1) case-populationen, dvs. alle personer, der blev visiteret i behandlingsordningen i perioden 2006-09, og 2) en matchet kontrolgruppe, dvs. alle kontrolpersoner trukket for personer.

2.1.1.1 Case-population – personer visiteret i behandlingsordningen 2006-09

Resumerende udgøres case-populationen af to hovedgrupper, der er defineret i henhold til, hvor visitationen af personen har fundet sted enten i regi af (i) den ambulante behandlingsordning (visitationen er foretaget på et af behandlingsordningens ambulante visitations- og behandlingssteder i København, Aarhus eller Middelfart) eller (ii) visitationsordningen (visitation er foretaget på den særlige visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel).

Herværende undersøgelse inkluderer personer, der i forbindelse med at være sigtet eller dømt for seksualkriminalitet, blev visiteret i regi af behandlingsordningen i perioden 01.01.2006-31.12.2009 (herefter refereret til case-populationen)⁷.

I løbet af den 4-årige inklusionsperiode blev der i behandlingsordningen registreret 717 (ikke-unikke) kontakter, herunder 149 via den ambulante behandlingsordning og 568 personer via Herstedvester Fængsel (visitationsordningen).

Hvad angik de 568 visiterede i Herstedvester Fængsel, bestod dette datamateriale som tidligere nævnt af to datasæt. Dels var der indsamlet datamateriale prospektivt for alle i inklusionsperioden (2006-09), men grundet mistanke om fejl i dataindsamling blev data indsamlet på ny i 2013 (retrospektiv dataindsamling) af en anden gruppe af klinikere for ca. halvdelen af den samlede fængselskohorte. Den gruppe af visiterede, der fik indsamlet data i perioden 2006-09, men ikke i 2013 er herefter refereret til som datasæt 1 (N = 281). Den anden gruppe af visiterede, der fik indsamlet data to gange – første gang i perioden 2006-09 og igen i 2013 – er refereret til som datasæt 2 (N = 287).

Flow-chartet i Figur 1 illustrerer antallet af visiterede personer og antallet af personer ekskluderet fra undersøgelsen/analyserne. Af de 717 kontakter blev 42 dubletter ekskluderet, dvs. personer, der først var visiteret i den ambulante behandlingsordning og senere i visitationsordningen, fordi de fik ikke dom efter den ambulante behandlingsordning. Disse dubletter figurerer med status enten svarende til visitationsordningen (datasæt 2, n = 21) eller ambulante behandlingsordning (datasæt 1, N = 21)⁸. Således havde i alt 675 forskellige individer været visiteret i behandlingsordningen i inklusionsperioden.

For at blive inkluderet i de statistiske analyser skulle personen udover at være visiteret tillige være dømt for den seksualkriminalitet, der udgjorde henvisningsårsagen. Der skulle med andre ord foreligge oplysninger, der vidnede om, at personen jævnfør Kriminalregisteret var dømt (tiltalefrafald eller højere kriminel afgørelse) for at have begået den seksualkriminelle handling, der førte til, at

7) Der kan være personer, der principielt er omfattet af behandlingsordningen i denne periode, som grundet langvarig varetægtsfængsling, udstået straf, eller overbelægning i Herstedvesterafdelingen, ikke er blevet visiteret og derfor ikke er inkluderet i undersøgelsen.

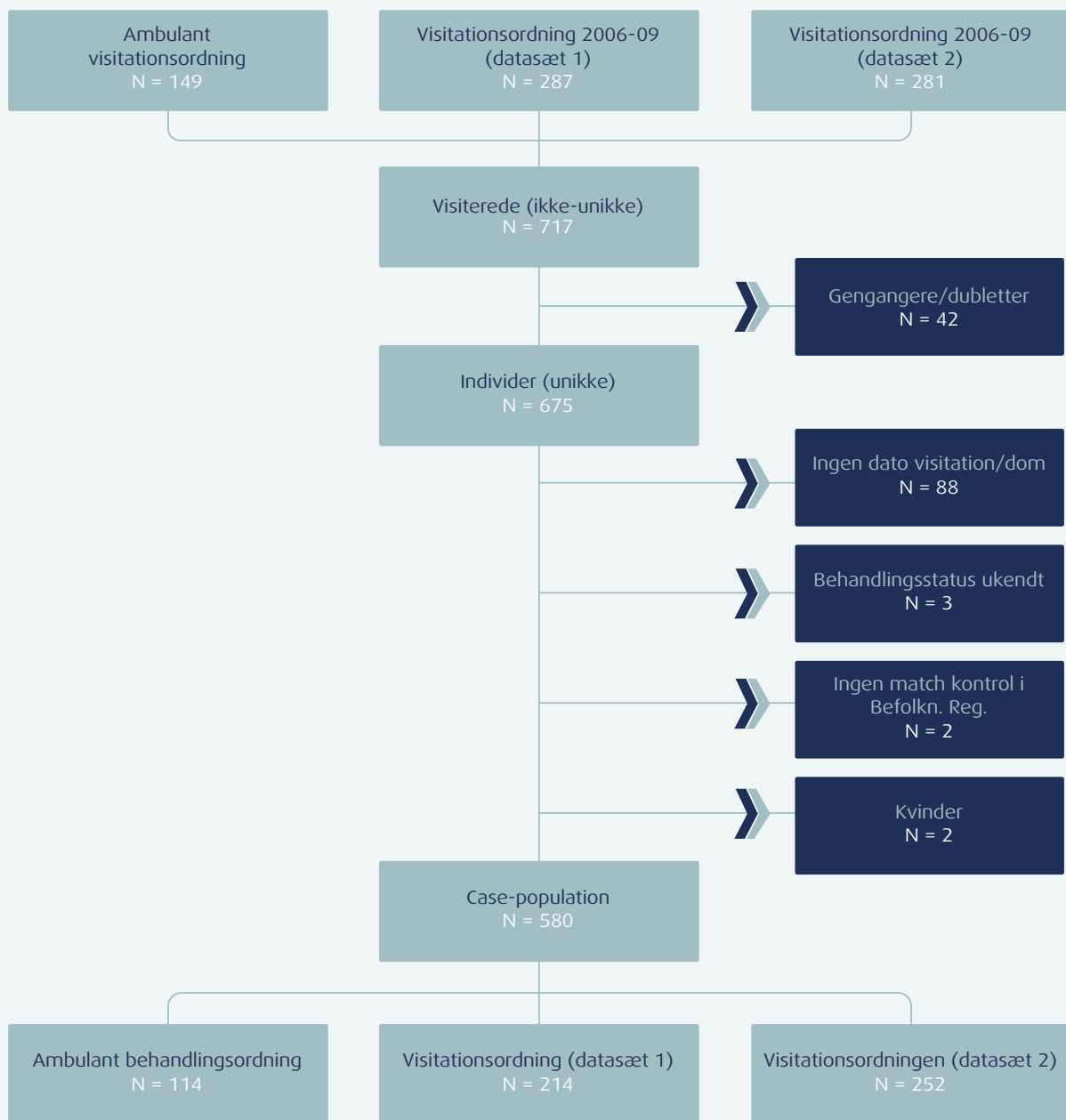
8) De 42 dubletter fordeler sig med 21 personer, der indgår både i stamdata hos visitationsudvalgene og i datasæt 1, og følgelig henført til visitationsudvalget. De øvrige 21 personer fik også indsamlet data i 2013 (datasæt 2), hvorfor disse personer figure-rer som værende visiteret i visitationsordningen (Herstedvester Fængsel).

personen blev visiteret i behandlingsordningen (indeks-seksualkriminalitet) og tidspunktet for denne (domsdato). Datoen for dom skulle enten matche den i visitations-skemaet noterede domsdato (+/- 30 dage) eller den noterede dato for visitation. Var personen visiteret i visitationsordningen skulle domsdato ligge senest 3 år før tidspunktet for visitation. Var personen visiteret i den ambulante behandlingsordning skulle afgørelsesdatoen ligge

senest 3 år efter. For at blive inkluderet i case-population skulle der også foreligge oplysning om dato for visitation. For at blive inkluderet skulle personen endvidere kunne identificeres i Befolkningsregistret. (Bef).

Disse inklusionskriterier betød, at 95 personer måtte ekskluderes fra undersøgelsen (3 grundet ukendt behandlingsstatus⁹, 2 manglede matchet

Figur 1. Flow-chart for inkluderede og ekskluderede undersøgelsespersoner visiteret i den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle 2006-09



kontrolperson i Befolkningsregistret, og 2 var kvinder). Hermed var case-populationen nede på 580 personer, som inkluderedes i samkøringen med data fra DST. Case-populationen fordelte sig med 114 (19,7 %) personer fra den ambulante behandlingsordning og 466 (80,3 %) personer fra visitationsordningen (Herstedvester Fængsel), hvoraf 252 indgik med de senest indsamlede data (datasæt 2) og 214 med de oprindeligt indsamlede data (datasæt 1).

2.1.1.2 Matchet kontrolgruppe

Der blev etableret en kontrolgruppe, idet brug af kontrolgruppe er afgørende for med en vis sikkerhed at kunne vurdere, om en given intervention giver en bedre effekt end ingen intervention.

Kontrolgruppen blev trukket fra Kriminalregisteret via DST, bestående af personer, som ikke havde indgået i behandlingsordningen og som var dømt for at begå seksualkriminalitet mellem 1985 og 1996, dvs. inden behandlingsordningens etableringen i 1997.

Der blev foretaget 1:1 matchning mellem case-personer og kontrolpersoner på køn, fødselsår (aldersgrupper: 15-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år og 55+ år), indeks-seksualkriminalitet (hoved eller bi-forhold), og kriminel afgørelse med case-personerne. Kontrolpersonen skulle med andre ord have samme køn og omtrentlig samme alder og være registreret i Kriminalregisteret for at have begået (omtrentlig) samme type af seksualkriminalitet som case-personen og være idømt samme sanktion (afgørelsestype) mellem 1985-1996¹⁰. Desværre var det ikke muligt at matche case-personer og deres kontroller på tidligere seksualkriminalitet pga. relativt små grupper af potentielle kontroller i de danske registre. Var en case-person dømt for at begå incest (SL §210) og idømt ubetinget straf (fængsel) herfor, skulle pågældendes kontrol også være idømt fængsle for incest ved baseline-kriminaliteten.

Matchning på seksualkriminalitet tog udgangspunkt i en inddeling af seksualkriminalitet i 10 kategorier (Tabel 3). Inddelingen tager udgangs-

punkt i den kategorisering af seksualkriminalitet, der blev anvendt i Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015). Samtlige former for seksualkriminalitet inkluderer forsøg på overtrædelse af den enkelte bestemmelse, jf. straffelovens § 21. Personer, der var sigtet/dømt for flere forhold, blev placeret i kategorinummet med det laveste tal, fx blev en person der var dømt for samleje med barn under 12 år (kategori 3) og desuden dømt for besiddelse af pornografiske billeder af børn (kategori 8), placeret i kategori 3. Der henvises til Bilag 1 for en detaljeret oversigt over kategoriseringen af seksualkriminelle lovovertrædelser og de respektive strafferetlige paragraffer og gerningskoder i Danmarks Statistik.

Det var ikke muligt at opnå fuldstændigt match, hvad angik indeks-kriminalitet og afgørelse for kategori 8 kriminalitet (udbredelse, besiddelse, eller spredning af pornografiske billeder, film, mv. af personer under 18 år) grundet hævelse af sanktionen og udvidelse af bestemmelsens anvendelsesområde. På afgørelsestidspunktet for kontrolpersonerne var sådanne overtrædelser sjældnere og blev typisk afgjort med bødedom. Derfor er case-personer idømt ubetinget/betinget dom for kategori 8 lovovertrædelser matchet med kontrolperson idømt bødedom for samme type lovovertrædelse.

2.1.2 In- og eksklusion af case-personer i statistiske analyser

I nærværende rapport gennemføres en række komparative undersøgelser af forskellige persongrupper med henblik på at besvare forskningsspørgsmålene vedrørende behandling og kriminalpræventiv effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling. Grundet givne in- og eksklusionskriterier indgår der varierende antal case-personer og kontroller i de respektive analyser.

Den første selektion i case-population sker i kapitel 4, hvor indhold og varighed af psykiatrisk/sexologisk behandling belyses. I denne analyse inkluderedes kun case-personer, der havde modtaget

9) Uklarhed vedrørende behandlingsstatus refererer til at personen har haft flere startskemaer eller statusskemaer eller uklarheder om behandlingsstart.

10) Afgørelsestype var opdelt på betinget/ubetinget afgørelse, bøde, og tiltalefrafald jf. § 722 (afgørelse, der typisk falder i sager hvor den påsigtede lovovertrædelse efter loven ikke kan medføre højere straf end bøde og forholdet er af ringe strafværdighed) og §723 (vilkår for tiltalefrafald).

Tabel 3. Seksualkriminalitet inddelt i 10 kategorier^{a,b}

Kategori	Beskrivelse	Paragraffer
Kategori 1	Voldtægt af personer 15+ år: Ved anvendelse/trussel om ikke-seksualiseret vold eller ulovlig tvang o/15 år, Voldtægt ved udnyttelse af hjælpeløs tilstand Samleje med ulovlig tvang And. kønsl. omgæng. v/ikke-seksualiseret vold el. ulovlig tvang Homoseksualitet v/ikke-seksualiseret vold el. ulovlig tvang Andet seksuelt forhold ved ikke-seksualiseret vold/trussel om ikke-seksualiseret vold	§216; §217; §224 jf. 216; §224 jf. 217; §225 jf. 216; §225 jf. 217; §216, stk. 1 nr. 1; §216, stk. 1 nr. 2; §225 jf. §216, stk. 1
Kategori 2	Incest: Blodskam (børn u/15 år), Blodskam i øvrigt, Blodskam/søskende (børn u/15), Blodskam iøv./søskende, Blodskam anden kønsl.omg.(u/15), Blodskam anden kønsl.omg.søskende, Blodskam iøv. anden kønsl.omg., Blodskam, andet seksuelt forhold børn u.15 år	§210, stk. 1-3
Kategori 3	Samleje/anden kønslig omgængelse u/12 år: Samleje med barn under 12 år, And. kønsl. omg. m/barn u/12år, Homoseksualitet m/barn u/12 år, Hom. seks.v/ikke-seksualiseret vold m/barn u/12år, Hom.seks.v/ulovl.tvang m/barn u/1, Uagtsom s.forbr. m/barn u/12år, Voldtægt ved samleje barn u.12 år, Andet seksuelt forhold barn u.12 år	§222, stk. 2; §224 jf. 222, stk. 2; §225; §225 jf. 216; §225 jf. 217; 226 jf. 222, stk. 2; §216, stk. 2; §225 jf. 216, stk. 2
Kategori 4	Samleje/anden kønslig omgængelse u/15 år: Samleje med barn under 15 år; And. kønsl. omg. m/barn u/15 år; Homoseksualitet m/barn u/15 år; Hom. seks.v/ikke-seksualiseret vold m/barn u/15år; Hom.seks.v/ulovl.tvang m/barn u/1; Uagtsom s.forbr. m/barn u/15år; Samleje med barn u.15 år; Andet seksuelt forhold med barn u.15 år	§222, stk. 1; §224 jf. 222, stk. 1; §225; §225 jf. 216; §225 jf. 217; 226 jf. 222, stk. 1; §222; §225 jf. 222
Kategori 5	Samleje adoptivbarn, stedbarn mv.: Samleje m.prostit.u.18-kunde; Samleje m. plejeb./stedb. mv.; Samleje ved forførelse; And. kønsl. omg. m/pl./st.barn; And. kønsl. omg. v/forførelse; Samleje ved forførelse; Samleje med prostitueret u. 18 år – kunde; Andet seksuelt forhold end samleje med prostitueret u. 18 år – kunde	§223a; §223, stk. 1; §223, stk. 2; §224 jf. 223, stk. 1; §224 jf. 223, stk. 2; §223, stk. 2; §224, stk. 2; §225 jf. 224, stk. 2
Kategori 6	Samleje, institution mv.: Samleje m.prostit.u.18-kunde; Samleje m. plejeb./stedb. mv.; Samleje ved forførelse; And. kønsl. omg. m/pl./st.barn; And. kønsl. omg. v/forførelse; Samleje ved forførelse; Samleje med prostitueret u. 18 år – kunde; Andet seksuelt forhold end samleje med prostitueret u. 18 år – kunde	§218; §218, stk. 2; §219; §220; §221; §224 jf. 218; §224 jf. 219; §224 jf. 220; §224 jf. 221
Kategori 7	Blufærdighedskrænkelse: Blufærdighedskrænkelse; Blufærdighedskr. v/beføling; Blufærdighedskr. v/blotteri; Blufærdighedskr. v/beluring; Bluf.kr. v/verb. uterl. o.lign; Bluf.kr. v/anden uterlighed; Blufærdighedskrænkelse i øvr.	§ 232
Kategori 8	Pornografiske billeder af børn: Utugtig foto/filmopt.af pers.u.18; Rekruttere/medvirke til utugtig optræden af personer under 18 år; Overvære utugtig optræden af personer under 18 år; Pornografi; Børnepornografibesiddelse af; Pornografiske foto/filmoptagelse af person u. 18 år; Børnepornografi, besiddelse af/bekendt med	§230 1. og 2. led; §235a, stk.1; §235a, stk.2; §234; §235, stk. 1; §235, stk. 2; §226
Kategori 9	Rufferi: Rufferi; Fremme af utugt; Udlejning af værelse til utugt; Alfonseri (underhold); Alfonseri (deler bolig); Forulempet v. opford. t. utugt	§228; §229, stk. 1; §229, stk. 2; §229, stk. 3; §229, stk. 4; §233
Kategori 10	Vilkår: Overtrædelse af pålæg; Meddelt pålæg; Overtrædelse af bestemmelser i straffelov §236	§236

a) Samtlige former for seksualkriminalitet inkluderer forsøg på overtrædelse af den enkelte bestemmelse, jf. straffelovens § 21.

b) Personer, der var sigtet/dømt for flere forhold, blev placeret i kategorinummeret med det laveste tal ("alvorligste" kriminelle handling).

minimum 4 måneders behandling, og som var registreret med oplysninger om behandlingsforløbet (N = 119). Der blev ekskluderet 91 case-personer, der havde modtaget behandling i under 4 måneder, eller som ikke var registreret med behandlingsoplysninger. I de fire komparative analyser

vedrørende kriminelt recidiv i kapitel 5 blev der også ekskluderet case-personer fra analyser.

Ved sammenligning af case-population og matchede kontroller i kapital 5 blev 39 case-personer ekskluderet, enten fordi den aktuelle sag (indeks-

forholdet) blev afgjort med særforanstaltning (N = 4) eller frifindelse (N = 2), eller fordi det ikke var muligt at finde en kontrol, der matchede case-personen (N = 33). Hermed blev case-populationen reduceret til 541 mandlige case-personer ud af 580 mulige, som kunne indgå i de statistiske analyser i case-kontrol undersøgelsen.

Dernæst blev 10 case-personer ekskluderet fra sammenligningen af behandlede (minimum 4 måneders psykiatrisk/sexologisk behandling) med matchede kontroller, da det kun var muligt at identificere matchet kontrol for 109 ud af de 119 case-personer, der havde modtaget minimum 4 måneders behandling.

I den sidste komparative analyse af behandlingshenviste og ikke-behandlingshenviste case-personer indgik hele case-populationen som udgangspunkt, fraset enkelt delanalyser, der havde fokus på subgrupper (fx case-personer med fængselsdom, case-personer med oplysninger om tidligere kriminalitet fra 15. leveår m.v.).

2.2 Procedure

Undersøgelsen er baseret på data indsamlet i forbindelse med visitering og behandling af personer i behandlingsordningen jævnfør manual for indsamling af data i perioden 2006-09 samt registerdata trukket fra Danmarks Statistik for perioden 1980-2019.

2.2.1 Data indsamlet for case-personer i forbindelse med visitation og behandlingsforløb

I forbindelse med visitation af undersøgelsespersonerne i visitationsudvalgene i København, Aarhus, Middelfart og Herstedvester Fængsel, blev der indsamlet oplysninger om sociodemografi, kriminologiske karakteristika for tidligere og indeks-kriminalitet (kriminalitetstyper, oplysninger om de forurettede, misbrug på gerningstiden, etc.), personlighedsvariable, behandlingsdata, visitationsudvalgets indstilling, behandlingsplan og oplysninger om tidligere behandling i regi af behandlingsordningen. Visiterende psykiater og/eller psykolog skulle ved visitationen også tage stilling til evt. psykiatrisk komorbiditet jf. WHO ICD-10 (2013). Der blev differentieret mellem følgende hoveddiagnoser: Organisk forstyrrelse

(ICD-10: F00-F09), skizofreni mv. (ICD-10: F20-F29), affektive sindslidelser (ICD-10: F30-F39), nervøse, stressrelaterede og somatoforme tilstande (ICD-10: F40-F48), egentlige personlighedsforstyrrelser (ICD-10: F60-F62) og andre tilstande (øvrige diagnoser). I de statistiske analyser blev følgende opdeling af hoveddiagnoser anvendt: Organiske psykiske forstyrrelser (ICD-10: F0), nervøse og stressrelaterede lidelser (ICD-10: F4), personlighedsforstyrrelser (ICD-10: F6), øvrige diagnoser (ICD-10: F2, F3, F5, F7, F8, F9), og ingen diagnose.

Der blev ved visitation desuden jævnfør ICD-10 (WHO, 1993) taget stilling til tilstedeværelse af misbrug af alkohol (ICD-10: F10.-) og stoffer (ICD-10: F11.- til F19.-) (skadeligt brug og afhængighed var slået sammen til en kategori). Der skulle også tages stilling til tilstedeværelsen af seksuel dysfunktion (ICD-10: F52), kønsidentitetsforstyrrelse (ICD-10: F64), seksuel afvigelse (ICD-10: F65), og seksuel udvikling og orientering (ICD-10: F66). Endeligt blev der i forbindelse med visitationen foretaget en klinisk vurdering (dvs. uden brug af intelligencetest) af begavelsesniveau (normal – til velbegavet/jævnt normalt begavet/sinkestadiet/kan ikke vurderes/ingen oplysninger). Oplysningerne blev registreret i visitationsskemaer (skema fremgår af Delrapport 1, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015). Som tidligere beskrevet var der indsamlet data i visitationsskemaer ad to omgange (mellem 2006-09 [datasæt 1] og i 2013 [datasæt 2]). For personer visiteret i Herstedvester Fængsel anvendtes kun datasæt 2 (gruppen med diagnose stillet i 2013), hvilket betød, at færre case-personer indgik i opgørelser vedrørende psykiatriske diagnoser.

For de personer, der blev henvist til behandling, blev der også indsamlet oplysninger under behandlingsforløbet. Indledningsvis blev der udfyldt et startskema med data vedrørende domsdato, behandlingssted og om den dømtes retslige status (frihedsstraf, på fri fod med evt. ophold på en af kriminalforsorgens pensioner) (START-SKEMA, se Delrapport 1, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015). Herefter udfyldte behandler halvårligt og frem til behandlingsophør et statusskema (STATUS-SKEMA, se Delrapport 1, Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) med oplysninger om, hvor hyppigt den dømte har været set, hvem der varetog behandlin-

gen, hvilke former for behandling, der ydedes, skøn over behandlingens effekt vurderet ved hjælp af en række items (fx behandlings-motivation, empati, erkendelse af egne seksuelle vanskeligheder, kriminelt recidiv) og årsag til evt. behandlingsophør. De registrerede data blev efterfølgende indtastet i datafil og senere indsendt til Danmarks Statistik.

2.2.2 Data trukket fra Danmarks Statistiks registre

Via Danmarks Statistiks forskerordninger var der gennem mikrodataordningerne adgang til afidentificerede (identifikationsoplysninger som navn, identifikationsnummer og adresse er fjernet) mikrodata (individdata) via ekstern elektronisk adgang (Danmark Statistik, 2022). For både casepersoner og deres matchede kontrolpersoner blev der trukket følgende oplysninger for perioden 1980-2019: 1) Sociodemografiske data vedrørende køn, alder, civilstand, kulturel baggrund, uddannelse, beskæftigelse-/socialstatus og indkomst fra Befolkningsregistret (BEF), Indkomstregister (AKM/IND), og Uddannelsesregister (UDDA); 2) Oplysninger om død og vandringer fra Død- og dødsårsagsregistret (DOD, DODSAARS /DODSAASG) og historiske vandringer (VNDS); 3) Oplysninger om kriminalitet, herunder om sigtelser, afgørelser og indsættelser i fængsler fra Sigtelser (KRIS), Afgørelser (KRAF), Konfererende sager – oplysning om bi-sigtelser (KRKO), og Indsættelser (KRIN); og 4) Psykiatriske kontakter, indlæggelser og diagnoser fra Landspatientregistret psykiatri – Administrative oplysninger (LPRADM), Landspatientregistret psykiatri – Diagnoser (LPRDIAG), og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister (PCR).

2.3 Operationelle definitioner

Der blev i de statistiske analyser foretaget operationalisering af en række forhold (fx hvad udgjorde de forskellige kriminalitetskategorier, hvilken kriminel afgørelse, der udgjorde domfældelse og recidivkriteriet, followup-periode). Operationaliseringen af diverse kategorier og begreber er beskrevet i det følgende.

2.3.1 Kriminalitetstyper

I denne rapport er seksualkriminalitet selvsagt det primære omdrejningspunkt. Gruppen af personer

dømt for seksualkriminalitet omfatter et spektrum af forskelligartede lovovertrædelser fra ikke-kontakt kriminalitet (fx blotteri og online kriminalitet såsom download/distribution af seksuelt billedmateriale af børn) til grove former for kontaktforbrydelser (fx overfaldsvoldtægt). Ligeledes er der store forskelle blandt de forurettede; nogle begår seksualkriminalitet mod voksne, nogle mod børn – egne eller andres. Nogle begår seksualkriminalitet mod både børn og voksne og nogle begår mod både egne og andres børn.

Fraset få undtagelse (Sjøstedt & Grann, 2002, Bengtson & Lund, 2008; Långström, 2002) behandler forløbsundersøgelser af seksualkriminelle som oftest recidiv til seksualkriminalitet som et binært fænomen (recidiv: ja/nej?) fremfor som et multifacetteret fænomen, hvor grovheden, hyppigheden/frekvensen, og hastigheden (hvor hurtigt finder første recidiv sted?) og frekvensen (hvor mange gange dømmes de fulgte i followup?) tages i betragtning, uanset at disse aspekter af recidivrisiko som oftest af stor betydning for både klinikere, forskere og beslutningstagere (Bengtson, Lund, Ibsen, & Långström, 2019; Douglas & Ogloff, 2003). I rapporten her vil kriminalitet derfor blive behandlet som værende et multifacetteret fænomen med belysning af karakteren, grovheden, frekvensen og hastigheden af kriminelt recidiv (fornyset kriminalitet i followup).

Hvad angår karakteren af kriminalitet, anvendes samme differentiering, som ses anvendt i nationale og internationale opfølgingsundersøgelser med skelnes mellem seksualkriminalitet, defineret i henhold til valg af offer (alder [voksen vs. barn under 15 år] og beslægtethed (ofre egne [incest/intrafamiliar] eller andres [ekstrafamiliar] familiemedlemmer), graden af ikke-seksualiseret vold/trusler eller ulovlig tvang, graden af fysisk kontakt (hands-on involverer fysisk berøring/kontakt [fx samleje, anden kønslig omgængelse end samleje, beføling] vs. hands-off, hvor der ingen fysisk kontakt er [fx seksualiseret billedmateriale af børn/utugtige billeder af børn, grooming, voyeurisme, ekshibitionisme, etc.]) (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015; Bengtson & Lund, 2008; Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey, & Seto, 2002; Furby L, Weinrott MR, Blackshaw, 1989).

Således differentieres der i rapporten mellem seksualkriminalitet (alle typer), grov seksualkriminalitet (samleje og anden kønslig omgængelse, inkl. med ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang mod voksne og/eller barn/børn), grov seksualkriminalitet mod børn (samleje og anden kønslig omgængelse, inkl. med ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang mod med barn under 15 år).

Belysningen af kriminalitetens facetter vil i vid udstrækning basere sig på føromtalt inddeling af seksualkriminalitet i 10 kategorier (se Tabel 3) (inddelt på baggrund af juridiske principper/straffelovens bestemmelser). Der henvises, jf. tidligere, til Bilag 1 for en detaljeret beskrivelse af, hvilken seksualkriminalitet, der er indeholdt i de 10 kategorier.

Der vil også blive differentieret mellem andre typer af kriminalitet såsom generel kriminalitet (oversættelse af det engelske udtryk any crime, dvs. generel kriminalitet, inklusiv seksualkriminalitet) og ikke-seksualiseret vold (oversættelse af det engelske udtryk non-sexual violence) (Tabel 4), som ses anvendt i danske og udenlandske forløbsundersøgelser af kriminelle kohorter (fx, Bengtson, Lund, Ibsen, & Långström, 2019; Bengtson & Långström, 2007; Harris, Rice, & Quinsey, 1993; Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003). Generel kriminalitet er en overbetegnelse for kriminalitet, der specifikt omfatter alle straffelovsovertrædelser, enkelte overtrædelser af færdselsloven (spirituskørsel, kørsel uden førerret og kørsel i frakendelsestiden) samt overtrædelse af særloven om euforiserende stoffer og våbenloven, men undtaget lovovertrædelser vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter (afg_ger7=36xxxx) og særlove i øvrigt (afg_ger7=38xxxx). Vold omfatter alle typer af personfarlig kriminalitet (ikke-seksualiseret voldskriminalitet og seksualkriminalitet), mens ikke-seksualiseret vold omfatter alle typer af ikke-seksualiseret vold, herunder også brandstiftelse og røveri, fraset seksualkriminalitet.

2.3.2 Domfældelse

Oplysninger om kriminelle forhold og afgørelser blev trukket fra Kriminalregistret, Danmarks Stati-

stik, og var tilgængelig fra 1. januar 1980 og frem til 31. januar 2018. At være dømt tidligere, aktuelt, og i followup-perioden er operationaliseret som et kriminelt forhold, der i Kriminalregisteret er anført som afgjort med tiltalefrafald jf. Retsplejelovens §§ 722-723 (tiltalefrafald) eller højere afgørelse (dvs. bøde, frakendelse, hæfte, betinget/delvis betinget, kombineret, ubetinget afgørelse, §68 særforanstaltning, etc.), mens frifindelse, advarsel eller straf bortfaldet inkl. §721 stk. 1, nr. 1 ikke var medtaget. For detaljeret beskrivelse af hvilke afgørelsesvariable fra Kriminalregistret hos Danmarks Statistik, der indgår i de respektive afgørelseskategorier, henvises til Bilag 2. Af Bilag 3 fremgår en detaljeret beskrivelse af Retsplejelovens §§ 722-723.¹¹

Anvendelsen af tiltalefrafald som recidivkriterium er tidligere anbefalet i dansk kontekst (tidligere forskningsleder Britta Kyvsgaard, Justitsministeriets Forskningsafdeling, København, personlig kommunikation, Bengtson, 2008). Tiltalefrafald anvendes sjældent og oftest i sager, hvor den påsigtede lovovertrædelse efter loven ikke kan medføre højere straf end bøde og forholdet er af ringe strafværdighed, eller hvis sigtede i forvejen afsoner/er foranstaltningsdømt, sigtede er under 18 år på gernings-tidspunktet, eller det skønnes, at ingen eller kun en ubetydelig straf ville blive idømt, og at domfældelse heller ikke i øvrigt vil være af væsentlig betydning (Toftegaard Nielsen, 2004; Danske Love, 2022).

2.3.3 Tidligere kriminalitet

Tidligere kriminalitet for case-population er som udgangspunkt opgjort uden afgrænsning af tidsvinduet, selvom der jf. Tabel 5 kun forelå oplysninger om kriminalitet fra 15. leveår for 60 % af case-populationen og for cirka to tredjedel forelå der oplysninger om tidligere kriminalitet begået fra det 20. leveår.

Derimod blev tidligere kriminalitet i komparative analyser af case-personer og kontrolpersoner, hvor intet andet er anført, analyseret i et 5-årigt tidsvindue forud for tidspunktet for indeks afgørelsen (domsdato). Årsagen til den 5-årige afgrænsning var en følge af, at kontrolgruppen blev trukket i perioden 1985-1995, og at oplysninger om krimi-

11) Afgørelser jf. retsplejelovens §721 er ikke medtaget som fældende afgørelse, idet påtale i sager afgjort jf. § 721 enten er helt eller delvis opgivet, fordi sigtelsen har vist sig grundløs, hvorfor videre forfølgning i øvrigt ikke kan ventes at føre til, at sigtede findes skyldig, eller hvor sagens gennemførelse vil medføre vanskeligheder, omkostninger eller behandlingstider, som ikke står i rimeligt forhold til sagens betydning og den straf, som i givet fald kan forventes idømt (Danske Love, 2022).

Tabel 4. Facetter af seksualkriminalitet og kriminalitet i øvrigt

Kriminalitetstype ^a	Beskrivelse
Seksualkriminalitet	
Seksualkriminalitet	<i>Kategori 1-8</i> (se tabel 3) Alle typer af seksualkriminalitet
Grov seksualkriminalitet	<i>Kategori 1-6</i> Samleje/anden kønslig omgængelse mod barn eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang
Seksualkriminalitet mod børn under 15 år	<i>Kategori 2</i> (undtaget blodskam i øvrigt) <i>Kategori 3-5</i> (ved u/12 år, 12-15 år, samleje adoptivbarn, stedbarn mv., incest voksen-barn <15 år) <i>Kategori 8</i> Alle typer af seksualkriminalitet mod barn, inkl. seksualiseret billedmateriale af børn (hands-on/hands-off)
Grov seksualkriminalitet mod børn under 15 år	<i>Kategori 2</i> (ved incest voksen-barn <15 år, undtaget blodskam i øvrigt) <i>Kategori 3-5</i> (ved <12 år, 12-15 år, samleje adoptivbarn, stedbarn mv.) Samleje/anden kønslig omgængelse mod barn, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang
Kriminalitet i øvrigt	
Generel kriminalitet	Alle former for kriminalitet undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt Medtaget i kriminalitet alle typer (any) er jf. DST variable AFG_GER7: <ul style="list-style-type: none"> • 00-10 Uoplyst Straffelov • 11 Seksualforbrydelser • 12 Ikke-seksualiseret voldsforbrydelser • 13 Ejendomsforbrydelser • 14 Andre forbrydelser Færdselslov • 22 Færdselslov spiritus • 2610049 -Motorkøretøj, kørsel uden førerret • 2610094 -Frakendelsestid, kørsel i • Særlove: <ul style="list-style-type: none"> - 32 Lov om euforiserende stoffer - 34 Våbenloven Ekskluderet: <ul style="list-style-type: none"> • 24 Mangler ved køretøj • 26 Færdselslov i øvrigt • 36 Skatte- og afgiftslove (særlov) • 38 Særlove i øvrigt
Ikke-seksualiseret vold	Omfatter ikke-seksualiseret voldsforbrydelser (ekskl. seksualkriminalitet) inklusive brandstiftelse og røveri

Medtaget er alle gerninger undtaget hvor afgørelsen er frifundet, advarsel eller straf bortfaldet. Gerninger vedrørende almindelig trafikforseelse, skatter og afgifter (afg_ger7=36xxxxx) og særlov i øvrigt (afg_ger7=38xxxxx) er ikke medtaget.

a) I opgørelse af seksualkriminalitet er medtaget både hoved- og bi-sigtelser. Dvs. har en person kun seksuel gerning i bi-sigtelse, så medtælles den som seksuel gerning.

Tabel 5. Tidsvindue med kendskab til tidligere kriminalitet for case-population (N = 580)

Adgang til oplysninger om tidligere kriminalitet	N	%
Fra 15. leveår	346	59,7
Fra 20. leveår	421	72,6
Fra 25. leveår	477	82,2

nalitet først er tilgængelige fra 1980 i kriminalregisteret ved DST. Det betød, at der for en række kontrolpersoner ikke var fuldstændige oplysninger om tidligere kriminalitet, da der ikke forelå oplysning om kriminalitet fra det 15. leveår i kriminalregisteret, idet denne kriminalitet var begået forud for DST kriminalregistrets tilblivelse. Ved belysning af tidligere kriminalitet vil det fremgå, hvis opgørelsen af tidligere kriminalitet baserer sig på en afgrænset periode af 5 års varighed bagud i tid.

2.3.4 Kriminelt recidiv

Recidiv-kriminalitet er opgjort som kriminelle handlinger begået efter domsdato for indeks-kriminaliteten, dvs. hvor gerningstidspunkt for ny kriminalitet ligger efter dato for indeks afgørelsen (domsdato). Havde en person recidiveret inden domsdato for indeks-kriminalitet blev dette kategoriseret som tidligere kriminalitet, jf. at målet var at evaluere om forekomsten af seksualkriminalitet var lavere postpsykiatrisk/sexologisk behandling.

2.3.5 Followup og eksponeringstid

Da der generelt rapporteres om en positiv korrelation mellem varigheden af followup og recidivraten

(jo længere followup, desto højere recidivrater), blev der i analyser af recidiv anvendt samme tidsvindue (på eng. fixed followup), så alle personer er fulgt 10 år efter dato for indeks afgørelse eller indtil død eller udvandring, hvorved det sikres at alle har samme recidiv efterperiode og undgår, at forskelle i de fulgte personers recidivrater skyldes forskelle i followup-periode (Bengtson & Långström, 2007). Antallet af censurerede blandt case-population og case-kontrol gruppen fremgår af hhv. Tabel 6-7. I løbet af followup-perioden var 14 % af case-populationen (N = 580) [Tabel 6] og 10 % i case-kontrol populationen [Tabel 7] censurerede.

Fængselstiden for de inkluderede personer er den samlede tid, som en person har været i fængsel/ har afsonet fra indekstidspunkt til slut på followup tid. For at tage højde for forkortet straf er kun medregnet to tredjedele af varigheden af den i kriminalregistret oplyste fængselsstraf. Den samlede fængselstid i followup tid er således en akkumulering af alle de ubetingede domme med ubetinget fængselsstraf, inklusiv indeks dom, som en person har haft i sin followup tid. Det vil sige den samlede tid, som personen har siddet i fængsel fra doms-

Tabel 6. Antal censurerede case-personer i 10-års followup (N = 580)

Antal censurerede cases	N	%
10-års followup	498	85,9
Død før 10 års followup	49	8,4
Udvandret før 10 års followup	33	5,7

Tabel 7. Antal censurerede personer i case-kontrol population i 10-års followup (case: n = 541; kontrol: n = 541)

Case-kontrol population	Case		Kontrol	
	N	%	N	%
10-års followup	485	89,6	486	89,8
Død før 10 års followup	30	5,5	41	7,6
Udvandret før 10 års followup	26	4,8	14	2,6

Tabel 8. Gennemsnitlig varighed af followup, afsoning i followup, og eksponeringstid for case-population i år (N = 580)

Periode	Gennemsnit	SD
Followup (år)	9,60	1,90
Afsoning i followup (år)	0,91	0,93
Eksponeringstid (år) ^a	8,70	2,00

Eksponeringstid (tid på fri fod med risiko for recidiv) er beregnet som followup fratrukket afsoningsperioder i followup. Der er dog ikke fratrukket perioder med indlægger i somatikken/psykiatrien.

dato for indeks til slut på followup. Eksponeringstid er beregnet som den tid af en persons followuptid, hvor personen ikke har siddet i fængsel. Den gennemsnitlige followuptid, varighed af afsoning, og eksponeringstid fremgår af Tabel 8.

2.3.6 Behandling

Som tidligere nævnt har der siden etableringen af behandlingsordningen været praksis, at det pågældende behandlingssted har 3-4 måneder til at tage stilling til motivation og behandlingsegnethed for den henviste person. For at blive betragtet som havende status som værende "behandlet" i behandlingsordningen, skulle personen derfor have modtaget minimum 4 måneders psykiatrisk/sexologisk behandling. Personer henvist til og opstartet i behandling, som ikke havde modtaget minimum fire måneders behandling, blev derfor kategoriseret som værende henviste men ubehandlede. Det samme gjorde personer, der var registrerede som henviste, men hvor der ikke forelå oplysninger om behandlingen.

2.4 Statistiske analyser

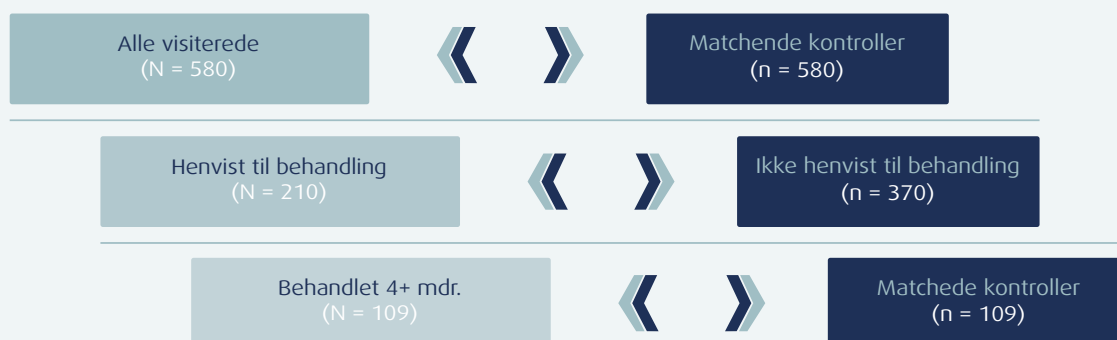
Analyserne bestod generelt i komparative analyser af følgende grupper: (i) case-population vs. deres matchede kontroller, (ii) case-personer, der havde modtaget min. 4 måneders behandling vs. matchede kontroller, og (iii) behandlingshenviste vs. ikke-henviste case-personer (Figur 2).

Analyse af deskriptive data for case-populationen og kontrolpersoner er foretaget ved hjælp af Chi-

square test (kategoriale data), Wilcoxon-Mann-Whitney test (ikke normalfordelte data) eller paired t-test (normal fordelte kontinuerte data). Kaplan-Meier kurver illustrerede recidivets fordeling i løbet af followup-perioden. Cox Hazard regressionsmodeller er brugt til at estimere risiko for recidiv over tid, hvor der afhængig af de enkelte analyser er justeret for relevante forklarende variable herunder tidligere kriminalitet i modeller for cases versus matchet kontrolpersoner, mens der analyser af kun omfattende case population er kontrolleret for andre variable som fx specialistscore, alder og misbrugsdiagnose. I analyser af sammenhænge mellem binære variabel med 2 udfald (fx ja/nej) og ved flere end to klassificerede udfald fx a) ingen recidiv, b) 2 recidiv forhold eller c) 2+ forhold er brugt binær og multinomial logistiske regressionsmodeller. Til at undersøge den prædiktive evne for særlig specialistscore (grad af seksualspecialisering) blev udført en ROC-analyse baseret på en logistisk regression model til at estimere den prædiktive validitet af specialistscore i forhold til faktisk recidiv. Der blev også foretaget sammenligning af kriminelt recidiv med afsæt i andre afhængig variable, fx seksuel afvigelse (pædofili vs. fravær af pædofili). Signifikansniveau på 5 % er anvendt i alle statistiske tests. SAS-software er brugt til alle analyser (SAS 9.4, Inc., Cary, NC, USA).

Direktoratet for Kriminalforsorgen har jf. GDPR figureret som dataejer, mens Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstaden, figurerede som databehandler, og statistiker Michael Ibsen, I2Minds, som underdatabehandler.

Figur 2. Komparative analyser i herværende undersøgelse



Kapitel 3

Deskriptiv beskrivelse af case-populationen

Inden vi besvarer forskningsspørgsmålene vedrørende omfanget og indholdet af psykiatrisk/sexologisk behandling (Delrapport 2, kapitel 4) og den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen som helhed og specifikt effekten af den psykiatriske/sexologiske behandling (Delrapport 3, kapitel 5), vil der i nærværende kapitel blive præsenteret en deskriptiv beskrivelse af hele case-populationen.

Der henvises til Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) for yderligere deskriptive oplysninger om case-populationen indsamlet i forbindelse med visitation, herunder hvordan de respektive visitationssteder fordeler sig på de indsamlede oplysninger.

Tabel 9. Lokaltet for visitation af case-population foretaget i regi af ambulante behandlingsordning og visitationsordning (N = 580)

Lokaltet for gennemført visitation	N	%
Ambulant (ambulant behandlingsordning)	114	19,7
Under afsoning i Herstedvester (visitationsordning)	466	80,3

Tabel 10. Sociodemografiske karakteristika for personer visiteret i behandlingsordningen 2006-09 (case-populationen, n =580)

Karakteristika	Gennemsnit	SD
Alder	40,3	13,2
	N	%
Civilstand		
Enlig	388	66,9
Hjemmeboende under 18 år	45	7,8
Samboende/-levende eller ægteskab	147	25,3
Herkomst, n, %		
Vestlig herkomst	505	87,1
Ikke vestlig herkomst	75	12,9
Region		
Hovedstaden	129	22,2
Midtjylland	122	21,0
Nordjylland	61	10,5
Sjælland	86	14,8
Syddanmark	182	31,4
Uddannelse^a		
Grundskolen/gymnasial uddannelse	326	56,2
Faglært uddannelse	174	30
Videregående uddannelse	41	7,1
Ukendt	39	6,7

a) Uddannelse referer til det højeste opnåede uddannelsesnivea på tidspunktet for året for indeksafgørelse

3.1 Visitationssted

Størstedelen (80 %) af case-populationen var blevet visiteret under afsoning på visitationsafdelingen i Herstedvester Fængsel (visitationsordningen) mod 20 % på et de lokale ambulante visitations- og behandlingssteder i København, Middelfart, eller Aarhus (den ambulante behandlingsordning) (Tabel 9).

3.2 Sociodemografi

Case-populationen (N = 580) bestod som tidligere anført udelukkende af mænd visiteret i behandlingsordningen i perioden 2006-09, og som var dømt for den seksualkriminalitet, der udgjorde årsagen til visitationen.

En oversigt over de sociodemografiske karakteristika for case-populationen fremgår af Tabel 10. Gennemsnitsalderen for gruppen var 40 år (SD=13) men med stor spredning i alder (16-81 år). Størstedelen af case-populationen var enlige (67 %) og etnisk danske (87 %).

Størstedelen af case-populationen var på tidspunktet for indeksafgørelsen bosiddende i region Syd-danmark (31 %) efterfulgt af region Hovedstaden (22 %), region Midtjylland (21 %), region Sjælland (15 %), og region Nordjylland (11 %).

Over halvdelen af case-populationen (56 %) havde folkeskole eller gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau, mens hhv. 30 % havde en

faglært uddannelse og 7 % en videregående uddannelse.

3.3 Psykiatrisk komorbiditet

I forbindelse med visitationen blev visitator bedt om at tage stilling til om den visiterede opfyldte de diagnostiske kriterier for bl.a. en psykiatrisk hoveddiagnose og en seksuel afvigelse. Der skulle også foretages en klinisk vurdering af begavelsesniveau. I analysen af psykiatriske diagnoser var der blandt visiterede i Herstedvester Fængsel kun inkluderet de personer, der fik stillet diagnoser retrospektivt i 2013, da de initialt stillede diagnoser blev kasseret i Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) grundet tvivl om diagnosernes rigtighed.

3.3.1 Psykiatrisk hoveddiagnose

Fordeling af psykiatriske hoveddiagnoser jf. ICD-10 (2012) fremgår af Tabel 11. I case-gruppen var 63 % registreret med en psykiatrisk hoveddiagnose, mens 20 % blev fundet ikke at opfylde kriterierne for en psykiatrisk hoveddiagnose. For 5 % var hoveddiagnose uoplyst. Hoveddiagnoserne fordelte sig med en forekomst på 4 % af nervøse og stressrelaterede lidelser (ICD-10: F40-F48), mens 63 % af case-personerne var registreret med en forstyrrelse af personlighedsstrukturen. I alt 6 % var diagnosticeret med øvrige diagnoser.

Den eksakte fordeling af de enkelte personlighedsforstyrrelser, der var registreret for 231 personer

Tabel 11. Psykiatrisk hoveddiagnose jf. ICD-10 stillet i forbindelse med visitation (N = 366)^a

ICD-10 hoveddiagnose ^b	Gennemsnit	SD
Organisk forstyrrelse (F00-F09)	7	1,9
Nervøs og stressrelaterede lidelser (F40-F48)	14	3,8
Personlighedsforstyrrelser (F60-F62)	231	63,1
Øvrige diagnoser ^c	23	6,3
Ingen diagnose	74	20,2
Uoplyst	17	4,7

a) I analysen af diagnoser indgik der fra Herstedvester Fængsel datasættet kun de personer, der havde fået stillet diagnose i 2013 (datasæt 2), hvorfor case-populationen kun omfatter 366 personer; 149 fra de ambulante behandlingssteder og 217 visiteret i Herstedvester Fængsel, som fik indsamlet data på ny i 2013.

b) Psykiatriske hoveddiagnoser er jf. ICD-10 inddelt som følger: Organiske forstyrrelser (F0), nervøse, stressrelaterede og somatoforme tilstande (F4), personlighedsforstyrrelser (F6), øvrige diagnoser (F2, F3, F5, F7, F8, F9), og ingen diagnose

c) Øvrige diagnoser indeholdt 15 F9-diagnoser, 4 F3-diagnoser, mens resten fordelte sig 1-2 personer på F2, F7 og F8, dog ingen F5.

(sv.t. 63 %) fremgår af Tabel 12. De hyppigst registrerede forstyrrelser af personlighedsstrukturen var henholdsvis dyssocial (23 %), ængstelig evasiv (6 %), anden specifik forstyrrelse (12 %), uspecificeret personlighedsforstyrrelse (31 %), og forstyrrelse i personlighedsstruktur blandet type (19 %).

Diagnoserne skadeligt brug og afhængighed er som tidligere nævnt slået sammen under et. I alt var 24 % (N = 88/366) registreret med en diagnose for alkoholmisbrug/afhængighed (ICD-10: F10), 20 % (N = 72/366) med en diagnose for hashmisbrug/afhængighed (ICD-10: F12), og 20 % (N = 72/366) med en diagnose for misbrug/afhængighed af andre stoffer end hash (ICD-10: F11; F13-19).

3.3.2 Sexologiske diagnoser

Af case-populationen var 13 % (N = 49) registreret med en diagnose for seksuel dysfunktion (ICD-10: F52), mens 33 % var registreret med en seksuel afvigelse (ICD-10: F65). En af de seksuelle afvigelser, der har særlig bevågenhed, hvad angår forebyggelse af seksuelle overgreb på børn, er diagnosen pædofili.

Af hele case-populationen var 18 % registreret med en ICD-10: F65.4 pædofili-diagnose. Da diagnosen almindeligvis kun optræder blandt personer,

der begår seksuelle overgreb på børn, inkluderede vi kun de personer, der ved indeks-kriminalitet var kendt med dom for hovedsigtelser for børnerelateret seksualkriminalitet (alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år, inkl. seksuelt billedmateriale af børn) eller bisigtelse for § 235 (seksuelt billedmateriale af børn), og for hvem der var taget stilling til tilstedeværelsen af potentiel seksuel afvigelse. Dette var tilfældet for 194 ud af 238 mulige. Af de 194 var 28 % registreret med F65.4 Pædofili (se også Al-Dehlagi, Kristensen, Giraldi, & Bengtson, in prep.). Der var en højere forekomst af pædofili blandt de fængselsvisiterede (Herstedvester Fængsel) sammenlignet med de personer, der var visiteret i den ambulante behandlingsordning (33.3 % vs. 7.2 %, $X^2 = 22.35$, $df = 1$, $p < 0.001$). Yderligere sociodemografiske og kriminologiske karakteristika for personer med pædofili er belyst af i Al-Dehlagi, Kristensen, Giraldi, & Bengtson, in prep.).

3.3.3 Begavelsesniveau

Opgørelsen af de kliniske vurderinger af de visiteredes begavelsesniveau viste, at begavelsesniveauet blandt 40 % af de visiterede var vurderet til at ligge i området normalt til velbegavet, mens 51 % var vurderet til at være jævnt til normalt begavet og 7 % var vurderet som værende placeret i sinkeområdet. Der manglede oplysninger om begavelsesniveau for 1 %.

Tabel 12. Fordeling af ICD-10 (WHO, 2012) forstyrrelser af personlighedsstrukturen i case-population

Typer af personlighedsforstyrrelser	N	%
F60 Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen		
F60.0 Paranoid	3	1,3
F60.1 Skizoid	6	2,6
F60.2 Dyssocial	52	22,5
F60.3 Emotionel ustabil	7	3,0
F60.4 Histrionisk	<3	< 1,3
F60.5 Tvangspræget	<3	< 1,3
F60.6 Ængstelig (evasive)	13	5,6
F60.7 Dependent	4	1,7
F60.8 Anden specifik forstyrrelse	27	11,7
F60.9 Uspecificeret	71	30,7
F61 Forstyrrelser i personlighedsstruktur af blandet og anden type	44	19,0
F62 Ikke-organiske personlighedsændringer	3	1,3

3.4 Aktuel og tidligere kriminalitet

3.4.1 Indeks-kriminalitet

Gruppen af dømte er heterogen, da den omfatter et spektrum af seksualkriminelle lovovertrædelser. Inddeling af aktuel kriminalitet (indeks-kriminaliteten) er sket på baggrund af baggrund af førømtalte kategorisering (Tabel 3). Indeks-kriminalitetens fordeling på disse kategorier fremgår nedenfor af Tabel 13. Omkring en fjerdedel af de visiterede var dømt for seksualkriminalitet mod personer over 15 år (voldtægt, tvang, etc.) (kategori 1), mens størstedelen var dømt for at begå børnerelateret seksualkriminalitet (kategori 2, 3, 4, 5, 6, 8, og evt. 7).

Nedenfor i Tabel 14 er indeks-kriminaliteten konverteret til færre kategorier i henhold til typen af forurettede (barn vs. voksen) og karakteren af kriminalitet er opdelt som henholdsvis de alvorlige former for kriminalitet med samleje og anden kønslig omgængelse, inkl. med ikke-seksualiseret vold/ulovlig tvang (kategori 1 og 2-6) er kategoriseret for sig og med de mindre grove for sig (kategori 7 og 8).

Det fremgår af tabellen, at hovedparten (60 %) af case-populationen var registreret med kriminel afgørelse for børnerelateret seksualkriminalitet, primært i form af alvorlig kontakt/hands-on seksualkriminalitet (dvs. samleje/anden kønslig omgængelse) (52 %), mens en mindre andel kun var dømt for anvendelse mm. af seksuelt billedmateriale af børn (§ 235) (9 %). Knap en tredjedel (29 %) af case-populationen var registreret med afgørelse for seksualkriminalitet mod voksne (forurettede i alderen 15+ år). De resterende 20 % var dømt for blufærdighedskrænkelser, hvoraf nogle også vil være begået overfor børn. Andelen af case-personer dømt for seksualkriminalitet børn i en eller anden form overstiger således de facto de 60 %.

I forbindelse med Delrapport 1 blev typen af indeks-kriminalitet (krænkerstype) også opgjort ved at kombinere oplysninger om den pådømte gerning (indeks-kriminaliteten) med oplysninger om forurettede i de pågældende sager (Tabel 15). Der forelå kun opgørelse af krænkerstype for 366 (63 %) af case-populationen (datasæt 1 fra Herstedvester indgik i analysen).

Tabel 13. Case-populationens indeksseksualkriminalitet inddelt i 10 kategorier for case-population (N = 580)

Kategori	Seksualkriminalitet	N	%
1	Voldtægt m.v. personer > 15 år	139	24,0
2	Incest	46	7,9
3	Samleje < 12 år	140	24,1
4	Samleje 12-15 år	97	16,7
5	Samleje adoptivbarn, stedbarn mv.	23	4,0
6	Samleje, institution mv.	21	3,6
7	Blufærdighedskrænkelser	63	10,9
8	Seksuelt billedmateriale af børn	49	8,5
10	Vilkår	<3	-

Tabel 14. Indeksseksualitet kategoriseret i henhold til forurettede (barn vs. voksen) og karakteren af kriminalitet (hands-on vs. hands-off)

Kriminalitetstype	N	%
Seksualforbrydelse mod voksen 15+ år (kategori 1)	167	28,8
Seksualforbrydelse mod barn under 15 år (kategori 2-6)	299	51,6
Blufærdighedskrænkelser (kategori 7)	63	10,9
Seksualiseret billedmateriale af børn (kategori 8)	49	8,5
Kategori 9, 10 og uden for kategori	2	0,3

Tabel 15. Krænker typer opgjort på baggrund af oplysninger om pådømt indeks-kriminalitet og oplysninger om forurettede

Krænker type	N	%
Voldtægt	79	21,6
Ekstrafamilier	164	44,8
Intrafamilier	39	10,7
Krænket både egne og andres børn (blandet)	18	4,9
Både krænket børn og voksne	5	1,4
Seksualkriminalitet uden fysisk kontakt (hands-of)	58	15,8
Uoplyst	3	0,8

Denne opgørelser viste – i tråd med ovenstående tabel – at størstedelen var de case-personer, som indgik i analysen, var personer, der var dømt for at have begået børnerelateret seksualkriminalitet. Opgørelsen viste også, at kriminalitet primært bestod i seksuelle overgreb mod andres børn (ekstrafamilier krænker) (45 %), mens 11 % af sagerne omhandlede incest/intrafamilier krænkelser. Fem procent havde begået seksualkriminalitet mod både børn og voksne. Der henvises til Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) for en beskrivelse af, hvilken kriminalitet case-populationen i øvrigt begik ved indeks.

3.4.2 Tidligere kriminalitet

Som angivet i Tabel 16 var ca. hver fjerde (26 %) af case-populationen tidligere dømt for at begå seksualkriminalitet. Halvdelen (13 % af case-

population) var dømt for at begå seksualkriminalitet mod barn under 15 år (inkl. §235) og 4 % for udelukkende at anvende/download/distribution af seksuelt billedmateriale af børn (jf. § 235). Seksten procent havde 1 tidligere dom for seksualkriminalitet, mens 10 % havde 2+ tidligere domme for seksualkriminalitet.

Mere end to tredjedele af case-populationen var tidligere dømt for at begå en eller anden lovovertrædelse (seksualkriminalitet eller anden kriminalitet). En fjerdedel var dømt for udelukkende at begå ikke-personfarlig kriminalitet, 17 % for udelukkende at have begået seksualkriminalitet, en fjerdedel havde begået ikke-seksualiseret vold, og hver tiende havde begået både ikke-seksualiseret vold og seksualkriminalitet.

Tabel 16. Art og frekvens af tidligere kriminalitet i case-population (N = 580)

Facetter af tidligere kriminalitet ^a	N	%
Seksualkriminalitet^b		
Seksualkriminalitet	153	26,4
Seksualkriminalitet mod barn under 15 år (inkl. § 235) ^c	77	13,3
Seksuelt billedmateriale af børn (hoved/biforhold) ^d	20	3,5
Antal af tidligere afgørelser for seksualkriminalitet		
0	427	73,6
1	94	16,2
2+	59	10,2
Kriminalitet i øvrigt		
Generel kriminalitet ^e	401	69,1
Udelukkende ikke-personfarlig kriminalitet	144	24,8
Udelukkende seksualkriminalitet	98	16,9
Ikke-seksualiseret vold ^f	159	27,4
Både ikke-seksualiseret vold og seksualkriminalitet ^g	55	9,5

a) Tidligere kriminalitet er opgjort uden begrænsning af perioden forud for domsdato for indeks-kriminalitet

b) I opgørelse af seksualkriminalitet er medtaget både hoved- og bi-sigtelser. Dvs. har en person kun seksuel gerning i bi-sigtelse, så medtælles den som seksual-kriminalitet

c) En eller anden form for seksualkriminalitet mod barn/børn u/15 år, inkl. seksuelt billedmateriale med børn, omfatter kategori 2 (undtaget blodskam i øvrigt), kategori 3-5 (ved u/12 år, 12-15 år, samleje adoptivbarn, stedbarn mv., incest voksen-barn <15 år), og kategori 8

d) Hoved- eller bi-sigtelse jf. § 235 (seksuelt billedmateriale med børn)

e) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

f) Ikke-seksualiseret vold referer til tidligere at være dømt for at begå ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

g) Både ikke-seksualiseret vold og seksualkriminalitet referer til, at personen tidligere er dømt for både at begå ikke-seksualiserede ikke-seksualiseret voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri) og en eller anden form for seksualkriminalitet

Kapitel 4

Indhold og varighed af psykiatrisk/sexologisk behandling

Formålet med Delrapport 2 var at belyse indholdet og varigheden af psykiatrisk/sexologisk behandling. Forud for en belysning af disse forhold vil dette kapitel præsenteres en deskriptiv beskrivelse af de case-personer, der blev indstillet til behandling (behandlingshenviste) samt resultatet af komparative analyser af behandlingshenviste og de case-personer, der ikke blev indstillet til behandling (ikke-henviste).

Vi valgte at sammenligne henviste med ikke-henviste fremfor kun at fokusere på den mindre persongruppe, der endte med at få et egentligt behandlingsforløb af mere end fire måneders varighed, ud fra tanken om, at der ved henvisning af personen til behandling havde været en intention om indgå i/tilbyde behandling (intention-to-treat).

4.1 Sammenligning af case-personer indstillet til behandling med ikke-indstillede

Af visitationsskemaerne fremgik, at 36 % af case-populationen var blevet henvist til psykiatrisk/sexologisk behandling. De resterende 64 % var ved visitationen ikke fundet motiverede for og/eller egnede til psykiatrisk/sexologisk behandling.

Signifikant flere af de ambulante visiterede blev fundet egnede til behandling sammenlignet med andelen af behandlingshenviste i Herstedvester Fængsel (60 % vs. 31 %, $p < 0,0001$) (Tabel 17).

Der var ingen forskel på, hvor mange af de visiterede, der blev indstillet til behandling på de re-

spektive behandlingssteder i København, Middelfart og Aarhus (hhv. 66 %, 53 %, og 61 %, $P > 0,05$).

Analysen viste også, at det kun var ganske få af de behandlingshenviste og ikke-henviste, der tidligere havde modtaget psykiatrisk/sexologisk behandling, og at der ikke var forskel på hyppigheden af tidligere kriminalitet i grupperne (3 % vs. 1 %, $P > 0,05$).

4.1.1 Sociodemografi

Som anført i Tabel 18 var der ikke signifikant forskel på alder, civilstand og uddannelsesmæssig baggrund blandt behandlingshenviste og ikke-henviste. Derimod var der blandt de behandlingshenviste signifikant færre personer af vestlig herkomst end blandt de ikke-henviste ($p < 0,001$). Ligeledes var der signifikante forskelle i gruppernes regionale placering på tidspunktet for indeksdom ($p < 0,05$). Af tabellen fremgår, at der er et større antal visiterede fra region Syddanmark både blandt de behandlingshenviste og de ikke-henviste. Procentvis blev færrest fra Region Sjælland (26 %) og Region Nordjylland (26 %) henvist til behandling. Fra Region Hovedstaden blev 40 % af de visiterede henvist til behandling mod 42 % i Region Syddanmark og 35 % i Region Midtjylland.

4.1.2 Psykiatrisk komorbiditet

I analysen af psykiatriske diagnoser indgik kun personer visiterede fra den ambulante behandlingsordning og datasæt 2 fra Herstedvester Fængsel, dvs. personer, der blev indsamlede data for to gange, senest i 2013, da de diagnoser, der blev stillet i Herstedvester Fængsel ved første dataindsamling, blev kasseret i Delrapport 1 (Direktoratet for Kri-

Tabel 17. Andelen af behandlingshenviste i den ambulante behandlingsordning og visitationsordningen

	Visitationsudvalg (N = 114)		Herstedvester Fængsel (N = 466)		P-værdi
	N	%	N	%	
Henvist	68	59,6	142	30,5	0,0000
Ikke henvist	46	40,4	324	69,5	

Tabel 18. Sociodemografiske karakteristika for behandlingshenviste og ikke-henviste

Karakteristika	Henvist til beh. (N = 210)		Ikke henvist (N = 370)		P-værdi
	År	SD	År	SD	
Alder	40,0	12,6	40,4	13,6	0,7810
	N	%	N	%	
Civilstand					
Enlig	145	69,0	243	65,7	0,4385
Hjemmeboende under 18 år	18	8,6	27	7,3	
Samboende/-levende eller ægteskab	47	22,4	100	27,0	
Herkomst					
Vestlig herkomst	196	93,3	309	83,5	0,0007
Ikke vestlig herkomst	14	6,7	61	16,5	
Region					
Hovedstaden	52	24,8	77	20,8	0,0295
Midtjylland	43	20,5	79	21,4	
Nordjylland	16	7,6	45	12,2	
Sjælland	22	10,5	64	17,3	
Syddanmark	77	36,7	105	28,4	
Uddannelse^a					
Grundskolen/gymnasial uddannelse	109	51,9	217	58,6	0,1556
Faglært uddannelse	72	34,3	102	27,6	
Videregående uddannelse	18	8,6	23	6,2	
Ukendt	11	5,2	28	7,6	

a) Uddannelse referer til det højest opnåede uddannelsesniveau på tidspunktet for året for indeksafgørelse

minalforsorgen, 2015). De kasserede diagnoser er derfor ikke inkluderet i analysen her.

Som anført i Tabel 19 var der ingen forskel på forekomsten af registrerede psykiatriske hoveddiagnoser og diagnose vedrørende misbrug/afhængighed af stoffer i de to grupper. Personer registreret med diagnosen for misbrug/afhængighed af alkohol var dog signifikant sjældnere henvist til behandling end gruppen uden misbrug ($p < 0.01$).

Der var heller ikke, jævnfør Tabel 21, signifikant forskel på hverken fordelingen af diagnoser for seksuel dysfunktion, seksuel afvigelse eller pædofili (19 % vs. 17 %, $P > 0,05$) blandt behandlingshenviste og ikke-henviste.

4.1.3 Aktuel og tidligere kriminalitet

Vedrørende den kriminalitet, som de behandlingshenviste og ikke-henviste havde begået aktuelt og tidligere, fandtes der væsentlige forskelle.

4.1.3.1 Indeks-kriminalitet

Der var signifikant forskel på fordelingen af indeks-kriminaliteten blandt behandlingshenviste og ikke-henviste, både hvad angik kriminalitetens art, de forurettedes alder, og antallet af forurettede (Tabel 22). Således var der blandt behandlingshenviste en signifikant højere andel af personer dømt for seksualkriminalitet mod børn (børn under 15 år og seksuelt billedmateriale af børn) (70 % vs. 54 %, $p < 0,001$), en nærsignifikant forskel på forekomsten af seksuelle overgreb på præpubertære forurettede (børn under 12 år) (40 % vs. 32 %, $p = 0,057$), samt en signifikant højere forekomst af multiple forurettede (2+ forurettede: 28 % vs. 14 %, $p < 0,0001$). Derimod var der blandt ikke-henviste en højere forekomst af case-personer dømt for at begå voldtægt m.v. mod personer 15+ år, dog ikke statistik signifikant højere ($p = 0,08$).

Som tidligere nævnt blev indeks-kriminalitet også inddelt på baggrund af oplysninger om lovover-

Tabel 19. Psykiatrisk komorbiditet for behandlingshenviste (N = 210) og ikke-henviste (N = 370)

	Henvist til behandling (N = 158)		Ikke henvist (N = 208)		P-værdi
	N	%	N	%	
Psykiatrisk hoveddiagnose jf. ICD-10^a					
Organiske psykiske forstyrrelser (F0)	4	2,5	3	1,4	0,2103
Nervøs og stress-relaterede lidelser (F4)	7	4,4	7	3,4	
Personlighedsforstyrrelser (F6)	96	60,8	135	64,9	
Andet - øvrige diagnoser	8	5,1	15	7,2	
Ingen diagnose	39	24,7	35	16,8	
Uoplyst	4	2,5	13	6,3	
Misbrug/afhængighed - alkohol (F10.x)^b					
Ja	30	19,0	58	27,9	0,0049
Nej	124	78,5	133	63,9	
Uoplyst	4	2,5	17	8,2	
Misbrug/afhængighed – andre stoffer (F11.x-F19.x)^b					
Ja	30	19,0	42	20,2	0,1066
Nej	126	79,7	155	74,5	
Uoplyst	-	-	-	-	
Irrelevant i aktuel sag	<3	-	11	5,3	

a) Psykiatriske hoveddiagnoser er jf. ICD-10 inddelt som følger: Organiske forstyrrelser (F0), nervøse, stress-relaterede og somatoforme tilstande (F4), personlighedsforstyrrelser (F6), øvrige diagnoser (F2, F3, F5, F7, F8, F9), og ingen diagnose

b) Eventuelt misbrug/afhængighed af alkohol eller euforiserende stoffer blev diagnosticeret jf. ICD-10 (research criteria)

Tabel 20. Klinisk vurdering af begavelsesniveau blandt behandlingshenviste og ikke-henviste (N = 366)

Begavelse	Henvist til behandling (N = 158)		Ikke henvist (N = 208)		P-værdi
	N	%	N	%	
Normal til velbegavet	64	40,5	82	39,4	0,2409
Jævnt normalt begavet	76	48,1	112	53,8	
Sinkestadiet	14	8,9	13	6,3	
Uoplyst	4	2,5	<3	-	

Tabel 21. Diagnoser (WHO ICD-10) for seksuel dysfunktion, seksuel afvigelse, og pædofili blandt behandlingshenviste og ikke-henviste (N = 366)

Diagnose	Henvist til beh. (N = 158)		Ikke henvist (N = 208)		P-værdi
	N	%	N	%	
Seksuel dysfunktion (F52)					
Seksuel dysfunktion	20	12,7	29	13,9	0,8416
Ikke seksuel dysfunktion	119	75,3	151	72,6	
Uoplyst	19	12,0	28	13,5	
Seksuel afvigelse (F65)					
Seksuel afvigelse	56	35,4	64	30,8	0,1463
Ikke seksuel afvigelse	84	53,2	105	50,5	
Uoplyst	18	11,4	39	18,8	
Pædofili diagnose (F654)					
Pædofilidiagnose	30	19,0	36	17,3	0,1574
Ikke Pædofilidiagnose	110	69,6	133	63,9	
Uoplyst	18	11,4	39	18,8	

Tabel 22. Kriminologiske karakteristika ved indeks-kriminalitet for behandlingshenviste og ikke-henviste (N = 580)

Karakteristika	Henvist til beh. (N = 210)		Ikke henvist (N = 370)		P-værdi
	N	%	N	%	
Indeks-seksualkriminalitetens art					
Seksuelforbrydelse mod voksen 15+ år ^a	43	20,5	124	33,5	0,0000
Seksuelforbrydelse mod børn under 15 år ^b	125	59,5	174	47,0	
Seksuelt billedmateriale af børn ^c	22	10,5	27	7,3	
Blufærdighedskrænkelse ^d	20	9,5	43	11,6	
Seksualkriminalitet i øvrigt ^e	-	-	<3	-	
Forurettedes alder^f					
Under 6 år	17	8,1	12	3,2	0,0430
6-11 år	67	31,9	107	28,9	
12-14 år	53	25,2	78	21,1	
15-17 år	7	3,3	16	4,3	
18+ år	14	6,7	41	11,1	
Uoplyst (88)	17	8,1	34	9,2	
Irrelevant i aktuel sag	35	16,7	82	22,2	
Forurettede i aktuelle sag					
1	122	58,1	278	75,1	0,0002
2	36	17,1	37	10,0	
3	12	5,7	8	2,2	
4+	10	4,8	6	1,6	
Irrelevant	30	14,3	41	11,1	

a) Seksuelforbrydelse mod voksen 15+ år refererer til seksualkriminalitet i kategori 1, 2 og 6, hvis ofret var 15+ år

b) Seksuelforbrydelse mod børn under 15 år refererer til seksualkriminalitet under kategori 3, 4 og 5, samt kategori 2 og 6, hvis ofret var under 15 år

c) Seksuelt billedmateriale af børn refererer til seksualkriminalitet i kategori 8

d) Blufærdighedskrænkelse refererer til seksualkriminalitet i kategori 7

e) Seksualkriminalitet i øvrigt referer til kategori 9, 10 og uden for kategori

f) Forurettedes alder på starttidspunktet for kriminaliteten er anført. Såfremt kriminaliteten har fundet sted over en længere periode, er forurettedes alder på tidspunktet for det første forhold anført.

trædelsen og oplysninger om forurettede, hvilket bidrog med oplysninger om fordeling af krænkertyper. Som det fremgår af Tabel 23 var der en signifikant forskellig fordeling af krænkertyper blandt behandlingshenviste og ikke-henviste med en højere forekomst af bl.a. intrafamiliære (incest) (11 % vs. 4 %) og ekstrarfamiliære (krænket andres børn) (35 % vs. 24 %) krænkere samt flere dømt for non-kontakt seksualkriminalitet (12 % vs. 9 %) blandt behandlingshenviste.

De behandlingshenviste, der var idømt ubetingede straffe for indeks-kriminaliteten (N = 154), var ydermere idømt signifikant længere straffe end ikke-henviste ved indeks, givetvis som følge af at have begået mere alvorlig og/eller mere omfattende kriminalitet (Tabel 24).

4.1.3.2 Tidligere kriminalitet

Hvad angik tidligere domme for kriminalitet, var der blandt behandlingshenviste, jævnfør Tabel 25, en signifikant højere forekomst af case-personer, der tidligere udelukkende var dømt for seksualkriminalitet (22 % vs. 14 %, $p < 0,01$), mens der blandt

ikke-henviste var en signifikant højere forekomst af kriminalitet (73 % vs. 63 %, $p < 0,05$), ikke-seksualiseret vold (33 % vs. 17 %, $p < 0,001$) og for tidligere udelukkende at være dømt for ikke seksualiseret ikke-seksualiseret vold (22 % vs. 11 %, $p < 0,001$). Desuden var der blandt de behandlingshenviste en tendens til højere, dog ikke statistisk signifikant, forekomst af tidligere domme for seksualkriminalitet (29 % vs. 25 %), seksualkriminalitet mod børn under 15 år (16 % vs. 12 %), anvendelse etc. af seksuelt billedmateriale af børn jf. § 235 (4 % vs. 3 %), sammenlignet med ikke-henviste.

4.1.3.3 Specialister vs. generalister

Ovenstående belyst af behandlingshenviste og ikke-henvistes kriminelle løbebane aktuelt og tidligere viste, at de behandlingshenviste signifikant oftere, var dømt for seksualkriminalitet mod præpubertære børn under 12 år og mod flere personer (2+ forurettede) og oftere udelukkende havde begået seksualkriminalitet og ikke andre typer af kriminalitet sammenlignet med de ikke-henviste. Modsat havde de ikke-henviste i højere grad helt generelt havde begået kriminalitet, navnlig ikke-

Tabel 23. Krænkertyper opgjort på baggrund af oplysninger om pådømt indeks-kriminalitet og offeroplysninger for behandlingshenviste og ikke-henviste

Krænkertype	Henvist til behandling (N = 210)		Ikke henvist (N = 370)		P-værdi
	N	%	N	%	
Voldtægt (ofre 15+ år)	21	10,0	58	15,7	0,0000
Ekstrarfamiliær	74	35,2	90	24,3	
Intrafamiliær	23	11,0	16	4,3	
Krænket både egne og andres børn (blandet)	12	5,7	6	1,6	
Både krænket børn og voksne	3	1,4	2	-	
Seksualkriminalitet uden fysisk kontakt	25	11,9	33	8,9	
Uoplyst	-	-	3	0,8	

*Der forelå kun opgørelse af krænkertype for 63 % af case-populationen, da datasæt 1 fra Herstedvester ikke indgik i analysen af krænkertype. Tabel 24. Gennemsnitlig længde af ubetingede straffe for behandlingshenviste og ikke-henviste

Tabel 24. Gennemsnitlig længde af ubetingede straffe for behandlingshenviste og ikke-henviste

Gennemsnitlig længde af fængselsstraf	Henvist til behandling (N = 154)		Ikke henvist (N = 351)		P-værdi
	År	SD	År	SD	
Gennemsnitlig længde af fængselsstraf	1,8	(1,4)	1,2	(1,2)	0,0000

seksualiseret vold, i signifikant højere grad end de behandlingshenviste.

Disse fund kunne tolkes som udtryk for, at behandlingshenviste i højere grad var "specialiserede" i seksualkriminalitet, navnlig mod præpubertære børn, mens de ikke-henviste var "generalister", der begik seksualkriminalitet men i høj grad også begik alle mulige former for kriminalitet, i særdeleshed også ikke-seksualiseret vold.

På denne baggrund udviklede vi en model, der skulle måle på graden af specialisering i seksualkriminalitet, en såkaldt specialistscore med henblik på at undersøge, om graden af specialisering af specialisering i seksualkriminalitet kunne forklare de fundne forskelle i recidivrisiko for behandlingshenviste og ikke-henviste case-personer.

Specialistscoren er en score baseret på vægtning af antal tidligere domme for seksualkriminalitet (ingen, 1, 2+), typen af tidligere og aktuelle ofre (kun børn, både børn og voksne, kun voksne), ingen tidligere eller aktuelle afgørelser for ikke-seksualiseret vold (ja/nej), diagnose for seksuel afvigelse (ja, måske, nej), single på indekstidspunktet (ja, nej), og tidligere eller aktuel afgørelse for

§ 235 kriminalitet (seksualiseret billedmateriale af børn) (ja/nej). Scoren blev i visse analyser udvidet med ung alder ved første afgørelse for seksualkriminalitet (over/under 25 år).

På baggrund af disse faktorer blev der for hver case-person beregnet en specialistscore i intervallet 0-12 (i enkelte analyse 0-13, hvis ung alder ved debut var inkluderet). En høj specialistscore blev tolket som udtryk for, at der var tale om en person, der specialiserede i seksualkriminalitet fremfor anden kriminalitet. I beregningen af gruppernes specialistscore var kun inkluderet personer, der kunne følges fra 15. leveår (131 behandlingshenviste og 215 ikke-henviste) (score 0-13).

Beregningen af specialscore viste, at de behandlingshenviste havde en statistisk signifikant højere specialistscore end de ikke-henviste (5,9 vs. 4,7 $p < 0,0001$)¹² (Tabel 26). En sammenligning af specialistscore for de behandlede på behandlingsstederne var ikke signifikant forskellig (København: 6,0 SD=2,6; Middelfart: 5,9, SD=2,0; Aarhus: 5,9, SD=1,7, $p=0,84$).

Analysen viste med andre ord, at de behandlingshenviste og ikke-henviste var væsensforskellige;

Tabel 25. Tidligere kriminalitet blandt behandlingshenviste og ikke-henviste (N = 580)

	Henvist til behandling (N = 210)		Ikke henvist (N = 370)		P-værdi
	N	%	N	%	
Tidligere seksualkriminalitet					
Seksualkriminalitet (alle kategorier)	61	29,0	92	24,9	0,2720
Udelukkende seksualkriminalitet tidligere	47	22,4	51	13,8	0,0080
Seksualkriminalitet mod børn under 15 år ^a	33	15,7	44	11,9	0,1923
Seksuualiseret billedmateriale af børn ^b	9	4,3	11	3,0	0,4050
Tidligere kriminalitet i øvrigt					
Generel kriminalitet	132	62,9	269	72,7	0,0136
Ikke-seksualiseret vold	36	17,1	123	33,2	0,0000
Udelukkende begået ikke-seksualiseret vold	22	10,5	82	22,2	0,0004

a) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år refererer til seksualkriminalitet under kategori 3, 4 og 5, samt kategori 2 og 6, hvis ofret var under 15 år

b) Seksuelt billedmateriale af børn refererer til § 235 lovovertrædelser, dvs. seksualkriminalitet i kategori 8 (hoved- eller bi-sigtelse)

¹²) En analyse viste, at der ikke var signifikant forskel på specialistscoren for de 119 behandlede, der havde modtaget 4+ måneders behandling og de 91 behandlede, der havde modtaget under 4 måneders behandling (5,9 [SD=2,2] vs. 6,0 [SD=2,0]).

de behandlingshenviste var i højere grad karakteriseret ved faktorer, der var kendte for at være associeret med forhøjet risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet. Personer med høj specialistscore må således formodes at have en dårligere "prognose" end generalisterne, hvad angår risikoen for at begå fornyet seksualkriminalitet. Der vil være yderligere fund vedrørende sammenhængen mellem specialistscore og recidivrisikoen i kapitel 5.

4.2 Case-personer inkluderet i analyser vedrørende psykiatrisk/sexologisk behandling

For at indgå i behandlingsforløbsanalyserne skulle der foreligge oplysninger om behandlingsdata for den behandlingshenviste. Dette var tilfældet for 65 % af de 210 behandlingshenviste, mens de resterende 35 %, der ikke havde fået indsamlet behandlingsforløbsdata, blev ekskluderet fra analyserne af behandlingsforløbsdata.

Af de personer, der manglede behandlingsoplysninger, var der en overvægt af personer visiteret af klinikerne i Herstedvester Fængsel (77 % visiteret på Herstedvester og 23 % var visiteret på de ambulante behandlingssteder), dvs. en lidt anden fordeling end gruppernes oprindelige sammensætning i hele case-populationen (67 % vs. 32 %). Det

er tænkeligt, at der blandt de 77 % fra Herstedvester, er en del, der oprindeligt fremstået som motiveret og derfor var indstillede til behandling, men hvor patienten fortrød og derfor ikke fremmødte ved behandlingsstart.

For at blive inkluderet i analyserne vedrørende varighed af og indhold i behandlingen skulle personen være registreret med minimum 4 måneders kontakt til et af behandlingsstederne, jf. at behandlingskontakt af kortere varighed ikke betragtes som et egentligt behandlingsforløb, idet de første måneder almindeligvis bruges på udredning snarere end egentlig behandling. Fordelingen af behandlingstiderne, henholdsvis under 4 måneder, 4-17 måneder, og minimum 18 måneder, for de enkelte behandlingssteder fremgår af Tabel 27. I alt 119 af de 136 behandlingshenviste case-personer, der var registreret med behandlingsforløbsdata, havde modtaget minimum 4 måneders behandling. Disse personer kunne dermed inkluderes i behandlingsforløbsanalyserne.

De 119, der havde haft behandlingskontakt i minimum 4 måneder, var fordelt med 40 behandlet i Middelfart, 43 i København, og 36 i Aarhus. Gruppen fordeler sig med 50, der var visiteret på de ambulante behandlingssteder (42 %) og 69, der var visiteret i Herstedvester Fængsel (58 %).

Tabel 26. Gennemsnitlig specialistscore for behandlingshenviste og ikke-henviste case-personer for personer med kriminalitetsdata fra 15. leveår

	Alle (N = 346)		Henvist til behandling (N = 131)		Ikke henvist (N = 215)		P-værdi
	År	SD	År	SD	År	SD	
Gennemsnitlig specialistscore (0-13)	5,2	2,2	5,9	2,2	4,7	2,1	0,0000

Tabel 27. Varighed af psykiatrisk/sexologisk behandling på de ambulante behandlingssteder blandt behandlingshenviste med behandlingsoplysninger (N = 136)

	København (N = 53)		Middelfart (N = 45)		Aarhus (N = 38)		Total (N = 136)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Behandlet under 4 mdr.	10	18,9	5	11,1	2	5,3	17	12,5
Behandlet 4-17 mdr.	13	24,5	14	31,1	4	10,5	31	22,8
Behandlet 18+ mdr.	30	56,6	26	57,8	32	84,2	88	64,7

Det fremgår også af Tabel 27, at der var en tendens til, at flere af de personer, der var blevet behandlet i Aarhus, havde fået længere behandlingsforløb (18+ måneder) i Aarhus (86 %), mens det var tilfældet for 70 % i København og for 65 % i Middelfart. Forskellen på tværs af stederne var dog ikke signifikant. Der var dog kun 65%, der havde modtaget minimum 18 måneders behandling.

4.3 Varighed af behandlingsforløb

Behandlingsforløbets varighed blev undersøgt ved at beregne det gennemsnitlige antal måneder i behandling, gennemsnitlige antal behandlingskontakter, fordeling på kategorier med forskelligt antal kontakter (ingen kontakter, 1-9 kontakter, 10-29 kontakter, og 30+ kontakter) og endeligt ved at belyse, hvor mange, der havde modtaget under eller over 1,5 års behandling.

De 119 behandlede havde gennemsnitlig modtaget behandling i 21,1 måneder (SD=8,1; 4-45 måneder), fordelt med 19,4 måneder (SD=8,0; 4,0-34,5) i København, 20,4 måneder (SD= 8,1; 5,2-38,5) i Middelfart 23,8 måneder (SD=8,1; 9,1-45,0) i Aarhus.

De behandlede, der var visiteret på et af de ambulante behandlingssteder, havde modtaget behandling gennemsnitligt i 22 måneder (SD=5,4), mens

de fængselsvisiterede gennemsnitligt, havde modtaget 20 måneders behandling (SD=9,5) ($p>0,05$).

På tværs af behandlingsstederne havde 11 % af de behandlende ingen udeblivelser fra behandlingen (med eller uden afbud), mens 62 % var registreret med 1-9 afbud og 26 % var registreret med 10-29 afbud og <3 % med 30+ udeblivelser. Der var ingen statistisk signifikant forskel på fordelingen af antallet af afbud på tværs af behandlingssteder ($p>0,05$).

4.4 Omfang af behandlingskontakter

Det gennemsnitlige antal behandlingskontakter på behandlingsstederne fremgår af Tabel 28. Middelfart havde det højeste antal behandlingskontakter efterfulgt af Aarhus og København.

Af Tabel 29 fremgår fordelingen af behandlingskontakter på de enkelte behandlingssteder. Fordelingen er signifikant forskellig ($p<0,001$). Af patienterne i København var 23 % registreret med 1-9 behandlingskontakter, mens ingen af patienterne i Middelfart og Aarhus havde haft under 10 behandlingskontakter. Andel af behandlede med 10-29 behandlingskontakter var 23 % i Middelfart, 21 % i København efterfulgt af 14 % i Aarhus. I Aarhus og Middelfart havde størstedelen (hhv. 86 % og 78

Tabel 28. Gennemsnitlig antal behandlingskontakter på behandlingsstederne

	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)	
	N	SD	N	SD	N	SD	N	SD
Gennemsnitligt antal kontakter	49	(32)	55	(36)	41	(30)	51	(26)

Tabel 29. Fordeling af antal kontakter på tværs af behandlingsstederne

Antal kontakter	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)		P-værdi
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ingen	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0003
1-9	10	8,4	-	-	10	23,3	-	-	
10-29	23	19,3	9	22,5	9	20,9	5	13,9	
30+	86	72,3	31	77,5	24	55,8	31	86,1	

%) haft 30+ kontakter, mens det var tilfældet for 56 % i København.

Antallet af behandlingskontakter, konsultationer hos psykiater, psykolog, og andre fagpersoner, par/familieterapi og gruppeterapi for hele gruppen og på de respektive behandlingssteder er anført i Tabel 30.

Størstedelen (72 %) af de 119 behandlede med behandlingsoplysninger og behandlingsforløb af minimum 4 måneders varighed var registreret med 30+ behandlingskontakter i behandlingsfor-

løbet. Der var for 19 % registreret 10-29 behandlingskontakter og for 8 % registreret 1-9 behandlingskontakter. Lidt over halvdelen (58 %) af de behandlede var registreret med konsultationer hos psykiater. Der var registreret 1-9 konsultationer for 18 %, mens 25 % havde haft 10-29 konsultationer og 15 % 30+ konsultationer. Størstedelen af de behandlede (88 %) havde modtaget konsultationer hos psykolog. Der var registreret 1-9 samtaler for 39 %, 10-29 samtaler for 30 %, og 30+ samtaler for 19 %. En tredjedel (35 %) af de behandlede havde konsulteret andre faggrupper end psykiatere og psykologer. For 13 % var registreret 1-9

Tabel 30. Antal gennemførte konsultationer hos psykiater, psykolog, andre faggrupper, i par/familieterapi og gruppeterapi i behandlingsforløbet (N = 119)

	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)		P-værdi
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Psykiater									
Ingen	50	42,0	12	30,0	15	34,9	23	63,9	0,0095
1-9	21	17,6	5	12,5	8	18,6	8	22,2	
10-29	30	25,2	14	35,0	12	27,9	4	11,1	
30+	18	15,1	9	22,5	8	18,6	< 3		
Psykolog									
Ingen	14	11,8	8	20,0	5	11,6	< 3		0,0151
1-9	46	38,7	8	20,0	23	53,5	15	41,7	
10-29	36	30,3	15	7,5	11	25,6	10	27,8	
30+	23	19,3	9	22,5	4	9,3	10	27,8	
Andre faggrupper									
Ingen	77	64,7	32	80,0	39	90,7	6	16,7	0,0000
1-9	16	13,4	4	10,0	< 3	-	10	27,8	
10-29	17	14,3	4	10,0	< 3	-	11	30,6	
30+	9	7,6	-	-	-	-	9	25,0	
Par- og/eller familieterapi									
Ingen	101	84,9	31	77,5	39	90,7	31	86,1	0,3781
1-9	15	12,6	7	17,5	3	7,0	5	13,9	
10-29	3	-	< 3	-	< 3	-	-	-	
30+		-	-	-	-	-	-	-	
Gruppesessioner									
Ingen	59	49,6	8	20,0	31	72,1	20	55,6	0,0000
1-9	24	20,2	18	45,0	-	-	6	16,7	
10-29	17	14,3	8	20,0	3	7,0	6	16,7	
30+	19	16,0	6	15,0	9	20,9	4	11,1	

Grundet det lave antal, der indgår i nogle af cellerne (forventet antal < 5 i Chi² test), er p-værdien usikker.

konsultationer og for andre 14 % 10-29 konsultationer, mens de resterende 8 % havde modtaget 30+ konsultationer hos andre. I alt var 15 % af de behandlede registreret med deltagelse i par- og/eller familieterapi, hovedsageligt 1-9 konsultationer. Halvdelen af patienterne var registreret som modtagere af gruppeterapi, heraf havde 20 % deltaget i 1-9 gruppesessioner, 14 % i 10-29 sessioner og 16 % i 30+ sessioner.

En stor andel af patienterne i Middelfart (70 %) og København (65 %) havde konsulteret en psykiater, mens det var tilfældet for en væsentlig mindre andel af patienterne i Aarhus (36 %). Patienterne i Middelfart havde talmæssigt flere konsultationer hos psykiater, idet 58 % var registreret med 10+ psykiatriske konsultationer; det var tilfældet for 49 % af patienterne i København og 11 % i Aarhus. Forskellen mellem grupper var signifikant ($p < 0,01$).

Der var en signifikant forskel på fordelingen af antal konsultationer hos psykolog på tværs af behandlingsstederne ($p < 0,05$). I Aarhus havde næsten alle patienterne (> 97 %) haft konsultationer hos psykolog, mens det var tilfældet for 88 % i København og 80 % i Middelfart. Andelen med 10+ konsultationer hos psykolog var 28 % i Aarhus efterfulgt af 23 % i Middelfart og 9 % i København.

Der var en signifikant forskellig fordeling på antallet af konsultationer hos andre faggrupper (fx sy-

geplejersker, fysioterapeut) på tværs af stederne ($p < 0,0001$). I Aarhus var 83 % af patienterne registreret med konsultationer hos andre, i København havde 9 % fået konsultation hos andre faggrupper, mens det var 20 % af patienterne i Middelfart.

Par/familieterapi var tilbudt en ganske lille andel af patienterne. Fordelingen var den samme på tværs af stederne.

Der var en signifikant forskel på fordelingen af antallet af gruppesessioner på tværs af behandlingsstederne. Gruppeterapi var registreret for flere i Middelfart (80 %), efterfulgt af Aarhus (44 %) og København (28 %). Derimod var der en højere andel af patienterne i København (21 %), der havde modtaget 30+ gruppesessioner mod 16 % i Middelfart og 11 % i Aarhus; på tværs af stederne havde mellem 7-20 % deltaget i 10+ gruppesessioner.

4.5 Non-farmakologiske behandlingsmetoder

Af Tabel 31 fremgår en beskrivelse af, hvilke typer af non-farmakologiske interventioner, som de behandlede havde modtaget både samlet set og på de respektive behandlingssteder.

Samlet set havde størstedelen af de behandlede (88 %) som en del af behandlingsforløbet modta-

Tabel 31. Fordelingen af non-farmakologisk behandlingsindhold fordelt på behandlingssteder

Behandlingsindhold	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)		P-værdi
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Rådgivning, støtte og vejledning	105	88,2	37	92,5	38	88,4	30	83,3	0,460
Misbrugsbehandling alkohol/stoffer	24	20,2	10	25,0	6	14,0	8	22,2	
Psykoterapi	98	82,4	35	87,5	32	74,4	31	86,1	0,230
Ingen terapi	21	17,6	5	12,5	11	25,6	5	13,9	0,012
Kognitiv terapi	17	14,3	3	7,5	3	7,0	11	30,6	
Psykodynamisk terapi	<3								
Kombineret kognitiv-psykodynamisk	80	67,2	32	80,0	29	67,4	19	52,8	
Kropsterapi mv.	5	4,2	-	-	-	-	5	13,9	0,002

get rådgivning, støtte og vejledning. Der var ikke signifikant forskel på behandlingsstederne.

Hver femte blev psykologisk behandlet mod misbrug af alkohol og andre stoffer, fordelt på 25 % i Middelfart, 14 % i København, og 22 % i Aarhus ($p > 0,05$) (fx i misbrugscentre).

De fleste (82 %) havde også modtaget psykoterapi. Psykoterapi blev tilbudt 88 % af patienterne i Middelfart, 86 % af patienterne i Aarhus og 74 % af patienter i København. På alle stederne var kombinationen af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og psykodynamisk terapi den foretrukne metode. I Middelfart blev 80 % af patienter tilbudt denne behandling, mens det var tilfældet for 67 % i København og 53 % i Aarhus. Derimod blev KAT i sin rene form kun givet for 14 % af de behandlede, fordelt med 30 % i Aarhus efterfulgt af 8 % i Middelfart og 7 % i København. Ligeledes blev psykodynamisk terapi kun anvendt i sine rene form for mindre end 3 personer. Fordelingen af psykoterapi var signifikant forskellig på tværs af behandlingsstederne ($p < 0,05$).

Kropsterapi var tilbudt til 4 % og kun i Aarhus, hvor 14 % af patienterne havde modtaget den behandlingsform.

Mange patienter modtager som en del af behandlingsforløbet også social bistand, såvel fra den behandlende afdeling som fra andre myndigheder. Praktisk social bistand omfatter alt ud over lovbestemt økonomisk bistand (kontanthjælp eller lignende), dvs. bistand vedrørende arbejde, bolig mv.

Ifølge den sidste behandlingsstatus, der var udfyldt for de behandlede, havde 46 % af patienterne i den del af behandlingsforløbet modtaget social bistand (typisk i ingen-nogen grad). Særligt i Aarhus var der en stor andel af patienterne, der havde modtaget social bistand (69 %), mens det var tilfældet for 38 % af patienterne i Middelfart og 35 % af patienterne i København.

4.6 Farmakologiske behandlingsmetoder

Af Tabel 32 fremgår en beskrivelse af, hvilke typer af farmakologiske interventioner, som de behandlede havde modtaget både samlet set og på de respektive behandlingssteder. Samlet set havde næsten en tredjedel (29 %) af patienterne som en del af behandlingsforløbet modtaget en eller flere former for medicinsk behandling. Den medicin-

Tabel 32. Fordelingen af farmakologisk behandlingsindhold fordelt på behandlingssteder (N = 119)

	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Medicinsk behandling (ja/nej)	35	29,4	13	32,5	11	25,6	11	30,6
Typer af medicinsk behandling								
Behandling med antidepressiva ^a	16	13,4	4	10,0	8	18,6	4	11,1
Behandling med antipsykotika ^b	3	2,5	< 3	-	< 3	-	< 3	-
Behandling med anxiolytika og/eller hypnotika ^c	5	4,2	-	-	< 3	-	3	8,3
Behandling med antabus ^d	15	12,6	7	17,5	5	11,6	3	8,3
Behandling med metadon eller buprenorphin ^e	-	-	-	-	-	-	-	-
Anden medikamentel behandling ^f	10	8,4	3	7,5	< 3	-	10	27,8

Grundet for få observationer i flere kategorier var det ikke muligt at gennemføre Chi2-tests.

- a) Antidepressiva anvendes til behandling af depression og til behandling af stort driftspres (udnyttelse af medicinens bivirkning med nedsat seksuel lyst)
 b) Antipsykotika anvendes til behandling psykotiske symptomer men kan også anvendes til behandling af stort driftspres (udnyttelse af medicinens potentielle bivirkning)
 c) Anxiolytika/hypnotika anvendes til behandling af hhv. angst og søvnløshed
 d) Antabus anvendes til behandling af alkoholisme
 e) Metadon/buprenorphin anvendes til behandling af stofmisbrug
 f) Anden medikamentel behandling kan fx være behandling af ADHD

ske behandling bestod primært i behandling med antidepressiva (behandling af fx depression eller som kønsdriftdæmpende behandling) (13 %) og antabus (13 %). Behandling med antabus varetages almindeligvis af ekstern behandler (fx egen læge). En ganske lille andel af patienterne (4 %) blev behandlet med anxiolytika (angstdæmpende) og/eller hypnotica (behandling af søvnløshed) og 3 % med antipsykotika (anvendes i særlige tilfælde som kønsdriftdæmpende behandling. Ingen blev behandlet med metadon eller buprenorphin. I alt 8 % blev behandlet med anden medikamentel behandling (fx medicin mod ADHD). Andelen, der havde modtaget farmakologisk behandling på de respektive behandlingssteder, varierede mellem 33 % (Middelfart), 19 % (København), og 31 % (Aarhus).

Behandling med antidepressiva blev i højere grad anvendt i København (19 %) og i mindre grad i Middelfart (10 %) og Aarhus (11 %). I Aarhus var der en højere forekomst af behandling med anxiolytika og/eller hypnotica (8 %), mens under 3 personer modtog denne behandling i København og ingen modtog den i Middelfart. Der var en højere forekomst af behandling med antabus i Middelfart (18 %), end det var tilfældet i København (12 %) og Aarhus (8 %). Der var højere forekomst af anden medikamentel behandling i Aarhus (28 %) end

det var tilfældet i Middelfart (8 %) og København (<3 personer).

4.7 Prævalens af mono- og multi-modal behandling

Den psykiatriske/sexologiske behandling bestod og består fortsat sjældent af en enkelt intervention men snarere i kombinationsbehandling, hvor patienter både tilbydes fx psykoterapi og medikamentel behandling.

Af Tabel 33 fremgår, at hovedparten af de behandlede i inklusionsperioden havde modtaget flere typer af behandling, hvor de forskellige typer af non-farmakologisk og farmakologisk behandling blev kombineret. Således var kun 19 % af samtlige behandlede registreret som værende behandlet med kun en af ovennævnte interventioner, mens 40 % var registreret som værende behandlet med to typer af behandling og 38 % var behandlet med 3-5 forskellige typer af interventioner. For under 3 % var der ikke registreret behandlingstyper.

Der var dog lokale forskelle i, hvor mange behandlingsformer der blev anvendt, dog uden at forskellen var signifikant ($p > 0,05$). Størstedelen af patienterne modtog 2+ behandlingsformer (78 %). I Kø-

Tabel 33. Antallet af behandlingstyper (non-farmakologiske og farmakologiske metoder) fordelt på behandlingssteder

Antal interventioner i alt	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)		P-værdi
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ingen type behandling angivet	3	2,5	< 3	-	< 3	-	-	-	0,4281
1 type behandlingsindhold	23	19,3	5	12,5	10	23,3	8	22,2	
2 typer behandlingsindhold	48	40,3	17	42,5	19	44,2	12	33,3	
3-5 typer behandlingsindhold	45	37,8	17	42,5	12	27,9	16	44,4	

Tabel 34. Behandlingsmotivation fordelt på behandlingssteder (n = 119)

	Alle (N = 119)	Middelfart (N = 40)	København (N = 43)	Aarhus (N = 36)
	Gns. (SD)	Gns. (SD)	Gns. (SD)	Gns. (SD)
Behandlingsmotivation ^a	1,8 (0,7)	1,7 (0,6)	2,0 (0,7)	1,8 (0,7)

a) Behandlingsmotivation blev beregnet som et gennemsnit af alle vurderinger af behandlingsmotivation i halvårsstatusser; scoren 1 refererede til god behandlingsmotivation, 2 til moderat behandlingsmotivation og 3 til dårlig behandlingsmotivation.

benhavn og Middelfart modtog hhv. 44 % og 43 % af patienterne to typer behandling, mens det var tilfældet for 33 % i Aarhus. Fordelingen af patienter behandlet med 3-5 behandlingstyper fordelte sig med 44 % i Aarhus, 43 % i Middelfart og 28 % i København. I København og Aarhus modtog hhv. 23 % og 22 % af patienterne kun en enkelt intervention mod kun 13 % af patienterne i Middelfart.

4.8 Behandlingsmotivation

Behandlerne blev bedt om at vurdere behandlingsmotivationen hos deres patienter som hhv. god (scoren 1), moderat (scoren 2), og dårlig (scoren 3). Vurdering var en overordnet, generel vurdering af patientens behandlingsmotivation, dvs. stabilitet, engagement, compliance mv. i behandlingsforløbet. Behandlingsmotivation blev beregnet som et gennemsnit af samtlige vurderinger, der var foretaget af den enkelte patients behandlingsmotivation i behandlingsforløbet. Samlet set opnåede hele gruppen af behandlede en score på 1,8 svarende til, at behandlingsmotivationen gennemsnitligt blev vurderet som værende moderat-god. Der var lokale forskelle; patienterne i København blev vurderet med moderat behandlingsmotivation (score=2,0), mens patienterne i Middelfart (score=1,7) og Aarhus (score=1,8) blev vurderet med moderat-god behandlingsmotivation ($p < 0,001$) (Tabel 34).

4.9 Årsager til afsluttet/afbrudt behandling

Behandling afsluttes for nogle patienter før tid, dvs. før vilkåret om behandlingen udløber. Af Tabel 35 fremgår årsagerne til behandlingsophør for det nærværende datamateriale, både for hele gruppen af behandlede og for de enkelte behandlingssteder.

For de fleste af de behandlede (61 %) blev behandlingsforløbet afsluttet som planlagt, forventeligt som følge af at vilkåret om behandling udløb. For en mindre andel (7 %) var det den dømte, der afbrød forløbet, ligesom behandlingsstedet afbrød behandlingsforløbet for 3 % grundet manglende behandlingsalliance. I få tilfælde (<3 personer) blev behandlingsforløbet afbrudt pga. misbrug af alkohol eller brug af stoffer, recidiv, eller fordi personen overgik til en anden afdeling. For 8 % var der andre ikke anførte grunde til behandlingsafslutning.

Der var kun marginale lokale forskelle i årsagerne til behandlingsophør på tværs af behandlingsstederne. Det skal dog bemærkes, at det kun var få af patienterne i Aarhus, der selv afbrød behandlingen (under 2 %), mens det var tilfældet for 10 % i Middelfart og 7 % i København.

Tabel 35. Årsager til behandlingsophør fordelt på behandlingssteder (N = 119)

Årsag til behandlingsophør	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patient afbryder behandling	9	7,6	4	10,0	3	7,0	< 3	-
Behandling ophørt som planlagt ^b	72	60,5	21	52,5	29	67,4	22	61,1
Afdeling afbryder behandling ^c	4	3,4	< 3	-	< 3	-	< 3	-
Afdeling afbryder pga. misbrug	< 3	-	-	-	-	-	< 3	-
Afbrudt pga. recidiv	< 3	-	< 3	-	-	-	-	-
Patient overgår anden afdeling	< 3	-	< 3	-	< 3	-	-	-
Andet	10	8,4	< 3	-	< 3	-	6	16,7
Behandling ikke afsluttet	17	14,3	7	17,5	6	14,0	4	11,1
Uoplyst	< 3	-	< 3	-	-	-	-	-

a) Grundet for få observationer var det ikke muligt at beregne p-værdier

b) Behandlingsophør som planlagt refererer fx til, at vilkåret om psykiatrisk/sexologisk behandling var udløbet

c) Behandlingsophør pga. manglende behandlingsalliance

4.10 Fortsættelse af behandling efter vilkårets udlæg

Som det fremgår af Tabel 36, ønskede 14 % af de behandlede at fortsætte behandlingen (dvs. uden vilkår) efter behandlingsvilkårets udløb, mens næsten halvdelen (45 %) ikke ønskede at fortsætte. For de resterende 39 % var spørgsmålet ikke relevant (fx fordi behandling jf. vilkår stadig pågik).

På afdelingerne tegnede der sig et billede af at der i Aarhus var en større andel af patienterne, der ønskede at fortsætte i behandlingen efter vilkår ophør, hvor 25 % af patienterne ønskede at fortsætte mod 14 % i København og mindre end 3 % i Middelfart (her tilbydes sædvanligvis ikke behandling efter vilkårets ophør). Fordeling var signifikant forskellig på tværs af grupperne.

4.11 Kvalitativ behandlings-evaluering

Behandlerne blev også bedt om at deres kliniske/ subjektive vurdering af, hvorvidt der skete ændring på forskellige områder hos patienten såsom tænkning om indeks-kriminalitet og deres fremtidige

risiko: Havde patienten ændret deres tænkning om de pådømte handlinger (erkendelse af at have begået kriminaliteten og indsigt i hvilke følger kriminaliteten havde haft for forurettede), fremtidige risikosituationer (identifikation af risikosituation), og egen risiko for igen at begå seksualkriminalitet (erkendelse af at rumme farlige reaktionsmønstre) og om patientens sociale forhold og psykiske tilstand var ændret i løbet af behandlingsforløbet.

4.11.1 Ændring i tænkning om kriminalitet, forurettede, risikosituationer, og recidivrisiko

I Tabel 37 fremgår behandlernes vurdering af, hvorvidt der har fundet en sådan ændring sted hos patienterne fra behandlingens start til behandlingens afslutning. Ændringen er beregnet ved at tage et gennemsnit af behandlernes vurderinger, hvor 1 indikerer, at patienten har opnået det anførte niveau (dvs. erkender at have begået kriminaliteten, formår at identificere potentielt farlige situationer i fremtiden, har opnået følelsesmæssig kontakt med de pådømte handlinger, og erkender at rumme farlige reaktionsmønstre), mens en score på 2 indikerede at det ønskede niveau ikke var opnået.

Samlet set pegede behandlernes vurdering på,

Tabel 36. Andel, der ønskede at fortsætte behandling efter vilkårsophør fordelt på behandlingssteder (N = 119)

Ønsker at fortsætte behandling	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)		P-værdi
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ja	17	14,3	< 3	-	6	14,0	9	25,0	0,005
Nej	54	45,4	17	42,5	27	62,8	10	27,8	
Ikke relevant	46	38,7	19	47,5	10	23,3	17	47,2	
Uoplyst	< 3	-	< 3	-	-	-	-	-	

Tabel 37. Vurdering af patienternes tænkning om kriminalitet, forurettede, risikosituationer og recidivrisiko

Område i patientens tænkning	Alle (N = 119)	Middelfart (N = 40)	København (N = 43)	Aarhus (N = 36)
	Gns. (SD)	Gns. (SD)	Gns. (SD)	Gns. (SD)
Erkendelse af at have begået de pådømte handlinger ^a	1,3 (0,4)	1,3 (0,4)	1,3 (0,4)	1,3 (0,4)
Identifikation af potentielt farlige situationer i fremtiden ^a	1,6 (0,4)	1,5 (0,4)	1,7 (0,4)	1,7 (0,4)
Følelsesmæssig kontakt med de pådømte handlinger ^a	1,7 (0,4)	1,7 (0,3)	1,7 (0,4)	1,8 (0,3)
Erkendelse af at rumme farlige reaktionsmønstre ^a	1,7 (0,4)	1,6 (0,4)	1,7 (0,4)	1,8 (0,3)

a) 1 indikerede, at patienten har opnået det anførte niveau (fx erkender at have begået den pådømte kriminalitet), mens en score på 2 indikerede, at det ønskede niveau ikke var opnået

at patienterne generelt erkendte at have begået de pådømte handlinger (gns=1,3), mens det ønskede niveau ikke helt var opnået i samme grad, hvad angik at kunne identificere potentielt farlige situationer i fremtiden (potentielle risikosituationer) (gns=1,6), at have opnået følelsesmæssig kontakt med de pådømte handlinger (offerempati) (gns=1,7), og indsigt i at have en potentiel risiko for igen at begå seksualkriminalitet (gns=1,7).

Der viste sig et tilsvarende mønster lokalt, dog med en tendens til at de behandlede i Middelfart var vurderet at have opnået det anførte niveau i lidt højere grad end i København og Aarhus.

4.11.2 Ændring af sociale forhold i behandlingsforløbet

Behandlerne blev også bedt om at vurdere ændring af patientens sociale forhold. Nedenfor er

opgjort den seneste vurdering af patientens sociale forhold. Som anført i Tabel 38 var der for størstedelen ikke sket en større ændring af de sociale forhold. Forskellen på tværs af behandlingsstederne var ikke signifikant ($p=0,93$).

4.11.3 Ændring af psykiske tilstand i behandlingsforløb

Behandlerne blev slutteligt bedt om at vurdere patientens psykiske tilstand, herunder hvordan indsigt og forståelse af egne problemer skønnes at være. Størstedelen var ved den sidste vurdering vurderet med enten forbedret eller uændret psykisk tilstand ($p=0,099$) (Tabel 39).

Tabel 38. Ændring af sociale forhold som målt ved sidste status

	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Forbedret	41	34,5	14	35,0	13	30,2	14	38,9
2. Uændret	70	58,8	22	55,0	28	65,1	20	55,6
3. Forværret	6	5,0	< 3	-	< 3	-	< 3	-
9. Uoplyst	< 3	-	< 3	-	-	-	-	-

Tabel 39. Patientens psykiske tilstand ved sidste måling

	Alle (N = 119)		Middelfart (N = 40)		København (N = 43)		Aarhus (N = 36)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Forbedret	54	45,4	18	45,0	18	41,9	18	50,0
2. Uændret	58	48,7	19	47,5	25	58,1	14	38,9
3. Forværret	5	4,2	< 3	-	-	-	4	11,1
9. Uoplyst	< 3	-	< 3	-	-	-	-	-

Kapitel 5

Den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling

Det primære formål med Delrapport 3 var at belyse den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen i sin helhed og specifikt af den psykiatriske/sexologiske behandling, der tilbydes seksualkriminelle i regi af behandlingsordningen.

For at belyse den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen som helhed blev det kriminelle recidiv for hhv. hele case-populationen og deres matchede kontroller sammenlignet i nærværende kapitel. Evaluering af effekt af den psykiatriske/sexologiske behandling, der tilbydes i behandlingsordningen, blev belyst ved at sammenligne recidivet for dels den behandlede del af case-populationen vs. deres matchede kontroller samt behandlingshenviste case-personer vs. ikke-behandlingshenviste/ubehandlede case-personer.

Afslutningsvis i kapitlet belyses recidivet for forskellige typer af subgrupper, fx recidiv for personer visiteret i den ambulante behandlingsordning vs. personer visiteret i visitationsordningen, dømte med pædofili vs. dømte uden pædofili.

5.1 Den kriminalpræventive effekt af behandlingsordningen som helhed

Af de følgende afsnit fremgår en deskriptiv beskrivelse af case-populationen og deres matchede kontroller efterfulgt af en sammenligning af gruppernes kriminelle recidiv i den 10 år lange followup.

Som tidligere nævnt udgjorde case-populationen 580 unikke personer visiteret i behandlingsordningen i perioden 2006-2009. Det var imidlertid kun muligt at identificere matchede kontrolpersoner for 541 af de 580 visiterede case-personer, hvorfor der indgik 541 visiterede i de komparative analyser af case-population og matchede kontroller.

Kontrolgruppen bestod, som tidligere anført, af personer, som ikke havde indgået i behandlingsordningen og som var dømt for at begå seksualkriminalitet mellem 1985 og 1996, dvs. inden behandlingsordningens etableringen i 1997. Case-population og kontroller var matchet på køn, fødselsår (aldersgrupper: 15-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år og 55+ år), indeks-seksualkriminalitet (inddeling med 8 kategorier; hoved eller biforhold), og kriminel afgørelse (indeks).

5.1.1 Sociodemografi for case-populationen vs. deres matchede kontroller

Jf. Tabel 40 var grupperne sammenlignelig, hvad angik civilstand. Derimod var der en signifikant højere andel med dansk herkomst og personer fra region Hovedstaden blandt matchede kontroller sammenlignet med case-populationen. Desuden var der en signifikant forskel i uddannelsesniveauet, hvor der var flere i case-populationen med højere uddannelsesniveau.

5.1.2 Aktuel og tidligere kriminalitet

Som ventet var fordelingen af indeks-kriminalitet identisk for grupperne, jf. matchning på indeks-kriminalitet. For de 541 case-personer og deres kontroller bestod indeks-kriminalitet derfor også i overvejende grad i børnerelateret seksualkriminalitet, som det også fremgår af Tabel 41.

Der var ingen signifikant forskel på forekomsten af tidligere kriminalitet i de sidste 5 år op til indeks-afgørelsesdato for grupperne (Tabel 42). Således var 46 % af case-populationen dømt for at have begået en eller anden form for lovovertrædelse (seksualkriminalitet og anden kriminalitet) mod 47 % af kontrolgruppen ($p>0,05$), mens 14 % af case-populationen og 13 % havde begået seksualkriminalitet i 5 år op til indeksafgørelsen ($p>0,05$). For en mere fyldestgørende beskrivelse af case-populationen henvises til beskrivelsen i kapitel 4 i nærværende rapport.

Tabel 40. Sociodemografi for case-population visiteret i behandlingsordningen 2006-09 og kontroller

	Case-population (N = 541)		Kontroller (N = 541)		P-værdi
	År	SD	År	SD	
Gennemsnitsalder	39,5	12,8	39,3	12,8	Match
	N	%	N	%	
Civilstand					0,2257
Enlig	366	67,7	358	66,2	
Hjemmeboende under 18 år	43	7,9	32	5,9	
Samboende/-levende eller ægteskab	132	24,4	151	27,9	
Herkomst					0,0001
Vestlig herkomst	468	86,5	487	90,0	
Ikke vestlige indvandrere eller efterkommere	73	13,5	35	6,5	
Region					0,0015
Hovedstaden	120	22,2	178	32,9	
Midtjylland	116	21,4	95	17,6	
Nordjylland	57	10,5	61	11,3	
Sjælland	80	14,8	72	13,3	
Syddanmark	168	31,1	135	25,0	
Uddannelse¹					0,0362
Grundskolen/gymnasial uddannelse	305	56,4	335	61,9	
Faglært uddannelse	160	29,6	125	23,1	
Videregående uddannelse	37	6,8	29	5,4	
Ukendt	39	7,2	52	9,6	

1) Uddannelse referer til det højeste opnåede uddannelsesniveau på tidspunktet for året for indeksafgørelse.

Tabel 41. Indeks-seksualkriminalitet for case-population og kontroller

Kategori	Benævnelse	Case-population (N = 541)		Kontroller (N = 541)	
		N	%	N	%
1	Voldtægt m.v.	138	25,5	138	25,5
2	Incest	39	7,2	39	7,2
3	Samleje < 12 år	136	25,1	136	25,1
4	Samleje 12-15 år	97	17,9	97	17,9
5	Samleje adoptivbarn, stedbarn mv.	20	3,7	20	3,7
6	Samleje, institution mv.	21	3,9	21	3,9
7	Blufærdighedskrænkelser	63	11,6	63	11,6
8	Pornografiske billeder af børn	26	4,8	26	4,8
	Uden for kategori	<5	-	<5	-

Der var ingen signifikant forskel på forekomsten af tidligere kriminalitet i de sidste 5 år op til indeksafgørelsesdato for grupperne (Tabel 42). Således var 46 % af case-populationen dømt for at have begået en eller anden form for lovovertrædelse (seksualkriminalitet og anden kriminalitet) mod 47 % af kontrolgruppen ($p > 0,05$), mens 14 % af case-populationen og 13 % havde begået seksualkriminalitet i 5 år op til indeksafgørelsen ($p > 0,05$). For en mere fyldestgørende beskrivelse af case-populationen henvises til beskrivelsen i kapitel 4 i herværende rapport.

5.1.3 Facetter af kriminelt recidiv

5.1.3.1 Absolut og relativ risiko for seksualkriminalitet, grov seksualkriminalitet, ikke-seksualiseret vold og generel kriminalitet

Der blev gennemført analyse af forekomsten af fornyet kriminalitet i løbet af den 10 år lange followup-periode, både hvad angik absolut (recidivrater, dvs. hvor stor en andel af den samlede kohorte recidiverer) og relativ/forholdsmæssige risiko for recidiv (hazard ratio, korrigeret for tidligere kriminalitet begået i 5 år forud for indeks) (Tabel 43).

Tabel 42. Tidligere seksualkriminalitet for case-population og kontroller i 5-årigt tidsvindue forud for indeksafgørelse

	Case-population (N = 541)		Kontroller (N = 541)		P-værdi
	N	%	N	%	
Seksualkriminalitet	74	13,7	69	12,8	0,6536
Generel kriminalitet	246	45,5	255	47,1	0,5832

Tabel 43. Facetter af fornyet kriminalitet i løbet af en 10-års followup i case-population og matchede kontroller

Facet af kriminelt recidiv	Absolut recidivrisiko		P-værdi ^b	Relativ recidivrisiko for case-population i forhold til kontroller
	Case-population (N = 541) % (N)	Kontroller ^a (N = 541) % (N)		Adjusted (a) HR (95 % KI) ^c
Seksualkriminalitet				
Seksualkriminalitet ^d	12,0 (65)	15,9 (86)	0,0600	aHR = 0,70 (0,50-0,96)*
Grov seksualkriminalitet ^e	5,0 (27)	8,5 (46)	0,0200	aHR = 0,56 (0,35-0,90)*
Seksualkriminalitet mod børn under 15 ^f	5,2 (28)	5,0 (27)	0,8900	aHR = 1,02 (0,60-1,74) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet mod børn ^g	3,3 (18)	4,1 (22)	0,5200	aHR = 0,80 (0,43-1,50) ^{ns}
Kriminalitet i øvrigt				
Generel kriminalitet ^h	41,4 (224)	52,5 (284)	0,0003	aHR = 0,72 (0,61-0,86) ^{***}
Ikke-seksualiseret vold ⁱ	12,4 (67)	17,4 (94)	0,0200	aHR = 0,71 (0,52-0,98)*

ns) non-signifikant, $p \geq 0,05$; *) $p < 0,05$; **) $p < 0,01$; ***) $p < 0,001$

a) Personer fra case-populationen blev sammenlignet med kontroller matchet på køn, fødselsår (aldersgrupper: 15-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år og 55+ år), indeks-seksualkriminalitet (inddeling med 8 kategorier; hoved eller bi-forhold), og kriminel afgørelse (indeks)

b) Parvise chi-square sammenligninger af kriminelt recidiv: Case-population vs. matchede kontroller

c) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for tidligere seksualkriminalitet (model for seksualkriminalitet), kriminalitet (model for kriminalitet, alle typer), eller ikke-seksualiseret vold (model for ikke-seksualiseret vold). aHR > 1 indikerer højere recidiv blandt case-personer end kontroller, mens aHR < 1 indikerer lavere recidivrater blandt case-personer. 95 % KI, 95 % konfidensinterval

d) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

e) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

f) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

g) Grov seksualkriminalitet mod børn refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

h) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

i) Ikke-seksualiseret vold referer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

I sammenligningen af case-population og deres matchede kontroller havde case-populationen 20-44 % lavere risiko for de recidiv outcomes, der vedrørte seksualkriminalitet, dog fraset seksuelle overgreb på børn under 15 år, hvor case-population havde en marginal højere recidivrate ($p > 0,05$). Ved korrektion for tidligere ligartet kriminalitet var den relative recidivrisiko signifikant lavere for case-populationen for seksualkriminalitet og grov seksualkriminalitet. Derimod var der fortsat ikke signifikant forskel på risikoen for at begå børnerelateret seksualkriminalitet.

Case-populationen havde også signifikant lavere absolut og relativ recidivrisiko til både generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold end matchede kontroller.

5.1.3.2 Frekvensen af kriminelt recidiv

Som anført i Tabel 44 var der en marginalt højere andelen med gentaget recidiv (2+ afgørelser) til seksualkriminalitet blandt kontrollerne (3,7 % vs. 3,1 %) og en marginalt højere andel med gentaget recidiv til seksualkriminalitet mod børn (inkl.

§ 235) (1,3 % vs. <1 %) i followup-perioden, dog uden at forskellen var statistisk signifikant.

Der var heller ikke forskel på fordeling af gentaget recidiv til ikke-seksualiseret vold blandt case-personer og kontroller (5 % vs. 6,8 %). Derimod var der en signifikant højere forekomst af gentaget recidiv til generel kriminalitet blandt kontroller sammenlignet med case-population (36 % vs. 24 %, $p < 0,0001$).

5.1.3.3 Hastigheden af kriminelt recidiv

Som illustreret i Figur 3 fandt ca. halvdelen af det kriminelle recidiv sted for case-populationen indenfor de første ca. 4 år af followup-perioden. Kaplan-Meier overlevelsesserker indikerede også, at hastigheden af recidiv til seksualkriminalitet var proportional over tid for grupperne. Jævnfør ovenstående viste Cox regressionsanalyse en signifikant HR på 0,7. Det betyder, at på et hvilket som helst tidspunkt i forløbet havde case-populationen 30 % lavere recidivrisiko end kontrollerne. Men der synes ikke at være evidens for, at indgang i behandlingsordningen i sig selv udsatte tidspunktet for

Tabel 44. Forekomsten af gentaget recidiv til kriminalitet blandt case-population og deres matchede kontroller

	Case-population (N = 541)		Kontroller (N = 541)		P-værdi
	N	%	N	%	
Seksualkriminalitet					
Ikke recidiv	476	88	455	84,1	0,1687
1 gang recidiv	48	8,9	66	12,2	
2+ gange recidiv	17	3,1	20	3,7	
Seksualkriminalitet mod børn under 15 år					
Ikke recidiv	513	94,8	514	95,0	0,2094
1 gang recidiv	21	3,9	25	4,6	
2+ gange recidiv	7	1,3	<3	-	
Generel kriminalitet					
Ikke recidiv	317	58,6	257	47,5	0,0000
1 gang recidiv	94	17,4	88	16,3	
2+ gange recidiv	130	24,0	196	36,2	
Ikke-seksualiseret vold					
Ikke recidiv	474	87,6	447	82,6	0,0695
1 gang recidiv	40	7,4	57	10,5	
2+ gange recidiv	27	5,0	37	6,8	

recidiv til seksualkriminalitet. Forskellen på recidivet i de to grupper er væsentlig større, hvad angår recidivet til generel kriminalitet (Figur 4).

5.2 Effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling – sammenligning af behandlede med kontroller

For at belyse den kriminalpræventive effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling er forekomsten af recidiv sammenlignet for (i) de case-personer, der havde modtaget psykiatrisk/sexologisk behandling i minimum 4 måneder (N = 109) og deres matchede kontroller (N = 109) (kapitel 5.2) og (ii) for behandlingshenviste (N = 210) og ikke-henviste (N = 370) case-personer (kapitel 5.3).

5.2.1 Sociodemografi

I sammenligning af behandlede og deres matchede kontroller blev 109 af de 119 behandlede, som der kunne identificeres matchet kontrol for, inkluderet i analysen (sv.t. 19 % af case-populationen).

Som det fremgår af Tabel 45, var grupperne sammenlignelige, hvad angår alder (match kriterium), civilstand, herkomst, og uddannelsesniveau, men adskilte sig med hensyn til geografisk placering (region) på tidspunktet for indekssdom. Derimod

var der en signifikant forskellige regional fordeling i grupper med højere forekomst af personer fra region Syddanmark blandt de behandlede, mens der blandt kontrollerne var en overvægt af personer fra region Hovedstaden.

5.2.2 Aktuel og tidligere kriminalitet

Ligesom det var tilfældet for den samlede case-population, bestod gruppen af behandlede og kontroller, der indgik i analysen af behandlingseffekt, primært af personer dømt for at begå en eller anden form for seksualkriminalitet mod børn (Tabel 46).

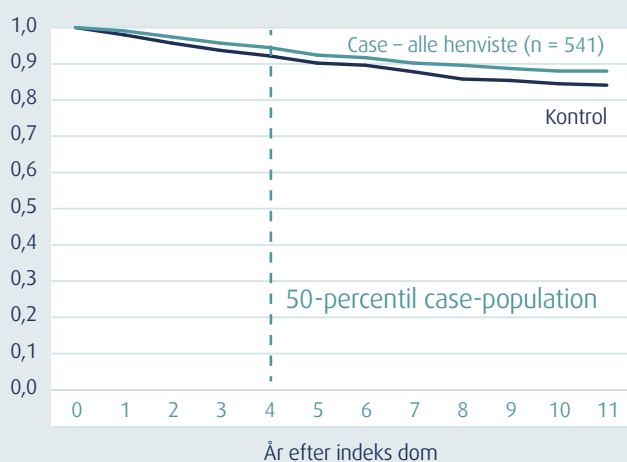
Hvad angik tidligere kriminalitet (de sidste 5 år forud for indeks) var der en signifikant højere forekomst af generel kriminalitet blandt kontrollerne ($p < 0,001$). Der var ingen forskel på forekomsten af tidligere seksualkriminalitet (Tabel 47).

5.2.3 Facetter af kriminelt recidiv

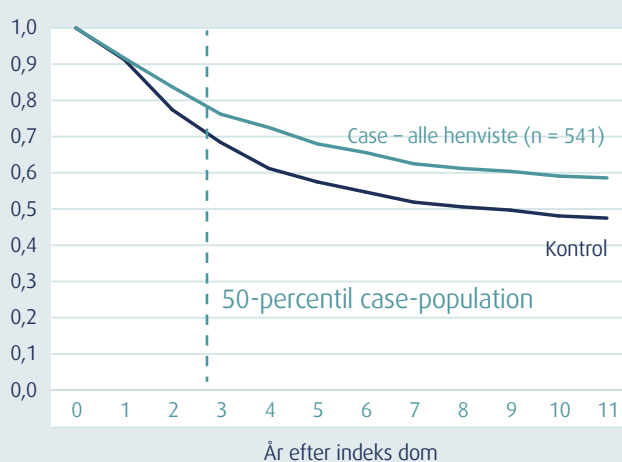
5.2.3.1 Absolut og relativ risiko for seksualkriminalitet, grov seksualkriminalitet, ikke-seksualiseret vold og generel kriminalitet

De behandlede havde, jf. Tabel 48, mellem 20-44 % lavere risiko for at begå seksualkriminalitet i løbet af followup-perioden end kontrolgruppen, dog havde de behandlede højere risiko for at begå grov seksualkriminalitet (inkl. § 235). Ingen af disse

Figur 3. Kaplan-Meier overlevelseskurver for seksualkriminalitet for case-population og kontroller



Figur 4. Kaplan-Meier overlevelseskurver for generel kriminalitet for case-population og kontroller



Tabel 45. Sociodemografi for case-population med 4+ måneders behandling og kontroller

	Behandlede (N = 109)		Kontroller (N = 109)		P-værdi
	År	SD	År	SD	
Gennemsnitsalder	39,4	11,1	39,2	11,2	Match
	N	%	N	%	
Civilstand					
Enlig	77	70,6	74	67,9	0,5087
Hjemmeboende under 18 år	9	8,3	6	5,5	
Samboende/-levende eller ægteskab	23	21,1	29	26,6	
Herkomst					
Vestlig herkomst	103	94,5	103	94,5	1,0000
Ikke vestlige indvandrere eller efterkommere	6	5,5	6	5,5	
Region					
					0,0415
Hovedstaden	28	25,7	46	42,2	
Midtjylland	26	23,9	14	12,8	
Nordjylland	9	8,3	13	11,9	
Sjælland	12	11,0	9	8,3	
Syddanmark	34	31,2	27	24,8	
Uddannelse^a					
					0,0519
Grundskolen/gymnasial uddannelse	56	51,4	74	67,9	
Faglært uddannelse	39	35,8	24	22,0	
Videregående uddannelse	7	6,4	3	2,8	
Ukendt	7	6,4	8	7,3	

a) Uddannelse referer til det højest opnåede uddannelsesniveau på tidspunktet for året for indeksafgørelse

Tabel 46. Indeks-seksualkriminalitet for behandlet case-population og kontroller

Kategori	Benævnelse	Behandlede (N = 109)		Kontroller (N = 109)	
		N	%	N	%
1	Voldtægt m.v.	18	16,5	18	16,5
2	Incest	10	9,2	10	9,2
3	Samleje med barn under 12 år	31	28,4	31	28,4
4	Samleje med barn 12-15 år	27	24,8	27	24,8
5	Samleje adoptivbarn, stedbarn mv.	<5	-	<5	-
6	Samleje, institution mv.	<5	-	<5	-
7	Blufærdighedskrænkelser	11	10,1	11	10,1
8	Pornografiske billeder af børn	6	5,5	6	5,5

Tabel 47. Tidligere kriminalitet for behandlede med minimum 4 måneders psykiatrisk/sexologisk behandling og matchede kontroller

Tidligere kriminalitet (5 år før indeks)	Behandlede (N = 109)		Kontroller (N = 109)		P-værdi
	N	%	N	%	
Tidligere seksualkriminalitet	14	12,8	13	11,9	0,8371
Tidligere generel kriminalitet	37	33,9	63	57,8	0,0004

Tabel 48. Facetter af fornyet kriminalitet i løbet af en 10-års followup blandt case-personer med minimum 4 måneders behandling og matchede kontroller

Facet af kriminelt recidiv	Absolut recidivrisiko		P-værdi ^b	Relativ recidivrisiko for case-population i forhold til kontroller
	Behandlede (N = 109) % (N)	Kontroller ^a (N = 109) % (N)		Adjusted (a) HR (95 % KI) ^c
Seksualkriminalitet				
Seksualkriminalitet ^d	14,7 (16)	18,3 (20)	0,4700	aHR = 0,78 (0,40-1,51) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet ^e	8,3 (9)	5,5 (6)	0,4232	aHR = 1,54 (0,55-4,31) ^{ns}
Seksualkriminalitet mod børn under 15 ^f	6,4 (7)	10,1 (11)	0,3250	aHR = 0,62 (0,24-1,59) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet mod børn ^g	5,5 (6)	5,5 (6)	1,0000	aHR = 1,00 (0,32-3,12) ^{ns}
Kriminalitet i øvrigt				
Generel kriminalitet ^h	35,8 (39)	53,2 (58)	0,0096	aHR = 0,75 (0,50-1,14) ^{ns}
Ikke-seksualiseret vold ⁱ	5,5 (6)	17,4 (19)	0,0057	aHR = 0,45 (0,18-0,14) ^{ns}

ns) non-signifikant, $p \geq 0,05$

a) Personer fra case-populationen blev sammenlignet med kontroller matchet på køn, fødselsår (aldersgrupper: 15-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år og 55+ år), indeks-seksualkriminalitet (inddeling med 8 kategorier; hoved eller bi-forhold), og kriminel afgørelse (indeks)

b) Parvise chi-square sammenligninger af kriminelt recidiv: Behandlede case-personer vs. matchede kontroller

c) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for tidligere seksualkriminalitet (5 år forud for indeks-afgørelsestidspunktet). aHR > 1 indikerer højere recidiv blandt behandlede end kontroller, mens aHR < 1 indikerer lavere recidivrater blandt behandlede. 95 % KI, 95 % konfidensinterval

d) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

e) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

f) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

g) Grov seksualkriminalitet mod børn refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn under 15 år, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

h) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

i) Ikke-seksualiseret vold referer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

gruppeforskelle var signifikante, heller ikke når der blev korrigeret for tidligere kriminalitet (5 år forud for indeksafgørelsen).

Derimod var den lavere forekomst af generel kriminalitet statistisk signifikant lavere for behandlede, hvad angik deres absolutte risiko for kriminalitet (36 % vs. 53 %) og ikke-seksualiseret vold (6 % vs. 17 %). Forskellen var dog ikke signifikant, når der blev korrigeret for tidligere kriminalitet (5 år forud for indeksafgørelsen).

5.2.3.2 Kriminelt recidiv for kort- og langtidsbehandlede

Vi testede også en hypotese om, at der ville være en større kriminalpræventiv effekt af længerevarende behandlingsforløb.

Ved evaluering af behandlingseffekt for personer med psykiatrisk/sexologisk behandlingsforløb af minimum 18 måneders varighed, viste analysen, at den relative risiko på tværs af de forskellige typer af recidiv til seksualkriminalitet var reduceret med 23 %-71 % for behandlede med mindst

18 måneders behandlingsforløb mod 20 %-44 % reduktion for hele gruppen af behandlede (Tabel 49). Behandlede havde dog 38 % højere risiko for at begå seksualkriminalitet mod børn under 15 år. Ingen af de fundne gruppeforskellene var signifikante, ej heller når der blev korrigeret for tidligere kriminalitet (5 år bagud i tid).

En analyse af relativ risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet i followup for personer med henholdsvis 4-17 og 18+ måneders behandling vi-

ste, at der var 22 % af de kortidsbehandlede mod 12 % af de langtidsbehandlede, der igen begik seksualkriminalitet ($p < 0,05$). Recidivet til seksualkriminalitet mod børn under 15 år var 9 % for kortidsbehandlede og 8 % for langtidsbehandlede. Endelig begik 9 % af de kortidsbehandlede grov seksualkriminalitet mod børn under 15 år mod 5 % af de langtidsbehandlede ($p < 0,05$).

En analyse af gruppernes relative risiko med korrektion for behandlingsmotivation, socialbelastning

Tabel 49. Facetter af fornyet kriminalitet i løbet af en 10-års followup blandt case-personer med minimum 18 måneders behandling og matchede kontroller

Facet af kriminelt recidiv	Absolut recidivrisiko			Relativ recidivrisiko for case-population i forhold til kontroller
	Behandlede (N = 84) % (N)	Kontroller ^a (N = 84) % (N)	P-værdi ^b	Adjusted (a) HR (95 % KI) ^c
Seksualkriminalitet				
Seksualkriminalitet ^d	11,9 (10)	20,2 (17)	0,1414	aHR = 0,53 (0,53-0,24) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet ^e	4,8 (4)	10,7 (9)	0,1488	^a HR = 0,39 (0,12-1,27) ^{ns}
Seksualkriminalitet mod børn under 15 ^f	8,3 (7)	6,0 (5)	0,5482	aHR = 1,38 (0,44-4,34) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet mod børn ^g	4,8 (4)	6,0 (5)	0,7319	aHR = 0,77 (0,21-2,87) ^{ns}

ns) non-signifikant, $p \geq 0.05$

a) Personer fra case-populationen blev sammenlignet med kontroller matchet på køn, fødselsår (aldersgrupper: 15-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år og 55+ år), indeks-seksualkriminalitet (inddeling med 8 kategorier; hoved eller bi-forhold), og kriminel afgørelse (indeks)

b) Parvise chi-square sammenligninger af kriminelt recidiv: Behandlede case-personer vs. matchede kontroller

c) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for tidligere seksualkriminalitet (5 år forud for indeks-afgørelsestidspunktet). aHR > 1 indikerer højere recidiv blandt behandlede end kontroller, mens aHR < 1 indikerer lavere recidivratere blandt behandlede. 95 % KI, 95 % konfidensinterval

d) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

e) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

f) Seksualkriminalitet mod børn under 15 referer til alle typer af seksualkriminalitet mod barn under 15 år (inkl. §235)

g) Grov seksualkriminalitet mod børn refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn under 15 år, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

Tabel 50. Relativ risiko for fornyet seksualkriminalitet i løbet af en 10-års followup blandt case-personer med henholdsvis 4-17 og minimum 18 måneders behandlingsforløb

Seksualkriminalitet	Relativ recidivrisiko for kort vs. lang behandling (N = 119)
Behandlingstid	Adjusted (a) HR (95 % KI) ^a
4-17 måneder	Ref
18+ måneder	aHR = 0,29 (0,10-0,86) [*]

^{*}) $p < 0.05$

a) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for behandlingsmotivation, graden af social belastning, specialistscore, misbrugsdiagnose, og alder

aHR > 1 indikerer højere recidiv blandt personer behandlet i 18+ måneder end personer behandlet i kortere tid

(+2 områder), specialistscore, misbrugsdiagnose, og alder, viste, at personer, der havde modtaget langvarig behandling (18+ måneder), havde 71 % lavere recidivrisiko ($p < 0,05$) (Tabel 50).

5.2.3.3 Kriminelt recidiv for forskellige interventionsformer

Der blev gennemført analyse af, hvorvidt nogle af de anvendte non-farmakologiske behandlingsmetoder og farmakologisk behandling havde den ønskede effekt på recidivrisiko. I alle analyser af relativ risiko blev der kontrolleret for behandlingsmotivation, graden af social belastning (2+ områder), specialistscore, og misbrugsdiagnose.

En analyse af effekten af de forskellige terapeutiske retninger viste, at der ingen signifikant forskel var på den relative risiko for personer, der havde modtaget hhv. ingen psykoterapi (ref), kognitiv terapi (aHR=1,77; 95 %KI: 0,27-11,60, $p=0,55$) og kombineret kognitiv og psykodynamisk terapi (aHR=0,92; 95 %KI: 0,16-5,28, $p=0,92$).

Der blev også gennemført analyse af effekten af gruppeterapi (10+ sessioner) (ref) vs. ingen gruppeterapi (aHR=0,93; 95 %KI: 0,22-3,87, $p=0,92$), der viste, at der ikke var signifikant forskel på forekomsten af seksualkriminalitet i followup for de to grupper.

Endelig viste analysen af effekten af medicinsk behandling (ref) vs. ingen medicinsk behandling (aHR=0,93; 95 %KI: 0,31-2,79, $p=0,90$) viste, at der ikke var signifikant forskel på gruppernes recidivrate.

5.2.3.4 Grovheden af kriminelt recidiv

I forsøget på at belyse, om behandlingen mindskede grovheden af kriminelt recidiv, blev behandlede og deres matchede kontroller inddelt i tre grupper afhængig af, om karakteren af indeks-kriminalitet kunne kategoriseres som hhv. mild (seksualiseret billedmateriale af børn), mellem (samleje 15+, blufærdighedskrænkelse), eller grov (voldtægt/tvang mod voksne [15+ år] og seksuelle overgreb på børn/unge [< 15 år], incest børn/unge) i henhold til de 1-8 kategorier i (Tabel 3). Dernæst blev fore-

komsten af tidligere seksualkriminalitet (ja/nej) og arten af recidivkriminalitet (mild, mellem, grov og intet recidiv) for de respektive grupper anført.

Af beskrivelsen i Figur 5 fremgår, at størstedelen af de behandlede (82 %) og deres kontroller (80 %) ved indeks havde begået grov seksualkriminalitet. En lidt større andel af de behandlede havde tidligere begået kriminalitet sammenlignet med kontrollerne (11 % vs. 8 %). Blandt de behandlede fortsatte 6 % med at begå grov seksualkriminalitet, mens det var tilfældet for 13 % af kontrollerne. Der var ikke recidiv blandt 90 % af de behandlede og 84 % af kontrollerne, der ved indeks havde begået grov seksualkriminalitet.

I alt havde 13 % af de behandlede og 15 % af kontrollerne ved indeks begået seksualkriminalitet tilhørende kategorien *mellem*. Heraf havde hhv. 21 % og 25 % tidligere begået seksualkriminalitet. I followup begik ganske få i mellemkategorien (< 3) grov kriminalitet, mens 21 % af de behandlede og 25 % af kontrollerne fortsatte med ligesartet kriminalitet. Ingen i denne gruppe begik mild kriminalitet i followup. Der var ikke recidiv blandt 64 % af de behandlede og 69 % af kontrollerne, der ved indeks havde begået seksualkriminalitet i mellemkategorien.

I mild kategorien var 6 % af de behandlede/kontrollerne. Af disse havde mindre end 3 tidligere begået seksualkriminalitet. Ingen i *mild*-kategorien begik grov kriminalitet i followup og under 3 personer i begge grupper eskalerede til seksualkriminalitet i mellem-kategorien. Under 3 personer af de behandlede begik kriminalitet i mild kategorien i followup. I alt 67 % af de behandlede og 83 % af kontrollerne i mild kategorien begik ikke fornyet kriminalitet i followup.

5.2.3.5 Frekvensen af kriminelt recidiv

Som det fremgår af Tabel 51, havde de behandlede marginalt flere med gentaget recidiv til seksualkriminalitet, men der var dog ikke tale om en statistisk signifikant forskel. Derimod var gruppernes fordeling signifikant forskellig, hvad angik generel kriminalitet og Ikke-seksualiseret vold.

Figur 5. Udviklingen i seksualkriminalitet over tid for behandlede og kontroller



Tabel 51. Facetter af kriminalitet blandt behandlede og deres matchede kontroller

	Behandlede (N = 109)		Kontroller (N = 109)		P-værdi**
	N	%	N	%	
Seksualkriminalitet^a					
Ikke recidiv	93	85,3	89	81,7	0,3660
1 gang recidiv	8	7,3	14	12,8	
2+ gange recidiv	8	7,3	6	5,5	
Seksualkriminalitet mod barn under 15 år^b					
					0,2182
Ikke recidiv	100	91,7	103	94,5	
1 gang recidiv	6	5,5	6	5,5	
2+ gange recidiv	3	2,8	0	0,0	
Generel kriminalitet^c					
					0,0003
Ikke recidiv	70	64,2	51	46,8	
1 gang recidiv	21	19,3	13	11,9	
2+ gange recidiv	18	16,5	45	41,3	
Ikke-seksualiseret vold^d					
					0,0195
Ikke recidiv	103	94,5	90	82,6	
1 gang recidiv	3	2,8	12	11,0	
2+ gange recidiv	3	2,8	7	6,4	

*) p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

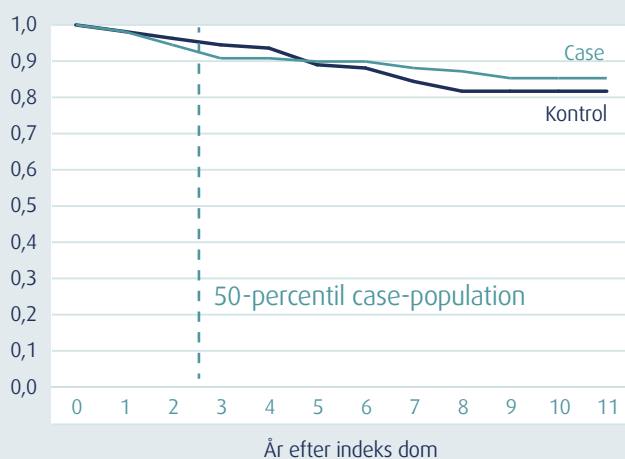
a) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

b) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod barn under 15 år (inkl. §235)

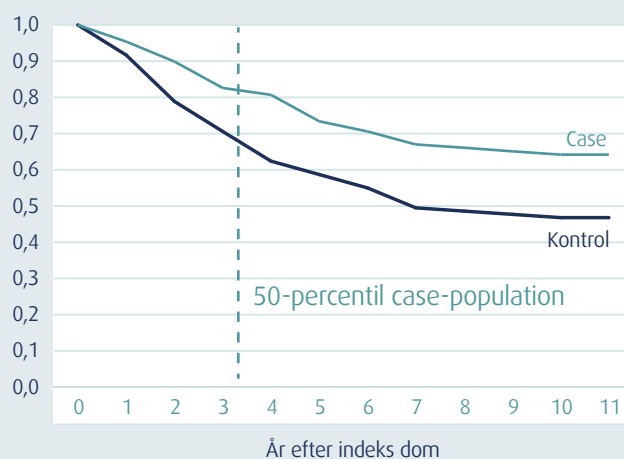
c) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

d) Ikke-seksualiseret vold referer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og roveri)

Figur 6. Kaplan-Meier overlevelseskurver for seksualkriminalitet for behandlede (4+ mdr.) og kontroller



Figur 7. Kaplan-Meier overlevelseskurver for generel kriminalitet for behandlede (4+ mdr.) og kontroller



5.2.3.6 Hastigheden af kriminelt recidiv

Som illustreret i Figur 6 fandt ca. halvdelen af det kriminelle recidiv sted for case-populationen indenfor de første ca. 2,5 år af followup-perioden. Jf. at der ikke var signifikant forskel på gruppernes relative risiko, var der heller ikke grundlag for at konkludere, hvorvidt behandling influerede hastigheden af recidivet. Der er således ikke på grundlag af disse resultater indikation for at konkludere, at psykiatrisk/sexologisk behandling udsatte tidspunktet for recidiv til seksualkriminalitet i followup. Også her var recidivet til generel kriminalitet væsentligt større for kontrollerne.

5.3 Effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling – sammenligning af behandlede med ubehandlede case-personer

Af de følgende afsnit fremgår en deskriptiv beskrivelse af behandlingshenviste (N = 210) og ikke-henviste (N = 370) case-personer efterfulgt af en sammenligning af gruppernes kriminelle recidiv i followup.

5.3.1 Sociodemografi

Som allerede beskrevet i afsnittet om varigheden og indhold af behandling under kapitel 4, var de behandlingshenviste og ikke henviste i store træk sammenlignelige på tværs af en række sociodemografiske og psykiatriske parametre.

5.3.2 Specialistscores som prædikator for kriminelt recidiv

I kapitel 4 blev det beskrevet, hvorledes de personer, der blev henvist til behandling, på centrale områder adskilte sig fra gruppen bestående af ikke-henviste. Det var med andre ord en anden gruppe, der blev indstillet til et behandlingsforløb. Det var personer, der i højere grad var specialister i seksualkriminalitet, mens de ikke-henviste i højere grad var generalister (begik mere ikke-seksualiseret kriminalitet end seksualkriminalitet). Det var plausibelt, at disse a priori forskelle mellem grupperne også ville afspejle sig i gruppernes recidivrisiko, hvorfor det blev undersøgt, i hvilket omfang specialistscoren kunne forudsige recidiv til seksualkriminalitet.

En diagnostisk test (ROC-analyse) viste, at specialistscoren forudsagde risiko for at begå seksualkriminalitet med lav, tilnærmelsesvis moderat, træfsikkerhed (prædiktiv validitet) (AUC=0,61 [95 %KI: 0,50-0,71]-0,66 [95 %KI: 0,53-0,79]). Derimod fandtes moderat-høj prædiktiv validitet af specialistscoren i forhold til forudsigelse af seksualkriminalitet mod barn under 15 år (AUC=0,72 [95 %KI: 0,56-0,89]-0,75 [95 %KI: 0,59-0,90]).

5.3.3 Risikofaktorer for seksualkriminalitet

Der blev også foretaget analyse af betydningen af potentielle risikofaktorer, hhv. specialistscore (0-12), status som behandlingshenviste og ikke-henvist, alder, og misbrugsdiagnose. Som det fremgår af Tabel 52), var specialistscoren den eneste faktor,

Tabel 52. Multivariable Cox regressionsanalyse af risikofaktorer for seksualkriminalitet mod børn under 15 år blandt 580 case-personer fulgt i 10 år^{a,b}

Risikofaktorer	Adjusted (a) HR ^a	95 % KI
Specialistscore (0-12) ^b	1,34	1,14-1,58 ^{***}
Behandlingshenvist vs. ikke-henvist	1,58	0,76-3,27 ^{ns}
Alder ^b	0,98	0,95-1,01 ^{ns}
Misbrugsdiagnose ^c	0,90	0,34-2,38 ^{ns}

ns) non-signifikant, $p \geq 0.05$; ^{***}) $p < 0.001$

a) Adjusted hazard ratios blev beregnet vha. multivariable Cox regressionsanalyse med korrektion for specialistscore, henvisningsstatus, alder, og misbrugsdiagnose. Hazard ratios markeret med fed er signifikant svarende til $p < 0.05$. KI, konfidensinterval.

b) Siden specialist-score og alder var kontinuerte variable, skal hazard ratio fortolkes således, at risiko steg med 1,34 pr. stigning i specialistscore og faldt med 0,99 for hvert år, der var stigning i alder.

c) I analysen af misbrugsdiagnoser indgik alle 580 case-personer, inkl. datasæt 1 fra Herstedvester Fængsel, som ellers har været ekskluderet fra flere af de andre analyser vedrørende diagnoser. Validiteten af diagnosen i datasæt 1 kan således potentielt være lav, hvorfor ovenstående resultat vedrørende den prædiktive værdi af misbrugsdiagnosen potentielt kan være misvisende.

der var statistisk signifikant associeret med risikoen for at begå seksualkriminalitet i followup. En hazard ratio på 1,34 betyder, at for hver gangen specialistscoren stiger med 1, steg recidivrisikoen med 34 %. En høj specialist score var med andre ord en klar risikofaktor for at begå seksualkriminalitet mod børn under 15 år i followup, når der er taget højde for betydning af øvrige risikofaktorer for recidiv (alder, misbrug og behandlingshenvi sning).

5.3.4 Facetter af kriminelt recidiv

5.3.4.1 Absolut og relativ risiko for seksualkriminalitet, grov seksualkriminalitet, ikke-seksualiseret vold og generel kriminalitet

I analysen af relativ risiko i nedenstående Cox regressionsanalyse blev der korrigeret for case-personernes specialistscore (0-12). Der blev tillige korrigeret for andre kendte risikofaktorer (alder og misbrugsdiagnose).

Tablet 53. Facetter af fornyet kriminalitet i løbet af en 10-års followup blandt behandlingshenviste og ikke-henviste case-personer

Facet af kriminelt recidiv	Absolut recidivrisiko		P-værdi ^a	Relativ recidivrisiko for case-population i forhold til kontroller
	Behandlingshenviste (N = 210) % (N)	Ikke henvist (N = 370) % (N)		Adjusted (a) HR (95 % KI) ^b
Seksualkriminalitet				
Seksualkriminalitet ^c	13,8 (29)	10,3 (38)	0,200	aHR = 1,16 (0,71-1,91) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet ^d	4,8 (10)	4,9 (18)	0,956	aHR = 0,82 (0,37-1,81) ^{ns}
Seksualkriminalitet mod børn under 15 ^e	7,6 (16)	3,8 (14)	0,045	aHR = 1,58 (0,76-3,27) ^{ns}
Grov seksualkriminalitet mod børn ^f	4,3 (9)	2,7 (10)	0,303	aHR = 1,28 (0,51-3,21) ^{ns}
Kriminalitet i øvrigt				
Generel kriminalitet ^g	36,7 (77)	41,1 (152)	0,296	aHR = 0,90 (0,68-1,19) ^{ns}
Ikke-seksualiseret vold ^h	6,7 (14)	14,6 (54)	0,004	aHR = 0,61 (0,33-1,11) ^{ns}

ns) non-signifikant, p ≥ 0.05

a) Parvise chi-square sammenligninger af kriminelt recidiv: Behandlingshenviste og ikke-henviste

b) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for specialistscore, misbrugsdiagnose, og alder. aHR > 1 indikerer højere recidivrisiko blandt behandlingshenviste end ikke-henviste, mens aHR < 1 indikerer lavere recidivrisiko blandt behandlingshenviste. 95 % KI, 95 % konfidensinterval

c) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

d) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

e) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

f) Grov seksualkriminalitet mod børn refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn under 15 år, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

g) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

h) Ikke-seksualiseret vold refererer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

Tablet 54. Odds ratio (crude) for at få multiple afgørelser for seksualkriminalitet i 10 års followup blandt behandlingshenviste og ikke-henviste case-personer

	Absolut recidivrisiko		P-værdi ^a	Relativ recidivrisiko for case-population i forhold til kontroller
	Behandlingshenviste (N = 210) % (N)	Ikke henvist (N = 370) % (N)		Cor (95 % KI) ^a
Seksualkriminalitet				
Ikke recidiveret	181 (86,2)	332 (89,7)	0,0022	Ref
1 afgørelse	15 (7,1)	33 (8,9)		OR=0,83 (0,44; 1,58) ^{ns}
2+	14 (6,7)	5 (1,4)		OR = 5,14 (1,18-14,49)^{***}

ns, non-signifikant, p ≥ 0.05; ***p < 0.001

a Cor, crude odds ratio



Regressionsanalysen viste, at behandlingshenviste generelt havde højere forekomst af recidiv til de forskellige former for seksualkriminalitet i followup end ikke-henviste. Det var dog kun recidivet til grov seksualkriminalitet, der var signifikant højere for behandlingshenviste (7,6 % vs. 3,8 %, $p < 0,05$); en forskel, der forsvandt, når der blev korrigeret for specialistscore, alder, og misbrugsdiagnose (Tabel 53).

5.3.4.2 Frekvensen af kriminelt recidiv

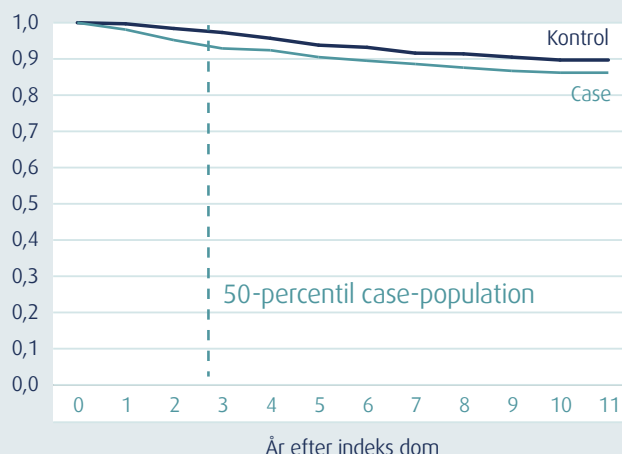
En logistisk regressionsanalyse viste, at behandlede havde en signifikant højere risiko for gentaget recidiv til seksualkriminalitet (2+ separate afgørelser) i followup end ikke-henviste. Den fem gange højere risiko for gentaget kriminalitet skal ses i lyset af, at prævalensen af gentaget recidiv i begge grupper var relativt lav (6,7 % vs. 1,4 %, $p < 0,01$) (Tabel 54).

5.3.4.3 Hastigheden af kriminelt recidiv

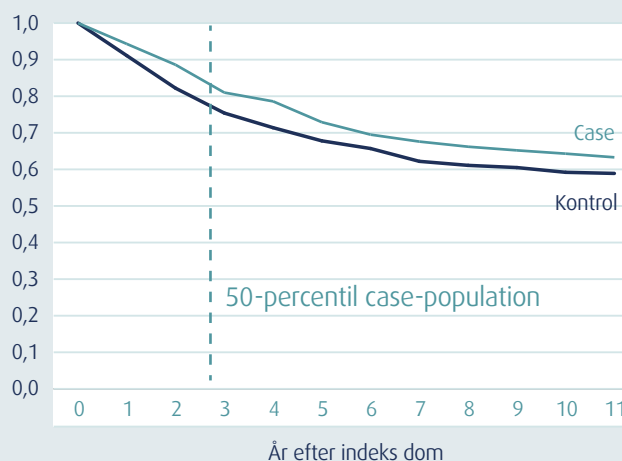
Af Figur 8-10 fremgår overlevelseskurverne for henholdsvis seksualkriminalitet, generel kriminalitet og vold for behandlingshenviste (minimum 4 måneders behandling) og ubehandlede. Der var ikke signifikant forskel på gruppernes recidiv. Det laveste recidiv sås blandt ikke-henviste case-personer efterfulgt af case-personer med 4+ måneders behandling. Recidivet synes umiddelbart at forløbe med samme hastighed for grupperne.

Tabel 55 bidrager med en oversigt over de respektive fund vedrørende absolut og relativ risiko. Fx illustrerer teksten under den første kolonne under komparativ analyse: (i) hvorvidt case-personerne havde samme (=), lavere (<) eller højere (>) absolut recidivrate end sammenligningsgruppen, og (ii) hvor meget lavere eller højere den relative risiko er i procent ifølge adjusted Hazard Ratio. De statistisk signifikante fund i de komparative analyser er angivet med fed font og med stjerne(r)*, mens insignifikante forskelle er anført som ns (nonsignifikant). For eksempel, viser resultaterne i første række i kolonnen Case (ref) vs. kontrol, at case-personerne havde en lavere absolut risiko (nonsignifikant), svarende til 30% signifikant lavere relativ risiko.

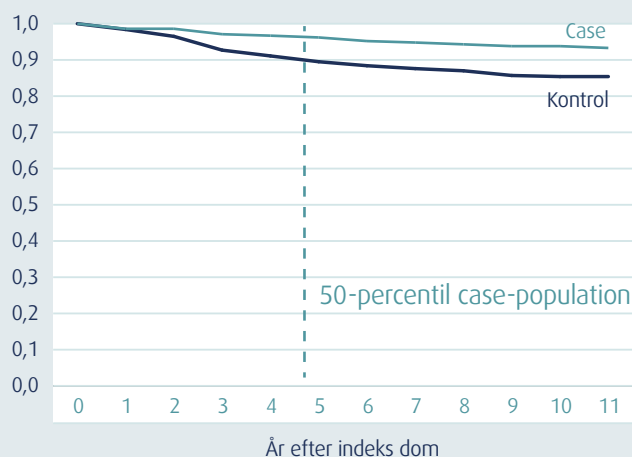
Figur 8. Kaplan Meier kurve for tilbagefald til seksualkriminalitet (behandlingshenviste vs. ikke-henviste) (N = 580)



Figur 9. Kaplan Meier kurver for tilbagefald til generel kriminalitet (behandlingshenviste vs. ikke-henviste) (N = 580)



Figur 10. Kaplan Meier kurve for tilbagefald til ikke-seksualiseret vold (behandlingshenviste vs. ikke-henviste) (N = 580)



Tabel 55. Oversigt over fund vedrørende absolut og relativ risiko for seksualkriminalitet i 10 års followup

	Komparativ analyse ^a		
	Case-population (ref) vs. kontrolgruppe	Behandlede case (ref) vs. kontrolgruppe	Behandlingshenviste (ref) vs. ikke-henviste
Seksualkriminalitet			
Seksualkriminalitet ^a	< ns ^b ; -30 % ^{c *}	< ns ^a ; -22 % ns	> ns ^a ; +16 % ns
Grov seksualkriminalitet ^d	< *; -44 % *	> ns; +54 % ns	< ns; +58 % ns
Seksualkriminalitet mod børn under 15 ^e	> ns; +2 % ns	< ns; -38 % ns	> ns; +58 % ns
Grov seksualkriminalitet mod børn ^f	< ns; -20 % ns	= ns; 0 % ns	> ns; +28 ns
Kriminalitet i øvrigt			
Generel kriminalitet ^g	< ***; -28 % ***	< **; -25 % ns	< ns; -10 % ns
Ikke-seksualiseret vold ^h	< *; -29 % *	< **; -65 % ns	< **; -39 % ns

ns) non-signifikant, $p \geq 0.05$; *) $p < 0.05$; **) $p < 0.01$; ***) $p < 0.001$

a) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

b) Parvise chi-square sammenligninger af kriminelt recidiv: Behandlingshenviste og ikke-henviste

c) caHR, adjusted

d) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

e) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

f) Grov seksualkriminalitet mod børn refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn under 15 år, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

g) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

h) Ikke-seksualiseret vold refererer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

5.4 Kriminelt recidiv for subgrupper

Recidivet for enkelte subgrupper blev også analyseret: (i) for personer med pædofili vs. personer, der ikke fik stillet diagnosen, (ii) personer, der var visiteret i den ambulante behandlingsordning vs. dem, der var visiteret i visitationsordningen (visiteret i Herstedvester Fængsel) og (iii) personer, der blev visiteret forud for dom versus i Herstedvester Fængsel.

5.4.1 Kriminelt recidiv blandt personer med diagnosen F65.4 Pædofili

Jævnfør tidligere havde 28 % af de 194 personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn under 15 år og for hvem, der var taget stilling til, om vedkommende opfyldte de diagnostiske kriterier for seksuel afvigelse, fået stillet diagnosen pædofili (ICD10: DF65.4) i forbindelse med visitation (Al-Dehlagi, Kristensen, Giraldo, & Bengtson, in prep.).

Der var signifikant højere forekomst af ubetinget eller delvist betingede indeksafgørelser (93 % vs. 86 %, $p < 0,001$) og signifikant længere fængselsstraffe (14,2 mdr., $SD=12,7$ vs. 7,9 mdr., $SD=10,2$; $p < 0,001$) blandt personer med diagnosen.

Personer, der var registreret med diagnosen pædofili i visitationskemaet, havde også en signifikant højere specialistscore end personer uden pædofili (score=7,7; 4-12; $SD=1,5$ vs. score=6,0; 2-11; $SD=1,7$, $p < 0,0001$). Dette fund kunne tolkes som indikation for, at specialistscoren kunne være en indikator for pædofili.

Af personerne med diagnosen pædofili blev 15 % dømt for at begå seksualkriminalitet i followup mod 12 % af dem, der ikke havde fået stillet diagnosen ($p=0,62$). Gruppen havde også højere recidivrate for de øvrige outcomes vedrørende seksualkriminalitet men en lidt lavere forekomst af kriminalitet i øvrigt. Ingen af de observerede gruppeforskellene var statistisk signifikante.

Af de 5 personer, der begik seksualkriminalitet mod børn under 15 år i followup, blev alle også dømt jf. § 235 (bi-forhold), mens det gjorde sig gældende for halvdelen af recidivisterne (4 ud af 8) af personerne uden pædofili-diagnosen (9,3 % vs. 2,9 %, $p=0,0574$). I begge grupper havde 2 % udelukkende begået § 235-kriminalitet i followup ($p=0,90$).

5.4.2 Kriminelt recidiv blandt diverse krænker typer

De dømte blev inddelt i fire eller fem grupper, som henholdsvis ekstra-familære børnekrænker (dem, der havde begået seksualkriminalitet mod andres børn under 15 år, ekskl. § 235 [seksuelt billedmateriale af børn]), incest (krænket børn under 15 år), § 235-personer (download, besiddelse, etc. af seksualiseret billedmateriale af børn), voldtægtsdømte (voldtægt/tvang overfor personer 15+ år), og blufærdighedskrænker (overtrædelse af §232, som dækker over en varietet af lovovertrædelser fra ekshibitionisme [blottere], voyeurister [belurer andre], personer, der har været seksuelt grænseoverskridende overfor børn, fx ved at beføle barnet på ryggen og bagdelen, etc.).

Det højeste recidiv til seksualkriminalitet blev, som anført i Tabel 57, observeret blandt personer dømt for at begå blufærdighedskrænkelser (22 %), mens det var mellem 10-13 % af de øvrige krænkergrupper, der recidiverede. De observerede gruppeforskelle var dog ikke signifikante. Der var en nærsignifikant forskel ($p=0,0525$) på de observerede

recidivrater for seksualkriminalitet mod børn under 15 år; personer dømt for at begå blufærdighedskrænkelser havde det højeste recidiv (10 %), efterfulgt af § 235 (8 %) og incest (8 %), ekstra-familære børnekrænker (6 %), mens under 3 personer dømt for at begå voldtægt mod voksne havde begået denne kriminalitets type i followup.

Der var derimod statistisk signifikant forskel på krænker typernes recidivrater for generel kriminalitet (blufærdighedskrænkerne havde det højeste recidiv) og ikke-seksualiseret vold (voldtægt, voksne havde det højeste recidiv).

Krænkergruppernes relative risiko korrigeret for tidligere ligartet kriminalitet, alder og misbrugsdiagnose blev også sammenlignet. I analysen blev risiko i § 235-gruppen, voldtægtsdømte (forurettede 15+ år), og blufærdighedskrænkerne sammenlignet med risiko blandt hands-on børnekrænkerne.

Jævnfør Tabel 58 var der få af gruppeforskellene i relativ risiko, der var signifikante; blufærdigheds-

Tabel 56. Facetter af fornyet kriminalitet i løbet af en 10-års followup blandt personer, der havde fået stillet en F65.4 Pædofili-diagnose ved visitation, og personer, der ikke havde fået stillet diagnosen

	Absolut recidivrisiko			Relativ recidivrisiko for case-population i forhold til kontroller
	Diagnosen pædofili (N = 54) % (N)	Ingen diagnose (N = 140) % (N)	P-værdi ^a	Adjusted (a) HR (95 % KI)
Seksualkriminalitet				
Seksualkriminalitet ^c	14,8 (8)	12,1 (17)	0,6186	aHR = 1,5 (0,6-3,9) ^{ns}
Seksualkriminalitet mod børn under 15 ^d	9,3 (5)	5,7 (8)	0,3761	aHR = 2,4 (0,7-8,3) ^{ns}
Seksualkriminalitet mod børn ^e	5,6 (3)	3,6 (5)	0,5333	aHR = 3,1 (0,7-14,2) ^{ns}
Kriminalitet i øvrigt				
Generel kriminalitet ^f	27,8 (15)	33,6 (47)	0,4380	aHR = 0,8 (0,4-1,4) ^{ns}
Ikke-seksualiseret vold ^g	- (<3)	4,3 (6)	0,4150	aHR = 0,5 (0,1-4,5) ^{ns}

ns) non-signifikant, $p \geq 0.05$

a) Parvise chi-square sammenligninger af kriminelt recidiv: Behandlingshenviste og ikke-henviste

b) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for specialistscore, misbrugsdiagnose, og alder. aHR > 1 indikerer højere recidivrisiko blandt behandlingshenviste end ikke-henviste, mens aHR < 1 indikerer lavere recidivrisiko blandt behandlingshenviste. 95 % KI, 95 % konfidensinterval. Der er korrigeret for tidligere kriminalitet (hvh. seksualkriminalitet, kriminalitet, og ikke-seksualiseret vold) i modellen.

c) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

d) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

e) Grov seksualkriminalitet mod børn referer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn under 15, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

f) Generel kriminalitet referer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

g) Ikke-seksualiseret vold referer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

krænkerne havde signifikant og dobbelt så høj risiko for at begå seksualkriminalitet i followup end hands-on børnekrænkerne. Desuden var der signifikant forskel på hands-on børnekrænkernes og voldtægtsmændenes risiko for at begå seksualkriminalitet mod børn under 15 år (børnekrænkerne havde 84 % højere risiko, $p < 0,01$) og for at begå ikke-seksualiseret vold (voldtægtsdømte havde dobbelt så høj risiko, $p < 0,0001$).

5.4.3 Kriminelt recidiv blandt personer visiteret forud for dom versus i Herstedvester Fængsel

I behandlingsordningen opleves de personer, der visiteres ambulant forud for dom, og de, der visiteres af personalet i Herstedvester Fængsel, som to grupper, der adskiller sig noget fra hinanden. Hvor førstnævnte generelt består af førstegangsdømte og/eller har begået mindre grov kriminalitet, har de fængselsvisiterede, jævnfør rammerne for visitationsordningen, som oftest begået mere alvorlig kriminalitet. I Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) blev de fængselsvisiterede også fundet karakteriseret ved langt alvorligere

indeks-kriminalitet, generelt mere kriminaliserede, og med højere forekomst af forskellige typer af misbrug; en række forhold, der umiddelbart kunne tyde på en høj forekomst af personer, der begår en række forskelligartede lovovertrædelser, men som også kan tænkes at rumme de personer, der er ramt af pædofili, som har begået en række overgreb mod børn, og som ikke har egentlig indsigt i, at denne adfærd er yderst skadelig for de forurettede (dvs. dem, der forhøjet recidivrisiko).

En analyse af recidivet i de to grupper viste, at der ikke var signifikant forskel på gruppernes recidivrisiko, selvom de ambulant visiterede generelt, havde højere forekomst af fornyet seksualkriminalitet (15 % vs. 11 %, $p = 0,21$; aHR=1,24 95 % KI: 0,71-2,17, $p = 0,45$), men signifikant lavere forekomst af anden kriminalitet (29 % vs. 42 %, $p = 0,01$; aHR=0,41, 95 %KI: 0,15-1,14, $p = 0,09$) og ikke-seksualiseret vold (3,5 % vs. 13,7 %, $p = 0,002$; aHR=0,83, 95 %KI: 0,57-1,21, $p = 0,33$). Sidstnævnte forskelle var dog ikke længere signifikante, når der blev korrigeret for specialistscore, alder og misbrugsdiagnose.

Tabel 57. Absolut risiko for facetter af kriminelt recidiv fordelt på krænker typer (N = 578)*

	Børnekrænker (N = 260) n (%)	Incest < 15 år (N = 39) n (%)	§ 235 (N = 167) n (%)	Voldtægt voksne (N = 36) n (%)	Blufærdighed (N = 63) n (%)	P-værdi
Seksualkriminalitet						
Seksualkriminalitet ^a	26 (10,0)	5 (12,8)	5 (10,2)	17 (10,2)	14 (22,2)	0,0892
Seksualkriminalitet grov ^b	11 (4,2)	<3	< 3	9 (5,4)	5 (7,9)	0,6502
Seksualkriminalitet mod barn under 15 ^c	15 (5,8)	3 (7,7)	4 (8,2)	< 3	6 (9,5)	0,0525
Kriminalitet i øvrigt						
Kriminalitet ^d	85 (32,7)	12 (30,8)	10 (20,4)	95 (56,9)	56 (88,9)	0,0000
Ikke-seksualiseret vold ^e	16 (6,2)	3 (7,7)	< 3	41 (24,6)	7 (11,1)	0,0000

*Ikke medtaget personer, der ved indeks var dømt for at begå lovovertrædelser i kategori 9 eller 10

a) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

b) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn og/eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

c) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

d) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

e) Ikke-seksualiseret vold referer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

Tabel 58. Relativ risiko for facetter af kriminelt recidiv fordelt på krænkertyper (N = 578)^a

	§ 235 vs. hands-on børne- krænkere	Voldtægtsdømte (15+) vs. hands-on børne- krænkere	Blufærdigheds- krænkelse vs. hands-on børne- krænkere
	Adjusted (a) HR (95 % KI) ^b		
Seksualkriminalitet			
Seksualkriminalitet ^c	aHR=1,13 (0,44-2,92) ^{ns}	aHR=0,71 (0,38-1,33) ^{ns}	aHR=2,00 (1,02-3,89) [*]
Seksualkriminalitet grov ^d	aHR=0,56 (0,07-4,26) ^{ns}	aHR=0,87 (0,36-2,15) ^{ns}	aHR=1,82 (0,61-5,42) ^{ns}
Seksualkriminalitet barn under 15 ^e	aHR=1,55 (0,52-4,61) ^{ns}	aHR=0,16 (0,03-0,69) ^{**}	aHR=1,66 (0,63-4,42) ^{ns}
Kriminalitet i øvrigt			
Kriminalitet ^f	aHR=0,70 (0,36-1,34) ^{ns}	aHR=1,34 (0,99-1,82) ^{ns}	aHR=1,27 (0,83-1,95) ^{ns}
Ikke-seksualiseret vold ^g	aHR=0,54 (0,07-4,07) ^{ns}	aHR=2,01 (1,13-3,58) [*]	aHR=1,33 (0,56-3,17) ^{ns}

ns) non-signifikant, p ≥ 0.05; *) p < 0.05; **) p < 0.01

a) Kontrolleret for tidligere seksualkriminalitet ved beregning af relativ risiko for at begå seksualkriminalitet igen. Tilsvarende er der kontrolleret for tidligere generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold ved beregning af relativ risiko for hhv. generel kriminalitet og vold

b) aHR, adjusted hazard ratio; beregnet vha. Cox proportional hazard regression modeling. Der er kontrolleret for specialistscore, misbrugsdiagnose, og alder. aHR > 1 indikerer højere recidivrisiko blandt behandlingshenviste end ikke-henviste, mens aHR < 1 indikerer lavere recidivrisiko blandt behandlingshenviste. 95 % KI, 95 % konfidensinterval. Der er korrigeret for tidligere kriminalitet (hhv. seksualkriminalitet, kriminalitet, og ikke-seksualiseret vold) i modellen.

c) Seksualkriminalitet refererer til alle typer af seksualkriminalitet

d) Grov seksualkriminalitet refererer til samleje/anden kønslig omgængelse mod barn og/eller voksen, inkl. ved anvendelse af ikke-seksualiseret vold/trusler/ulovlig tvang

e) Seksualkriminalitet mod børn under 15 år referer til alle typer af seksualkriminalitet mod børn under 15 år (inkl. §235)

f) Generel kriminalitet refererer til alle former for lovovertrædelser, undtaget gerninger vedrørende almindelige trafikforseelser, skatter og afgifter og særlov i øvrigt

g) Ikke-seksualiseret vold refererer til ikke-seksualiserede voldsforbrydelse(r) såsom ikke-seksualiseret vold og legemsangreb mm. (inklusive brandstiftelse og røveri)

Diskussion

Denne nationale prospektive multicenter case-kontrol forløbsundersøgelse havde til formål at tilvejebringe viden om den kriminalpræventive effekt af den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle, der blev etableret i 1997. I undersøgelsen indgår de personer, der var visiteret i behandlingsordningen i perioden 01.01.2006-31.12.2009. Målet med undersøgelsen var desuden at belyse omfanget, indholdet og effekten af behandlingsordningen og psykiatrisk/sexologisk behandling af personer visiteret i den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle. Alle personer blev fulgt i 10 år efter dato for indeks-afgørelsen.

Case-kontrol undersøgelsen viste, at hele case-populationen (alle visiterede) generelt havde lavere recidivrater end deres matchede kontroller i løbet af followup. Hele case-populationen havde signifikant lavere forekomst af seksualkriminalitet, grov seksualkriminalitet, generel kriminalitet, ikke-seksualiseret vold, og recidivistisk generel kriminalitet end kontrollerne i løbet af 10 års followup. Omvendt var der ingen signifikant forskel på gruppernes recidivrater for seksualkriminalitet mod børn under 15 år, ligesom grupperne havde samme forekomst af recidivistisk seksualkriminalitet og ikke-seksualiseret vold og desuden samme hastighed af recidivet til seksualkriminalitet. Den tidligere case-kontrol undersøgelse, der blev gennemført i 1997-2001, viste i tråd hermed, at recidiv forekom mindre hyppigt efter etablering af forsøgsordningen. Det blev i den tidligere omtalte Slutrapport (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) understreget, at det var usikkert om effekten kunne tilskrives en direkte effekt af forsøgsordningen.

I herværende undersøgelse fandt vi ved sammenligning af recidiv blandt de behandlede og kontroller, at behandlede generelt havde lavere recidivrater end kontrollerne, dog ikke samme lave relative risiko som i case-kontrol undersøgelsen. Ydermere var ingen af de fundne forskelle signifikante, fraset signifikant lavere forekomst af recidivistisk generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold blandt

behandlede. Der viste sig derimod en signifikant behandlingseffekt for langvarig psykiatrisk/sexologisk behandling (minimum 18 måneder), når der blev korrigeret for kendte risikofaktorer for recidiv til seksualkriminalitet. I disse analyser havde personer, der havde modtaget behandling i minimum 18 måneder, havde signifikant lavere risiko (71 % lavere risiko) for at recidivere til seksualkriminalitet, end personer, der havde modtaget behandling i 4-17 måneder.

Ved sammenligning af recidiv blandt behandlingshenviste (intention-to-treat gruppen) og ikke-henviste, havde de behandlingshenviste generelt højere forekomst af recidiv. De fundne gruppeforskelle var dog ikke statistisk signifikante, fraset en højere forekomst af recidivistisk seksualkriminalitet blandt behandlingshenviste. Umiddelbart kunne disse fund tolkes som udtryk for, at den psykiatriske/sexologiske behandling havde haft en risikoforøgende effekt. En analyse af graden af specialisering i seksualkriminalitet i grupperne, som blev operationaliseret vha. en specialistscore, afdækkede imidlertid, at de behandlingshenviste havde en signifikant højere specialistscore; scoren var prædiktiv for recidiv til seksualkriminalitet mod børn under 15 år. De fund demonstrerede, at de behandlingshenviste var en selekteret gruppe, der, a priori, var særligt recidivtruede. Sammenligningen af recidivet for behandlingshenviste og ikke-henviste var således misvisende (biased), hvad angik en afdækning af den kriminalpræventive effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling. Tilsvarende blev den direkte sammenligning af behandlede og ubehandlede case-personer i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) også vurderet misvisende, fordi behandlede var karakteriseret ved flere risikofaktorer for recidiv end ubehandlede. Dette betød, at de behandlede var særligt recidivtruede, hvilket afstedkom bias i den komparative analyse af behandlede og ubehandlede recidivrisiko.

Det var dog vurderingen, at der var dokumenteret fund, der illustrerede en tendens til, at behandlin-

gen havde en recidivforebyggende effekt, selvom der ikke kunne påvises en sikker behandlingseffekt. På denne baggrund anbefales, jf. tidligere, ny undersøgelse med længere followup og et større antal behandlede. I herværende undersøgelse blev case-populationen således fulgt i 10 år. Derimod var antallet af behandlede, der indgik i analysen af behandlingseffekt lavere i denne undersøgelse, 109 vs. 222 behandlede i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004).

Recidivraterne i herværende undersøgelse var generelt højere end de recidivrater, der rapporteres i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004). I denne rapport var der en recidivrate på 12 % for seksualkriminalitet i case-populationen (14 % af de behandlingshenviste og 10 % af de ikke-henviste) mod 3-5 % (personer i forsøgsordningen) i Slutrapporten og for generel kriminalitet var de tilsvarende recidivrater hhv. 41 % mod 14% i Slutrapporten for case-personer, og 53 % vs. 24 % for kontrollerne. De observerede gruppeforskelle antages at være en følge af, at followup i nærværende rapport var 10 år, mens halvdelen i Slutrapporten var fulgt under 2,7 år. Grundet positiv sammenhæng mellem recidivrisiko og længden af followup, vil recidivrater i undersøgelser med lang followup som udgangspunkt være højere end i undersøgelser, der anvender kort followup (Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Bengtson & Lund, 2008). Ydermere var der anvendt forskellige recidivkriterier i de to undersøgelser. I herværende undersøgelse udgjorde tiltalefrafald (eller højere afgørelse) recidivkriteriet, mens det var straffende domme (dvs. betinget eller højere afgørelse) i Slutrapporten. I herværende undersøgelse skulle der, om man så må sige, mindre til for at blive kategoriseret som recidivist. Endelig var der inkluderet færre behandlede i case-kontrol analysen af behandlingseffekt i herværende undersøgelse (109 vs. 222 i Slutrapporten), hvilket også medvirkede til, at det var sværere at påvise en potentiel signifikant effekt. Omvendt blev der i nærværende rapport i højere grad korrigeret for kendte risikofaktorer i de statistiske analyser, hvilket omvendt formodes at øge sandsynligheden for at identificere en potentiel kriminalpræventiv effekt af behandlingen/behandlingsordningen. Samlet set synes de fundne forskelle derfor ikke at kunne tolkes som udtryk for lavere kriminalpræventiv effekt i

perioden 2006-09 men er forårsaget af metodiske forhold.

Spørgsmålet er dog, om den observerede gruppeforskel på case-personer og kontrollers recidivrater skyldes behandlingen eller den samlede effekt af behandlingsordningen. Etableringen af behandlingsordningen indebar ændringer i retssystemets og kriminalforsorgens håndtering af personer sigtet eller dømt for seksualkriminalitet. Dels blev der som noget nyt indført visitation af alle i behandlingsordningen, hvor den sigtede/dømte søges motiveret til behandling og der "stilles skarpt" på den tidligere og aktuel kriminalitet. Det er sandsynligt, at visitation indirekte kan have en forebyggende effekt for nogle personer. Der sket også en ændring i forhold til øget tværsektorielt samarbejde om de ambulante visiterede (fx inddrages sagsbehandler fra personens opholds/bopælskommune ved visitation), og der vil som oftest også, jf. den skærpede underretningspligt, ske henvendelse til kommunen, når de forurettede i sagen er børn, for at sikre, at der er taget behørig vare på disse. En anden potentiel effekt kan være samarbejdet med tilsynsførende i Kriminalforsorgen i Frihed (KiF) omkring den behandlede, hvor der jævnligt skal afholdes netværksmøder med deltagelse af patient, behandler, tilsynsførende, evt. kontaktpersoner, sagsbehandler, og andre relevante personer. Ved dataindsamling blev det ikke dokumenteret i hvilket omfang, de enkelte behandlingsforløb var tværsektorielle (fx inddragelse af kommuner). Fremadrettet vil der være behov for i forbindelse med forskning at dokumentere samarbejdet med kommunale sagsbehandlere og tilsynsførende i KiF (fx hyppigheden af afholdelse af møder mellem patient, tilsynsførende, behandler, og evt. andre kontaktpersoner, frekvensen af fremmøder hos tilsynsførende) for at kunne undersøge den kriminalpræventive effekt af disse indsatser.

For de visitationsdømte kan det tænkes, at ophold på særlige afsoningsafdelinger forbeholdt personer dømt for seksualkriminalitet har haft en gunstig effekt på gruppens recidivrisiko. Det er velkendt, at seksualkriminelle er i stor risiko for at blive udsat for psykisk og fysisk vold i fængsler, hvor de placeres sammen med ikke-seksualkriminelle, hvorfor det også fremgår af Europa Rådets henstilling IV (regel 17), at seksualkriminelle har ret til sikker

afsoning uden risiko for at blive skadet fysisk eller psykisk. Desuden blev fængselspersonale i disse specialafdelinger uddannet i at have en mere behandlingsmotiverende tilgang til de indsatte seksualkriminelle, hvilket med høj sandsynlighed kan tænkes at have haft en rehabiliterende indvirkning på afsonerne. At opholde sig i et motiverende/terapeutisk fængselsmiljø er tidligere fundet at have en rehabiliterende effekt for seksualkriminelle (Blagden, Winder, & Hames, 2016). På de særlige fængselsafdelinger har der pågået et motivationsarbejde med henblik på at motivere flere afsonere til at tage imod tilbuddet om psykiatrisk/sexologisk behandling. Et pilotprojekt i Møgelkær Fængsel viste, at en forstærket motiverende indsats øgede antallet af personer motiveret for behandling (Kristensen, Grahn, & Lillebæk, 2009). Motivationen af de indsatte pågår dog fortsat ved hjælp af en deltidsansat psykolog. Det er således potentielt problematisk, at disse særlige afsoningsafdelinger for seksualkriminelle i dag er nedlagte og personer dømt for seksualkriminalitet ofte afsoner sammen med personer dømt for andet, og derfor må forsøge at skjule, hvad de er dømt for. Der er iværksat andre kriminalpræventive tiltag (fx anger management), der tilbydes visse fængslede (seksualkriminelle og andre kriminelle). I 2015 testede et pilotprojekt motivationsprogrammet MOVE, som har til formål at motivere og styrke indsatte i det danske fængselsvæsen gennem afsoningsperioden og fremme bevidstheden om bl.a. fordele og ulemper ved kriminalitet. Der er rapporteret positiv virkning heraf, dog ikke specifikt i forhold til seksualkriminelle (Berger, Hjelm, Ladenburg, & Mikkelsen, 2017).

Der er således en række forhold, der potentielt kan have haft en indirekte effekt på recidivrisiko for de personer, der var omfattet af behandlingsordningen. I fremtidige forskningsprojekter er det derfor væsentligt at dokumentere, hvilke andre interventioner, som den enkelte har været eksponeret for efter indeksafgørelsen, så det er muligt med større sikkerhed at identificere en potentiel specifik effekt af henholdsvis behandlingsordningen og den psykiatriske/sexologiske behandling.

For at vurdere evaluere effekten af behandlingen blev de observerede absolutte og relative recidivrater og gruppeforskelle i denne rapport sammen-

lignet med internationale fund for behandlingseffekt rapporteret i tidligere metaanalyse og metareviews (review af reviews).

Den første mere omfattende metaanalyse foretog samlet analyse af 43 individuelle studier med 5078 behandlede og 4376 ubehandlede, der gennemsnitlig blev fulgt i 3,8 år (46 måneder) (Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey, & Seto, 2002). Behandlede blev fundet at have signifikant lavere recidiv til seksualkriminalitet (12 % vs. 17 %, 38 studier, svarende til 37 % lavere risiko) og generel kriminalitet (28 % vs. 39 %, 30 studier) end ubehandlede. Størst effekt blev fundet af behandling, der var specielt designet for seksualkriminelle. KAT reducerede recidivrisiko både for seksualkriminalitet og generel kriminalitet, mens de ældre former for psykoterapi (fra før 1980) havde lav effekt.

Nogle år senere publiceredes en endnu større metaanalyse af effekten af biologisk eller psykologisk behandling (69 studier, $n = 22.181$) (Lösel & Schmucker, 2005). I løbet af followup (gennemsnitligt 5,3 år) havde behandlede signifikant lavere recidiv til seksualkriminalitet (11 % vs. 18 %, svarende til 37 % lavere relativ risiko), generel kriminalitet (22 % vs. 33 %) og ikke-seksualiseret vold (7 % vs. 12 %) end ubehandlede. Biologisk behandling (farmakologisk og kirurgisk kønsdriftsdæmpende behandlingsformer med snæver indikation) havde større effekt end psykologiske behandlingsmetoder. Af sidstnævnte var det kun KAT og adfærdsterapi, der demonstrerede effekt. Størst effekt blev fundet af behandling, der var specielt designet for seksualkriminelle, og af ambulans behandling (vs. behandling i fængsler). Der var også lidt større effekt af frivillig behandling end af tvungen behandling og desuden havde behandling af unge størst effekt.

I 2009 publicerede Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgins (2009) en ny metaanalyse med 23 studier, hvor man undersøgte, om effekten af den såkaldte RNR-tilgang (engelsk: Risk, Need, and Responsivity; dansk: risiko, behov og responsivitet/modtagelighed) (uddybes nedenfor). I analysen blev der kun inkluderet studier, der opfyldte bestemte metodiske kvalitetskrav. Analysen viste, at behandlede havde statistisk signifikant lavere recidiv til både seksualkriminalitet (11 % vs. 19 %) og generel

kriminalitet (32 % vs. 48 %) end ubehandlede sammenligningsgrupper. På denne baggrund og med henvisning til de konsistente fund vedrørende den positive kriminalpræventive effekt af en RNR-tilgang for andre kriminelle, blev det konkluderet, at behandling af seksualkriminelle bør basere sig på en RNR. Behandlingsformer, der er baseret på RNR-principper, havde større effekt for begge kriminalitetstyper end de øvrige behandlingsprogrammer.

Schmucker & Lösel (2015) publicerede 10 år senere et nyt review, der kun inkluderede høj kvalitetsstudier (27 studier, $n = 10.387$). Der blev fundet lavere signifikant behandlingseffekt for seksualkriminalitet (10 % vs. 14 %) og generel kriminalitet (33 % vs. 41 %) i løbet af followup (gennemsnitligt 5,9 år). Det var kun ambulante behandlingsprogrammer (vs. behandling i fængsler), der havde signifikant effekt på seksualkriminalitet. Der blev også fundet god effekt for psykologisk behandling udviklet til seksualkriminelle, for behandling af unge, og for individuel behandling i forhold til gruppeterapi. Der blev ikke fundet sammenhæng mellem varighed af behandlingen (antal uger) og recidivrisiko.

Det seneste review har også rapporteret signifikant effekt af 44 behandlingsprogrammer for seksualkriminelle, hvor henholdsvis 10 % af behandlede og 14 % af ubehandlede i løbet af en gennemsnitlig 6,3 år followup recidiverede til seksualkriminalitet (svarende til en reduktion af recidivrisiko på 33 %) (Gannon, Olver, Mallion, & James, 2019). Generelt var der højere effekt for kognitiv adfærdsterapi (KAT) og en RNR-tilgang. Der fandtes også højere effekt ambulante behandling (vs. behandling i fængsler). Psykologisk behandling havde størst effekt, når en autoriseret psykolog kontinuert var til stede i/var en del af behandlingsmiljøet og bidrog med supervision af behandling ydet af fængselspersonale. Der blev også observeret forskelle i behandlingseffekt i forhold til varighed af behandlingstiden med lavere effekt for 100-200 timers behandlingsprogrammer end korte (< 100 timer) og længere behandlingsforløb (200+ timer), dog uden hensyntagen til behandlede recidivrisiko. Reviewet inkluderede i øvrigt det hidtil største individuelle, og i øvrigt også ganske om-diskuteret, kvasiekperimentelle effektstudie, som

det britiske Justitsministerium offentliggjorde resultatet af i 2017 (Mews, Di Bella, & Purver, 2017). Det engelske effektstudie inkluderede 13.219 behandlede, der havde modtaget såkaldt SOTP behandling (specialiseret CBT behandlingsprogram for seksualkriminelle) i England og Wales mellem 2000 og 2012. Gruppen blev sammenlignet med en ubehandlet gruppe ($N = 2562$), der var sammensat på en måde, hvor man tog højde for 87 risikofaktorer (såkaldt propensity score matching, PSM). Grupperne blev fulgt i gennemsnitligt 8 år. Recidivet til ikke-seksualiseret kriminalitet var sammenlignelig for behandlede og kontrolgruppen, men for seksualkriminalitet var recidivet højere for behandlede (10 % vs. 8 %, svarende til en 25 % højere risiko blandt behandlede). Den anvendte metode til sammensætning af kontrolgruppen er imidlertid blevet kritiseret for brugen af PSM (Lösel, Link, Schmucker, Bender, Breuer, Carl, Endres, & Lauchs, 2020). Lösel et al. (2020) advarer mod at lade resultaterne af et enkelt studie, der har anvendt et kontroversielt metodiske design, definere, hvilke politiske beslutninger, der træffes i forhold til håndteringen af seksualkriminelle. Desuden understreger Lösel et al. (2020), at de engelske fund dog skal minde os om, at psykologisk intervention potentielt kan have en negativ effekt på trods af de bedste intentioner, selvom negative behandlingsfund ikke ses ofte indenfor kriminologi.

Fordi der i flere af de ovennævnte metaanalyser var inkluderet en række unge seksualkriminelle, var der i forhold til denne rapport behov for en oversigt, der alene belyste effekten af behandling af voksne, jævnfør at voksne dømt er genstanden i herværende rapport. På denne baggrund gennemførte Madvig og de to forfattere af nærværende rapport – Bengtson og Kristensen – et såkaldt overview (dvs. et review af metaanalyser/reviews). Dette overview inkluderede syv systematiske reviews, der udelukkende analyserede behandlingseffekt for voksne seksualkriminelle (Madvig, Kristensen, & Bengtson, 2021). Overviewet fandt signifikant behandlingseffekt i tre reviews, i to fremgik det ikke om effekten var statistisk signifikant, og i de sidste to var der ingen effekt. Der blev også rapporteret signifikant effekt for generel kriminalitet. De absolutte recidivrater for behandlede og ubehandlede var 10-18 % for behandlede og 18-20 % for seksualkriminalitet.

Recidivet til generel kriminalitet var 27 % og 32 % for behandlede og 48 % og 51 % for ubehandlede. Recidiv til ikke-seksualiseret vold var 21 % for behandlede og 33 % for ubehandlede. Der blev også her rapporteret størst behandlingseffekt for KAT og en RNR-tilgang og lavest effekt for behandling af personer dømt for at begå seksualkriminalitet mod børn. Det blev understreget, at effekten varierede på tværs af reviews, afhængig af metodiske forskelle (fx i forhold til followup periodens varighed, recidivkriteriet, behandlingsform, setting, etc.), men at postbehandlingseffekten generelt var lav, i bedste fald moderat. Konklusionen i overviewet lå i tråd med konklusionerne i to tidligere overviews (Kim, Benekos, & Merlo, 2016; Craig, Browne, & Stringer, 2003), nemlig at der var indikation for, at nogle behandlingsformer mindsker recidivrisikoen for nogle seksualkriminelle, men at det endnu ikke er klart "what worked for whom".

I ovenstående gennemgang af metaanalyser og overviews/metareviews af individuelle effektstudier blev der rapporteret recidivrater for seksualkriminalitet mellem 10-18 % for behandlede og mellem 14-20 % for ubehandlede, svarende til en 37 % reduktion af recidivet til seksualkriminalitet. For generel kriminalitet svingede de rapporterede recidivrater mellem 22-33 % for behandlede og mellem 33-51 % for ubehandlede. For ikke-seksualiseret vold, som dog kun var belyst i få reviews, var der recidiv for hhv. 7 % og 21 % af behandlede og for 12 % og 33 % af ubehandlede. Der var også her højest effekt af behandling af unge, KAT, ambulante behandling, RNR-behandling, og specialiseret behandling. I rapporten her var recidivraten for behandlede (N = 109) og matchede kontroller 15 % vs. 18 % for seksualkriminalitet, 36 % vs. 53 % for generel kriminalitet og 6 % vs. 17 % for ikke-seksualiseret vold. Således var recidivet til seksualkriminalitet helt sammenligneligt med internationale fund i metaanalyser og overviews. Det samme gjorde sig gældende for generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold, selvom recidivet til generel kriminalitet var marginalt højere og recidivet til ikke-seksualiseret vold marginalt lavere for de danske behandlede.

Det er dog værd at bemærke, at followup for den danske case-population jf. tidligere var 10 år (eksponeringstid = 8,7 år, SD=2) mod knap 4 år

followup i Hanson et al. (2002) metaanalysen og omkring 5-6 år i de øvrige metaanalyser/reviews. På denne baggrund forekommer den absolutte recidivrisiko for danske behandlede og deres kontroller at være noget lavere end de i reviews rapporterede recidivrater, særligt hvad angår recidivet til seksualkriminalitet. Der er lavet followupundersøgelser, der viser, at der fortsat finder recidiv til seksualkriminalitet sted efter selv 15 års followup (Bengtson, 2008; Bengtson & Lund, 2008). Varigheden af followup er derfor afgørende for evaluering af behandlingseffekt.

I årtier var det en generel antagelse, at alle seksualkriminelle igen begik seksualkriminalitet. Ovennævnte reviews, herunder ovenstående, har vist, at det ikke er tilfældet. Størstedelen af de fulgte begik ikke seksualkriminalitet igen men begik derimod i højere grad andre former for kriminalitet. Dette førte til udviklingen af et nyt paradigme; seksualkriminelle har generelt lavere recidiv end mange andre typer af kriminelle (fx ikke-seksualiseret voldsdømte, personer der begår berigelseskriminalitet). Denne konklusion er både rigtig og forkert. Det er korrekt, at seksualkriminelle har lavere recidivrater end ikke-seksualiseret volds-mænd og personer, der begår berigelseskriminalitet, navnlig på kort sigt (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2009). Følger man seksualkriminelle på lang sigt, tegner der sig derimod et anderledes billede, idet op mod 30-40 % af fulgte kohorter af seksualkriminelle begår fornyet seksualkriminalitet, når de følger over flere årtier (Bengtson & Lund, 2008). Disse studier kan kritiseres for at have en selektionsbias, idet der ofte er inkluderet særligt recidivtruede seksualkriminelle i disse undersøgelser (fx var der kun inkluderet mentalundersøgte i den danske followup af Bengtson & Lund, 2008). Omvendt er der et højt mørketal for seksualkriminalitet, der også giver anledning til at tro, at de facto recidivet for seksualkriminelle på lang sigt måske nærmer sig det man ser blandt ikke-seksualiseret voldsdømte på kort sigt. Denne omstændighed bør tages i betragtning ved planlægning af den strafferetlige håndtering af denne gruppe.

Effekten af forebyggende indsatser bør således planlægges langsigtet, dvs. hvor man vurderer effekt af en given indsats på lang sigt. Nedbringelse af recidivet for seksualkriminelle med selv få

procentpoint kan i praksis betyde, at man sparer et større antal børn og voksne for at blive udsat for seksuelle overgreb, ligesom man hjælper den dømte til at blive rehabiliteret og komme nærmere et kriminalitetsfrit liv. Kriminalitet er forbundet med en høj pris for alle involverede – de forurettede, den dømte, parternes pårørende, og samfundet som helhed (Forte, 2015). Endeligt formodes der at være væsentligt færre udgifter forbundet til behandling sammenlignet med prisen for effektivisering af skærpede straffe, hvis disse omfatter langvarig fængsling af dømte.

Et af de reviews, der indgik i overviewet af Madvig, Kristensen, & Bengtson (2021), som ikke fandt en behandlingseffekt, var metaanalysen af effekten af psykologisk behandling af personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn (14 studier, $n = 2930$) (Grønnerød, Grønnerød, Grøndahl, 2015). I undersøgelsen blev der observeret recidiv til seksualkriminalitet for 18 % af de behandlede og for 20 % af kontrolpersonerne i løbet af followup (gennemsnitligt 6 år). Den observerede gruppeforskel svarede til lav behandlingseffekt, såvel for de ni studier, der levede op til de opstillede metodiske inklusionskriterier ($r = 0,03$; 95 % KI: $-0,04-0,10$) som ved analyse af resultaterne for samtlige effektstudier ($r = 0,08$; 95 % KI: $0,02-0,14$).

Metaanalysens fund giver selvsagt anledning til bekymring, ikke mindst set i relation til behandlingsordningen primære formål; at forebygge seksuelle overgreb på børn. Således tilhører størstedelen af case-populationen (minimum 6 ud af 10) denne gruppe. Jævnfør at seksualkriminelle generelt recidiverer til samme kriminalitetstype, som de begik ved indeks (Bengtson & Lund, 2008; Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) betyder, at det er særligt imperativt, at vi formår at behandle denne krænkertype med god effekt. I nærværende rapport gjorde vi imidlertid mere opmuntrende fund, idet 6 % af de behandlede begik seksualkriminalitet mod børn under 15 år i followup mod 10 % af kontrollerne, svarende til at de behandlede havde en 38 % reduktion af korrigeret relativ risiko. Den observerede forskel var dog ikke statistisk signifikant, antageligt grundet det lave antal behandlede/kontroller. Det er dog tænkeligt, at fraværet af behandlingseffekt for denne specifik kriminalitetsgruppe hænger sammen med, at net-

op denne gruppe rummer en vis andel med seksuelle afvigelser, navnlig pædofili (vedvarende seksuel interesse i præpubertære børn) (og antageligt også af hebefili, dvs. vedvarende seksuel interesse i børn i 11/12-14-års alderen; Blanchard et al., 2009). Pædofili er en af de væsentligste risikofaktorer for at begå seksualkriminalitet såvel blandt dømte (Schmidt & Banse, 2022; McPhail, Hermann, Fernane, Fernandez, Nunes, Cantor, 2019; Hanson & Morton-Bourgon, 2005) og ikke-dømte med pædofili (Kuhle LF, Schlinzig E, Kaiser G, et al., 2017; Wittström, Långström, Landgren, Rahm, 2020).

I herværende undersøgelse var det dog kun en mindre andel (28 %) af de 194 case-personer, der var dømt for at begå seksualkriminalitet mod børn, der var registreret med diagnosen pædofili. Størstedelen af de personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn under 15 år, var med andre ord ikke diagnosticeret med pædofili. Forekomsten af pædofili i denne undersøgelse var således lavere end de prævalensrater, der almindeligvis rapporteres i prævalensstudier, hvor omkring halvdelen af dømte er registreret med tilstanden, særligt i amerikanske undersøgelser og i undersøgelser, hvor diagnosen stilles klinisk (dvs. uden brug af mere objektive metoder) (Al-Dehlagi, Kristensen, Giraldi, & Bengtson, in prep., Seto 2018).

Den relativt lave forekomst af pædofili i herværende undersøgelse er formodentlig en følge af en praksis i behandlingsordningen med at diagnosticere pædofili, når der ikke foreligger tvivl om diagnosens validitet, dvs. når der utvivlsomt er indikation for en vedvarende og intens seksuel interesse i præpubertære børn. Imidlertid er diagnosticeringen af pædofili yderst vanskelig og forbundet med mange potentielle fejlkilder (Bengtson, Sørensen, & Kristensen, 2019; Bengtson & Kristensen, 2021). Der er ikke et en til en-forhold mellem pædofili og recidiv, som det også fremgår af herværende undersøgelse, hvor der ikke blev observeret signifikant forskel på recidivraten for personer med og uden pædofili diagnose (15 % vs. 12 %, $p=0,62$). Imidlertid er pædofili en tilstand, der vanskeligt lader sig eliminere og diagnosticering af pædofili kan af forskellige årsager være ganske vanskelig (Seto, 2022; Bengtson, Sørensen, & Kristensen, 2019; Eher et al., 2015; Blanchard, Lykins, Wherrett, Kuban, Cantor, Blak, Dickey, & Klassen, 2008).

Et andet forhold, der også har afgørende betydning for recidivrisiko, er krænkerkertyper. Således har adskillige undersøgelser gennem tiden påviste betydelige forskelle i recidivet for forskellige krænkerkertyper, hvor de højeste recidivrater generelt observeres for blottere, ekstrarfamiliære krænkerkere (krænker af ikke-beslægtede børn) og voldtægtsdømte (Furby et al., 1989; Bengtson & Lund, 2008), mens de laveste recidivrater rapporteres for incestkrænkerkere (krænket beslægtede børn). I herværende undersøgelse blev det højeste recidiv til seksualkriminalitet observeret blandt personer dømt for at begå blufærdighedskrænkelser (22 %) mod 10 % af voldtægtsdømte (voksne ofre), 10 % af § 235-lovovertrædere, 10 % af incestkrænkerkere, og 9% af de ekstra-familiære børnekrænkerkere. De observerede gruppeforskelle var dog ikke signifikante.

Den relativt højere recidivrisiko blandt blufærdighedskrænkerkere var overraskende. Det høje recidiv kan måske dels forklares ved, at denne gruppe rummer en vis andel af exhibitionister ("blottere"), som generelt har en dårlig prognose (Bengtson & Lund, 2008). Et andet element kan være, at denne gruppe måske rummer en større andel af personer med pædofili, der begår "petty crimes" (fx forskellige former for beføling af barnet, uden samleje eller anden kønslig omgængelse), som typisk afgøres jf. § 232 (blufærdighedskrænkelser). I et engelsk studie fandt man, at der blandt netop blufærdighedskrænkerkere, der havde begået krænkelser mod mænd/drenge, var en højere grad af kriminel specialisering i seksualkriminalitet, end blandt de øvrige krænkerkertyper (Soothill, Francis, Sanderson, & Ackerley, 2000). Denne gruppe kunne meget vel være egentlig pædofile, der kun begår seksualkriminalitet og sjældent andre typer af kriminalitet. Skal vi udvikle mere effektiv behandling af seksualkriminelle, er det nødvendigt at der i effektstudierne skelnes mellem de forskellige krænkerkertyper, fremfor at undersøge effekten på seksualkriminelle samlet, som var der tale om en homogen gruppe; vi skal i stedet undersøge, hvad der virker for hvilke krænkerkertyper (Madvig et al., 2021; Tyler et al., 2021).

Forestillingen om, at seksualkriminelle kun er specialiserede i at begå seksualkriminalitet er efterhånden forladt, bl.a. fordi adskillige undersøgelser

viser, at en relativ stor andel også begår en række af andre former for kriminalitet (Lin & Simon, 2016). Imidlertid er der flere undersøgelser, herunder nærværende rapport, der peger på, at nogle seksualkriminelle reelt er specialister og ofte udelukkende begår seksualkriminalitet, mens andre i højere grad også begår andre former for kriminalitet end seksualkriminalitet, altså er generalister (Lin & Simon, 2016). I Lin & Simon (2016) undersøgelsen opfyldte 20 % (59/290) af de dømte kriterierne for kriminel specialisering i seksualkriminalitet. I denne undersøgelse anvendtes dog en anden operationalisering af specialisering end den, der anvendes i nærværende rapport (mere end 50 % af personens kriminelle afgørelser skulle være for seksualkriminalitet).

Selvom der sjældent er en simpelt svar på, hvorfor en person begår seksualkriminalitet, skelnes der almindeligvis mellem seksualkriminalitet som følge af en iboende afvigende seksuel interesse (fx pædofili eller dominans/sadisme) eller en følge af en mere antisocial personlighedsstruktur, hvor seksualkriminalitet snarere begås, hvis "lejligheden byder sig" end som resultatet af at udleve fx sin seksuelle interesse i børn (Seto, 2018). En høj specialistscore kunne hypotetisk set være en indikator for pædofili eller hebefili. I herværende undersøgelse fandt vi, at behandlingshenviste og personer med pædofili havde en signifikant højere specialistscore end ikke-henviste og personer uden diagnosen pædofili. Hypotesen understøttes også af, at scoren havde moderat-høj diagnostiske træfsikkerhed i forhold til at forudsige case-personernes risiko for at begå seksualkriminalitet mod børn under 15 år. Omvendt kunne en lav specialistscore ses blandt generalisterne, hvor den høje forekomst af ikke-seksualiseret vold blandt de ikke-henviste kunne tolkes som et fænotypisk udtryk for en mere prokriminell, evt. dyssocial personlighedsproblematik, snarere end at være en følge af en sexologisk problemstilling/seksuel afvigelse. For sidstnævnte persongruppe vil fokus som oftest være på de kriminogene faktorer, der også fokuseres på ved håndtering af andre typer af kriminelle. Når behandling/håndtering af denne kriminalitetsgruppe tilrettelægges eller initiativer evalueres, er det afgørende at indtænke krænkerkertype og graden af kriminel specialisering/generalisering, da disse forhold er afgørende for, hvilke kriminogene fak-

torer, behandlingen/risikohåndteringen skal rette sig mod, og hvilke tiltag, der virker og for hvem. En one-size-fits-all tilgang er således kontraindiceret jævnfør de observerede gruppeforskelle i specialistscore. Hvor behandlingen af generalister mere skal rettes mod generelle kriminogene faktorer, er behandlingen af specialisterne i høj grad også rettet mod behandling af den seksuelle afvigelse.

Retter vi blikket mod resultatet af analysen af indhold og varighed af behandlingen, blev der i analysen afdækket en del ligheder i behandlingstilbuddet på de respektive behandlingsstederne men også signifikante og væsentlige forskelle. Af case-populationen blev 36 % henvist til psykiatrisk/sexologisk behandling, mens de resterende 64 % ikke var fundet motiverede for og/eller egnede til psykiatrisk/sexologisk behandling. Andelen af behandlingshenviste i herværende undersøgelse var dermed identisk med andelen af behandlingshenviste i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004), hvor der også blev anbefalet psykiatrisk/sexologisk behandling for 36 % af de i alt 622 personer, der blev visiteret mellem 01.10.1997-30.09.2001.

Af de behandlingshenviste indgik 119 (19 % af case-populationen) i analyser af behandlingen. Behandlingen varede gennemsnitlig 21,1 måneder, og der var ingen statistisk signifikant forskel på varigheden af behandlingstiden på de tre behandlingssteder. Der var heller ikke forskel på behandlingstiden for personer indstillet til behandling fra Herstedvester Fængsel og fra den ambulante behandlingsordning. Det gennemsnitlige antal behandlingsfremmøder i behandlingsperioden var 49, og der var ingen signifikant forskel på antal fremmøder på tværs af behandlingsstederne. Disse tal indikerer fremmøde gennemsnitligt hver anden uge. Det var kun 65 % af de behandlede, der havde modtaget minimum 18 måneders behandling, hvilket er kortere end de 2 års psykiatrisk/sexologisk behandling, der typisk anbefales.

Der var der signifikant forskel på antallet af personer, der fik henholdsvis få og mange behandlingskontakter. Personer behandlet i Århus og Middelfart var oftere set 30 gange eller mere. Patienterne i Aarhus fik i højere grad konsultationer hos psykolog eller andre faggrupper og modtog oftere krop-

sterapi, mens patienter i Middelfart og København oftere havde konsultationer hos psykiater, ligesom de også havde flere konsultationer hos psykiatere (ca. 1 ud 5 fik 30+ konsultationer hos psykiater i Middelfart og København).

I Middelfart var gruppeterapi standard, mens færre modtog gruppeterapi i Aarhus og med de færrest i gruppeterapi i København. En fjerdedel af patienterne i København fik ikke psykoterapi men støttende og/eller medicinsk behandling, mens det var 13 % af patienterne i Middelfart og 14 % af patienterne i Aarhus, der ikke fik psykoterapi.

Den hyppigst anvendte terapeutiske metode var en kombination af psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi (KAT), efterfulgt af ren KAT, der oftere blev tilbudt i Aarhus. Under 3 personer havde fået ren psykodynamisk terapi. Der var imidlertid ikke andre svarmuligheder for registrering af behandlingsform end kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, og kombination af kognitiv terapi og psykodynamisk terapi. Fremadrettet vil det være væsentligt med flere svarmuligheder, herunder udvidelse med de behandlingsformer, der anvendes i dag, bl.a. mentaliseringsbaseret terapi, mindfulness.

Kombinationen af de to retninger – psykodynamisk terapi og KAT – er registreret som den mest anvendte behandlingsform. Som udgangspunkt anbefales i almindelig psykoterapi anvendelse af en "ren" udgave af en given terapeutisk retning, da denne brug af terapeutisk metode generelt skønnes at være mest virksom (Hougaard, 2004). Der var ganske få i dette materiale, der blev fundet egnede til en ren psykodynamisk terapi. Dette fund er i overensstemmelse med fund i de præsenterede metaanalyser, hvor de mere lettilgængelige behandlingsmetoder såsom KAT generelt fremhæves som særligt velegnet til denne persongruppe. KAT er således også den meste undersøgte behandlingsmetode, mens der foreligger få undersøgelser af den klassiske psykodynamiske tilgang og nyere varianter af den psykodynamiske tilgang (fx intensiv dynamisk korttidsterapi). De ældre terapeutiske retninger har i en årrække været "dømt ude" i forhold til behandling af seksualkriminelle grundet manglende effekt (Hanson et al., 2002). Det kan dog ikke afvises, at behandlingsformen

kan have potentiale for et udsnit af patientgruppen med højere funktionsniveau. Dog skal det understreges, at der for nuværende, så vidt vides, ikke er empiri, der dokumenterer effekt af psykodynamisk behandling af seksualkriminelle, der taler for psykodynamisk behandling som standardbehandling. De seksualkriminelle adskiller sig, som nævnt tidligere, betragteligt fra de øvrige patientgrupper i psykiatrien (fx personlighedsforstyrrelser). Erfaringen på tværs af kliniske settings og landegrænser er derfor også, at en meget stor andel af denne gruppe ikke profiterer af de ældre behandlingsformer, der traditionelt anvendes i psykoterapi overfor andre patientgrupper/klienter (Hanson et al., 2002). Ofte er den dømte ikke socialiseret til den grad af psykologisk refleksion, som er en forudsætning for at indgå i gængs psykoterapeutisk behandling. Omvendt anbefales kognitiv adfærdsterapi som oftest som behandling, da denne metode kan være nemmere at tilgå for patienterne at forstå sammenhænge mellem de indre psykologiske mekanismer – tanker og følelser – og adfærden og kropslige reaktioner. Det var interessant, at resultaterne i herværende rapport viste, at personer, der havde fået en kombination af KAT og psykodynamisk terapi, havde en lidt lavere recidivrisiko, end de personer, der udelukkende havde modtaget KAT, om end forskellen ikke var statistisk signifikant.

Ovenstående beskrivelse af indhold og frekvens af psykiatrisk/sexologisk behandling giver indtryk af, at der er en række forskelle på behandlingsforløbet på de respektive steder. Det er dog helt forventeligt, at der er forskelle på behandlingstilbud i en national behandlingsordning, som afspejler behandlernes uddannelsesmæssige baggrund på de respektive steder, men også hvilke terapeutiske traditioner, behandlerne er uddannet indenfor. Variationen i behandlingens form (fx antal behandlinger og behandlernes uddannelsesmæssige baggrund) behøver ikke nødvendigvis at udgøre et problem, så længe behandlingsindholdet i vid udstrækning er den samme, og der er fokus på de omtrentlig samme problemstillinger på tværs af stederne. Der var imidlertid ikke foretaget registrering af det specifikke behandlingsindhold. Beskrivelse af behandlingsindhold og form bør dog betragtes som et øjebliksbillede af den i inklusionsperioden (2006-09) tilbudte behandling. Den

behandling, som i dag tilbydes i behandlingsordningen, er derfor sandsynlighed ikke fuldstændig identisk med den i rapporten her beskrevne behandling.

I metaanalyserne demonstrerede behandling baseret på RNR-principperne højere kriminalpræventiv effekt end andre metoder, hvorfor der er international konsensus om, at denne tilgang bør tilstræbes overfor alle kriminalitetsgrupper (Bonta & Andrews, 2017). Anbefalingen af en RNR-tilgang overfor seksualkriminelle betones også i Europarådets anbefalinger til behandling af seksualkriminelle (i fængsler) (European Committee on Crime Problems (CDPC), 2021). RNR-baseret behandling indebærer, kort beskrevet, at behandlingen planlægges i henhold til risiko (jo højere risiko for tilbagefald, desto mere intensiv bør indsatsen være), behov (behandlingen skal rettes mod de risikofaktorer, som øger risikoen for at personen begår fornyet kriminalitet), og modtagelighed (at behandlingen tilpasses klienternes forudsætninger og individuelle læringsstile). Selve behandlingen roterer rundt om risikovurderingen, om man så må sige. RNR-baseret behandling indbefatter således brugen af strukturerede og validerede risikovurderingsredskaber (fx Static-99R, Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2010, RSVP, Hart, Kropp, Laws et al., 2003, eller SVR-20, Boer, Hart, Kropp et al., 1997). Disse anbefalinger ligger i forlængelse af international konsensus om at undgå brugen af de såkaldte ustrukturerede risikovurderinger, dvs. risikovurderinger, der udelukkende baserer sig på kliniske skøn informeret af klinikerens viden/erfaring, da disse generelt opnår lav træfsikkerhed (svarende til chance-niveau/”plat-eller-krone”) (Wertz, Schobel, Schiltz, & Rettenberger, submitted; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Ægisdóttir et al., 2006; Hougaard, 2004; Dawes, Faust, & Meehl, 2002). Dette er også påvist at være tilfældet, når metoden anvendes overfor danske seksualkriminelle (Bengtson & Långström, 2007), ligesom brugen af strukturerede risikovurderingsredskaber er fundet at kunne øge træfsikkerheden af klinikers risikovurderinger af seksualkriminelle (Bengtson, Kristensen, Ibsen, Lund, Sørensen, Fristed, & Långström, in prep.). RNR-modellen fokuserer på individuelle psykologiske faktorer som forklaring på kriminel adfærd. Risikoprincippet i RNR-tilgangen indebærer fx, at man skal være varsom med at

sammenblende højrisikopersoner med lavrisikopersoner i behandlingen, jævnfør at undersøgelser har vist, at højrisiko personer potentielt kan have en dårlig/afsmittende effekt på lavrisiko personer (Bonta & Andrews, 2017).

I flere af de nævnte metanalyser fandt man ikke overraskende større effekt af specialiserede behandlingstilbud, dvs. behandling, der var særligt udviklet med henblik på behandling af seksualkriminelle. Behandlere skal således have en højt specialiseret viden om personer, der begår seksualkriminalitet og i mange tilfælde også andre typer af kriminalitet. Der er først og fremmest behov for højt specialiseret viden om den kriminaliserede persongruppe, der har begået seksualkriminalitet; gruppen bør først og fremmest betragtes som en kriminaliseret gruppe snarere, der adskiller sig fra andre psykiatriske populationer. Den specialiserede behandling skal endvidere basere sig på en evidensbaseret internationalt anerkendt specialiseret viden om personer, der begår seksualkriminalitet. Der er således behov for kontinuert opdatering omkring international litteratur, navnlig reviews/metaanalyser vedrørende behandlingseffekt af de respektive behandlingsmetoder og træfsikkerheden af metoder til risikovurderinger. Høj specialisering af behandlerne sker typisk gennem mødefora (såkaldte intervitioner og internater), konference-deltagelse, journal clubs, og case-supervision. Det er afgørende, at der på tværs af visitations- og behandlingssteder er fælles viden og – så vidt muligt – er konsensus om behandlingsindhold.

Ved varetagelse af specialfunktioner stilles der – udover de sundhedsfaglige kernekrav – krav om forskning, udvikling og uddannelse indenfor specialiet (Sundhedsstyrelsen, 2008). Hospitaler, der varetager en specialfunktion, skal således varetage forsknings- og udviklingsopgaver i relation til funktionen, men der er mulighed for at etablere tværgående arbejdsdeling, så de enkelte afdelinger har særlige forskningsområder. Dette sammenholdt med, at der er i Danmark, bedrives yderst begrænset forskning vedrørende seksualkriminelle, betyder, at forskning, der har til formål at forbedre og udvikle den højt specialiserede behandling af denne persongruppe, er en mindst lige så væsentlig del af at være en højt specialiseret funktion. Desuden er de højt specialiserede funktioner placeret

på universitetshospitaler, hvor forskning også er en implicit del af den kliniske funktion. Særligt på dette område, hvor der generelt rapporteres lav, evt. moderat, effekt af behandlingen. Der er således behov for forskning af høj kvalitet, ligesom det er afgørende, at der kontinuert pågår dataindsamling, som dokumenterer den daglige praksis omkring visitation, vurdering af behandlingsegnet, behandling og risikovurdering/håndtering. En implicit del af forskningsaktivitet vil være at tilvejebringe viden om evidensbaseret best practice til klinikere i netværket.

Imidlertid fremhæves det i ovennævnte metaanalyser og overview, at den metodiske kvalitet af individuelle effektstudier generelt er lav. Der er en række etiske og metodiske udfordringer forbundet med at gennemføre effektundersøgelser af høj kvalitet (fx randomiserede kontrollerede behandlingsstudier, RCT) på dette område. Omvendt efterlyses der også RCT-studier, med henvisning til, at det er uetisk at tilbyde behandling, der ikke er optimalt evalueret; RCT-studier er den metode, der er bedst til at belyse, hvorvidt en ny behandling er bedre end den eksisterende standard behandling (Forte, 2015; Hanson et al., 2002; 2009).

Dette leder til et væsentligt problem, der er knyttet til at bedrive forskning, der har til formål at forbedre behandlingen af seksualkriminelle i Danmark. For at opnå brugbare data, må næsten alle personer indgå i forskningen. Det gældende GDPR-krav, om at deltagelse i et forskningsprojekt forudsætter samtykke fra undersøgelsespersonerne, er som udgangspunkt både korrekt og meningsfuldt. Imidlertid står vi i praksis med det problem, at det kan være vanskeligt at få personer, der er dømt for at begå seksualkriminalitet, til at give samtykke til at deltage i forskningsprojekter, måske i særlig grad projekter, der har til formål at undersøge, om de igen begår kriminalitet. Angsten for at blive identificeret og "afsløret" formodes at afholde en del fra at give samtykke til at indgå i forløbsundersøgelser, som det også sås i den tidligere Slutrapport (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004). På den ene side skal kravet om samtykke respekteres, men hvis kravet hindrer udførelsen af solid forskning i at forbedre forebyggelsen af seksualkriminalitet mod børn og voksne, synes det at være et alvorligt problem, hvis forskning,

der kan medvirke til en bedre hjælp til at dømte fremadrettet lever et kriminalitetsfrit liv. Dermed mindskes risikoen for, at børn og voksne udsættes for seksuelle overgreb. I visse sammenhæng kan der dispenseres fra kravet om samtykke. Der er således behov for særlig tilladelse fra myndigheder til dataindsamling, af hensynet til almenvellet og samfundsmæssig tryghed.

Internationalt er der meget fokus på, hvordan vi forebygger at børn og voksne udsættes for seksuelle overgreb, fremfor primært at sætte ind, efter at der har fundet overgreb sted (Dombert et al., 2016; Bengtson & Kristensen, 2021). Der er navnlig et enkelt forebyggende tiltag, der anbefales af klinikere og forskere internationalt. Det er anonym behandling af ikke-dømte personer med pædofili, der ønsker at få hjælp til at kontrollere deres seksuelle interesse i børn, i regi af Projekt Dunkelfeld, Tyskland (Beier, Grundmann, Kuhle, Scherner, Konrad, & Amelung, 2015). Her kan ikke-dømte med pædofili få behandling uden at informere om hvem de er, og hvor de bor, etc. Projekt Dunkelfeld blev indført, idet man var bekendt med at en række personer med pædofili ikke henvendte sig til offentlige behandlingssteder, fordi de var bange for at blive registreret med pædofili i de offentlige patientjournaler (Jahnke, 2018). Anonymiseringen af behandlingstilbuddet betød, at der om måneden henvendte sig mellem 15-20 personer med pædofili fra hele verden til Dunkelfeld-projektet med ønske om at komme i behandling. Fra indførelsen af Dunkelfeld og frem til 2017 havde knap 2600 personer henvendt sig med behandlingsønske (Beier, 2018). Ikke alle ønskede dog at indgå i behandling efter den initiale kontakt. Forfatterne af herværende rapport er dog ikke vidende om, hvor mange personer, der har henvendt sig fra 2018 og op til i dag. Disse estimater vidner om, at der globalt set er en række personer med pædofili, som er hjælpsøgende. Det samme formodes at gøre sig gældende i Danmark.

Indførelse af anonym behandling i Danmark er dog af flere grunde vanskelig, primært grundet den skærpede underretningspligt for fagpersoner. Alle voksne i Danmark har pligt til at underrette kommuner, hvis der er mistanke om, at et barn er udsat for forhold, hvor de lider nød eller er i fare, eller der er risiko herfor. Fagpersoners pligt til at

underrette er udvidet. Ved anonym behandling er det imidlertid ikke muligt at leve op til den skærpede underretningspligt, fordi personens identitet er ukendt. I Dunkelfeld-projektet oplever de dog yderst sjældent, at patienter kommer med sådanne ytringer, og ofte opgiver patienter anonymiteten, når der er opbygget tillid til behandleren (personlig kommunikation, Laura Kuhle, 2022).

I Danmark har man indført anonym behandling (i modificeret grad) indenfor misbrugsbehandling. Skal der implementeres anonym behandling af personer med pædofili (og evt. andre potentielt kriminelle seksuelle afvigelses) vil det kræve dispensation for de krav, der normalt stilles til sundhedspersonalet, der skal være ansvarlig for behandlingen. En alternativ løsning, som formodes at kunne bidrage til, at det bliver mere attraktivt for personer med pædofili eller andre potentielt kriminelle seksuelle afvigelses at søge behandling er, hvis der sker en effektiv skærmning af patientjournaler. Det eneste behandlingssted, der har fuldstændig skærmning af journaler, er Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København. Fuldstændig skærmning indebærer, at andre psykiatriske og somatiske afdelinger ikke kan se hverken diagnoser eller journalnotatet. Fuldstændig skærmning af journaler vurderes i bedste fald at kunne medvirke til, at flere ikke-dømte tør henvende sig i behandling, selvom det selvsagt ikke vil opleves så sikkert for de ikke-dømte, der ønsker behandling, som anonym behandling. På den ene side kan man tænke, at vi skal gøre alt for at gøre adgangen til behandling så nem og sikker så muligt for ikke-dømte personer med pædofili eller andre potentielt kriminelle seksuelle afvigelses. Blandt psykiatriske patienter er der en klar overrepræsentation af personer, der har været udsat for seksuelle overgreb, navnlig de personer, der udsættes for seksuelle overgreb i barndommen og ungdommen (Forte, 2015). Set i det lys vil anonym behandling være at foretrække, da det formodes at gøre det mere attraktivt for potentielle klienter at opsøge behandling. På den anden side er der juridiske og behandlingsmæssige forhold der taler imod. At indføre anonym behandling i det psykiatriske system ville forudsætte seponering/ændring af en række juridiske forhold, hvad angår det specifikke område, der skulle varetage anonym behandling. Under alle omstændigheder er der behov for at

udbygge de elektroniske journaler (EPJ-funktionalteterne) i region Midtjylland og Syddanmark, så behandlingsstederne i disse regioner også kan få fuldstændig skærmede patientjournaler og dermed bibringe patienterne i behandling øget sikkerhed.

Herværende undersøgelse har bidraget med en række væsentlige undersøgelsesresultater, der informerer om behandlingsordningens indhold og effekt. Der var dog også en række metodiske forhold, der svækker undersøgelsen. Dels bliver undersøgelsesresultaterne aldrig bedre, end de data, de beror på, så hvis de indsamlede data af forskellige årsager, er invalide, svækker det validiteten af undersøgelsesresultaterne ("garbage in garbage out").

Brugen af den såkaldte historiske kontrolgruppe betød, at case-populationen indeholdt personer, der oprindeligt ville have været inkluderet i kontrolgruppen, men som grundet recidiv til lignende kriminalitet i inklusionsperioden endte med at blive inkluderet i case-populationen. Dette indebærer potentielt en skævvridning af de to sammenligningsgrupper, med relativt flere højrisiko personer i case-populationen og relativt flere lavrisiko personer i kontrolgruppen. Etableringen af den historiske kontrolgruppe var ikke optimal, men det bedst mulige kompromis. Desværre var det ikke muligt at matche case-personer og deres kontroller på tidligere seksualkriminalitet pga. relativt små grupper af potentielle kontroller i de danske registre. Denne fejlkilde blev forsøgt mindsket ved at matche case-personer og deres kontroller på tidligere seksualkriminalitet, hvilket ikke var muligt grundet små grupper af potentielle kontroller i de danske registre. I tillæg hertil forekommer det også sandsynligt, at de facto recidivet for den historiske kontrolgruppe måske er højere end de officielle tal i Kriminalregisteret vidner om, som udgør estimatet for recidiv i denne undersøgelse. I 1980-90'erne "slap" man måske nemmere afsted med at begå seksuelle overgreb, fordi der ikke var den samme opmærksomhed på seksuelle overgreb i almenbefolkningen, som det er tilfældet i dag og i den periode, hvor case-populationen blev fulgt. Det er således tænkeligt, at forekomst af uanmeldt seksualkriminalitet (mørketal) var højere for kontrolgruppen, ligesom den lavere straf ramme og måske også anden retspraksis potentielt kunne have

afstedkommet færre domfældelse i den periode, hvor kontrollerne blev fulgt. Disse forhold kunne tale for, at den faktiske effekt af behandlingsordningen potentielt er større, end tallene ovenfor estimerer.

En anden svaghed ved herværende undersøgelse var, at der kun indgik 109 i analysen af behandlingseffekt. Det lave antal undersøgelsesdeltagere var en følge af, at der var et lavt antal af behandlede pr. år, og der kun blev indsamlet data i en 4-årig periode, og – ikke mindst – at der for ca. hver tredje af de behandlingshenviste (35 %) ikke var registreret oplysninger om behandlingsforløbet, hvorfor de måtte ekskluderes fra de statistiske analyser af behandlingsforløbsdata. De manglende behandlingsoplysninger kunne enten afspejle, at personen på trods af henvisningen ikke var fremmødt til behandling, eller fordi der ikke var indsamlet behandlingsforløbsdata. For at sikre en systematisk dataindsamling er der behov for, at der fremadrettet afsættes midler/ressourcer til dataindsamling på behandlingsstederne. Det lave antal undersøgelsesdeltagere betød, at det var svært at påvise en statistisk signifikant positiv effekt af psykiatrisk/sexologisk behandling. Så selvom behandlede i denne undersøgelse generelt havde lavere forekomst af de forskellige former for seksualkriminalitet i followup end deres matchede kontroller, var det grundet det lave antal personer i de statistiske analyser vanskeligt at opnå statistisk signifikans af de fundne forskelle i recidiv. Vores mulighed for at blive klogere på, hvad der virker på hvem, fordrer med andre ord, at vi laver kontinuerlig forskning på denne kriminalitetsgruppe, og hvor forskning i behandlingseffekten og forskning i at forbedre effekten af behandlingen, er obligat for behandlingsordningen.

En tredje mangel ved undersøgelsen var, at der ikke var foretaget registrering af den specifikke årsag til, at to tredjedele af de visiterede ikke blev indstillet til behandling. Fremadrettet vil det være væsentligt at dokumentere, hvorvidt den specifikke årsag til manglende indstilling til behandling var som følge af manglende motivation/ behandlingsønske hos den visiterede, manglende erkendelse af det påsigtede/pådømte, at personen ikke blev fundet behandlingsegnede grundet dennes kognitive eller personlighedsmæssige konstitution,

eller at personen blev henvist til mere relevant behandling så som anger management eller intensiv misbrugsbehandling.

En fjerde mangel var, at der i undersøgelsen ikke var spurgt ind til klienttilfredshed. Det vil fremadrettet være væsentligt at spørge ind til de behandlede tilfredshed med behandlingsforløbet. Det vil give mulighed for at få indsigt i de behandlede tilfredshed med forløbet, og om patienttilfredshed kunne forudsige kriminelt recidiv.

Omvendt var der også en række styrker ved undersøgelser, der levede op til mange af de anbefalingerne til effektundersøgelser af seksualkriminelle, herunder selvet case-kontrol designet, prospektiv dataindsamling (undtaget baseline data for Herstedvester Fængsel), brug af en i international sammenhæng lang followup for case-personer og kontroller, hvor alle blev fulgt i det samme antal år (10 år), matchning af kontroller, prospektiv dataindsamling, der som udgangspunkt blev foretaget af klinikere, der havde visiteret og/eller behandlet

klienten, og beregning af eksponeringstid (tid på fri fod). Der blev også indsamlet en bred vifte af oplysninger om den visiterede, som blev kombineret med registeroplysninger fra bl.a. kriminalregisteret via Danmarks Statistik, der sammen med det svenske kriminalregister er en af de mest omfattende og valide registre i den vestlige verden, der dækker alle landet borgere og bidrager med valide mål for anmeldte og afgjorte sager (Brennan, Mednick, Hodgins, 2000). Endelig bidrog modellen til vurdering af graden af kriminel specialisering i seksualkriminalitet (specialistscoren) med lovende fund qua høj diagnostiske træfsikkerhed i forhold til forudsigelse af personernes risiko for at begå seksualkriminalitet mod børn. Redskabets diagnostiske træfsikkerhed vil blive belyst i særskilt publikation.

Case-populationen blev i Delrapport 1 (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015) fundet repræsentativ for mellemgruppen af seksualkriminelle, dvs. gruppen af dømte, der er idømt mellem 3 måneder og 4-5 år.

Konklusion

Undersøgelsen omfatter 580 mænd, der blev visiteret i den danske behandlingsordning, i perioden 01.01.06-31.12.09 i forbindelse med at være sigtet eller dømt for at begå seksualkriminalitet. Case-populationen bestod af personer, der efter gældende lovgivning og praksis var idømt ubetingede fængselsstraffe fra tre måneder til fire år (fem år for voldtægt). Case-populationen bestod i 6 ud af 10 tilfælde af personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn under 15 år. Blandt dem, der havde begået seksuelle overgreb på børn, var 28 % registreret med diagnosen pædofili. Materialet ansås for repræsentativ for mellemgruppen af personer dømt for at begå seksualkriminalitet (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015). Fordeling af case-load i Herstedvester Fængsel og behandlingsstederne var ganske forskellig; størstedelen (80%) af visitationerne blev gennemført i Herstedvester Fængsel.

Beskrivelsen af indhold og frekvens af psykiatrisk/sexologisk behandling gav indtryk af, at der var forskelle på behandlingsforløbene på de respektive behandlingssteder. Nogle af forskellene er forventelige grundet variationer i behandlernes uddannelsesmæssige og terapeutiske baggrund på de respektive steder. Den primære behandling bestod i en kombination af KAT og psykodynamisk behandling.

Resultatet af herværende undersøgelse indikerer, at der generelt var en positiv og signifikant kriminalpræventiv effekt af behandlingsordningen. Case-populationen havde 3,9 procentpoint lavere recidivrate eller 30% lavere risiko for at begå seksualkriminalitet i followup end den matchede kontrolgruppe. Der var lignende fund for grov seksualkriminalitet, generel kriminalitet og ikke-seksualiseret vold. Der var ikke forskel på gruppernes risiko for at begå børnerelateret seksualkriminalitet.

Spørgsmålet var dog, hvad der forårsagede de observerede gruppeforskelle: Var det behandlingsordningen som helhed, psykiatrisk/sexologisk behandling, metodiske forhold eller noget fjerde?

Samlet set er det på baggrund af de præsenterede resultater vores vurdering, at det aktuelle materielle indikerer, at behandlingsordningen som helhed og specifikt psykiatrisk/sexologisk behandling har en kriminalpræventiv effekt i pågældende periode. Det er dog ikke muligt med sikkerhed at konkludere noget entydigt om den direkte årsag til effekten.

Case-kontrol studiet viste også, at behandlede generelt havde henholdsvis 22 % og 25 % lavere risiko for at begå seksualkriminalitet og generel kriminalitet end kontrolgruppen, dog var forskellen ikke statistisk signifikant. Personer, der havde modtaget langvarig psykiatrisk/sexologisk behandling (af minimum 18 måneders varighed) havde signifikant lavere risiko for at begå seksualkriminalitet i followup. Der var derimod ingen forskel på effekten af de respektive behandlingsmetoder. Derimod havde behandlingshenviste case-personer generelt højere, dog ikke signifikant, risiko for at begå fornyet kriminalitet, end ubehandlede case-personer. Denne sammenligning var dog ikke meningsfuld, da gruppen af behandlingshenviste var en selekteret gruppe, der bestod af personer, der i højere grad end de ubehandlede har specialiseret sig i kriminalitet mod børn, særligt præpubertære børn, end ikke-henviste.

Den kriminalpræventive effekt i herværende undersøgelse forekom at være sammenlignelig med internationale fund vedrørende recidivrate og behandlingseffekt. Dog fandt vi ingen signifikante forskelle på de observerede recidivrate til seksualkriminalitet på tværs af de respektive krænker typer. Personer, der var dømt for at begå blufærdighedskrænkelser, var dog overraskende nok den krænker type, der havde det højeste recidiv til seksualkriminalitet og seksualkriminalitet mod børn. Der var ikke forskel på recidivet for § 235-lovovertræderne og hands-on børnekrænkerne, hvilket taler for at disse to grupper kan indgå i behandlingsordningen på lige fod.

Der var ikke forskel på recidivrisikoen for personer med og uden diagnosen pædofili.

Anbefalinger

På baggrund af resultaterne i herværende rapport anbefales, at den danske behandlingsordning for visse seksualkriminelle fortsætter. Med etableringen af behandlingsordningen blev det i Danmark for første gang muligt at tilbyde psykiatrisk/sexologisk behandling til en bred gruppe af seksualkriminelle i Danmark. Der er – som det også fremgår af anbefalingen i Slutrapporten (Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004) – i behandlingsordningen opbygget en omfattende ekspertise omkring behandling af seksualkriminelle, som fortsat kan udbygges og opdateres for, at sikre at risikoen for recidiv mindskes yderligere.

De internationale anbefalinger vedrørende behandling af seksualkriminelle peger på, at den danske behandling fortsat bør bestå i frivillig og ambulans behandling, der i høj grad baserer sig på kognitiv adfærdsterapi, og grundlæggende bør behandlingen i højere grad fremadrettet basere sig på en RNR-tilgang. Dette forudsætter, at der indføres systematiske strukturerede risikovurderinger på alle ved behandlingsstart.

Som en del af indsatsen med at harmonisere og opdatere behandlingstilbuddet, bør der udarbejdes en vejledning til, hvilke problemområder, der som minimum skal adresseres i behandlingen på tværs af visitations- og behandlingsstederne (need-to-know). Vejledningen bør afspejle evidensbaseret praksis på området, herunder hvordan visitation og behandling fremadrettet skal basere sig på RNR-principperne. Det bør endvidere sikres, at den danske behandlingspraksis følger Europarådets anbefalinger til behandling af seksualkriminelle, uanset at disse anbefalinger vedrører behandling i fængsler; de fleste principper kan overføres til ambulans behandling (fx RNR-principperne) (European Committee on Crime Problems (CDPC), 2021). Desuden bør det sikres, at den danske behandling er sammenlignelig med den evidensbaserede behandling, der praktiseres i andre vestlige lande, navnlig de nordiske, hvor behandling i højere grad synes at bygge på en RNR-tilgang.

Selvom forebyggelse af seksuelle overgreb på børn og voksne har samfundets højeste prioritet, gennemføres der i Danmark imidlertid begrænset forskning i, hvordan man bedst forebygger fornyet kriminalitet blandt allerede dømte, primært fordi det er yderst vanskeligt at skaffe forskningsmidler til området. Det synes derfor imperativt at genoptage og intensivere den systematiske dataindsamling, der tidligere har fundet sted i behandlingsordningen, med henblik på at sikre egnethedsvurderinger, evaluere omfanget, indholdet, og den kriminalpræventive effekt af den psykiatriske/sexologiske behandlingen, herunder om behandling er differentielt effektiv for forskellige typer af krænkere, jævnfør at seksualkriminelle udgør en heterogen gruppe. Der er ydermere behov for udviklingsprojekter, hvor nye metoder til behandling af personer med pædofili og hebefili, inklusiv høj specialisering i seksualkriminalitet, udvikles/afprøves (fx medicinsk behandling [Landgren, Malki, Bottai, Arver, & Rahm, 2020], brug af virtual realitet [VR] i behandling [From-Berger, Meyer, Jordan, & Müller, 2018]). Behovet for at styrke evidensbaseret praksis accentueres af, at tilliden til fund af positiv behandlingseffekt bør modereres af, at mange primærundersøgelser er metodologisk svage og kun opfylder få af nutidens minimumskrav til videnskabelige undersøgelser (Madvig et al., 2020).

For at kunne gennemføre forskningsprojektet er der behov for, at myndighederne sikrer tilladelse til dataindsamling for at sikre, at der kan gennemføres forskning på en større og repræsentativ gruppe af dømte omfattet af den danske behandlingsordning. Der er også behov for, at der politisk afsættes midler til kontinuert forskning i at forbedre behandlingen af navnlig personer med pædofili, hebefili og blufærdighedskrænkerer med henblik på at forebygge seksuelle overgreb på børn og voksne og for at hjælpe de pågældende personer til at få et kriminalitetsfrit liv.

Der har de seneste 5-6 år på tværs af behandlingsstederne generelt været et fald i antallet af personer, der henvises til visitation i behandlingsordning.

gen. Jf. tidligere påhviler det anklagemyndigheden, forsvarer eller den lokale kriminalforsorgsafdeling at undersøge, hvorvidt sigtede falder ind under rammer for den ambulante behandlingsordning, og anklagemyndigheden har pligt til at initiere undersøgelse af, om sigtede er egnet og motiveret for psykiatrisk/sexologisk behandling, hvis gerningsindholdet og estimeret strafflængde falder ind under behandlingsordningen. Faldet i antallet af sigtede, der henvises til den ambulante behandlingsordning, giver indtryk af, at der er behov for information om behandlingsordningens eksistens til forsvarer, anklagemyndigheder, kriminalforsorgsafdelinger og arresthuse. Dette kan også skyldes ændret eller særlig domspraksis. Der synes således at være indikation for at foretage udvidelse af anvendelsesområdet for behandlingsordningen. Jævnfør at strafammen for seksualkriminalitet i Danmark er blevet forhøjet kontinueret og der er sket ændring af retspraksis på området gennem de seneste 5-10 år (Bilag 4), kan det anbefales, at rammen for inklusion i visitationsordningen sættes op til 6 års ubetinget. Ligeledes forekommer det relevant at udvide anvendelsesområdet til at omfatte flere typer af lovovertrædelser, fx er besiddelse eller distribution af seksualiserede billeder af børn (§ 235-lovovertrædelser) ikke omfattet af den ambulante ordning med betingede domme. Jævnfør at der ikke var forskel på recidivet for §

235-lovovertræderne og hands-on børnekrænkerer taler for, at disse to grupper kan indgå i behandlingsordningen på lige fod.

Endelig synes der at være behov for at rette fokus på det case-load, der er i den særlige visitationsafdeling i Herstedvester Fængsel, samt at arbejde videre med den motivationsfremmende indsats i fængslerne, og det anbefales, at der igen oprettes særlig afsoningsafdelinger, som er fysisk og psykologisk sikre for afsonerne.

Afslutningsvis skal det understreges, at der i Danmark er behov for at videreudvikle præventive tiltag, for i højere grad at forsøge at forebygge fremfor primært at sætte ind, når der har fundet seksuelle overgreb sted. Indsatsen skal især rettes mod personer med forhøjet risiko for at begå seksualkriminalitet, herunder tidligere dømte og ikke-dømte med seksuelle afvigelser (fx pædo-fili, en vedvarende seksuel interesse i børn eller seksuel sadisme), der potentielt kan ende med, at personen lever den seksuelle afvigelse ud og begår seksuelle overgreb. På denne måde kan vi i bedste fald nedbringe antallet af forurettede og hjælpe personer med potentielt kriminelle seksuelle afvigelse til fortsat at leve et liv uden at begå seksualkriminalitet.

Bilag

Bilag 1: Oversigt over gerningskoder, paragraffer og gerningskode tekst indeholdt i 10 kriminalitetskategorier

Kategori	Benævnelse	Politiets gerningskode	Ger7_Paragraf	Politiets gerningskode tekst
1	Voldtægt m.v.	72211	216	Voldtægt
		72215	217	Samleje med ulovlig tvang
		72235	224 jf. 216	And. kønsl. omgæng. v/ikke-seksualiseret vold
		72236	224 jf. 217	And. kønsl. omg. v/ulovl. tv.
		72254	225 jf. 216	Homoseksualitet v/ikke-seksualiseret vold
		72255	225 jf. 217	Homoseksualitet v/ulovlig tvang
		72301	§216, stk 1 nr. 1	Voldtægt ved anvendelse/trussel om ikke-seksualiseret vold
		72302	§216, stk 1 nr. 2	Voldtægt ved ulovlig tvang
		72303	§216, stk. 1, nr.2	Voldtægt ved udnyttelse af hjælpeløs tilstand
2	Incest		§225 jf. 216, stk. 1	Andet seksuelt forhold ved ikke-seksualiseret vold/trussel om ikke-seksualiseret vold
		72121	210, stk. 1	Blodskam (børn u/15 år)
		72122	210, stk. 1	Blodskam iøvrigt
		72123	210, stk. 2	Blodskam/søskende(børn u/15)
		72124	210, stk. 2	Blodskam iøvr./søskende
		72125	210, stk. 3	Blodskam anden kønsl.omg.(u/15)
		72126	210, stk. 3	Blodskam anden kønsl.omg.søskende
		72127	210, stk. 3	Blodskam iøvr. anden kønsl.omg.
			§210, stk 3	Blodskam, andet seksuelt forhold børn u.15 år
3	Samleje < 12 år	72232	222, stk. 2	Samleje med barn under 12 år
		72243	224 jf. 222, stk. 2	And. kønsl. omg. m/barn u/12år
		72252	225	Homoseksualitet m/barn u/12 år
		72258	225 jf. 216	Hom.seks.v/ikke-seksualiseret vold m/barn u/12år
		72259	225 jf. 217	Hom.seks.v/ulovl.tvang m/barn u/1
		72262	226 jf. 222, stk. 2	Uagtsom s.forbr. m/barn u/12år
		72304	§216, stk 2	Voldtægt ved samleje barn u.12 år
			§225 jf. 216, stk 2	Andet seksuelt forhold barn u.12 år

Kategori	Benævnelse	Politiets gerningskode	Ger7_Paragraf	Politiets gerningskode tekst
4	Samleje 12-15 år	72231	222, stk. 1	Samleje med barn under 15 år
		72242	224 jf. 222, stk. 1	And. kønsl. omg. m/barn u/15år
		72251	225	Homoseksualitet m/barn u/15 år
		72256	225 jf. 216	Hom.seks.v/ikke-seksualiseret vold m/barn u/15år
		72257	225 jf. 217	Hom.seks.v/ulovl.tvang m/barn u/1
		72261	226 jf. 222, stk. 1	Uagtsom s.forbr. m/barn u/15år
		72319	§222	Samleje med barn u.15 år
			§225 jf. 222	Andet seksuelt forhold med barn u.15 år
5	Samleje adoptivbarn, stedbarn mv.	72230	223a	Samleje m.prostit.u.18-kunde
		72233	223, stk. 1	Samleje m. plejeb./stedb. mv.
		72234	223, stk. 2	Samleje ved forførelse
		72244	224 jf. 223, stk. 1	And. kønsl. omg. m/pl./st.barn
		72245	224 jf. 223, stk. 2	And. kønsl. omg. v/forførelse
		72322	§223, stk 2	Samleje ved forførelse
		72325	§224, stk 2	Samleje med prostitueret u. 18 år - kunde
	§225 jf. 224, stk 2	Andet seksuelt forhold end samleje med prostitueret u. 18 år - kunde		
6	Samleje, institution mv.	72221	218	Samleje v. udnyt. af psy. abn.
		72222	218, stk. 2	Samleje v. udnyt. af hj.løs tilst
		72225	219	Samleje med institutionsanbr.
		72227	220	Samleje v. misbr. af afh.forh.
		72229	221	Tilsnigelse af samleje
		72237	224 jf. 218	And. kønsl. omg. v/udn.psy.ab.
		72238	224 jf. 219	And. kønsl. omg. m/inst.anbr.
		72239	224 jf. 220	And. kønsl. omg. v/misb.afh.f.
			224 jf. 221	And. kønsl. omg. v/tilsnig.
7	Blufærdig- hedskræn- kelse	72281	Ikke-eksiste- rende	Blufærdighedskrænkelse
		72282	232	Blufærdighedskr. v/beføling
		72283	232	Blufærdighedskr. v/blotteri
		72284	232	Blufærdighedskr. v/beluring
		72285	232	Bluf.kr. v/verb. uterl. o.lign
		72286	232	Bluf.kr. v/anden uterlighed
		72287	232	Blufærdighedskrænkelse i øvr.
		72371	§232	Blufærdighedskrænkelse ved beføling
		72372	§232	Blufærdighedskrænkelse ved blotteri
		72373	§232	Blufærdighedskrænkelse ved beluring
		72374	§232	Blufærdighedskrænkelse ved verbal uanstændighed
			§232	Blufærdighedskrænkelse ved anden uanstændighed



Kategori	Benævnelse	Politiets gerningskode	Ger7_Paragraf	Politiets gerningskode tekst
8	Pornografiske billeder af børn	72280	230	Utugtig foto/filmopt.af pers.u.18
		72292	235a, stk.1	Rekruttere/medvirke til utugtig optræden af personer under 18 år
		72293	235a, stk.2	Overvære utugtig optræden af personer under 18 år
		72295	234	Pornografi
		72296	235, stk. 1	Børnepornografi
		72299	235, stk. 2	Børnepornografi-besiddelse af
		72351	§226	Pornografiske foto/filmoptagelse af person u. 18 år
		72386	§235, stk. 1	Børnepornografi
9	Rufferi		§235, stk. 1	Børnepornografi, besiddelse af/bekendt med
		72271	228	Rufferi
		72275	229, stk. 1	Fremme af utugt
		72276	229, stk. 2	Udlejning af værelse til utugt
		72277	229, stk. 3	Alfonseri (underhold)
		72278	229, stk. 4	Alfonseri (deler bolig)
10	Vilkår	72291	233	Forulemper v. opford. t. utugt
		72297	236, stk. 4	Overtrædelse af pålæg
		72298		Meddelt pålæg
Ekskluderes		72392	§236	Overtrædelse af bestemmelser i straffelov §236
		72111	208, stk. 1	Bigami (den gifte person)
		72112	208, stk. 2	Groft uagtsomt bigami
		72113	208, stk. 3	Bigami (den ugifte person)
		72131	213, stk. 1	Vanrøgt
		72141	214, stk. 1	Falsk fødselsanmeldelse
		72151	215	Unddrag. af forældremyndighed
Udenfor kategori		72253	225	Homoseksualitet iøvrigt
		72263	226	Uagtsom seksualforbr. iøvrigt

Bilag 2: Gruppering af kriminelle afgørelser i DST

Afgørelseskategorier dannet på baggrund af DST afgørelsesvariable AFG_AFGTYP3 (Afgørelsens eller sanktionens type). Link til AFG_AFGTYP3 beskrivelse hos DST: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/kriminalstatistik/afg-afgtyp3>

Afgørelsesgrupper	AFG_AFGTYP3 medtaget
Ubetinget eller delvis betinget dom	111 Ubetinget dom alene
	112 Delvis betinget dom
	113 Delvis betinget og samf.tj.
	114 Ubetinget dom og bøde
	115 Udstået ved varetægt
	116 Straffelov § 68-70, Forvaring
	117 Ubetinget dom og samf.tj.
	118 Ungdomssanktion
Betinget dom	121 Betinget dom alene
	122 Betinget dom og samf.tj.
	123 Betinget dom og bøde
	124 Bet. dom, bøde og samf.tj.
§68 Særforanstaltning	511 Foranstaltningsdom
Bøde, frakendelse el.lign.	211 Bødedom
	212 Udeblivelsesdom
	213 Bødevedtagelse
	214 Bødeforlæg
	215 Indenretlig bøde og frakend.
	216 Udenretlig bøde og frakend.
	217 Indenretlig vedt. af bøde og kørselsforbud
	218 Udenretlig vedt. af bøde og kørselsforbud
	219 Bøde og øvrige frakend. el. kørselsforbud.
	220 Indenretlig vedtagelse af bøde/frakendelse af retten til at føre lille knallert
	221 Udenretlig vedtagelse af bøde/frakendelse af retten til at føre lille knallert
	222 Indenretlig vedtagelse bøde/frakendt ret til af føre tunge køretøjer
	223 Udenretlig vedtagelse bøde/frakendt ret til af føre tunge køretøjer
	224 Indenretlig vedtagelse bøde/frakendelse og ret til at føre tunge køret.
	225 Dom uden retsmøde
Tiltalefrafald Rpl. § 722-723 plus §721 stk. 1, nr. 2 og nr. 3 og andet	311 Rpl § 723, stk.1, nr.1
	312 Rpl § 723, stk.1, nr.2
	313 Rpl § 723, stk.1, nr.5
	314 Rpl § 723, stk.2
	315 Rpl § 723, stk.4 jf.s.1,n.1



Afgørelsesgrupper	AFG_AFGTYP3 medtaget
	316 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.2
	317 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.5
	318 Rpl p.723, stk.4 jf.stk.2
	319 Rpl p.723, stk.4 jf.stk.3
	321 Rpl p.723, stk.1, nr.1
	322 Rpl p.723, stk.1, nr.2
	323 Rpl p.723, stk.1, nr.5
	324 Rpl p.723, stk.2
	325 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.1
	326 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.2
	327 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.5
	328 Rpl p.723, stk.4 jf.stk.2
	330 Rpl p.723, stk.3
	331 Rpl p.723, stk.1, nr.3
	332 Rpl p.723, stk.1, nr.4
	333 Rpl p.723, stk.1, nr.5
	334 Rpl p.723, stk.2
	335 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.3
	336 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.4
<i>...fortsat</i>	337 Rpl p.723, stk.4 jf.s.1,n.5
<i>Tiltalefrafald Rpl. §.722-723 plus §721</i>	338 Rpl p.723, stk.4 jf.stk.2
<i>stk. 1, nr. 2 og nr. 3 og andet</i>	339 Rpl p.723, stk.4 jf.stk.3
	341 Rpl p.722, stk.1, nr.2
	342 Rpl p.722, stk.1, nr.3
	343 Rpl p.722, stk.1, nr.7
	344 Rpl p.722, stk.2 jf.stk.3
	345 Rpl p.722, stk.1,nr.2 ungd.kontrakt
	346 Rpl p.722, stk.1,nr.3 ungd.kontrakt
	351 Rpl p.722, stk.1, nr.6
	352 Rpl p.722, stk.1, nr.4
	353 Rpl p.722, stk.1 nr.7
	354 Rpl p.722, stk.2 jf.stk.3
	355 Rpl p.722, stk.1 nr.5
	411 Rpl p.723, stk.1
	412 Rpl p.723, stk.4 jf.stk.1
	413 Rpl p.721, stk.1 nr.2 Påtale opgivet
	414 RPCH:81 rpl p.721,stk.1 nr.3 påtale opgivet
	421 Straffeloven
	422 Særlovgivningen
	423 Straffeloven(iltale undl.m.advarsel)

Afgørelsesgrupper	AFG_AFGTYP3 medtaget
<i>...fortsat</i>	424 Særlovgivningen(tilt.undl.m.advarsel)
	431 Straffeloven
	432 Særlovgivningen
	433 Straffeloven (tiltale undl.u.advarsel)
<i>Tiltalefrafald Rpl. §.722-723 plus §721 stk. 1, nr. 2 og nr. 3 og andet</i>	434 Særlovgivningen(tilt.undl.u.advarsel)
	512 Advarsel
	514 Frifundet
	515 Straf bortfaldet
Frifundet, advarsel el. straf bortfaldet inkl. §721 stk. 1, nr.	516 Militær straf
	517 Ingen tillægsstraf (§89)
	518 Anden afg. i øvrigt
	519 Andet
	550 Sigtelsen grundløsstrfl.(721 stk.1 nr.1)
	551 Sigtelsen grundløssær.(721 stk.1 nr.1)

Bilag 3: Retsplejelovens §§ 722-23

Retsplejelovens § 722

Tiltale i en sag kan helt eller delvis frafaldes i tilfælde,

1. hvor den påsigtede lovovertrædelse efter loven ikke kan medføre højere straf end bøde og forholdet er af ringe strafværdighed,
2. hvor det i medfør af § 723, stk. 1, fastsættes som vilkår, at sigtede undergives hjælpeforanstaltninger efter § 52 i lov om social service,
3. hvor sigtede var under 18 år på gerningstidspunktet, og der fastsættes vilkår efter § 723, stk. 1,
4. hvor straffelovens § 10 b eller § 89 er anvendelig, når det skønnes, at ingen eller kun en ubetydelig straf ville blive idømt, og at domfældelse heller ikke i øvrigt vil være af væsentlig betydning,
5. hvor sagens gennemførelse vil medføre vanskeligheder, omkostninger eller behandlingstider, som ikke står i rimeligt forhold til sagens betydning og den straf, som i givet fald kan forventes idømt,
6. hvor lovgivningen indeholder særlig hjemmel for, at tiltale kan frafaldes, eller
7. hvor dette følger af bestemmelser fastsat af justitsministeren eller rigsadvokaten.

Stk. 2.

I andre tilfælde kan tiltale kun frafaldes, hvis der foreligger særlig formildende omstændigheder eller andre særlige forhold, og påtale ikke kan anses for påkrævet af almene hensyn.

Stk. 3.

Justitsministeren eller den, som justitsministeren bemyndiger dertil, fastsætter nærmere regler om kompetencen til at frafalde tiltale.

Retsplejeloven § 723

Som vilkår for et tiltalefrafald kan fastsættes,

- 1) at sigtede vedtager at betale en bøde eller indgår på konfiskation, og
- 2) samme vilkår som i betingede domme.

Stk. 2.

Vilkår kan kun fastsættes, såfremt den sigtede i retten har afgivet en uforbeholden tilståelse, hvis rigtighed bestyrkes ved de i øvrigt foreliggende omstændigheder.

Stk. 3.

Vilkårene fastsættes af den myndighed, der har adgang til at frafalde tiltalen. Vilkårene skal godkendes af retten.

Stk. 4.

Såfremt et vilkår overtrædes, kan sagen genoptages.

Bilag 4: Lovændringer SL § 210 (incest) og kap. 24: Seksualforbrydelser fra 1981-2022

(bilag 4 er udarbejdet af Clara Folmer Middelboe, Justitsministeriet)

Lov	Vedtagelse	Ikrafttrædelse	Ændringer	Forarbejder
Lov nr. 226 af 15. februar 2022 (Styrket indsats mod seksuelle overgreb mod børn og styrket rådgivning til ofre for seksuelle overgreb)	10. februar 2022	1. marts 2022	<p>Ændring af straffelovens § 216, stk. 2, om samleje med et barn under 12 år. Det blev tilføjet, at den, som er fyldt 22 år og har samleje med et barn under 15 år, straffes for voldtægt med fængsel indtil 12 år. Sådanne forhold var tidligere omfattet af § 222. Straffen for overtrædelse af den nye § 216, stk. 2, 2. pkt., blev desuden skærpet med en tredjedel i forhold til den straf, der tidligere ville have været fastsat af domstolene.</p> <p>Strafniveauet for overtrædelse af § 225, jf. § 216, stk. 2, og § 225, jf. § 222, om andet seksuelt forhold end samleje, blev desuden forhøjet med gennemgående 50 pct. i forhold til den hidtil fastsatte straf i sådanne sager.</p> <p>Indførelse af straffelovens § 235 a, der indeholder et forbud mod sexdukke, der fremstår som børn. Bestemmelsen kriminaliserer dét, at fremstille, sælge eller på anden måde overdrage en dukke, som fremstår som et barn og som er konstrueret med seksuelt formål for øje. Formålet hermed var at sende et klart signal om, at seksuelle overgreb mod børn ikke accepteres og at børn ikke skal seksualiseres.</p> <p>Desuden indført mulighed for at udstede udrejseforbud til visse personer, der dømmes for overtrædelser af straffelovens regler om seksuelle overgreb i § 236.</p>	L 78
Lov nr. 2208 af 29. december 2020 (Samtykkesbaseret voldtægtsbestemmelse)	17. december 2020	1. januar 2021	<p>Nyaffattelse af straffelovens § 216, stk. 1, om voldtægt, så det nu fremgår, at samleje med en person, som ikke samtykker heri, er voldtægt.</p> <p>Ændringen havde til formål dels at have en betydning for, hvordan voldtægtsager vurderes og håndteres af politiet, anklagemyndigheden og domstolene og dels at bidrage til en generel holdningsændring i samfundet og øge fokus på respekt for andre menneskers grænser samt retten til at bestemme over sin egen krop.</p>	L 85
Lov nr. 1425 af 17. december 2019 (Forbud til dømte seksualforbrydere)	12. december 2019	1. januar 2020	<p>Ændringen indebar en ændring af reglerne om idømmelse af opholdsforbud efter straffelovens § 236, der blandt andet ændrede rækkevidden af opholdsforbud, betingelserne for at meddele forbud samt varigheden af forbuddene.</p> <p>Strafferammen for overtrædelse af forbud blev desuden hævet fra fængsel indtil 4 måneder til fængsel indtil 2 år, og det er i forarbejderne forudsat at straffniveauet i sager om overtrædelse af forbud generelt forhøjes til mindst det dobbelte i forhold til den hidtil fastsatte straf.</p> <p>Ændringerne bundede i et ønske om at styrke indsatsen over for dømte seksualforbrydere, så det forhindres, at de begår nye overgreb, ved både at skærpe tilsynet med de dømte og iværksætte forebyggende tiltag.</p>	L 9
Lov nr. 257 af 10. april 2018 (Skærpelse af straffen for blufærdighedskrænkelser og digitale krænkelser)	5. april 2018	15. april 2018	<p>Ændring af straffelovens § 232 om blufærdighedskrænkelser, hvor der blev indført et stk. 2. Efter stk. 2 skal der ved fastsættelse af straffen for blufærdighedskrænkelser lægges vægt på den særlige krænkelser, der er forbundet med lovovertrædelsen.</p> <p>Der blev derudover med lovforslaget lagt op til en fordobling af bødeniveauet for blufærdighedskrænkelser i forhold til, hvad der hidtil var blevet idømt. Formålet hermed var, at bødestrafen i højere grad skulle afspejle den krænkelser af offeret, som er forbundet med blufærdighedskrænkelser og særligt blotteri.</p>	L 115

Lov	Vedtagelse	Ikrafttrædelse	Ændringer	Forarbejder
Lov nr. 635 af 8. juni 2016 (Skærpeelse af straffen for voldtægt og for samleje med et barn under 15 år ved udnyttelse af fysisk eller psykisk overlegenhed)	24. maj 2016	1. juli 2016	<p>Indføjeelse af stk. 4 i straffelovens § 216 om voldtægt, hvorefter der ved fastsættelse af straffen for voldtægt skal lægges vægt på den særlige krænkelse, der er forbundet med lovovertrædelsen.</p> <p>Derudover blev der lagt op til en generel forhøjelse af straffniveauet for voldtægt (§ 216) og for samleje med et barn under 15 år (§ 222) med gennemgående 1 år i forhold til det dagældende straffniveau.</p> <p>Ændringen bundede bl.a. i et ønske om, at straffniveauet i sager om voldtægt skulle afspejle den krænkelse af offeret, der finder sted, samt de fysiske og psykiske konsekvenser, en sådan krænkelse kan påføre offeret.</p>	L 98
Lov nr. 633 af 12. juni 2013 (Seksuualforbrydelser)	3. juni 2013	1. juli 2013	<p>Generel modernisering af straffelovens bestemmelser om seksualforbrydelser. Lovændringen indebar en større revision af straffelovens kapitel 24. Ændringen byggede på Straffelovrådets betænkning nr. 1534/2012 om seksualforbrydelser. Det følgende nævner kun nogle af ændringerne af straffeloven fortaget med denne lovændring.</p> <p>Straffelovens regler om voldtægt blev udvidet, så voldtægt – ud over tiltvingelse af samleje ved vold eller trussel om vold eller hensættelse i hjælpeløs tilstand – også omfatter at skaffe sig samleje ved anden ulovlig tvang eller ved at udnytte offerets hjælpeløse tilstand eller situation samt ethvert samleje med et barn under 12 år. Der blev også gennemført en forhøjelse af strafmaksimum i sådanne sager.</p> <p>Straffelovens § 236 om pålæg til personer, der dømmes for visse former for seksualkriminalitet, blev moderniseret, så den bl.a. også omfattede pålæg om ikke at kontakte børn under 18 år, der ikke kender den dømte i forvejen, gennem internettet.</p> <p>Den dagældende kriminalisering af seksuelt forhold til biologiske slægtninge i nedstigende linje, dvs. børn, børnebørn osv., i straffelovens § 210 blev udvidet til også at omfatte adopterede slægtninge.</p> <p>Dette havde tidligere havde været kriminaliseret i § 223. Der blev også gennemført en forhøjelse af strafmaksimum fra fængsel i 4 år til fængsel i 6 år i sager om seksuelt forhold til adoptivbørn under 18 år.</p> <p>De dagældende bestemmelser i § 224 (anden heteroseksuel kønslig omgængelse end samleje) og § 225 (anden homoseksuel kønslig omgængelse) blev slået sammen til én bestemmelse i § 225 om andet seksuelt forhold end samleje.</p> <p>Ved lovændringen skete der desuden den forandring, at ordet samleje nu dækker både vaginalt og analt samleje. Analt samleje var tidligere omfattet af udtrykket "andet seksuelt forhold".</p> <p>Strafferammen for overtrædelse af straffelovens § 232 om blufærdighedskrænkelser blev ændret. Tidligere lød strafferammen på fængsel indtil 4 år. Man fandt dog, at et strafmaksimum på fængsel indtil 2 år bedre ville markere, at blufærdighedskrænkelser generelt er en væsentligt mindre alvorlig forbrydelse end andre seksualforbrydelser.</p> <p>Strafferammen blev derfor ændret til fængsel indtil 2 år eller, hvis forholdet er begået over for et barn under 15 år, fængsel indtil 4 år.</p> <p>Den dagældende § 227, hvorefter straffen for visse seksualforbrydelser kunne nedsættes eller bortfalde, når de var begået mellem parter, der indgik i ægteskab eller registreret partnerskab, blev ophævet.</p> <p>Indførelse af straffelovens § 235, stk. 3, hvorefter besiddelse af fotografier, film eller lignende af personer, der er fyldt 15 år, ikke er strafbart, hvis den pågældende samtykker i besiddelsen.</p>	L 141

Lov	Vedtagelse	Ikrafttrædelse	Ændringer	Forarbejder
Lov nr. 319 af 28. april 2009 (Gennemførelse af Europarådets konvention om beskyttelse af børn mod seksuel udnyttelse og seksuelt misbrug m.v.)	14. april 2009	1. juli 2009	Indførelse af straffelovens § 235 a (kan i dag findes i § 227), der omhandler medvirken til, at en person under 18 år deltager i en forestilling med pornografisk optræden eller overværelse som tilskuer af en sådan forestilling. Strafferammen blev fastsat til fængsel indtil 2 år eller under særligt skærpende omstændigheder fængsel indtil 6 år (strafferammen blev i 2013 ændret til blot at være fængsel indtil 6 år). Derudover blev straffelovens § 235, stk. 2, om besiddelse af pornografiske fotografier eller film udvidet til også at omfatte tilfælde, hvor en person via internettet mv. forsætligt skaffer sig adgang til børnepornografisk materiale uden at betale vederlag for det. Strafferammen blev fastsat til bøde eller fængsel indtil 1 år. Formålet med lovændringen var bl.a. at foretage de ændringer af straffeloven, der var nødvendige for, at Danmark kunne ratificere Europarådets konvention fra 2007 om beskyttelse af børn mod seksuel udnyttelse og seksuelt misbrug. Baggrunden herfor var blandt andet at bekæmpe seksuelt misbrug og udnyttelse af børn, samt at styrke de forebyggende initiativer og sikre en konsekvent og effektiv retsforfølgning af gerningsmændene, samtidig med at ofrene får relevant støtte og behandling til at komme videre.	L 86
Lov nr. 501 af 17. juni 2008 (Straf-skærpelse for visse sager om seksuelt misbrug af børn)	12. juni 2008	17. juni 2008	Indførelse af stk. 3 i straffelovens § 222, hvorefter det ved fastsættelse af straffen for samleje med et barn under 18 år skal indgå som skærpene omstændighed, at gerningsmanden har skaffet sig samlejet ved udnyttelse af sin fysiske eller psykiske overlegenhed. Ændringen skyldtes et ønske om, at seksuelle overgreb mod børn, når der foreligger denne form for udnyttelse, skulle straffes lige så strengt som voldtægt, selvom det ikke var nødvendigt at anvende vold eller trusler om vold for at få barnet til at underkaste sig overgrebet.	L 186
Lov nr. 218 af 31. marts 2004 (Ændring af strafferammer og bestemmelser om straf-fastsættelse m.v.)	16. marts 2004	1. april 2004	Forenkling af strafferammen i flere af straffelovens bestemmelser, herunder i straffelovens § 232 om blufærdighedskrænkelser. Der var tale om en sproglig ændring fra "fængsel indtil 4 år eller under formildende omstændigheder med bøde" til: "bøde eller fængsel indtil 4 år". Ændringen var en del af en større modernisering af strafferammerne i straffeloven. Den dagældende § 227 (en bestemmelse, der i dag er udgået) blev ændret. Efter bestemmelsen kunne straffen for overtrædelse af visse seksualforbrydelser bortfalde, når de personer, mellem hvilke kønsomgængelsen fandt sted, er indtrådt i et ægteskab med hinanden. Ved denne ændring blev det tilføjet, at det også gjaldt personer, der indgik i registreret partnerskab. Dette var med henblik på at ligestille personer, der lever i ægteskab, med personer, der lever i registreret partnerskab.	L 99
Lov nr. 228 af 2. april 2003 (Børnepornografi, seksuel udnyttelse af børn, salg af børn og gennemførelse af straffesager om seksuelt misbrug af børn m.v.)	25. marts 2003	3. april 2003	Lovforslaget indebar en ændring af straffelovens § 223 a om køb af samleje med personer under 18 år, så der ikke længere blev stillet krav om, at ofret "helt eller delvist ernærer sig ved prostitution". Derudover blev der foretaget en udvidelse af straffelovens § 235, stk. 1, om udbredelse af børnepornografi, således at den omfatter alle personer under 18 år, i stedet for kun at omfatte børn. Bestemmelsen blev desuden udvidet til også at omfatte enhver form for utugtig, visuel gengivelse af personer under 18 år (såkaldt "fiktiv" børnepornografi). Der skete desuden en forhøjelse af strafferammen i § 230 om brug af pornomodeller under 18 år (den gældende § 226) samt i § 235, stk. 1 og 2, om hhv. udbredelse og besiddelse af børnepornografi. Forhøjelsen medførte, at der efterfølgende kunne straffes med fængsel indtil 6 år under skærpene omstændigheder. Lovændringen bundede bl.a. i, at en række ændringer i straffeloven var nødvendige for, at Danmark kunne deltage i vedtagelsen af en EU-rammeaftale om bekæmpelse af seksuel udnyttelse af børn og børnepornografi.	L 117

Lov	Vedtagelse	Ikrafttrædelse	Ændringer	Forarbejder
Lov nr. 380 af 6. juni 2002 (Skærpelse af straffen for voldtægt, vold, uagtsomt manddrab mv.)	31. maj 2002	7. juni 2002	<p>Ændringen medførte en skærpelse af straffen for bl.a. voldtægt. Strafferammen blev hævet fra fængsel i 6 år til 8 år i sager om voldtægt uden skærpende omstændigheder, og fra fængsel i 10 år til 12 år i sager om voldtægt af særligt farlig karakter.</p> <p>Formålet var bl.a., at strafferammerne skulle angive, hvordan samfundet ser på krænkelse mod ofret i sager om personfarlig kriminalitet og afspejle samfundets afstandtagen hertil.</p>	L 118
Lov nr. 280 af 25. april 2001 (Bl.a. ændringer som følge af afskaffelse af hæftestraffen)	6. december 2000	17. april 2001	<p>Lovændringen var en del af den generelle afskaffelse af hæftestraffen.</p> <p>For så vidt angik seksualforbrydelserne, medførte dette en ændring af § 230 om optagelse af pornografiske billeder af personer under 18 samt § 235, stk. 2, om besiddelse mv. af pornografiske billeder af børn. Disse bestemmelser blev ændret, så hæftestraffen udgik. Strafferammen i bestemmelserne forblev derudover uændret.</p>	L 129
Lov nr. 441 af 31. maj 2000 (Forældelse, styrket indsats mod seksuelt misbrug af børn og unge samt IT-efterforskning)	26. maj 2000	1. juli 2000	<p>Indførelse af dagældende § 230 (kan i dag findes i § 226), der gør det strafbart at anvende børn og unge under 18 år som "pornomodeller". Det blev altså ulovligt at optage pornografiske fotografier, film eller lignende af en person under 18 år med forsæt til at sælge eller udbrede materialet.</p> <p>Derudover blev § 235, stk. 1, om udbredelse af børnepornografi udvidet, således at ikke kun salg og anden erhvervsmæssig udbredelse var omfattet, men også udbredelse i en videre kreds, f.eks. via internettet blev omfattet. Derudover blev strafmaksimum hævet fra fængsel indtil 6 måneder til fængsel indtil 2 år.</p> <p>Samtidig skete der en udvidelse af § 235, stk. 2, om besiddelse af grovere, børnepornografisk materiale, så dét at gøre sig bekendt med materialet blev omfattet af bestemmelsen (og altså ikke kun, når der var tale om besiddelse).</p> <p>Formålet med ændringen var hovedsageligt at øge beskyttelsen af børn og unge mod seksuelt misbrug.</p>	L 281
Lov nr. 141 af 17. marts 1999 (Afkriminalisering af prostitution m.v. samt kriminalisering af kunder til prostituerede under 18 år)	4. marts 1999	1. juli 1999	<p>Lovændringen havde bl.a. til formål at afkriminalisere prostitution.</p> <p>Ændringen indebar en indførelse af straffelovens § 223 a, der kriminaliserer køb af samleje med en person under 18 år. Bestemmelsen bundede i et ønske om at bekæmpe seksuel udnyttelse af børn, der både i Danmark og internationalt havde været et fokuspunkt i perioden. Bestemmelsen kan med visse ændringer i dag findes i straffelovens § 224, stk. 2 (blev flyttet i 2013), dog med den ændring, at det ikke længere er et krav at offeret «helt eller delvis ernærer sig ved prostitution» (dette krav blev fjernet ved lov nr. 228 i 2003).</p> <p>Derudover blev der foretaget en ændring af de dagældende bestemmelser om visse former for rufferi i § 229 (rufferi er i dag reguleret i § 233). Den dagældende § 229, stk. 3-5, om såkaldt "passivt" alfonseri blev ophævet som følge af afkriminaliseringen af prostitution. Når prostitution ikke længere var strafbart, mente man, at det heller ikke skulle være strafbart at leve sammen med eller lade sig underholde af en prostitueret, medmindre der var tale om udnyttelse af den prostituerede. Rufferi, altså udnyttelse af en andens erhverv som prostitueret, var fortsat ulovligt.</p>	L 43
Lov nr. 349 af 23. maj 1997 (Styrkelse af retsstillingen for ofre for forbrydelser m.v.)	16. maj 1997	1. juni 1997	<p>Straffelovens § 210 om incest blev udvidet til også at omfatte forhold til en person af samme køn, og anden kønslig omgængelse end samleje blev sidestillet med samleje i straffemæssig henseende.</p>	L 144

Lov	Vedtagelse	Ikrafttrædelse	Ændringer	Forarbejder
<p>Lov nr. 274 af 15. april 1997 (Samfundstjeneste og forstærket indsats mod seksualforbrydelser m.v.)</p>	8. april 1997	1. maj 1997	<p>Sproglig ændring af straffelovens § 218 om udnyttelse af en persons sindssygdom eller mentale retardering til opnåelse af samleje og § 219 om samleje mellem ansatte og beboere på visse institutioner.</p> <p>Ændringerne skyldtes en modernisering straffelovens bestemmelser om "åndssvage" lovovertrædere, så udtrykket "åndssvage" ikke længere indgik (blev blandt andet erstattet af "mentalt retarderede").</p>	L12
<p>Lov nr. 1100 af 21. december 1994 (Besiddelse af børnepornografi)</p>	16. december 1994	1. marts 1995	<p>Indførelse af stk. 2 i straffelovens § 235 om udbredelse af pornografiske billeder mv. Stk. 2 gjorde det strafbart at besidde fotografier, film eller lignende af børn, der har samleje eller anden kønslig omgængelse end samleje.</p> <p>Formålet med ændringen var at markere en klar afstandtagen fra seksuelt misbrug af børn samt at forsøge at begrænse efterspørgslen efter børnepornografisk materiale og dermed også produktionen heraf og de dertil knyttede seksuelle overgreb mod børn.</p>	L 38
<p>Lov nr. 272 af 3. maj 1989 (Vold og børnepornografi)</p>	18. april 1989	1. juli 1989	<p>Skærpelse af straffen for overtrædelse af straffelovens § 235 om udbredelse af pornografiske billeder mv. af personer under 18 år.</p> <p>Strafniveauet blev ændret således, at der, i stedet for kun at kunne blive idømt bøde, også kunne idømmes fængsel indtil 6 måneder.</p> <p>Skærpsen bundede bl.a. i, at der efter regeringens opfattelse burde blive set på handel med børnepornografi med større alvor, end den dagældende strafferamme med bøde var udtryk for. Formålet med bestemmelsen var netop at beskytte børn mod det seksuelle misbrug, der finder sted i forbindelse med optagelsen af den slags materiale. En skærpet strafferamme ville efter regeringens opfattelse markere samfundets afstandtagen fra denne forbrydelsestype og samtidig gøre det strafferetlige værn mod seksuel udnyttelse af børn i erhvervsmæssigt øjemed mere effektivt.</p>	L 110
<p>Lov nr. 256 af 27. maj 1981 (Voldtægt, røveri og brandstiftelse)</p>	22. maj 1981	1. juli 1981	<p>Lovændringen indebar en omformulering af straffelovens §§ 216 og 217 og §§ 220-222. Omformuleringen indebar bl.a., at bestemmelserne ikke længere var begrænset til forhold begået mod kvinder, således at de også kan anvendes på forhold begået af kvinder over for mænd. Bestemmelserne blev herved kønsneutrale.</p> <p>Strafferammen for voldtægt blev desuden opdelt i en normalstrafferamme (på fængsel indtil 6 år) og en skærpet ramme (på fængsel indtil 10 år).</p>	L 174

Oversigten over straffelovsændringer er udformet af Clara Folmer Middelboe, studentermedhjælper, Justitsministeriet.

Referencer

- Al-Dehlagi A, Kristensen E, Giraldi A, & Bengtson S. ICD-10 pedophilia in subjects convicted of child sexual offending: A Danish prevalence study. (in prep.)
- Beier KM. Preventing child sexual abuse—The prevention project Dunkelfeld. *Journal of Sexual Medicine* 2018;15(8), 1065–1066. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.008>
- Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, Scherner G, Konrad A, & Amelung T. The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med.* 2015 Feb;12(2):529-42. doi: 10.1111/jsm.12785. Epub 2014 Dec 4. PMID: 25471337.
- Bengtson S. Kriminelt recidiv blandt mentalundersøgte sædelighedskriminelle [ph.d.-afhandling]. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. 2008
- Bengtson S, Lund J. Kriminelt recidiv blandt sædelighedskriminelle. *Ugeskr Læger* 2008;170:4035-9.
- Bengtson S, & Kristensen E. Pædofili. I: Antologi om seksuelle overgreb på børn. Ed. Sørensen K, Hansen M, Strange M, Egede S, Græsholt-Knudsen T. Forskningsnetværket om seksuelle overgreb på børn 155-80, BoD, Hellerup, Denmark. ISBN: 9788743045021. 2021
- Bengtson S, Kristensen E, Ibsen M, Lund J, Sørensen T, & Fristed P, Långström N. Assessment of sexual reoffending risk among adult male sexual offenders: Prospective comparison of the SVR-20, RSVP, HCR-20, PCL-R, and clinical final risk judgment (in prep.)
- Bengtson S, Lund J, Ibsen M, & Långström N. Long-Term Violent Reoffending Following Forensic Psychiatric Treatment: Comparing Forensic Psychiatric Examinees and General Offender Controls. *Front Psychiatry.* 2019 Oct 16;10:715. doi: 10.3389/fpsy.2019.00715. PMID: 31681032; PMCID: PMC6806391.
- Bengtson S & Långström N. Unguided clinical and actuarial assessment of re-offending risk: A direct comparison with sex offenders in Denmark. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 2008;19(2), 135–153. <https://doi.org/10.1177/107906320701900205>
- Bengtson S, Sørensen T, & Kristensen EM. Diagnostik og behandling af pædofili, *Ugeskrift for Læger*, 2019;vol. 181, V02190123. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/diagnostik-og-behandling-af-paedofili>
- Berger NP, Hjelm U, Ladenburg J & Mikkelsen JS. MOVE – Evaluering af et motivationsprogram for indsatte i et fængsel. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København. 2017.
- Blagden N, Winder B, & Hames C. “They Treat Us Like Human Beings”—Experiencing a Therapeutic Sex Offenders Prison: Impact on Prisoners and Staff and Implications for Treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2016;60(4), 371–396. <https://doi.org/10.1177/0306624X14553227>
- Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, et al. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav.* 2009;38(3):335-350. doi:10.1007/s10508-008-9399-9
- Bonta J, & Andrews DA. *The Psychology of Criminal Conduct* (6th ed.). New York: Routledge. 2017
- Bramsen R. Seksuel ikke-seksualiseret vold blandt unge: En systematisk tilgang til primær forebyggelse. Faglig statusrapport omkring primær forebyggelse af seksuel ikke-seksualiseret vold blandt danske unge i alderen 12-24 år. Det Kriminalpræventive Råd, Køge. 2017
- Brennan PA, Mednick SA, & Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 2000;57(5):494–500. doi:10.1001/archpsyc.57.5.494
- Clausen S. Indførelsen af RNR-principperne i den danske kriminalforsorg. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 2017;104(1), 28-59.
- Craig LA, Browne KD, & Stringer I. Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma Violence Abuse* 2003;4:70-89.
- Danmarks Statistik. Data til forskning. <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningsservice/Dataadgang>
- Danske love. <https://danskelove.dk/straffeloven/> 2022
- Dawes RM, Faust D, & Meehl PE. Clinical versus actuarial judgment. In T.Gilovich, D. Griffin, & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and biases. The psychology of intuitive judgment* (pp. 716-730). New York: Cambridge University Press. 2002
- Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, & Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12. 10.1002/14651858.CD007507.pub2/full. [PubMed]
- Direktoratet for Kriminalforsorgen. *Evalueringsrapporten: Forsøgsordning vedrørende forstærket behandlingsindsats over for personer, der er dømt for seksualforbrydelser.* København: Direktoratet for Kriminalforsorgen. Findes på Kriminalforsorgens hjemmeside, www.kriminalforsorgen.dk. 2000

- Direktoratet for Kriminalforsorgen. Slutrapport. Forsøgsordning vedrørende en forstærket behandlingsindsats over for personer, der er dømt for seksualforbrydelser. København: Direktoratet for Kriminalforsorgen. 2004. <https://www.kriminalforsorgen.dk/wp-content/uploads/2022/11/forsøgsordning-en-forstaerket-behandlingsindsats-over-for-doemte-for-seksualforbrydelser-aa.pdf>
- Direktoratet for Kriminalforsorgen. Recidivundersøgelse vedrørende personer dømt for sædelighedskriminalitet. København: Direktoratet for Kriminalforsorgen. 2009. <https://www.kriminalforsorgen.dk/wp-content/uploads/2018/12/recidivundersogelse-vdr-saedelighedsdoemte.pdf>
- Direktoratet for Kriminalforsorgen. En undersøgelse af behandlingsordningen. Delrapport 1, visitationsundersøgelsen. København: Direktoratet for Kriminalforsorgen. 2015. <https://www.kriminalforsorgen.dk/wp-content/uploads/2018/12/en-undersogelse-af-behandlingsordningen-Delrapport-1-visitationsundersogelsen.pdf>
- Eher R, Olver ME, Heurix I, Schilling F, & Rettenberger M. Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment. *Law Hum Behav.* 2015;39(6):571-580. doi:10.1037/lhb0000144
- European Committee on Crime Problems (CDPC). Recommendation CM/Rec(2021)6 of the Committee of Ministers to member States regarding the assessment, management and reintegration of persons accused or convicted of a sexual offence – Explanatory Memorandum. EU. 2021
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, & Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* (2009) 6(8):e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120
- FORTE (2015). Preventing sexual abuse of children: risk assessment and interventions for adults at risk of offending (Governmental assignment S2015/04650/SAM). Downloaded from: <https://forte.se/app/uploads/2016/02/preventing-sexual-offending-against-children.pdf>
- Fromberger P, Meyer S, Jordan K, & Müller JL. Behavioral Monitoring of Sexual Offenders Against Children in Virtual Risk Situations: A Feasibility Study. *Front Psychol.* 2018 Mar 6;9:224. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00224. PMID: 29559934; PMCID: PMC5845629.
- Furby L, Weinrott MR, & Blackshaw L. Sex offender recidivism: a review. *Psychol Bull.* 1989 Jan;105(1):3-30. doi: 10.1037/0033-2909.105.1.3. PMID: 2648438.
- Gannon TA, Olver ME, Mallion JS, & James M. Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clin Psychol Rev.* 2019. 10.1016/j.cpr.2019.101752
- Grønnerød C, Grønnerød JS, & Grøndahl P. Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:280-90. Hanson RK, Bourgon G, Helmus LM et al. A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: risk, need, and responsivity. Public Safety Canada, 2009.
- Hanson RK, Bourgon G, Helmus LM, & Hodgins S. A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: risk, need, and responsivity. Public Safety Canada, 2009.
- Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, & Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse.* 2002 Apr;14(2):169-94; discussion 195-7. doi: 10.1177/107906320201400207. PMID: 11961890.
- Hanson RK, & Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(6):1154-1163. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hanson RK, & Morton-Bourgon KE. The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment,* 2009;21(1):1-21. <https://doi.org/10.1037/a0014421>
- Hanson RK, Morton KE, & Harris AJR. Sexual offender recidivism risk: What we know and what we need to know. In RA Prentky, ES Janus, & MC Seto (Eds.), *Sexually coercive behavior: Understanding and management* (pp. 154-166). *Annals of the New York Academy of Science*, Vol. 989. 2003 New York: New York Academy of Sciences.
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems. (1991)
- Harris G, Rice M, & Quinsey V. Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Crim Just Behav;*1993;20(4):315. doi:10.1177/0093854893020004001
- Harris A, Phenix A, Hanson RK & Thornton D. *Static-99 coding rules—revised 2003*. Ottawa, Canada: Public Safety and Emergency Preparedness Canada. 2003
- Harris AJ, Phenix A, Hanson RK, & Thornton D. *Static-99R Coding Rules*. 2010 <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrsc/pblctns/sttc-2016/sttc-2016-en.pdf>
- Harrison JL, O’Toole SK, Ammen S et al. Sexual offender treatment effectiveness within cognitive-behavioral programs: a meta-analytic investigation of general, sexual, and violent recidivism. *Psychiatr Psychol Law* 2020;27:1-25.

- Hart SD, Kropp PR, Laws DR, Klaver J, Logan C, & Watt KA. The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk for sexual violence. Vancouver, Canada: BC Institute Against Family Violence. 2003
- Hougaard E. Psykoterapi. Teori og forskning. (2 ed.) København: Dansk Psykologisk Forlag. 2004
- Jahnke S. The stigma of pedophilia: clinical and forensic implications. *Europ Psychol*;2018;23:144-53.
- Justitsministeriet. LOV nr 274 af 15/04/1997. Lov om ændring af straffeloven, retsplejeloven og lov om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforborg m.v.(Samfundstjeneste og forstærket indsats mod seksualforbrydelser m.v.). 1997. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/1997/274>
- Justitsministeriet. VEJ nr 8 af 14/02/2007 (gældende). Vejledning om behandlingsordning vedrørende en forstærket behandlingsindsats over for personer, der er dømt for seksualforbrydelser. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2007/8> 2007
- Kim B, Benekos PJ, & Merlo AV. Sex offender recidivism revisited: review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma Violence Abuse* 2016;17:105-17.
- Kristensen E, & Bengtson S. Behandling af voksne seksualkriminelle. I: Antologi om seksuelle overgreb på børn. Ed. Sørensen K, Hansen M, Strange M, Egede S, Græsholt-Knudsen T. Forskningsnetværket om seksuelle overgreb på børn, pp. 181-203. BoD, Hellerup, Denmark. ISBN: 9788743045021 2021
- Kuhle LF, Schlinzig E, Kaiser G, et al. The association of sexual preference and dynamic risk factors with undetected child pornography offending. *J Sex Aggress*. 2017;23(1):3-18. doi:10.1080/13552600.2016.1201157
- Landgren V, Malki K, Bottai M, Arver S, Rahm C. Effect of Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonist on Risk of Committing Child Sexual Abuse in Men With Pedophilic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020 Sep 1;77(9):897-905. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0440. PMID: 32347899; PMCID: PMC7191435.
- Lin J, & Simon, W. Examining Specialization Among Sex Offenders Released From Prison. *Sexual Abuse*;2016;28(3), 253-267. <https://doi.org/10.1177/1079063214547581>
- Lösel F, Link E, Schmucker M, Bender D, Breuer M, Carl L, Endres J, & Lauchs L. On the Effectiveness of Sexual Offender Treatment in Prisons: A Comparison of Two Different Evaluation Designs in Routine Practice. *Sex Abuse*. 2020 Jun;32(4):452-475. doi: 10.1177/1079063219871576. Epub 2019 Aug 27. PMID: 31451086; PMCID: PMC7218343.
- Lösel F, & Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol*. 2005;1:117-146. doi: 10.1007/s11292-004-6466-7. [CrossRef] [Google Scholar]
- Långström N. Long-term follow-up of criminal recidivism in young sex offenders: temporal patterns and risk factors. *Psychol Crime Law* (2002) 8:41-58. doi:10.1080/10683160208401808
- Madvig F, Kristensen E, & Bengtson S. [Therapy of sex offenders]. *Ugeskr Laeger*. 2021 Apr 26;183(17):V08200571. Danish. PMID: 33913426.
- Mews A, Di Bella L, & Purver M. Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme. Ministry Justice Anal Series. 2017. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/623876/sotp-report-web-pdf.
- McPhail IV, Hermann CA, Fernane S, Fernandez YM, Nunes KL, Cantor JM. Validity in Phallometric Testing for Sexual Interests in Children: A Meta-Analytic Review. *Assessment*. 2019 Apr;26(3):535-551. doi: 10.1177/1073191117706139. Epub 2017 Apr 28. PMID: 28454493.
- Mpofu E, Athanasou JA, Rafe C et al. Cognitive-behavioral therapy efficacy for reducing recidivism rates of moderate- and high-risk sexual offenders: a scoping systematic literature review. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018;62:170-86.
- Pollock M, Fernandes RM, Becker LA et al. Chapter V: overviews of Reviews. I: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J et al, red. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.1 (updated September 2020). Cochrane, 2020. www.training.cochrane.org/handbook.
- Schmidt AF, & Banse R. (2022). Using Indirect Measures of Sexual Interest in Forensic Contexts: Past, Present, and Future. In: Uzieblo, K., Smid, W.J., McCartan, K. (eds) *Challenges in the Management of People Convicted of a Sexual Offence*. Palgrave Studies in Risk, Crime and Society. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-80212-7_5
- Schmucker M, & Lösel F. The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 2005;11(4), 597-630.
- Seto MC. Clinical and Conceptual Problems With Pedophilic Disorder in the DSM-5-TR. *Arch Sex Behav*. 2022;51(4):1833-1837. doi:10.1007/s10508-022-02336-1
- Sjöstedt G, & Grann M. Risk assessment: what is being predicted by actuarial prediction instruments? *Int J Forensic Ment Health* (2002) 1:179-83. doi:10.1080/14999013.2002.10471172.

Soothill K, Francis B, Sanderson B, & Ackerley E. Sex offenders: Specialists, generalists—or both?. *British Journal of Criminology*, 2000; 40(1), 56-67.

Generelle principper, krav og anbefalinger for specialeplanlægning. Sundhedsudvalget 2009-10 SUU alm. del Bilag 255 Offentligt. 13. november 2008 j.nr. 7-203-01-90/1 Sundhedsplanlægning. <https://www.ft.dk/samling/20091/alm-del/suu/bilag/255/809815.pdf>

Toftgaard Nielsen G. Straffesagens gang. 3. udgave. (eng: Criminal proceedings). Copenhagen, Denmark: Christian Ejlers.2004.

Tyler N, Gannon TA, & Olver ME. Does Treatment for Sexual Offending Work? *Curr Psychiatry Rep*. 2021 Jul 1;23(8):51. doi: 10.1007/s11920-021-01259-3. PMID: 34196839; PMCID: PMC8249288.

Wertz M, Schobel S, Schiltz K, & Rettenberger M. A comparison of the predictive accuracy of structured and unstructured risk assessment methods for the prediction of recidivism in individuals convicted of sexual and violent offenses (submitted)

Wittström F, Långström N, Landgren V, Rahm C. Risk Factors for Sexual Offending in Self-Referred Men With Pedophilic Disorder: A Swedish Case-Control Study. *Front Psychol*. 2020;11(November):1-10. doi:10.3389/fpsyg.2020.571775

Webster CD, Douglas KS, Eaves D, & Hart SD. HCR-20: Assessing Risk for Violence (version 2). Burnaby, British Columbia, Canada: The Mental Health, Law, and Policy Institute of Simon Fraser University. 1997.

World Health Organization (WHO). ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization, 1993.

World Health Organization (WHO). ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard, 2012.

Ægisdóttir S, White MJ, Spengler PM, Maugherman AS, Anderson LA, Cook RS, Nichols CN, Lampropoulos GK, Walker BS, Cohen G, & Rush JD. The meta-analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 2006; 34(3):341-382. <https://doi.org/10.1177/0011000005285875>



Direktoratet for Kriminalforsorgen

Strandgade 100

1401 København K

Telefon 72 55 55 55

dfk@kriminalforsorgen.dk